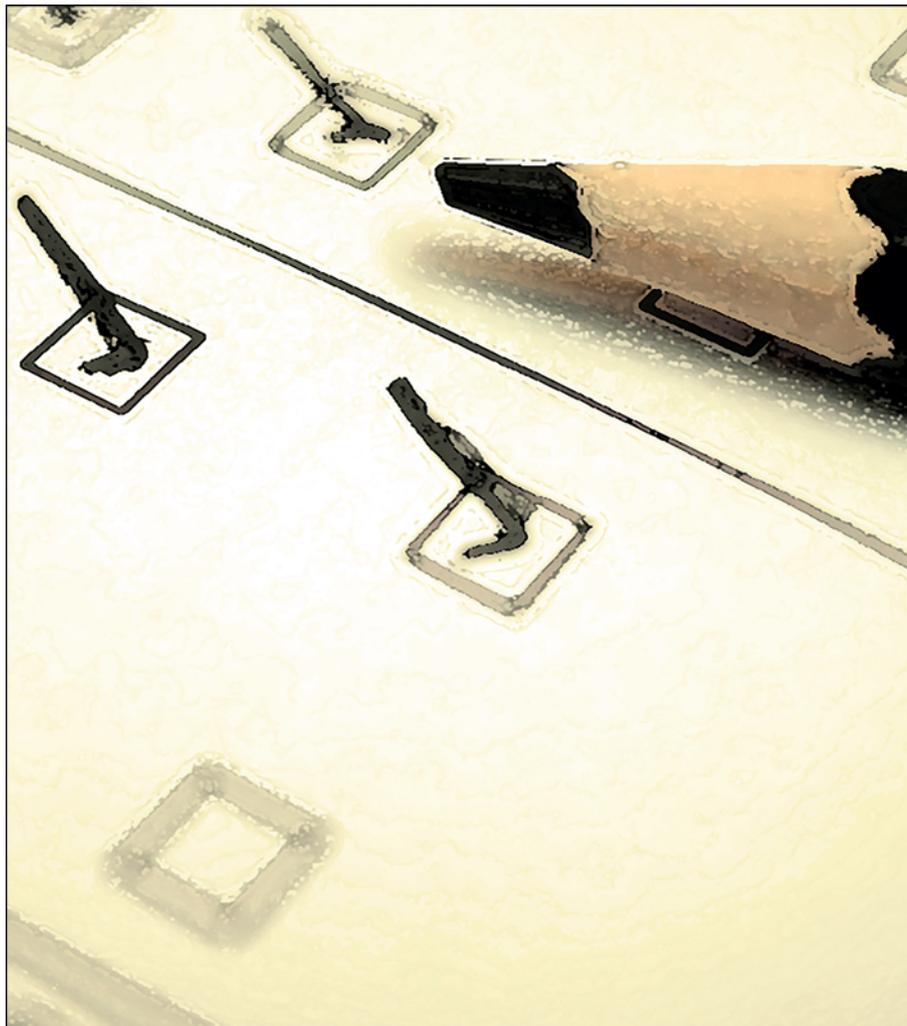


PAPELES DEL PSICÓLOGO

PSYCHOLOGIST PAPERS

UTILIZACIÓN DE LOS TEST EN ESPAÑA



TRATAMIENTOS PERSONALIZADOS - PSICÓLOGO-CHATBOT -
SUICIDIO - EVALUACIÓN POSTCIRUGÍA BARIÁTRICA -
EVALUACIÓN DE LA ESCRITURA - TEORÍA DEL APEGO

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

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

Sumario

Contents

REVISTA DEL CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA

JOURNAL OF THE SPANISH PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

Artículos

1. Utilización de los test en España: El punto de vista de los psicólogos
José Muñiz, Ana Hernández y José Ramón Fernández-Hermida
16. Tratamientos psicológicos personalizados: Orientaciones clínicas
Alexander Muela Aparicio y Eneko Sansinenea Méndez
27. Cómo construir un Psicólogo-Chatbot
Miriam Romero, Cristina Casadevante y Helena Montoro
35. Suicidio y trastorno mental: Una crítica necesaria
Juan García-Haro, Henar García-Pascual, Marta González González, Sara Barrio-Martínez y Rocío García-Pascual
43. Evaluación psicológica postcirugía bariátrica
Jesús Pérez Hornero, María José Gastañaduy Tilve y Rocío Basanta Matos
54. El modelo de Respuesta a la Intervención en escritura: Revisión de medidas de evaluación y prácticas instruccionales
María Arrimada, Mark Torrance y Raquel Fidalgo
66. ¿En qué mejora la Teoría del Apego nuestra práctica clínica? Es hora de recapitular
Antonio Galán Rodríguez

Revisión de libros

74. Manual para Psicólogos Educativos. Teoría y prácticas
Cándido J. Inglés, Cecilia Ruiz-Esteban y María S. Torregrosa (Coords.)
Madrid: Pirámide, Septiembre, 2019
Jesús de la Fuente Arias
75. Tratamientos psicológicos para la psicosis
Eduardo Fonseca Pedrero (Coord.)
Madrid: Pirámide
Jose Errasti Pérez y Emilio López Navarro

Articles

1. Test use in Spain: The psychologists' viewpoint
José Muñiz, Ana Hernández and José Ramón Fernández-Hermida
16. Personalized psychological treatments: Clinical instructions
Alexander Muela Aparicio and Eneko Sansinenea Méndez
27. How to create a Psychologist-Chatbot
Miriam Romero, Cristina Casadevante and Helena Montoro
35. Suicide and mental disorder: A necessary critique
Juan García-Haro, Henar García-Pascual, Marta González González, Sara Barrio-Martínez and Rocío García-Pascual
43. Psychological evaluation after bariatric surgery
Jesús Pérez Hornero, María José Gastañaduy Tilve and Rocío Basanta Matos
54. The Response to Intervention model in writing: A review of assessment measures and instructional practices
María Arrimada, Mark Torrance and Raquel Fidalgo
66. How does Attachment Theory improve our clinical practice? A time for summing-up
Antonio Galán Rodríguez

Book review

74. Manual para Psicólogos Educativos. Teoría y Prácticas [Handbook for educational psychologists: Theory and practice]
Cándido J. Inglés, Cecilia Ruiz-Esteban and María S. Torregrosa (Eds.)
Madrid: Pirámide, Septiembre, 2019
Jesús de la Fuente Arias
75. Tratamientos psicológicos para la psicosis [Psychological treatments for psychosis]
Eduardo Fonseca Pedrero (Eds.)
Madrid: Pirámide
Jose Errasti Pérez and Emilio López Navarro

Edita / Publisher

Consejo General de la Psicología de España

Director / Editor

Serafín Lemos Giráldez (Univ. de Oviedo)

Directores asociados / Associated Editors

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

Consejo Editorial / Editorial Board

Mario Alvarez Jiménez (Univ. de Melbourne, Australia); Imanol Amayra Caro (Univ. de Deusto); Antonio Andrés Pueyo (Univ. de Barcelona); Neus Barrantes Vidal (Univ. Autónoma de Barcelona); Adalgisa Battistelli (Univ. de Bordeaux, Francia); Elisardo Becoña (Univ. de Santiago de Compostela); Amalio Blanco (Univ. Autónoma de Madrid); Carmen Bragado (Univ. Complutense de Madrid); Gualberto Buena (Univ. de Granada); Esther Calvete (Univ. de Deusto); Antonio Cano (Univ. Complutense de Madrid); Enrique Cantón (Univ. de Valencia); Pilar Carrera (Univ. Autónoma de Madrid); Juan Luis Castejón (Univ. de Alicante); Alex Cohen (Louisiana State University, USA); César González-Blanch Bosch (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander); Joan Guardia Olmos (Univ. de Barcelona); José Gutiérrez Maldonado (Univ. de Barcelona); Juan Herrero Olaizola (Univ. de Oviedo); M^a Dolores Hidalgo (Univ. de Murcia); Cándido J. Inglés Saura (Univ. Miguel Hernández); Juan E. Jiménez (Univ. de La Laguna); Barbara Kozusznik (Univ. de Silesia, Polonia); Francisco Labrador (Univ. Complutense de Madrid); Concha López Soler (Univ. de Murcia); Nigel V. Marsh (James Cook University, Singapore); Emiliano Martín (Dept. de Familia. Ayuntamiento de Madrid); Vicente Martínez Tur (Univ. de Valencia); Carlos Montes Piñeiro (Univ. de Santiago); Luis Montoro (Univ. de Valencia); José Muñiz (Univ. de Oviedo); Marino Pérez (Univ. de Oviedo); Salvador Perona (Univ. de Sevilla); Ismael Quintanilla (Univ. de Valencia); José Ramos (Univ.

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

Diseño y maquetación / Design and layout

Cristina García y Juan Antonio Pez

Administración y publicidad / Management and advertising

Arantxa Sánchez y Silvia Berdullas
Consejo General de la Psicología de España
C/ Conde de Peñalver, 45-3^a planta
28006 Madrid - España
Tels.: 91 444 90 20 - Fax: 91 309 56 15
Web: <http://www.papelesdelpsicologo.es>
E-mail: papeles@cop.es

Depósito Legal

M-27453-1981 / ISSN 0214-7823

Impresión / Printed by

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

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

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

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





UTILIZACIÓN DE LOS TEST EN ESPAÑA: EL PUNTO DE VISTA DE LOS PSICÓLOGOS

TEST USE IN SPAIN: THE PSYCHOLOGISTS' VIEWPOINT

José Muñiz¹, Ana Hernández² y José Ramón Fernández-Hermida¹

¹Universidad de Oviedo. ²Universidad de Valencia

Los test son los instrumentos de medida más utilizados por los psicólogos para obtener datos que les ayuden a tomar decisiones sobre las personas. Conocer las opiniones de los profesionales de la psicología acerca de la práctica de los test es fundamental para plantear acciones encaminadas a mejorar su uso en nuestro país. El objetivo del presente trabajo es conocer con detalle lo que piensan los psicólogos españoles sobre el uso de los test. Se aplicó un cuestionario de 30 ítems sobre distintos aspectos de la práctica de los test. Respondieron 1.248 colegiados, 73,7% mujeres, con una edad media de 46,31 años y una desviación típica de 11,08. Los resultados muestran unas actitudes favorables de los psicólogos al uso de los test, si bien se ponen de manifiesto algunos aspectos que es necesario mejorar. Se analizan los resultados y se comentan algunas ideas sobre el futuro de los test.

Palabras clave: Test, Uso de test, Opiniones de los psicólogos, Actitudes hacia los test.

Tests are the measuring instruments most used by psychologists to obtain data that help them make decisions about people. It is essential to understand the opinions of psychology professionals regarding the practical implementation of tests, in order to propose and organize actions aimed at improving their use. The objective of this research is to understand in detail what Spanish psychologists think about the use of tests in our country. A 30-item questionnaire on the different aspects of testing practices was administered. The questionnaire was answered by 1,248 members of the Spanish Psychological Association, 73.7% women, with an average age of 46.31 years, and a standard deviation of 11.08. The results show favorable attitudes of Spanish psychologists to the use of tests in the exercise of their profession, although some aspects that need to be improved are presented. Results are discussed, and some ideas about the future of tests are analyzed.

Key words: Test, Use of tests, Psychologists' opinions, Attitudes towards tests.

PROCESO EVALUATIVO

Los psicólogos utilizan los test para obtener muestras de conducta que les ayuden a tomar decisiones sobre las personas, bien sea en el ámbito clínico, laboral, educativo, jurídico, u otros muchos en los que desarrollan su labor. Los test no tienen vida propia, no son autónomos, no toman las decisiones por sí mismos, las decisiones las toman los profesionales, eso sí, apoyados en datos objetivos, en evidencias, y es ahí cuando entran en escena los test. Como bien nos alertó tempranamente Paul Meehl (1954) en su inquietante librito, como él lo llamaba, los psicólogos deben abstenerse de hacer diagnósticos y tomar decisiones basándose únicamente en su juicio clínico, deben apoyarse en datos objetivos, y una fuente clave para obtenerlos, no la única, son los test. Un proceso de evaluación psicológica es más amplio y complejo que el mero hecho de utilizar los test de forma correcta (Fernández-Ballesteros, 2014; Fernández-Ballesteros et al., 2001; Groth-Marnat y Wright, 2016; Wright, 2011), exige dar respuesta a otras muchas cuestio-

nes capitales, entre las que cabe destacar las siguientes: qué se evalúa y para qué, quién evalúa, cuáles son las partes legítimamente implicadas en la evaluación, cómo se evalúa, cómo se va a proporcionar la información a las partes implicadas (feedback), qué planes de mejora e intervenciones se derivan de la evaluación, y finalmente, cómo perciben la evaluación los distintos agentes implicados. Lo primero es dejar muy claro qué y para qué se evalúa, pues ello determinará el tipo de instrumentos y estrategias a seguir. Como dejó dicho nuestro Séneca, nunca soplan vientos favorables para quienes no saben a qué puerto se dirigen. Naturalmente, lo que se evalúa y para qué se hace variará en cada situación aplicada, no hay recetas válidas para todos los casos, serán los profesionales quienes tengan que decidirlo en cada caso. Quién es el responsable de la evaluación es la segunda cuestión que debe quedar meridianamente clara, habrá situaciones en las que resulte obvio, pero en otras pueden surgir dudas. Siempre que se trate de evaluar variables psicológicas el responsable debe ser un profesional de la psicología, aunque algunas labores auxiliares puedan delegarse, por ejemplo, la aplicación de los test, pero nunca la interpretación de los resultados o la elaboración de un diagnóstico. En tercer lugar, en un proceso evaluador hay que identificar a todas las partes legítima-

Recibido: 15 noviembre 2019 - Aceptado: 2 diciembre 2019

Correspondencia: José Muñiz. Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo. Plaza Feijoo, s/n. 33003 Oviedo. España.

E-mail: jmuniz@uniovi.es



mente implicadas en la evaluación, que variarán según cada situación. El fallo en esta identificación puede arruinar la evaluación, independientemente de su diseño técnico. Así, por ejemplo, en un contexto educativo habrá que tener en cuenta, por supuesto al alumnado evaluado, pero también a los padres, profesores, dirección del centro, administración educativa, representantes legales de los profesores, entre otros. Todos juegan su papel legítimo, han de ser tenidos en cuenta, pues cualquiera de ellos puede hacer fracasar una evaluación, ya se sabe que es más fácil destruir que construir. En cuarto lugar, está el meollo central desde el punto de vista técnico, es decir, *cómo* se lleva a cabo la evaluación, qué instrumentos de medida y qué recursos se van a utilizar. Ni que decir tiene que los profesionales deben utilizar test que reúnan unas propiedades psicométricas adecuadas y usarlos de forma correcta. En la actualidad contamos con numerosas fuentes sobre la construcción y análisis de la calidad de los test (American Educational Research Association, American Psychological Association y National Council on Measurement in Education, 2014; Downing y Haladyna, 2006; Haladyna y Rodríguez, 2013; Irwing, Booth y Hughes, 2018; Lane, Raymond y Haladyna, 2016; Muñiz, 2018; Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2019; Schmeiser y Welch, 2006). Muchas evaluaciones que llevan a cabo con éxito las cuatro fases descritas fallan de forma lamentable en la quinta, relativa a proporcionar la información adecuada (*feedback*) a todas las partes legítimamente implicadas. Cuando se diseña una evaluación hay que tener muy claro desde el principio el tipo de informe que se va a realizar para cada parte interviniente, siendo un error muy común el pensar que un modelo de informe es suficiente para todos, la talla única tampoco funciona aquí. No es infrecuente que una evaluación bien diseñada y ejecutada se eche a perder a la hora de *comunicar los resultados*. Hay que ser muy cuidadosos con los informes, y asegurarse de que los destinatarios los entienden, pues una buena evaluación mal comunicada se convierte automáticamente en una evaluación deficiente. Sobre el problema de la elaboración de informes pueden verse, por ejemplo, los trabajos de Goodman y Hambleton (2004), Ryan (2006), o Zenisky y Hambleton (2016). En sexto lugar, los profesionales deben ser conscientes de que no se evalúa por evaluar, lo más lógico es que la evaluación desemboque en el desarrollo de algún plan de mejora o intervención. Cuando se lleven a cabo planes de mejora estos deben ser viables, basados en evidencias y evaluables, para así poder comprobar empíricamente su eficacia. Finalmente, algo que se olvida con demasiada frecuencia es la necesidad de recabar de forma objetiva y sistemática la opinión de las partes implicadas sobre la evaluación. La percepción de los participantes es clave, pues va a modular de forma importante su éxito. Los participantes no tienen por qué ser expertos en cuestiones técnicas, casi nunca lo serán, pero no por ello su opinión es menos importante, no hace falta ser zapatero para opinar sobre unos zapatos. En suma, lo que se pretende subrayar en las líneas precedentes

es que el desarrollo de un proceso evaluativo es mucho más amplio y complejo que la mera aplicación de test, si bien estos son cruciales en el proceso. Dicho lo cual, vamos a centrarnos ahora precisamente en la problemática implicada en la utilización de los test como instrumentos de evaluación y diagnóstico.

UTILIZACIÓN DE LOS TEST

Un uso inadecuado de los test puede causar graves perjuicios a las personas evaluadas. Por ello distintas organizaciones nacionales e internacionales vienen desarrollando acciones y programas para tratar de mejorar tres aspectos esenciales: la formación de los profesionales, la calidad de los test y la utilización que se hace de ellos. Las acciones llevadas a cabo por los Colegios Oficiales de Psicólogos (COP) y por organizaciones internacionales como la *International Test Commission* (ITC), o la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA), pueden agruparse en dos grandes estrategias, denominadas *restrictiva* e *informativa*. Las acciones *restrictivas* se refieren a la limitación o restricción del uso de las pruebas a personas que tengan una formación adecuada. Esto varía mucho de unos países a otros (Bartram, 1996; Bartram y Coyne, 1998; Evers et al., 2012, 2017; Muñiz, Prieto, Almeida y Bartram, 1999), por ejemplo, los editores españoles clasifican los test en tres categorías (A, B, C) en función de su especialización, y solo venden los de las categorías B (test colectivos cognitivos y de personalidad) y C (escalas individuales y test proyectivos) a quienes acrediten el título de psicólogos. Esta y otras medidas, aunque adecuadas, no constituyen una garantía total, por lo que hay que complementarlas con otras de carácter *informativo*. La idea es que tanto los profesionales como los usuarios dispongan de toda la información necesaria sobre los test, para así minimizar su uso inadecuado. Entre estas acciones cabe destacar la publicación de códigos éticos, tales como el de la EFPA (2005), o las directrices de la asociación europea de evaluación psicológica (Fernández-Ballesteros et al., 2001). Un buen compendio en español puede verse en el número monográfico de la revista *Papeles del Psicólogo* (2009) dedicado al tema, o en autores como Knapp (2012), Koocher y Keith-Spiegel (2007), Lindsay, Koene, Ovreeide y Lang (2008), Leach y Oakland (2007), o Muñiz (1997). Aparte de estos códigos éticos hay todo un conjunto de directrices para orientar la construcción, análisis, uso y evaluación de la calidad de los test, entre las que cabe destacar 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 ITC para la traducción y adaptación de los test de unas culturas a otras (Hambleton, Merenda y Spielberger, 2005; ITC, 2017; Muñiz, Elosua y Hambleton, 2013), o para su uso en investigación, control de calidad y seguridad (Muñiz, Hernández y Ponsoda, 2015). Para consultar otras directrices de interés, véase, por ejemplo, el trabajo de Muñiz y Bartram (2007),



las páginas web de la ITC (www.intestcom.org), la EFPA (www.efpa.eu), o el COP (www.cop.es) en el apartado dedicado a la *Comisión de Test*.

Mención especial requiere la Norma ISO 10667 (AENOR, www.aenor.es), que regula todo lo relativo a la evaluación de personas en entornos laborales, y en cuya elaboración participó activamente el COP, formando parte de la comisión internacional que la desarrolló. En la norma se describen las competencias, obligaciones y responsabilidades de los clientes y de los proveedores del servicio de evaluación, antes, durante y después del proceso evaluativo. También proporciona directrices para todas las partes implicadas en el proceso evaluador, incluida la propia persona evaluada y quienes reciban los resultados de la evaluación (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). La norma está teniendo una gran influencia en la evaluación psicológica en contextos laborales, pues si bien no tiene rango de ley como tal, aporta un protocolo riguroso de actuación, prestigiando a las compañías que la adoptan. Las empresas e instituciones pueden certificarse en las agencias correspondientes si demuestran a los auditores que siguen los procesos de evaluación establecidos en la norma.

Otra actividad clave dentro de la estrategia de diseminar información rigurosa sobre los test es la publicación de los resultados de su evaluación por parte de expertos para ayudar a los profesionales a valorar los test más adecuados para sus fines. Hay dos grandes modelos de evaluación de la calidad de los test, uno de carácter más cualitativo, utilizado por el *Buros Center for Testing* en Estados Unidos, que viene a ser una revisión literaria en la que se comentan los puntos fuertes y débiles de la prueba evaluada (Carlson y Geisinger, 2012; Elosua y Geisinger, 2016; Geisinger, 2012, 2016), y otro el europeo, que tiene un carácter mixto cualitativo-cuantitativo. Se puntúan de 1 a 5 cada una de las características psicométricas del test y estas valoraciones numéricas se complementan con una evaluación cualitativa de los principales aspectos de la prueba. El modelo europeo puede consultarse en la página web de la EFPA (www.efpa.eu), y los detalles de su revisión pueden verse en Evers et al. (2013). La versión española del Cuestionario de Evaluación de Test Revisado (CET-R) puede consultarse en la página web del COP (www.cop.es) y el proceso de adaptación seguido en Hernández, Ponsoda, Muñiz, Prieto y Elosua (2016). Utilizando este modelo CET-R ya se han llevado a cabo en España siete evaluaciones anuales de test, estando actualmente en marcha la octava (Elosua y Geisinger, 2016; Fonseca-Pedrero y Muñiz, 2017; Gómez-Sánchez, 2019; Hernández, Tomás, Ferreres y Lloret, 2015; Hidalgo y Hernández, 2019; Muñiz et al., 2011; Ponsoda y Hontagas, 2013). Hasta la fecha se han revisado un total de setenta y dos test, pudiendo consultarse libremente las revisiones en la página web del COP. Lo ideal sería que la mayoría de los test publicados en nuestro país estuviesen revisados, como ocurre en Holanda, no obstante, en el contexto europeo somos de los países que más avanzado lleva el proyecto de evaluación de test. Hay que destacar el papel de los editores españoles de test (CEPE, GiuntiEOS Psychometrics, Pearson y TEA), que en

todo momento han colaborado en las evaluaciones, y ofrecido su ayuda y experiencia para ir mejorando la calidad de los test que editan, lo cual revertirá en beneficio de todos: profesionales, usuarios y las propias editoriales.

Esta evaluación ofrece dos grandes ventajas, por un lado, proporciona una información de primera mano a los profesionales sobre la calidad de los test, y, por otro, sirve de guía a constructores y editores, orientándoles sobre las características psicométricas exigibles a las pruebas. Un tercer aspecto nada desdeñable es su importancia en la docencia y formación de los futuros psicólogos (Hidalgo y Hernández, 2019).

OBJETIVO

Dentro del contexto de acciones encaminadas a la mejora de la práctica de los test, la EFPA ha impulsado la aplicación de una encuesta para conocer las opiniones de los psicólogos sobre el uso de los test en cada país. Conocer esta opinión es clave para promover acciones y proyectos sobre aquellos aspectos que sean percibidos como deficitarios por los profesionales. Los primeros datos en seis países europeos se obtuvieron en el año 2000 (Muñiz et al., 2001), y una buena panorámica sobre los resultados obtenidos a partir de entonces en Europa puede verse en Evers, Muñiz, Bartram et al. (2012). La misma encuesta fue utilizada también en otros países no europeos (Evers, McCormick, Hawley, Muñiz, et al. 2017). En España la primera encuesta para conocer las opiniones de los profesionales sobre los test se llevó a cabo en 1999 (Muñiz y Fernández-Hermida, 2000), y se volvió a repetir diez años después, actualizando el cuestionario utilizado inicialmente (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). Como se puede ver en los trabajos citados, en líneas generales las opiniones de los psicólogos españoles sobre el uso de los test en nuestro país son bastante positivas, si bien se identifican algunos aspectos que sería deseable mejorar.

Transcurrida una década desde que se aplicase la última encuesta, el objetivo central del presente trabajo es recoger las opiniones de los psicólogos españoles sobre el uso de los test en nuestro país y su evolución. Conocer estas opiniones es un primer paso fundamental para poder llevar a cabo acciones y proyectos encaminados a mejorar todo lo relativo a la práctica de los test. Se trata, en suma, de dar respuestas a preguntas tales como ¿Qué opinión tienen los psicólogos sobre los test? ¿Creen que se utilizan adecuadamente? ¿Les parecen caros? ¿Cuáles son los problemas más importantes? ¿Conocen la evaluación anual de test que lleva a cabo el COP? ¿Qué opinan sobre ella?

ENCUESTA

El cuestionario utilizado en 2019 es el mismo que el ya utilizado diez años atrás con algunas modificaciones, unas dirigidas a matizar algunos aspectos sobre los test que no se habían incluido entonces (ítems 25, 26, 27, 28-9, 28-10, 28-11), y otras a recabar la opinión de los psicólogos acerca del proceso de evaluación anual de test que lleva a cabo



el COP desde 2011 (ítems 29-1, 29-2, 29-3, 29-4, 29-5). Todos los ítems de respuesta cerrada tienen un formato tipo Likert con cinco categorías, excepto el ítem 29-1 que es dicotómico. Precisamente en este ítem, si la persona responde que no conoce la evaluación anual de test que lleva a cabo el COP, la aplicación informática salta las cuatro preguntas siguientes (29.2, 29.3, 29.4, 29.5), relativas a dicha evaluación, y pasa directamente al ítem 30, en el que se pregunta por los tres test más utilizados por los encuestados. La encuesta utilizada puede verse en el Anexo 1.

PARTICIPANTES

Respondieron a la encuesta 1.248 colegiados de un total de 75.135 que componen el COP. Las características principales de los participantes aparecen en las tablas 1 y 2. La muestra está formada por un 73,7% de mujeres y un 26,3% de hombres, y dado que el COP está compuesto por un 80,57% de mujeres y un 19,43% de hombres, se observa una mayor participación de los hombres en la encuesta. En cuanto a la edad, el 6,3% tienen entre 23 y 29 años, el 24,1% entre 30 y 39, el 27,4% entre 40 y 49, el 29,1% entre 50 y 59, el 12,4% entre 60 y 69, y el 0,7% tiene 70 años o más, siendo el promedio de edad de los participantes de 46,31 años, con una desviación típica de 11,08 años. Este promedio es similar a la media de las edades del COP que está en 44,19 años con desviación típica de 12,2. Estos datos parecen indicar que la muestra utilizada representa ra-

zonablemente bien a la población de colegiados del COP, aunque hubiese sido deseable un mayor número de participantes. En cuanto a las especialidades predomina Clínica-Salud (67,6%), seguida de Educativa (12,7%) y Trabajo (5,5%). Otras especialidades, como deporte, jurídica, tráfico, servicios sociales, etc., constituyen el 14,1% restante. Resulta interesante notar que en Clínica y Educativa el porcentaje de hombres es del 24,6% y el 25,8%, respectivamente, mientras que en el área de Trabajo dicho porcentaje aumenta hasta el 48%. La mayoría trabaja en el sector privado (69,9%), independientemente de la especialidad: Clínica-Salud (74,5%), Educativa (66,7%) y Trabajo (62,3%). Un 91,2% de los encuestados trabajan como psicólogos, y sólo un 8,8% ejercen otro tipo de trabajos.

PROCEDIMIENTO

La encuesta se aplicó online, a través de un enlace en la página web del COP. El sistema informático utilizado verificaba que la persona estaba colegiada, y no daba la posibilidad de responder la encuesta más de una vez. Para difundirla entre los colegiados se utilizaron distintos medios, tales como Infocop, la Agenda, o el Congreso Nacional de Psicología, explicando los objetivos de la misma y solicitando la participación. También se envió un correo electrónico a los colegiados, informándoles de la encuesta y animándoles a responderla. Al entrar a la encuesta, los participantes daban su consentimiento informado y se garantizó el tratamiento confidencial de los datos.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se calcularon los estadísticos descriptivos de los ítems y de las dimensiones factoriales obtenidas. La fiabilidad se evaluó mediante el coeficiente Alfa (Cronbach, 1951). Para el estudio de las diferencias entre las medias de las especialidades se utilizó el análisis de varianza. La estructura dimensional se estimó mediante un análisis de Componentes Principales, utilizando el *Análisis Paralelo* sobre una matriz de correlaciones policóricas, con rotación oblicua (Calderón, Navarro, Lorenzo-Seva y Ferrando, 2019; Ferrando y Lorenzo-Seva, 2017; Ferrando y Anguiano, 2010; Izquierdo, Olea y Abad, 2014; Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza y Tomás-Marco, 2014). Los análisis se llevaron a cabo con los programas SPSS (IBM, 2016) y FACTOR (Ferrando y Lorenzo-Seva, 2017; Lorenzo-Seva y Ferrando, 2013).

DIMENSIONES EVALUADAS POR EL CUESTIONARIO

Se obtuvieron cinco dimensiones principales (tabla 3) que explican el 51,63% de la varianza total.

La *primera* dimensión se refiere a las actitudes de los psicólogos hacia los test por considerarlos una herramienta útil (ítems 21-26), más el ítem 27 que presenta una saturación factorial débil. La *segunda* agrupa los ítems relativos a los problemas de uso de los test, recoge los 11 problemas presentados en el cuestionario (ítems 28-1 a 28-11). La *tercera* recoge los ítems relativos a la regulación de los test y su uso.

TABLA 1
DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA Y DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA

	Muestra	Colegio Oficial de Psicólogos
Participantes	1.248	75.135
Mujeres	73,7%	80,57%
Hombres	26,3%	19,43%
Media de Edades (DT)	46,31 (11,08)	44,19 (12,20)
Años que lleva colegiado (DT)	17,45 (10,96)	12,80 (10,38)
DT: desviación típica		

TABLA 2
DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA ATENDIENDO A SU DISTRIBUCIÓN POR CAMPO PROFESIONAL Y SECTOR

		%
Campo profesional	Clínica y Salud	67,6
	Educativa	12,7
	Trabajo	5,5
	Otras	14,1
Sector	Público	26,6
	Privado	69,9
	Desempleado	3,5



Como cabría esperar los ítems referidos a la necesidad de legislación y regulación del uso de los test presentaron saturaciones positivas, mientras que los referidos a la permisividad en su uso presentaron saturaciones negativas. La *cuarta* dimensión se refiere a la formación y conocimientos sobre los test (ítems 1, 2, 4 y 6). Finalmente, la *quinta* recoge el uso de internet, la informatización y automatización (ítems 5, 7, 10, 13, 15, 17 y 20). Los ítems que presentan saturaciones positivas son los que ponen en duda la validez y potencial de estos avances tecnológicos, mientras que los que presentan saturaciones negativas, plasman un reconocimiento a las ventajas de los test informatizados y el uso de internet. El cuarto componente, referido a formación y conocimientos sobre los test, es el que presenta una fiabilidad más baja, pudiendo atribuirse en gran medida al reducido número de ítems que conforman esta dimensión. En suma, teniendo en cuenta los resultados obtenidos parece razonable pensar que los ítems del cuestionario se organizan en torno a cinco grandes dimensiones, que podrían describirse como: actitudes hacia los test, problemas de uso, regulación del uso de los test, formación-conocimientos, y el uso de internet, la informatización y automatización. Cabe señalar que en las ediciones anteriores de la encuesta se obtuvieron ocho dimensiones en vez de cinco como ahora, lo cual es debido a que el método de extracción de dimensiones utilizado entonces (regla de Kaiser) tiende a generar estructuras factoriales más fragmentadas. Aunque no se incluye aquí por parsimonia, se han analizado también los datos utilizando dicho método y los resultados confirman en general los obtenidos en ediciones anteriores.

OPINIONES SOBRE EL USO DE LOS TEST

En la Tabla 4 se muestran las medias y las desviaciones típicas de las respuestas de los participantes a los ítems del cuestionario. Se ofrecen los datos de la muestra total y dividida por especialidades profesionales de Clínica-Salud, Educativa y Trabajo. Las diferencias entre las medias de las especialidades se estudiaron mediante el análisis de varianza. Cuando no se cumplía el supuesto de homogeneidad de las varianzas (ítems 5, 11, 15, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 26 y 28-2) se empleó la prueba robusta de Brown-Forsythe para las comparaciones. El asterisco detrás del texto del ítem indica que existieron diferencias significativas entre especialidades ($p < 0,05$), y entre paréntesis figuran los pares de comparaciones que resultaron estadísticamente significativas (La C se refiere a Clínica-Salud, la E a Educación y la T a Trabajo).

Los datos de la tabla hablan por sí mismos, pero cabe mencionar algunos aspectos reseñables. El primero (ítems 1 y 6) es que los colegiados consideran, con muy buen criterio, que los conocimientos obtenidos en la carrera de Psicología no son suficientes para el uso adecuado de la mayoría de los test, por tanto, es necesario seguir formándose. También alertan los profesionales de que los test informatizados (ítem 5) van reemplazando progresivamente a los clásicos de papel y lápiz, y

ello con mayor intensidad en el ámbito educativo, y sobre todo en el de trabajo. Hay un consenso claro sobre la necesidad de que sean los psicólogos quienes utilicen e interpreten los resultados de los test (ítems 8 y 9). Los psicólogos son muy cons-

TABLA 3
ANÁLISIS FACTORIAL DE LOS ÍTEMS DEL CUESTIONARIO

Dimensiones					
Ítems	I	II	III	IV	V
21	0,86				
22	0,85				
23	0,85				
24	0,61				
25	0,72				
26	0,81				
27	0,27				
28-1		0,65			
28-2		0,84			
28-3		0,84			
28-4		0,78			
28-5		0,82			
28-6		0,76			
28-7		0,78			
28-8		0,83			
28-9		0,84			
28-10		0,80			
28-11		0,35			
3			0,55		
8			0,61		
9			0,52		
11			0,66		
12			0,78		
14			-0,28		
16			-0,52		
18			-0,54		
19			0,72		
1				0,89	
2				0,73	
4				0,45	
6				0,74	
5					-0,43
7					-0,76
10					0,48
13					0,66
15					-0,72
17					0,64
20					0,69
% varianza	17,53	14,64	8,18	5,87	5,41
% acumulado	17,53	32,17	40,35	46,22	51,63
Coefficiente Alfa	0,84	0,91	0,69	0,62	0,70

Nota. Se eliminaron los pesos inferiores a 0,45, excepto cuando la variable no alcanzaba dicho peso.



TABLA 4
MEDIA Y DESVIACIÓN TÍPICA DE CADA UNO DE LOS ÍTEMS DE LA ENCUESTA POR ESPECIALIDADES
(CLÍNICA-SALUD, EDUCATIVA, TRABAJO) Y GLOBAL

Ítems	Clínica-Salud N=844		Educativa N=159		Trabajo N=69		Global N=1.248	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
1. La formación recibida en la carrera de Psicología es suficiente para la utilización correcta de la mayoría de los test	2,46	1,16	2,62	1,14	2,64	1,19	2,47	1,16
2.- La formación recibida en cursos y Máster es suficiente para el uso correcto de la mayoría de los test	3,05	1,07	3,13	0,96	2,94	1,11	3,05	1,05
3.- La Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA) debería establecer un sistema para acreditar la competencia de los usuarios de test* (C-E)	3,34	1,29	3,60	1,24	3,58	1,36	3,39	1,30
4.- Los profesionales disponen de suficiente información (revisiones independientes, investigaciones, documentación...) sobre la calidad de los test editados en nuestro país	3,01	1,10	3,21	,96	2,91	1,10	3,04	1,09
5.- En mi campo profesional los test informatizados están reemplazando progresivamente a los test de papel y lápiz* (C-E, C-T)	3,27	1,30	3,62	1,10	3,90	1,07	3,36	1,29
6.- Mis conocimientos actuales en relación con los test los recibí fundamentalmente durante la carrera de Psicología	2,30	1,20	2,42	1,21	2,57	1,25	2,33	1,21
7. La aplicación de los test por Internet tiene muchas ventajas en comparación con la aplicación clásica de papel y lápiz* (C-T, E-T)	3,14	1,18	3,20	1,08	3,59	1,10	3,16	1,18
8.- El uso de los test psicológicos debería restringirse a psicólogos cualificados	4,23	1,02	4,28	0,98	4,41	1,12	4,24	1,03
9.- Aunque los no psicólogos podrían aplicar y puntuar los test, la interpretación e información sobre los resultados deberían estar restringidos a los psicólogos	4,39	1,13	4,36	1,13	4,43	1,12	4,38	1,14
10.- Los informes generados automáticamente por ordenador no tienen ninguna validez	2,81	1,15	2,68	0,97	2,81	1,14	2,78	1,12
11.- Los estándares y directrices que definen las cualidades técnicas mínimas de un test deberían ser obligatorios [por ejemplo los estándares de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA), o los de la Asociación de Psicología	4,15	0,89	4,18	0,77	4,32	0,81	4,18	0,87
12.- Se necesita legislación para controlar los abusos más serios con los test* (C-T, E-T)	3,99	1,01	3,91	1,04	4,36	0,79	4,02	1,01
13.- La aplicación de los test por Internet pone en desventaja a algunas personas evaluadas	3,45	1,09	3,28	1,04	3,23	1,02	3,41	1,10
14.- Todo aquel que sea capaz de demostrar su competencia en el uso de los test (sea psicólogo o no) debería ser autorizado para utilizarlos	2,09	1,30	2,05	1,18	2,46	1,40	2,08	1,28
15.- Si se utiliza adecuadamente, Internet puede mejorar mucho la calidad de la aplicación de los test* (C-T, E-T)	3,33	1,09	3,30	0,95	3,83	0,82	3,36	1,08
16.- Los controles sobre los test deberían ser mínimos, pues inhiben el desarrollo de nuevas ideas y nuevos procedimientos de evaluación	1,84	0,97	1,87	0,93	1,74	0,97	1,83	0,96
17.- La aplicación de test por Internet no permite proteger la privacidad de los usuarios	2,45	1,19	2,33	1,09	2,16	1,12	2,41	1,18
18.- Habría que permitir a los editores que vendiesen cualquier test que consideren adecuado	1,75	1,01	1,80	1,03	1,74	1,08	1,76	1,02
19.- El Colegio Oficial de Psicólogos debería ejercer un papel más activo para regular y mejorar el uso que se hace de los test	4,09	0,99	3,99	0,91	4,25	0,85	4,09	0,99
20.- La aplicación de test por Internet abre posibilidades de fraude	3,57	1,14	3,36	1,18	3,52	0,99	3,52	1,14
21.- En el desempeño de mi profesión utilizo test habitualmente* (C-E, E-T)	3,97	1,19	4,32	0,96	3,72	1,35	4,02	1,18
22.- Los test constituyen una excelente fuente de información si se combinan con otros datos psicológicos* (C-E, C-T)	4,41	0,90	4,61	0,72	4,68	0,58	4,47	0,85
23.- Utilizados correctamente, los test son de gran ayuda para el psicólogo* (C-E, C-T)	4,40	0,90	4,63	0,71	4,67	0,56	4,46	0,85
24.- Teniendo en cuenta todos los aspectos, creo que en la última década el uso de los test ha mejorado en mi país* (C-E)	3,67	0,95	3,86	0,87	3,75	0,88	3,73	0,93
25.- La práctica profesional basada en evidencias potencia el uso de los test como fuentes de información*	3,89	0,96	4,07	0,82	4,13	0,78	3,96	0,92



26.- En la toma de decisiones profesionales doy un peso importante a los datos obtenidos mediante test* (C-E)	3,36	1,04	3,86	0,78	3,57	0,81	3,46	1,00
27.- Antes de utilizar un test compruebo sus propiedades psicométricas	3,83	1,16	3,87	1,09	4,12	1,04	3,89	1,15
28-1. Hacer fotocopias de materiales sujetos a copyright	3,11	1,43	3,03	1,33	2,78	1,49	3,05	1,42
28-2 Hacer evaluaciones utilizando test inadecuados	2,39	1,29	2,48	1,29	2,68	1,50	2,44	1,31
28-3. No estar al día	3,06	1,26	3,08	1,20	3,16	1,36	3,08	1,26
28-4. No contrastar las interpretaciones con otros	3,06	1,27	2,92	1,27	3,20	1,28	3,04	1,28
28-5. No tener en cuenta los errores de medida de las puntuaciones	2,98	1,26	3,00	1,16	3,04	1,27	3,01	1,25
28-6. No restringir la aplicación de los test a personal cualificado	2,88	1,49	2,95	1,40	3,12	1,59	2,88	1,48
28-7. No tener en cuenta las condiciones locales (país, región) que pueden afectar a la validez	2,86	1,36	2,96	1,23	3,00	1,44	2,89	1,33
28-8. Hacer interpretaciones que van más allá de los límites del test	2,88	1,39	2,82	1,27	2,96	1,38	2,87	1,36
28-9. Utilizar test con baremos inadecuados	2,51	1,30	2,43	1,27	2,59	1,33	2,50	1,30
28-10. Utilizar algunos ítems sin los permisos correspondientes	2,26	1,30	2,14	1,17	2,30	1,22	2,25	1,28
28-11. Tener un precio muy elevado* (C-T, E-T)	4,25	1,06	4,25	1,04	3,65	1,21	4,17	1,11

DT: desviación típica
 Nota. El asterisco indica que las diferencias de medias entre las especialidades son estadísticamente significativas ($p < 0,05$). Los pares de letras entre paréntesis indican entre qué especialidades concretas se dan las diferencias significativas: Clínica-Salud (C), Educativa (E) y Trabajo (T).

cientes de las posibilidades de fraude que abre la aplicación de test por internet (ítems 17 y 20), y reclaman que el COP ejerza un papel más activo para mejorar el uso de los test (ítem 19). Los psicólogos utilizan habitualmente los test en el ejercicio de su profesión (ítem 21), especialmente en el ámbito educativo, seguido de clínica y trabajo, y no tienen dudas sobre su utilidad si se usan adecuadamente (ítems 22 y 23). Tienen además la percepción de que en la última década el uso de los test ha mejorado en España (ítem 24). En cuanto a los problemas en el uso de los test en nuestro país (ítems 28-1 al 28-11) su percepción es bastante positiva, quejándose, eso sí,

sobre el elevado precio de las pruebas, especialmente en clínica y educativa.

En la tabla 5 se muestran las medias y las desviaciones típicas de las respuestas de los participantes a las cinco dimensiones del cuestionario. Los ítems que presentaban saturaciones negativas en las dimensiones tres y cinco fueron invertidos antes de calcular la puntuación total. De esta manera una mayor puntuación indica una opinión más positiva hacia el control y legislación sobre los test y su uso, y una opinión más negativa hacia el uso de la tecnología (uso de internet, test informatizados, informes automatizados). Se ofrecen los resultados globales y pa-

Dimensiones	Clínica-Salud N=844		Educativa N=159		Trabajo N=69		Global N=1.248	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
1. Actitudes hacia los test* (C-E)	3,94	0,74	4,17	0,57	4,09	0,56	4,00	0,70
2. Problemas en el uso de los test	2,93	0,94	2,91	0,89	2,95	1,07	2,93	0,94
3. Control y regulación de test y su uso	4,05	0,57	4,08	0,61	4,14	0,56	4,07	0,58
4. Formación y conocimientos sobre los test	2,70	0,78	2,85	0,72	2,76	0,79	2,72	0,77
5. Internet, informatización y automatización* (C-E, C-T)	2,93	0,70	2,79	0,64	2,63	0,59	2,89	0,69

Nota. El asterisco indica que las diferencias de medias entre las especialidades son estadísticamente significativas ($p < 0,05$). Los pares de letras entre paréntesis indican entre qué especialidades concretas se dan las diferencias significativas: Clínica-Salud (C), Educativa (E) y Trabajo (T).



ra las tres especialidades, cuyas medias son comparadas mediante un ANOVA, con excepción de la primera dimensión, para la que se utilizó la prueba de Brown-Forsythe por no cumplirse el supuesto de homogeneidad de varianzas.

Como se puede ver en la tabla 5, las actitudes de los psicólogos españoles hacia los test son bastante favorables, con una media global de 4 puntos en una escala que va de 1 a 5. Los especialistas en educativa y trabajo son algo más favorables que los clínicos, lo cual no deja de tener su lógica, dada la naturaleza del ejercicio profesional de las especialidades. Como ya se señaló al comentar los resultados desglosados por ítems, los psicólogos españoles no encuentran problemas graves de uso de los test, con una media de 2,93. Manifiestan una clara posición a favor de un mayor control y regulación del uso de los test, con una media de 4,07 en esa dimensión. Claramente demandan una necesidad de formación continua, como muestra una media de 2,72 en la dimensión 4. Y no se muestran muy entusiastas con el uso de las nuevas tecnologías (internet, informatización, automatización); en concreto los especialistas en clínica son algo más escépticos respecto a la utilidad de los avances tecnológicos y perciben más problemas en su uso (2,93), que los especialistas en Educativa (2,79) y Trabajo (2,63).

CONOCIMIENTO DE LA EVALUACIÓN DE TEST

En cuanto a la pregunta de si conocen la evaluación anual de test que lleva a cabo el COP, sorprende comprobar que sólo dicen conocerla el 22,5% de los colegiados, hay, por tanto, un 77,5% que desconocen esta importante evaluación, por lo que está clara la necesidad insistir en su difusión. Entre quienes sí la conocen, les parece importante y necesaria, como se observa en los datos de la tabla 6.

EVOLUCIÓN DE LAS OPINIONES

En la tabla 7 aparecen las puntuaciones medias para cada ítem en las tres evaluaciones llevadas a cabo en los años 2000, 2010 y 2020. Dado que las encuestas utilizadas en las tres evaluaciones no tienen exactamente los mismos ítems,

Ítems	Media	DT
Me parece importante para mejorar la calidad de los test	4,46	0,72
Consulto las evaluaciones de los test en la página web del COP	3,81	1,15
Me ayuda en la elección de los test que utilizo	3,65	1,10
Es innecesaria, los psicólogos ya tienen suficiente información para saber qué test utilizar	1,62	1,01
DT: desviación típica		

sólo se ofrecen los resultados para los ítems comunes a las tres. Como se puede observar, la característica general más sobresaliente es la estabilidad, pero con algunos matices dignos de mención. Las correlaciones entre los resultados de las tres evaluaciones son muy elevadas: 0,986 entre la 1ª y 2ª, 0,955 entre la 1ª y la 3ª, y 0,982 entre la 2ª y la 3ª.

El primer aspecto a destacar es que los psicólogos españoles aprecian que mejora la información de la que disponen sobre la calidad de los test (ítem 4), pasando de un valor medio en 2010 de 2,73 a una media de 3,04 en 2020. Seguramente no es ajeno a esa percepción la labor de evaluación de los test llevada a cabo por el COP a lo largo de la última década. Otro aspecto a destacar es el aumento del uso de los test en el ejercicio de la profesión (ítem 21), pasando de un valor de 3,76 en 2010 a 4,02 en 2020. Esto constituye un indicador indirecto de la actitud positiva hacia los test, así como una apuesta clara sobre un ejercicio de la profesión basado en evidencias empíricas obtenidas a partir de los test. Cabe reseñar, en tercer lugar, que todos los ítems relativos a los problemas en el uso de los test (ítem 28) bajan sus valores medios, lo que significa que los profesionales perciben una mejora general en el uso de los test. El cambio más significativo se da en el ítem 28-1, relativo a las fotocopias de los test, que pasa de 3,51 en 2010 a 3,05 en 2020. Seguramente el aumento de los test online y las correcciones informatizadas haya favorecido esta percepción. También perciben que los test se ajustan mejor a las condi-

**TABLA 7
MEDIAS DE LOS ÍTEMES OBTENIDAS EN LAS ENCUESTAS DE LOS AÑOS 2000, 2010 Y 2020**

Ítems	Evaluación-1 2000	Evaluación-2 2010	Evaluación-3 2020
1	2,41	2,43	2,47
4	2,38	2,73	3,04
6	2,57	2,59	2,33
8	4,23	4,12	4,24
9	4,34	4,39	4,38
11	4,33	4,10	4,18
12	4,29	4,01	4,02
14	2,42	2,10	2,08
16	1,85	1,93	1,83
18	1,57	1,77	1,76
19	4,15	4,13	4,09
21	3,56	3,76	4,02
22	4,41	4,46	4,47
23	4,37	4,41	4,46
28-1	3,60	3,51	3,05
28-2	2,63	2,64	2,44
28-5	3,07	3,10	3,01
28-6	2,91	2,92	2,88
28-7	3,28	3,21	2,89
28-8	2,99	2,97	2,87



ciones locales (país, región) que hace una década (ítem 28-7), pasando la media de 3,21 a 2,89 al evaluar el problema de la falta de ajuste. Parece surtir efecto el esfuerzo de las organizaciones nacionales como el COP, internacionales, como la ITC, y los propios editores, en traducir y adaptar los test a las condiciones de las poblaciones evaluadas.

TEST MÁS UTILIZADOS EN ESPAÑA

En la tabla 8 se muestran los resultados referidos a los test más utilizados en la práctica diaria profesional de los psicólogos. Cabe destacar, en primer lugar, que los 25 test más utilizados son todos psicométricos, quedando los proyectivos relegados a posiciones muy inferiores. Como se puede observar, en primer lugar se encuentra el test de inteligencia para niños WISC, seguido del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI) y de la adaptación española del *Personality Assessment Inventory* (PAI). También es destacable que todas las pruebas están adaptadas al contexto español, y 6 de las 25 han sido desarrolladas por autores españoles, lo que representa un 24%, lo cual no está nada mal. Comparada esta evaluación con la de hace diez años, se incorporan a la lista diez nuevas pruebas, señaladas en la tabla 8 con un as-

TABLA 9
LOS DIEZ TEST MÁS UTILIZADOS POR LOS PSICÓLOGOS ESPAÑOLES POR ESPECIALIDADES

	Clínica-Salud N=844		Educativa N=159		Trabajo N=69	
1	WISC	19,9%	WISC	64,8%	16PF	27,5%
2	MCMI	14,1%	PROLEC	26,4%	CompeTEA	21,7%
3	BDI	14,0%	SENA	12,6%	CTC	8,7%
4	PAI	12,4%	D2	11,3%	PAI	7,2%
5	WAIS	12,4%	WAIS	10,1%	BAT-7	5,8%
6	16PF	10,9%	BADYG	9,4%	BIP	5,8%
7	MMPI	10,6%	ENFEN	7,5%	MMPI	5,8%
8	STAI	10,1%	TAMAI	6,2%	TPT	5,8%
9	SENA	8,8%	CARAS	5,7%	MCMI	4,3%
10	CUIDA	7,2%	16PF	5,0%	PAPI	4,3%

Notas: Se identifican a continuación las siglas de los test de esta tabla que no aparecen descritos en la tabla 8: BADYG (Batería de evaluación de las aptitudes diferenciales y generales); BAT-7 (Batería de Aptitudes de TEA). BIP (Inventario Bochum de Personalidad y Competencias); CTC: Cuestionario TEA Clínico; PAPI (The Personality and Preference Inventory); TAMAI (Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil); TPT (Test de Personalidad de TEA)

TABLA 8
LOS 25 TEST MÁS UTILIZADOS POR LOS PSICÓLOGOS ESPAÑOLES

Nombre de la prueba		N	%
WISC	Weschler Intelligence Scale for Children	289	23,2%
MCMI	Millon Clinical Multiaxial Inventory	157	12,6%
PAI*	Inventario de Evaluación de la Personalidad	156	12,5%
16PF	16 Personality Factors	142	11,4%
WAIS	Weschler Adult Intelligence Scale	138	11,1%
BDI	Beck Depression Inventory	122	9,8%
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory	120	9,6%
CUIDA	Evaluación de Adoptantes, Cuidadores, Tutores y Mediadores	110	8,8%
SENA*	Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes	107	8,6%
STAI	State Trait Anxiety Inventory	99	7,9%
PROLEC	Batería de Evaluación de los Procesos Lectores	71	5,7%
MMSE	Mini Mental State Examination	54	4,3%
SCL-90	Symptom Checklist 90	51	4,1%
D2*	Test de Atención	44	3,5%
BASC	Behavior Assessment System for Children	42	3,4%
ENFEN*	Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños	35	2,8%
LSB-50*	Listado de Síntomas Breve	30	2,4%
RAVEN	Matrices Progresivas de Raven	28	2,2%
CARAS*	Test de Percepción de Diferencias	27	2,2%
CompeTEA*	Evaluación de Competencias	26	2,1%
NEO-PI	NEO Personality Inventory	24	1,9%
RIAS*	Reynolds Intellectual Assessment Scales	23	1,8%
BAI*	Beck Anxiety Inventory	20	1,6%
GDS*	Geriatric Depression Scale	20	1,6%
ISRA	Inventario de Situaciones y Respuesta de Ansiedad	20	1,6%

Notas: Se marcan con asteriscos los test que aparecen nuevos respecto a la encuesta de 2010. Se agrupan las distintas versiones de un mismo test bajo el nombre original. Por ejemplo, aparecen agrupadas las formas abreviadas de un test, como es el caso de RIAS y su versión abreviada RIST. También se agrupan las respuestas sobre el MEC, que es la versión adaptada y validada en España del MMSE, o las distintas versiones del WISC y el WAIS, como WISC-R y WISC-V.



terisco (PAI, SENA, D2, ENFEN, LSB-50, CARAS, CompeTEA, RIAS, BAI, GDS), algunas de ellas publicadas con posterioridad a la encuesta de 2010 (PAI, SENA, LSB-50). Estos cambios en la lista de los test más utilizados constituyen un buen indicador de la gran actividad que se desarrolla en el campo de la construcción y publicación de test en España.

Cuando se analiza el uso por especialidades (tabla 9), se observa, como no puede ser de otro modo, que los test varían notablemente, así, por ejemplo, en Clínica y Educativa aparece en primer lugar la evaluación de aspectos cognitivos (WISC), mientras que en Trabajo lo hacen los de Personalidad (16PF).

ALGUNAS CONCLUSIONES GENERALES

Esta es la tercera encuesta que se hace a los psicólogos españoles acerca de sus opiniones sobre distintas cuestiones relacionadas con la práctica de los test en nuestro país, las otras dos datan de 2000 y 2010. Respondieron 1.248 colegiados a las treinta preguntas de la encuesta. A partir de los resultados, ya comentados con detalle en las líneas precedentes, pueden extraerse algunas conclusiones generales.

El análisis factorial de las preguntas de la encuesta indica que estas se articulan en torno a cinco dimensiones principales: *Actitudes hacia los test*, *Problemas en el uso de los test*, *Control y regulación de los test y su utilización*, *Formación y conocimientos sobre los test*, y finalmente, una quinta dimensión relativa a la *influencia de las nuevas tecnologías* en la práctica de los test, como informatización, internet y automatización de las evaluaciones.

Se constata una actitud positiva de los psicólogos españoles hacia los test utilizados adecuadamente, con una media de 4 puntos en una escala de 1 a 5 en esta dimensión. Los profesionales más favorables son los del área Educativa (4,17), seguidos de Trabajo (4,09) y Clínica-Salud (3,94).

En lo relativo a los problemas de uso de los test, los psicólogos españoles reconocen que hay aspectos a mejorar, pero consideran los problemas existentes de una gravedad moderada, con una media de 2,93, ligeramente por debajo de la media teórica de la escala que se sitúa en 3.

Los encuestados son claramente partidarios de incrementar el control y la regulación del uso de los test por parte de las instituciones implicadas (media de 4,07), tales como la Federación Europea de Asociaciones de Psicología (EFPA), International Test Commission (ITC), y el COP a nivel nacional.

Se pone de relieve la necesidad de una formación continuada en todo lo relacionado con los test (media de 2,72), pues se reconoce que lo aprendido en los estudios previos, tales como grado, licenciatura o Máster, no es suficiente para utilizar los test actuales con solvencia.

Se comprueba una cierta contención, tal vez prudencia, de los profesionales a la incorporación de las nuevas tecnologías en la práctica de los test, tales como la evaluación online a través de internet o la automatización de los informes (media de 2,89). Este escepticismo es mayor en Clínica, seguido de Educativa y Trabajo.

Los psicólogos consideran que los test tienen un precio demasiado elevado (media de 4,17), especialmente los clínicos y educativos, y en menor grado en el ámbito de trabajo. Los editores deberían de tomar en consideración este aspecto.

La evaluación de la calidad de los test que lleva a cabo la *Comisión de Test* del COP es poco conocida todavía entre los profesionales, sólo la conocen un 22,5%. Es evidente que hay que seguir haciendo esfuerzos en su difusión. Ahora bien, la buena noticia es que quienes la conocen la consideran muy importante y necesaria.

En cuanto a la evolución de las opiniones de los psicólogos españoles sobre la práctica de los test en las últimas dos décadas, cabe destacar que los profesionales aprecian una mejora de la información de la que disponen sobre la calidad de los test, un incremento del uso de los test en el ejercicio de la profesión, y una mejora en la percepción del uso correcto de los test. Son indicadores en la buena dirección, si bien queda un amplio margen de mejora sobre el que habrá que seguir insistiendo desde todas las instituciones, tanto nacionales como internacionales.

En cuanto a los test más utilizados por los profesionales, destaca que los 25 más citados son todos ellos psicométricos, quedando muy relegados los proyectivos. Los profesionales de las especialidades de Clínica-Salud, Educativa y Trabajo utilizan test muy distintos, como era de esperar, destacando los de carácter cognitivo en Clínica y Educativa (WISC), y los de Personalidad en Trabajo (16PF).

MIRANDO HACIA EL FUTURO

Las opiniones de los profesionales sobre la práctica de los test son una foto fija de sus percepciones actuales, y vistas en perspectiva reflejan una tendencia positiva en relación con las mismas de los años 2000 y 2010, ya veremos qué ocurre en 2030 y siguientes. Todo cambia muy rápidamente, y la evaluación psicológica no es una excepción. Ya Heráclito nos lo advirtió hace veinticinco siglos, todo fluye, nada permanece. Haremos unas breves reflexiones sobre el futuro de la evaluación y de los test siguiendo los trabajos recientes sobre el tema de Muñiz (2018) y Muñiz y Fonseca-Pedrero (2019). La fuerza motriz más relevante en el cambio de los procesos de evaluación son las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, y en especial los avances informáticos, multimedia e Internet. Expertos como Bennet (1999, 2006), Breithaupt, Mills y Melican (2006), Drasgow (2016), Drasgow, Luecht y Bennet (2006), Sireci y Zenisky (2016), o Sireci y Faulkner-Bond (2014), entre otros muchos, consideran que dichas tecnologías están influyendo sobre todos los aspectos de la evaluación psicológica, tales como el diseño de los test, la construcción y presentación de los ítems, la puntuación de los test y la evaluación a distancia. Si bien emergen nuevas formas de evaluación, los test psicométricos seguirán siendo herramientas fundamentales, dada su objetividad y economía de medios y tiempo (Phelps, 2005, 2008). En este



contexto de cambio tecnológico aparece la llamada 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, apareciendo 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 y otros portables como terminales para la evaluación abren nuevas posibilidades para la evaluación del futuro (Armayones et al., 2015; Chernyshenko y Stark, 2016; Insel, 2017; Miller, 2012). Además, 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 test tal como los conocemos ahora (Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2019), nos parece que va a ser que no, pero nunca se sabe. Otro tema que cobra fuerza es el de la evaluación ambulatoria, que si bien no es nuevo en psicología, resurge con fuerza en la actualidad impulsada por las tecnologías de la información y comunicación (Chernyshenko y Stark, 2016; Myin-Germeys et al., 2018; Trull y Ebner-Priemer, 2013; van Os, Delespaul, Wigman, Myin-Germeys y Wichers, 2013). La evaluación ambulatoria abarca diferentes métodos y procedimientos que tratan de estudiar mediante dispositivos móviles las experiencias de las personas (emociones, sentimientos, pensamientos, síntomas psicológicos) en su entorno natural y en la vida diaria. Esta metodología permite evaluar los constructos psicológicos desde una perspectiva más dinámica, personalizada, contextual, micro-longitudinal y ecológica. Ello se consigue realizando evaluaciones varias veces al día para captar suficientemente la variabilidad temporal de los fenómenos. Las preguntas se activan mediante un *beep* y pueden presentarse de forma aleatoria o en intervalos de tiempo predeterminados. Se trata de una aproximación complementaria a los procedimientos tradicionales de evaluación psicométrica de papel y lápiz (Fonseca-Pedrero y Muñiz, 2017; Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2019). Para analizar este tipo de datos se necesitan nuevos modelos psicométricos, entre los que destacan los modelos de redes (Borsboom y Cramer, 2013; Fonseca-Pedrero, 2017, 2018), así como los modelos procedentes de la teoría de los sistemas dinámicos o la teoría del caos (Nelson, McGorry, Wichers, Wigman, y Hartmann, 2017). Estos nuevos enfoques y tecnologías seguramente vienen para quedarse en los reales de la evaluación, y son bienvenidos, pero tendrán que superar la prueba del algodón y convencer a la implacable jueza: la validez. Todas las fantasías sobre los avances tecnológicos pasan por demostrar que aportan mejoras en la medida del constructo evaluado, de lo contrario no dejarán de ser meros fuegos

de artificio, pues lo esencial no muta: siempre habrá que aportar evidencias empíricas de la fiabilidad y validez, y así garantizar que los instrumentos de medida evalúan de forma objetiva, equitativa y rigurosa, ese es el norte que no hay que perder de vista (Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2019). De hecho, ya asistimos con demasiada frecuencia a propuestas sofisticadas informáticamente para evaluar constructos psicológicos y educativos online que no tienen detrás ninguna evidencia empírica que los avale. Osan algunos de ellos evaluar constructos tan complejos como la Dislexia o el TDAH, y generan gráficos muy aparentes con colores y semáforos varios, se lanzan incluso a diagnosticar, pero detrás no hay nada, no se aporta ninguna evidencia de validez, son mera apariencia, eso sí, seguramente muy lucrativa. Por el bien de los usuarios y de la profesión debemos contribuir entre todos a desenmascarar estos timos, envueltos de marketing y tecnología, pero carentes de toda validez. Todo instrumento de medida, use la tecnología que use, debe aportar un manual detallado donde consten las evidencias de validez que lo avalan, y si no lo hace no vale nada, así de simple.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean expresar su agradecimiento a todos los investigadores y profesionales que participaron en el desarrollo del cuestionario utilizado, que fueron muchos. Especial mención merecen, el presidente del COP, Francisco Santolaya, que apoyó el proyecto de forma clara y decidida, los miembros de la *Comisión de Test del COP* (Milagros Antón, José Luis Galve, Rosario Martínez Arias, Vicente Ponsoda y Frédérique Vallar), así como quienes coordinaron las evaluaciones anuales de test: Paula Elosua Oviden, Laura E. Gómez Sánchez, María Dolores Hidalgo, Eduardo Fonseca Pedrero y Carme Viladrich. La implementación informática de la encuesta corrió a cargo de José Ramón Correas González. Muchas gracias a todos, sin su ayuda este trabajo no hubiese sido posible.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

REFERENCIAS

- American Educational Research Association, American Psychological Association y National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. 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(1), 62-71.



- 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(3), 249-260.
- 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*. Chichester: John Wiley and Sons. (pp. 201-217).
- Borsboom D. y Cramer, A.O.J. (2013). Network analysis: An integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 91-121.
- 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.
- Calderón, C., Navarro, D., Lorenzo-Seva, U. y Ferrando, P. J. (2019). Multidimensional or essentially unidimensional? A multi-faceted factor-analytic approach for assessing the dimensionality of tests and items. *Psicothema*, 31(4), 450-457.
- Carlson, J. F. y Geisinger, K. F. (2012). Test reviewing at the Buros Center for Testing. *International Journal of Testing*, 12(2), 122-135.
- Chernyshenko, O. S. y Stark, S. (2016). Mobile psychological assessment. En F. Drasgow (Ed.) (2016). *Technology and testing*. Nueva York : Routledge.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Downing, S. M. y Haladyna, T. M. (Eds.) (2006). *Handbook of test development*. Hillsdale, NJ.: LEA.
- Drasgow, F. (Ed.) (2016). *Technology and testing*. Nueva York : Routledge.
- Drasgow, F., Luecht, R. M. y Bennett, R. E. (2006). Technology and testing. En R. L. Brennan (Ed.), *Educational measurement*. Westport, CT: ACE/Praeger. (págs. 471-515).
- Elosua, P. y Geisinger, K. F. (2016). Cuarta evaluación de test editados en España: forma y fondo. *Papeles del Psicólogo*, 37(2), 82-88.
- European Federation of Professional Psychologists' Associations (2005). *Meta-Code of ethics*. Brussels: Author (www.efpa.eu).
- Evers, A., McCormick, C., Hawley, L., Muñiz, J. et al. (2017). Testing practices and attitudes toward tests and testing: An international survey. *International Journal of Testing*, 17(2), 158-190.
- Evers, A., Muñiz, J., Bartram, D., Boben, D., Egeland, J., Fernández-Hermida, J. R., et al. (2012). Testing practices in the 21st Century: Developments and European Psychologists' opinions. *European Psychologist*, 17(4), 300-319.
- Evers, A., Muñiz, J., Hagemester, C., Hostmaelingen, A., Lindley, P., Sjöberg, A., y Bartram, D. (2013). Assessing the quality of tests: Revision of the EFPA review model. *Psicothema*, 25(3), 293-201.
- Fernández-Ballesteros, R. (2014). *Evaluación psicológica*. Madrid: Pirámide.
- 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(3), 187-200.
- Ferrando, P.J. y Anguiano, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en Psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18-33.
- Ferrando, P. J. y Lorenzo-Seva, U. (2017). Program factor at 10: Origins, development and future directions. *Psicothema* 29(2), 236-240. doi: 10.7334/psicothema2016.304.
- Fonseca-Pedrero, E. (2017). Análisis de redes: ¿una nueva forma de comprender la psicopatología? *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(4), 183-224.
- Fonseca-Pedrero, E. (2018). Análisis de redes en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 39(1), 1-12.
- Fonseca-Pedrero, E. y Muñiz, J. (2017). Quinta evaluación de test editados en España: mirando hacia atrás, construyendo el futuro. *Papeles del Psicólogo*, 38(3), 161-16.
- Geisinger, K. F. (2012). Worldwide test reviewing at the beginning of the twenty-first century. *International Journal of Testing*, 12(2), 103-107.
- Geisinger, K. F. (2016). Test evaluation. En S. Lane, M. R. Raymond y T. M. Haladyna (eds.), *Handbook of test development*. Nueva York: Routledge.
- 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(2), 145-220.
- Gómez-Sánchez, L. E. (2019). Séptima evaluación de test editados en España. *Papeles del Psicólogo*, 40(3), 205-210.
- Groth-Marnat, G. y Wright, A. J. (2016). *Handbook of psychological assessment*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Haladyna, T. M. y Rodríguez, M. C. (2013). *Developing and validating test items*. Londres: Routledge.
- Hambleton, R. K., Merenda, P. F. y Spielberger, C. D. (Eds.) (2005). *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment*. Londres: LEA.
- Hernández, A., Tomás, I., Ferreres, A. y Lloret, S. (2015). Tercera evaluación de test editados en España. *Papeles del Psicólogo*, 36(1), pp. 1-8
- Hernández, A., Ponsoda, V., Muñiz, J., Prieto, G. y Elosua, P. (2016). Revisión del modelo para evaluar la calidad de los test utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 37(3), 192-197.
- Hidalgo, M. D. y Hernández, A. (2019). Sexta evaluación de test editados en España: resultado e impacto del modelo en docentes y editoriales. *Papeles del Psicólogo*, 40(1), 21-30.



- IBM Corp. (2016). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Insel, T. R. (2017). Digital phenotyping: Technology for a new science of behavior. *JAMA*, 318(2), 1215-1216.
- Irwing, P., Booth, T. y Hughes, D. J. (Eds.) (2018). *The Wiley handbook of psychometric testing: A multidisciplinary reference on survey, scale and test development*. UK: John Wiley y Sons Ltd.
- ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second Edition) (2017). *International Journal of Testing*, 17, 1-34, (www.InTestCom.org)
- Izquierdo, I., Olea, J. y Abad, F. J. (2014). Exploratory factor analysis in validation studies: Uses and recommendations. *Psicothema*, 26(3), 395-400.
- Joint Committee on Testing Practices. (2002). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington DC: Joint Committee on Testing Practices.
- Knapp, S. J. (Ed.) (2012). *APA handbook of ethics in psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Koocher, G. y Kith-Spiegel, P. (2007). *Ethics in psychology*. Nueva York: Oxford University Press.
- 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, 5802-5805.
- Lane, S., Raymond, M.R. y Haladyna, T. M. (2016). *Handbook of test development (2nd edition)*. Nueva York, NY: Routledge.
- 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(1), 71-88.
- Lindsay, G., Koene, C., Ovreeide, H., y Lang, F. (2008). *Ethics for European psychologists*. Gottingen and Cambridge, MA: Hogrefe.
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., y Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169.
- Lorenzo-Seva, U. y Ferrando, P. J. (2013). FACTOR 9.2 a comprehensive program for fitting exploratory and semi-confirmatory factor analysis and IRT models. *Applied Psychological Measurement*, 37(6), 497-498. doi: 10.1177/0146621613487794
- 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.
- Meehl, P. E. (1954). *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Miller, G. (2012). The smartphone psychology manifesto. *Perspectives on Psychological Science*, 7(3), 221-237.
- Muñiz, J. (1997). Aspectos éticos y deontológicos de la evaluación psicológica. En A. Cordero (Ed.), *Evaluación psicológica en el año 2000* (pp. 307-345). Madrid: TEA Ediciones.
- Muñiz, J. (2018). *Introducción a la psicometría*. Madrid: Pirámide.
- Muñiz, J. y Bartram, D. (2007). Improving international tests and testing. *European Psychologist*, 12(3), 206-219.
- Muñiz, J., Bartram, D., Evers, A., Boben, D., Matesic, K., Glabeke, K., Fernández-Hermida, J.R. y Zaal, J. (2001). Testing practices in European countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 17(3), 201-211.
- 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. (2000). La utilización de los test en España. *Papeles del Psicólogo*, 76, 41-49.
- Muñiz, J. y Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 108-121.
- Muñiz, J., Fernández-Hermida, J. R., Fonseca, E., Campillo, A. y Peña, E. (2011). Evaluación de test editados en España. *Papeles del Psicólogo*, 32(2), 113-128.
- Muñiz, J. y Fonseca-Pedrero, E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema*, 31(1), 7-16. doi: 10.7334/psicothema2018.291.
- Muñiz, J., Hernández, A. y Ponsoda, V. (2015). Nuevas directrices sobre el uso de los test: investigación, control de calidad y seguridad. *Papeles del Psicólogo*, 36(3), 161-173.
- 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.
- Myin-Germeys, I., Kasanova, Z., Vaessen, T., Vachon, H., Kirtley, O., Viechtbauer, W., y Reininghaus, U. (2018). Experience sampling methodology in mental health research: New insights and technical developments. *World Psychiatry*, 17(2), 123-132.
- Nelson, B., McGorry, P. D., Wichers, M., Wigman, J. T. y Hartmann, J. A. (2017). Moving from static to dynamic models of the onset of mental disorder. *JAMA Psychiatry*, 74(5), 528-534.
- Papeles del Psicólogo (2009). *Número monográfico sobre Ética Profesional y Deontología*. Vol. 30, 182-254.
- 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 Hontagas, P. (2013). Segunda evaluación de test editados en España. *Papeles del Psicólogo*, 34(2), 82-90.
- Ryan, J. M. (2006). Practices, issues, and trends in student test score reporting. En S. M. Downing y T. M. Haladyna (Eds.) (2006). *Handbook of test development*. Hillsdale, NJ.: LEA. (págs. 677-710).



Schmeiser, C. B. y Welch, C. (2006). Test development. En R. L. Brennan (Ed.), *Educational measurement (4th edition)* (pp. 307-353). Westport, CT: American Council on Education/Praeger.

Sireci, S. y Faulkner-Bond, M. (2014). Validity evidence based on test content. *Psicothema*, 26(2), 100-107.

Sireci, S. y Zenisky, A. L. (2016). Computerized innovative item formats: Achievement and credentialing. En S. Lane, M. R. Raymond, y T. M. Haladyna (Eds.), *Handbook of test development*. Nueva York: Routledge.

Trull, T. J. y Ebner-Priemer, U. W. (2013). Ambulatory assess-

ment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 151-176.

van Os, J., Delespaul, P., Wigman, J., Mying-Germays, I. y Wichers, M. (2013). Beyond DSM and ICD: Introducing precision diagnosis for psychiatry using momentary assessment technology. *World Psychiatry*, 12(1), 113-117.

Wright, A. J. (2011). *Conducting psychological assessment: A guide for practitioners*. Hoboken, NJ: Wiley.

Zenisky, A. L. y Hambleton, R. K. (2016). A model and good practices for score reporting. En S. Lane, M. R. Raymond y T. M. Haladyna (eds.), *Handbook of test development*. Nueva York: Routledge.

Anexo 1

Encuesta utilizada para recoger las opiniones de los psicólogos sobre la utilización de los test

Datos generales

Edad: _____ Sexo: Hombre _____ Mujer _____

Año en el que obtuvo la Licenciatura/Grado en Psicología: _____

Años que lleva colegiado: _____

Especialidad Profesional: Clínica-Salud _____ Educativa _____ Trabajo _____ Otras (diga cuál) _____

Trabaja actualmente como Psicólogo/a sí _____ no _____

Trabaja en el sector: Público _____ Privado _____ En paro _____

Número de años que lleva en el trabajo actual _____

Instrucciones

Las cuestiones que aparecen a continuación están formuladas para responder en una escala de 1 a 5. Si está *en desacuerdo total* con la frase señale el 1, si está *totalmente de acuerdo* señale el 5, utilice los números 2, 3 y 4 para las situaciones intermedias. La encuesta es totalmente anónima.

Cuestionario

1. La formación recibida en la carrera de Psicología es suficiente para la utilización correcta de la mayoría de los test
2. La formación recibida en cursos y Másters es suficiente para el uso correcto de la mayoría de los test
3. La *Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos* (EFPA) debería establecer un sistema para acreditar la competencia de los usuarios de test
4. Los profesionales disponen de suficiente información (revisiones independientes, investigaciones, documentación...) sobre la calidad de los test editados en nuestro país
5. En mi campo profesional los test informatizados están reemplazando progresivamente a los test de papel y lápiz
6. Mis conocimientos actuales en relación con los test los recibí fundamentalmente durante la carrera de Psicología
7. La aplicación de los test por Internet tiene muchas ventajas en comparación con la aplicación clásica de papel y lápiz
8. El uso de los test psicológicos debería restringirse a psicólogos cualificados
9. Aunque los **no** psicólogos podrían aplicar y puntuar los test, la interpretación e información sobre los resultados deberían estar restringidos a los psicólogos



10. Los informes generados automáticamente por ordenador **no** tienen ninguna validez
11. Los estándares y directrices que definen las cualidades técnicas mínimas de un test deberían ser obligatorios [por ejemplo los estándares de la *Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos* (EFPA), o los de la *Asociación de Psicología Americana* (APA)].
12. Se necesita legislación para controlar los abusos más serios con los test
13. La aplicación de los test por Internet pone en desventaja a algunas personas evaluadas
14. Todo aquel que sea capaz de demostrar su competencia en el uso de los test (sea psicólogo o no) debería ser autorizado para utilizarlos
15. Si se utiliza adecuadamente, Internet puede mejorar mucho la calidad de la aplicación de los test
16. Los controles sobre los test deberían ser mínimos, pues inhiben el desarrollo de nuevas ideas y nuevos procedimientos de evaluación
17. La aplicación de test por Internet **no** permite proteger la privacidad de los usuarios
18. Habría que permitir a los editores que vendiesen cualquier test que consideren adecuado
19. El *Colegio Oficial de Psicólogos* debería ejercer un papel más activo para regular y mejorar el uso que se hace de los test
20. La aplicación de test por Internet abre posibilidades de fraude
21. En el desempeño de mi profesión utilizo test habitualmente
22. Los test constituyen una excelente fuente de información si se combinan con otros datos psicológicos
23. Utilizados correctamente, los test son de gran ayuda para el psicólogo
24. Teniendo en cuenta todos los aspectos, creo que en la última década el uso de los test ha mejorado en mi país
25. La práctica profesional basada en evidencias potencia el uso de los test como fuentes de información
26. En la toma de decisiones profesionales doy un peso importante a los datos obtenidos mediante test
27. Antes de utilizar un test compruebo sus propiedades psicométricas
28. Estime la frecuencia de los siguientes problemas de uso de los test en su entorno profesional (1: muy poco frecuente; 5: muy habitual)
 1. Hacer fotocopias de materiales sujetos a *copyright*
 2. Hacer evaluaciones utilizando test inadecuados
 3. No estar al día
 4. No contrastar las interpretaciones con otros
 5. No tener en cuenta los errores de medida de las puntuaciones
 6. No restringir la aplicación de los test a personal cualificado
 7. No tener en cuenta las condiciones locales (país, región) que pueden afectar a la validez
 8. Hacer interpretaciones que van más allá de los límites del test
 9. Utilizar test con baremos inadecuados
 10. Utilizar algunos ítems sin los permisos correspondientes
 11. Tener un precio muy elevado
29. En relación con la evaluación anual de test que realiza la Comisión de Test del COP:
 1. La conozco sí no (si responde **no** pase a la pregunta 30, en realidad en la encuesta informatizada ya lo hace automáticamente)
 2. Me parece importante para mejorar la calidad de los test
 3. Consulto las evaluaciones de los test en la página web del COP
 4. Me ayuda en la elección de los test que utilizo
 5. Es innecesaria, los psicólogos ya tienen suficiente información para saber qué test utilizar
30. Cite los tres test que utiliza con más frecuencia en el ejercicio de su profesión:
 1.
 2.
 3.

Observaciones: Comente cualquier otro aspecto que considere oportuno





TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PERSONALIZADOS: ORIENTACIONES CLÍNICAS

PERSONALIZED PSYCHOLOGICAL TREATMENTS: CLINICAL INSTRUCTIONS

Alexander Muela Aparicio y Eneko Sansinenea Méndez

Universidad del País Vasco UPV-EHU

En la actualidad existe una amplia concienciación para personalizar los tratamientos psicológicos en función de las características individuales del paciente y de la singularidad de su contexto vital. Utilizar el mismo tratamiento para cada paciente y para cada trastorno es una práctica clínica contraindicada y una conducta poco ética. En el presente trabajo se revisan siete factores importantes en este ámbito: el grado de reactividad con respecto al cambio, la fase del cambio en la que se encuentra el cliente, la cultura, el estilo de afrontamiento, el estilo de apego, las preferencias terapéuticas y los sentimientos religiosos y espirituales. Los resultados de diversos estudios metanalíticos sugieren que dichos factores influyen sensiblemente en la eficacia de los tratamientos psicológicos, y que su aplicación deja un amplio margen de mejora para la eficacia de los tratamientos psicológicos.

Palabras clave: Tratamientos personalizados, Práctica-basada-en-la-evidencia, Revisión-narrativa-de-metanálisis, Psicoterapia, Tratamientos adaptados.

Today therapists are more aware of the importance of personalizing psychological treatments according to patients' individual characteristics and the singularity of their life contexts. Using the same treatment for every patient and every disorder is not advisable and it is a poor ethical behavior. In this study, seven important personalizing factors are reviewed: patient reactivity level, stage of change phase, culture, coping style, attachment style, therapeutic preferences, and religious and spiritual dimension. Meta-analytic studies suggest that these factors notably affect the efficacy of psychological treatments, and that their application will allow for further improvement in psychotherapy efficacy.

Key words: Personalized treatments, Evidence-based practice, Narrative review of meta-analysis, Psychotherapy, Treatment adaptations.

Numerosos estudios han puesto de manifiesto que los tratamientos psicológicos son procedimientos terapéuticos indicados para reducir los elevadísimos costes en términos personales, económicos y sociales que se derivan de los problemas de salud mental y conductual (Holmes et al., 2018).

Hoy por hoy se cuenta con una variedad de sistemas psicoterapéuticos que podrían utilizarse para el tratamiento de una amplia gama de problemas psicológicos. No obstante, cabe señalar que existen notables diferencias en la evidencia empírica y la base científica obtenida por cada uno de los diversos procedimientos (Prochaska y Norcross, 2018).

En la búsqueda de tratamientos psicológicos eficaces, en los últimos 30 años, se han desarrollado diversos movimientos como los tratamientos psicológicos empíricamente validados (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995) o los tratamientos psicológicos con apoyo empírico. Debido a las controversias que se derivaron de su aplicación dogmática (Wampold e Imel, 2015), surgió una nueva iniciativa más coherente con la

práctica psicoterapéutica, a saber, la práctica basada en la evidencia (PBE) que germinó al amparo de la medicina basada en la evidencia.

La Asociación Americana de Psicología (APA) define la PBE como "la integración de la mejor investigación disponible con la experiencia clínica en el contexto de las características del paciente, su cultura y preferencias" (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006, pág. 273). En comparación con la medicina basada en la evidencia, el cliente ocupa un lugar más destacado y asume un papel más activo. Por lo tanto, se persigue identificar los problemas psicológicos y aportar pruebas o evidencias, teniendo como referencia investigaciones con procedimientos rigurosos, que unidos al juicio clínico individual, a los valores y expectativas del paciente, pueden ayudar a tomar la decisión más acertada para obtener el tratamiento más indicado. Esta definición subsume los listados de tratamiento basados en la evidencia, estableciendo así una definición de "lo basado en la evidencia" más exhaustiva y enriquecedora.

La PBE ha traído consigo una mejora sustancial de la implantación de los tratamientos psicológicos en el área de la salud y ha promovido la necesidad de obtener evidencias de la eficacia y efectividad tanto en lo que respecta al tipo de psicoterapia aplicada como al nivel de progreso del cliente (Pérez-Álvarez, 2019). Por lo tanto, la PBE

Recibido: 16 junio 2019 - Aceptado: 2 septiembre 2019

Correspondencia: Alexander Muela Aparicio. Universidad del País Vasco UPV-EHU. Avenida Tolosa 70. 20018 Donostia-San Sebastián. España. E-mail: alexander.muela@ehu.es





es sin lugar a dudas uno de los avances más destacados de los últimos años en lo que al área de los tratamientos psicológicos se refiere.

No obstante, hoy en día la complejidad de los trastornos psicológicos supone un reto para la investigación y la práctica clínica (Galán-Rodríguez, 2018). Los trastornos psicológicos son fenómenos complejos que no pueden ser abarcados en su totalidad por las guías clínicas y se caracterizan por las grandes diferencias entre un individuo y otro, incluso en un mismo trastorno (Cramer, Waldorp, van de Maas y Norsboom, 2010).

A este respecto, diversos estudios han hallado que las intervenciones protocolizadas focales no presentan un buen ajuste con este tipo de pacientes (Marchette y Weisz, 2017). A priori, esta situación implicaría la utilización de múltiples manuales focales, pero los clínicos que han tratado de seguir esta línea de actuación se han encontrado con una ausencia de guías orientativas sobre cómo trabajar con diferentes manuales durante el tratamiento de personas con sintomatología comórbida. Además, cabe señalar que los pacientes presentan a menudo fluctuaciones derivadas de estresores, es decir, coocurrencia de problemas, que les afectan durante el tratamiento, por lo que la aplicación de un diseño lineal de intervención no se acomoda adecuadamente a dichas oscilaciones (Marchette y Weisz, 2017).

A todo esto, se le une la problemática de que los tratamientos psicológicos basados en la evidencia presentan dificultades para que los profesionales que intervienen en la salud mental los acojan en su práctica rutinaria. Esto se debe principalmente al esfuerzo económico y personal que supone para las instituciones y para los propios clínicos el hecho de ser formados en los manuales de tratamiento de los diferentes trastornos psicológicos (Barlow, Bullis, Comer y Ametaj, 2013). Los psicoterapeutas afirman que en la práctica clínica han de trabajar con un rango muy amplio de problemas psicológicos, pero por el contrario disponen de poco tiempo o recursos para formarse en los diferentes manuales de tratamiento para cada tipo de trastorno psicológico. Asimismo, también se ha criticado que los tratamientos manualizados carecen de suficiente validez externa, especialmente en el área infanto-juvenil (Weisz, Krumholz, Santucci, Thomassin y Ng, 2015).

Por otra parte, se han realizado diversas iniciativas para avanzar hacia un modelo único de psicoterapia, más allá de los enfoques teóricos clásicos, en un intento por maximizar la comunalidad en detrimento de la individualidad (Prochaska y Norcross, 2018). Para ello se han utilizado principalmente cinco enfoques o estrategias: la integración teórica, el eclecticismo técnico, los factores comunes, los tratamientos transdiagnósticos y los tratamientos posmodernos.

La integración teórica hace referencia a la síntesis de dos o más orientaciones teóricas psicoterapéuticas en una conceptualización única (Norcross y Goldfried, 2019). Como su propio nombre indica, el énfasis se sitúa en la integración de los conceptos teóricos de los tratamientos psicológicos, aunque las técnicas también quedan integradas en virtud de esa síntesis teórica.

En el eclecticismo, la búsqueda de la intervención más adecuada se obtiene a través de la evidencia empírica por lo que la teoría carece de importancia. Así pues, el eclecticismo representa el uso de técnicas y procedimientos de diferentes sistemas teóricos; se selecciona la técnica que se cree que funcionará mejor con un cliente o paciente concreto.

El enfoque de los factores comunes se basa en la idea de que los aspectos del tratamiento que son comunes a las diferentes psicoterapias son los principales responsables del éxito del tratamiento, a diferencia de los factores específicamente asociados con un modelo psicoterapéutico en particular, al protocolo de tratamiento y del modelo teórico que lo sustenta. Uno de los ingredientes comunes de todas las psicoterapias es la relación terapéutica. La APA, a través del grupo de trabajo *Task Force on Evidence-Based Relationships and Responsiveness*, en un reciente informe, ha presentado una revisión sobre lo que funciona en la relación terapéutica (Norcross y Lambert, 2019). Cabe señalar que en dicho informe se concluye que la relación terapéutica realiza una contribución sustancial y consistente al resultado de la terapia, independientemente del tipo de psicoterapia aplicada. Asimismo, se sostiene que determinados elementos (p. ej., la empatía, la congruencia/genuinidad del terapeuta, recoger el feedback del cliente, etc.) predicen y contribuyen a los buenos resultados terapéuticos, por lo que en la actualidad es necesario hablar de relaciones terapéuticas basadas en la evidencia (Norcross y Lambert, 2019).

Por su parte, los tratamientos transdiagnósticos son intervenciones basadas en la evidencia diseñadas para ser eficaces con una categoría de trastornos o problemas que comparten características comunes. Los tratamientos transdiagnósticos parten de una conceptualización del trastorno mental que trasciende de los sistemas de clasificación individual como el DSM-5 o el CIE-11 y se alinea con el modelo dimensional, como, por ejemplo, el *Research Domain Criteria* (RDoC, Hershenberg y Goldfried, 2015).

Cabe señalar que los resultados iniciales de la aplicación de los tratamientos transdiagnósticos han sido prometedores (Craske, 2012; Marchette y Weisz, 2017), especialmente en el área de los trastornos de la alimentación (Fairburn et al., 2009) y en los tratamientos emocionales (Farchione et al., 2012). Incluso se han obtenido resultados equivalentes a las intervenciones llevadas a cabo con protocolos sistematizados para el tratamiento de un determinado trastorno (Barlow et al., 2019). Por consiguiente, se puede concluir que estamos ante un nuevo modo de comprender la psicoterapia y actuar en el ámbito clínico, puesto que con la utilización de un solo protocolo unificado de intervención se pueden tratar múltiples trastornos que comparten características comunes, con igual eficacia que la utilización de manuales estandarizados para cada trastorno, lo que facilitaría considerablemente tanto la formación como la labor del clínico.

Por otra parte, los procedimientos psicoterapéuticos que brotan del posmodernismo, principalmente representados por los tratamientos multiculturales, la terapia narrativa o la terapia feminista, parten de que la realidad y el conocimiento no



son entidades objetivas y absolutas, sino son fruto de los intercambios sociales. Cuestionan la idea de que las personas puedan ser tratadas desde la perspectiva de los trastornos mentales, que se sitúan principalmente en la vida mental. Por el contrario, plantean que las cuestiones culturales deben ocupar un lugar central, tanto para entender la manifestación de los problemas psicológicos como su tratamiento (Coleman y Wampold, 2003; Gielen, Draguns y Fish, 2008). Esta noción es incompatible con el desarrollo de tratamientos específicos para determinados trastornos, particularmente aquellos que plantean un locus intrapsíquico del problema e ignoran las influencias culturales.

Por último, una mención destacada merece la constatación de que una varianza considerable del éxito de los tratamientos psicológicos depende exclusivamente del terapeuta (Prado-Abril, Gimeno-Peón, Inchausti y Sánchez-Reales, 2019), diferenciándose psicoterapeutas extraordinarios (*supershrinks*) en una amplia variedad de condiciones disfuncionales y situaciones clínicas, de psicoterapeutas cuya actuación conduce a una menor tasa de éxito en el tratamiento (*pseudoshrinks*). A esto se le conoce como el movimiento de los terapeutas basados en la evidencia (Miller, Hubble, Chow y Seidel, 2013). Los *supershrinks* se caracterizan por presentar una habilidad para establecer una sólida alianza terapéutica con un amplio rango de pacientes, disponen de habilidades interpersonales de facilitación, muestran dudas sobre el nivel de desempeño y son proclives a desarrollar una práctica deliberada. Cabe señalar que variables tales como la mera acumulación de experiencia, la edad y género, la orientación teórica, la psicoterapia personal, la supervisión o la adherencia a un protocolo y competencia en aspectos específicos de un tratamiento no se ha relacionado con la eficacia del clínico (Prado-Abril et al., 2019).

Todos estos enfoques, al igual que la PBE, presentan sus fortalezas y debilidades. Para adentrarse más a fondo en la tensión y dialéctica entre la investigación de proceso y de resultados en psicoterapia, entre los efectos específicos y los efectos comunes que dan cuenta de los resultados de los tratamientos psicológicos, sugerimos al lector que revise los diversos manuscritos publicados recientemente en esta revista (Galán-Rodríguez, 2018; Gimeno-Peón, Barrio-Nespereira y Prado-Abril, 2018; González-Blanch y Carral-Fernández, 2017; Pérez-Álvarez, 2019; Prado-Abril et al., 2019).

A pesar de la riqueza de las aportaciones, en este maremagnum de movimientos desiguales, aún permanecemos inmersos en un intenso debate sobre la eficacia diferencial de los tratamientos psicológicos que frecuentemente resulta improductivo para el clínico (Galán-Rodríguez, 2018) y acrecienta más la brecha existente entre la práctica clínica y una ciencia psicoterapéutica regida por teorías y sometida a la validez estadística (González-Blanch y Carral-Fernández, 2017). En este contexto, con objeto de arrojar luz sobre esta cuestión y avanzar en la identificación de los mecanismos de cambio, se defiende que los tratamientos psicológicos han de incluir tanto una perspectiva de tratamiento personaliza-

da como un enfoque centrado en la visión transdiagnóstica que tenga como objetivo los mecanismos comunes de los trastornos psicológicos (Holmes et al., 2018; Prochaska y Norcross, 2018).

En la actualidad existe entre los clínicos una amplia concienciación para personalizar los tratamientos psicológicos en función de las características individuales del paciente y de la singularidad de su contexto vital, algo que se ha visto refrendado en el reciente informe emitido por la APA sobre este tema (Third interdivisional APA Task Force on Evidence-Based Relationships and Responsiveness, Norcross y Lambert, 2019; Norcross y Wampold, 2019). Utilizar el mismo tratamiento para cada paciente y para cada trastorno es una práctica clínica contraindicada y una conducta poco ética (Norcross y Wampold, 2019). Esta visión fue incluida en la famosa letanía de Gordon Paul (1967, p.111): “¿Qué tratamiento, aplicada por quién, es más eficaz para este individuo, con estos problemas específicos, y bajo qué tipo de circunstancias ocurre?” Es decir, lo que funciona en un cliente puede que no resulte para otro; por lo tanto, se ha de ajustar el tratamiento de forma personalizada a cada paciente en particular.

Partiendo de esta perspectiva, los estudios metanalíticos ofrecen algunas orientaciones sobre cómo mejorar los resultados de los tratamientos adaptándolos a las características personales de los clientes (Norcross y Wampold, 2019). La reciente publicación de la tercera edición del influyente libro *Psychotherapy Relationships that Work. Volume 2: Evidence-Based Therapist Responsiveness* (Norcross y Wampold, 2019) sintetiza de forma excepcional la visión de los tratamientos psicológicos personalizados. Aunque en el primer volumen de dicho trabajo (Norcross y Lambert, 2019) se revisan las contribuciones basadas en la evidencia en lo que a la relación terapéutica se refiere, el presente artículo, en el marco de la práctica deliberada (Prado-Abril et al., 2019), se centra en el tópico de la respuesta del terapeuta basada en la evidencia respecto a las características transdiagnósticas del paciente. Concretamente se han realizado estudios empíricos acumulados sobre aspectos que tienen que ver con el grado de reactancia con respecto al cambio, la fase del cambio en la que se encuentra el cliente, la cultura, el estilo de afrontamiento, el estilo de apego, las preferencias terapéuticas y los sentimientos religiosos y espirituales (Norcross y Wampold, 2019). A continuación, se presentan las aportaciones más representativas con respecto a las variables señaladas.

EL GRADO DE REACTANCIA CON RESPECTO AL CAMBIO

La resistencia del paciente con respecto al cambio es uno de los principales desafíos a los que se tiene que enfrentar todo terapeuta. Se trata de una tendencia a evitar realizar los cambios recomendados por el terapeuta, debido a una aprehensión o aversión al cambio (Beutler, Edwards y Someah, 2018).

Para referirse a lo que se conoce como resistencia al cambio es pertinente aludir al concepto de reactancia al cambio. Aunque se realiza una distinción entre resistencia y reactan-



cia, los dos términos hacen referencia a dos puntos de un continuum de evitación al cambio (Beutler et al., 2018). La reactancia es una forma de evitación en la que además de resistencia al cambio también se da una reacción de oposición con respecto al terapeuta. En ambos casos el paciente realiza cambios en una dirección diferente a la recomendada por el terapeuta. Así, el paciente resistente evita realizar las tareas prescritas o manifiesta conductas que favorecen el mantenimiento de los síntomas. En el caso del paciente reactante, es posible que realice las tareas prescritas, pero incluso las tareas más simples las efectuará de forma incorrecta o puede repentinamente manifestar un incremento de los síntomas clínicos y mostrarse muy contrariado con las directrices o recomendaciones del terapeuta.

Beutler et al. (2018) plantean que la reactancia se activa si el terapeuta se muestra demasiado confrontativo o sobreimplicado, por lo que está moderada por el estilo directivo del terapeuta. La directividad se define como el grado en que el terapeuta utiliza sugerencias, interpretaciones y asignaciones, tanto en sesión como fuera de ella, para guiar al paciente hacia el cambio.

En el reciente metanálisis realizado por Beutler et al. (2018) con 13 estudios (1.208 pacientes) se ha hallado una asociación entre el nivel de reactancia del paciente, el nivel de directividad del terapeuta y los resultados del tratamiento. Concretamente se ha observado que los pacientes que presentan altos niveles de reactancia responden mejor a los tratamientos psicológicos no directivos y menos estructurados ($d = 0.79$). Así, se concluye que, con pacientes altamente reactivos, se recomienda enfatizar el autocontrol del paciente y emplear una postura menos directiva. Por su parte, con aquellos clientes que manifiestan bajos niveles de reactancia se ha observado que responden mejor a tratamientos directivos.

Beutler et al. (2018) consideran que las manifestaciones de reactancia del cliente han de ser vistas como una señal de que se están empleando métodos terapéuticos ineficaces. Es decir, la reactancia se caracteriza mejor como un problema en la administración del tratamiento (no del paciente) y, como tal, se convierte en un problema que debe resolver el terapeuta. Por lo tanto, tratar de ajustar el grado de directividad del terapeuta con el nivel de reactancia del paciente puede ser una buena medida para resolver este problema. Para ello, en primer lugar, se recomienda que se mida de forma rutinaria el nivel de reactancia (como si fuera un rasgo de personalidad) y las conductas resistentes que emergen en sesión (como un estado específico del entorno terapéutico). Paralelamente, se recomienda realizar una monitorización sistemática de resultados (Gimeno-Peón et al., 2018). Es decir, llevar a cabo acciones sistemáticas para obtener y utilizar el feedback de los pacientes acerca del progreso del tratamiento psicoterapéutico. Con los pacientes reactantes esta práctica se antoja vital para evitar el abandono prematuro del tratamiento y garantizar el buen curso del mismo. Así, en las situaciones de impasse o estancamiento, en las que las manifestaciones de las conductas resistentes se hacen evidentes, influirá sobremanera monitorizar la evolu-

ción de los resultados y atender al feedback de los pacientes (Lambert, Whipple y Kleinstäuber, 2019).

Del mismo modo, también se ha detectado que la reactancia del cliente afecta a la estabilidad de la relación terapéutica dando lugar a su ruptura (Eubanks, Muran y Safran, 2019). En ese momento será preciso reparar la alianza terapéutica ya sea con estrategias directas, que implica que el terapeuta y el paciente reconozcan dicha ruptura y se presen a resolver el problema, o indirectamente, mediante lo cual el terapeuta tratará de canalizar el problema sin un reconocimiento explícito del mismo (Eubanks et al., 2019).

A favor de la primera opción se encuentran los resultados de diversos estudios (Chen, Atzil-Slonim, Bar-Kalifa, Hasson-Ohayon y Refaeli, 2018; Muran, Safran, Gorman, Samstag, Eubanks-Carter y Winston, 2009) que han hallado que el reconocimiento de la ruptura por parte del terapeuta es un componente crítico para la resolución exitosa de los problemas relacionados con la alianza terapéutica. De no contar con un vínculo terapeuta-paciente estrecho, se sugiere utilizar estrategias indirectas que pueden implicar, por ejemplo, la modificación ya sea de las tareas prescritas o los objetivos terapéuticos que preocupan al paciente (Eubanks et al., 2019).

Diversos estudios metanalíticos (Eubanks et al., 2019; Safran, Muran y Eubanks-Carter, 2011) han puesto de manifiesto que la resolución de la ruptura de la alianza terapéutica se asocia con un mejor resultado del tratamiento por lo que se sugiere promover una formación específica para los terapeutas en la competencia para la resolución de situaciones de ruptura de la alianza terapéutica.

En definitiva, se recomienda responder de manera reflexiva y sensible a la reactancia del cliente. Es decir, reconocer las preocupaciones del paciente a través de la reflexión, dialogar con franqueza acerca de la relación terapéutica, ajustar el contrato terapéutico donde se incluya un mayor control por parte del paciente, explorar mecanismos subyacentes que motivan la reactancia y tratar de modificar la resistencia al cambio.

EL ESTADIO DEL CAMBIO

El modelo transteórico del cambio (Prochaska y DiClemente, 1983) se conceptualiza como un proceso progresivo que transcurre a través de cinco etapas: Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento. Una etapa se corresponde con un período de tiempo y con el cumplimiento de una serie de tareas. En la etapa de Precontemplación, las personas no se plantean cambiar y la mayoría no son conscientes de sus problemas; sin embargo, las personas de su entorno perciben que tienen dificultades. La Contemplación es la etapa en la que los pacientes son conscientes de que tienen un problema y están pensando seriamente sobre cómo superarlo, pero aún no se han comprometido a actuar. Los contempladores batallan con las evaluaciones positivas de su comportamiento disfuncional y la cantidad de esfuerzo, energía y costo que supondría encarar sus problemas. La Preparación es la etapa en la que los



individuos tienen la intención de tomar medidas a corto plazo para paliar sus problemas e informan de pequeños cambios que han realizado para superarlos. Aunque muestran reducciones de sus conductas problemáticas, los pacientes en la etapa de Preparación aún no han alcanzado criterios eficaces para cambiar. La Acción es la etapa en la que los individuos realizan modificaciones en su comportamiento, en sus experiencias y en su entorno para superar sus problemas. La Acción implica los cambios de comportamiento más claros y requiere un compromiso considerable de tiempo y energía. Los individuos se clasifican en la etapa de Acción si han modificado con éxito la conducta disfuncional por un período de entre un día y seis meses. El Mantenimiento es la etapa en la que las personas trabajan para prevenir las recaídas y consolidar los cambios positivos realizados durante la fase de Acción. Esta etapa se extiende desde los seis meses hasta un período indeterminado después de la acción inicial. No manifestar problemas y/o mostrar un nuevo comportamiento incompatible con la problemática durante más de seis meses son los criterios de inclusión de la etapa de Mantenimiento (Prochaska y DiClemente, 1983, ver Figura 1).

En el metanálisis de 76 estudios (25.917 pacientes) realizado por Krebs, Norcross, Nicholson y Prochaska (2018) constataron que los terapeutas que ajustaban las etapas del cambio con el procedimiento terapéutico obtenían mejores resultados terapéuticos ($d = 0.41$). Así, por ejemplo, con respecto a proceder con tratamientos orientados a la acción, sugieren que el terapeuta ha de cerciorarse de que el cliente se encuentra en la etapa indicada. De no ser así, advierten del alto riesgo de fracaso de la terapia. A este respecto, Krebs et

al. (2018) estiman que el 40% de los clientes se encuentra en la fase de Precontemplación, el 40% en Contemplación y solo el 20% está preparado para la Acción. Por lo tanto, advierten que los terapeutas que ofrecen sólo programas orientados a la acción probablemente ignoren a la mayoría de su población diana. La recomendación terapéutica es pasar de un paradigma de acción a un paradigma por etapas, por lo que, en primer lugar, se ha de evaluar en qué etapa del cambio se encuentra el cliente.

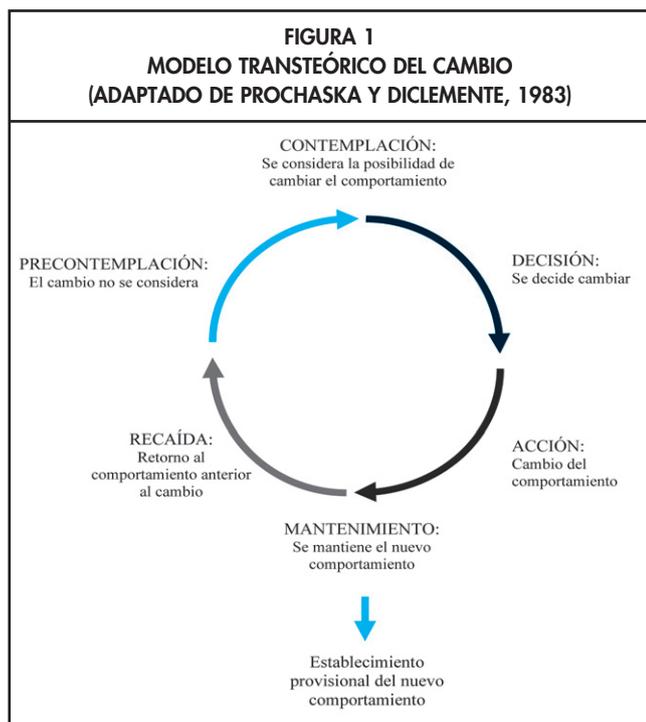
Asimismo, se sugiere establecer metas realistas que contribuyan a que los clientes progresen adecuadamente. Un ejemplo de ello sería ayudar a los pacientes a pasar de la fase de Precontemplación a la de Contemplación. En relación con esto, Krebs et al. (2018) advierten que el trabajo con los precontempladores requiere mucha precaución. En pacientes con una diversidad diagnóstica, se ha comprobado que las personas que se encuentran en la etapa de Precontemplación, subestiman las ventajas del cambio, sobrestiman las desventajas y no son conscientes de que están haciendo tales evaluaciones (Hall y Rossi, 2008). Así, si los psicoterapeutas intentan imponer acciones a los precontempladores, es probable que abandonen el tratamiento y ello erróneamente se atribuya a la conducta de resistencia de los clientes (Beutler et al., 2018). La entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 2015) es un buen ejemplo de cómo incorporar estos principios a la práctica clínica.

En la tabla 1 se presenta un resumen de las etapas del cambio, las intervenciones concordantes con cada una de ellas y el rol del terapeuta.

Del mismo modo, se han de adaptar los métodos terapéuticos a las etapas del cambio. Krebs et al. (2018) demostraron que los pacientes avanzan mejor por las etapas de Precontemplación y Contemplación hasta la Preparación si se aplicaban métodos para ampliar la consciencia y estimular la liberación y el alivio emocional. Por su parte, los clientes progresan mejor por las etapas de Preparación, Acción y Mantenimiento mediante el uso de técnicas de contracondicionamiento, control de estímulos y refuerzo. En definitiva, es conveniente utilizar técnicas para promover el darse cuenta o ampliar la consciencia en las etapas iniciales y continuar con procedimientos dirigidos a la acción en las etapas posteriores (Krebs et al., 2018).

Por último, Krebs et al. (2018) también proponen ajustar el tipo de relación terapéutica en función de la etapa en la que se encuentra el cliente, lo que le ayudará a progresar de una etapa a otra. Así, una actitud cuidadora, empática y de apoyo será la más recomendable con un precontemplador, un rol de profesor socrático con un contemplador, un entrenador experimentado con un paciente que se encuentra en la fase de Acción y una relación de consultor en la etapa de Mantenimiento.

FIGURA 1
MODELO TRANSTEÓRICO DEL CAMBIO
(ADAPTADO DE PROCHASKA Y DICLEMENTE, 1983)



EL ESTILO DE AFRONTAMIENTO

Las personas, ante las situaciones inusuales o estresantes, empleamos estilos de afrontamiento externalizantes o internalizantes para adaptarnos a dichas condiciones ambientales. Se trata de rasgos de personalidad relativamente estables



(Beutler, Kimpara, Edwards y Miller, 2018). Cabe señalar que los estilos de afrontamiento no conllevan necesariamente la expresión de psicopatología; no obstante, si el estilo de afrontamiento se vuelve extremadamente prominente, variable o rígido puede facilitar la aparición de psicopatología (Beutler et al., 2018).

En el reciente metanálisis con 18 estudios realizado por Beutler et al. (2018) se concluye que los estilos de afrontamiento influyen en los efectos del tratamiento ($d = 0.60$). Así, entre los pacientes con estilos de afrontamiento internalizantes se observa un mejor resultado de las terapias orientadas hacia el cambio interpersonal y el *insight* o darse cuenta, mientras que entre los pacientes con estilos de afrontamiento externalizantes se observan mejores resultados con terapias que se focalizan en el cambio sintomático y en el aprendizaje de habilidades.

Por lo tanto, de cara a mejorar el ajuste de los tratamientos que se ofrecen a los clientes se recomienda en primer lugar, evaluar el estilo de afrontamiento del paciente partiendo de sus experiencias vitales y desarrollar una aproximación conceptual de los estilos de afrontamiento del paciente ante situaciones estresantes o aversivas. Una vez hecho esto, si el paciente presenta una tendencia externalizante, se recomienda utilizar procedimientos terapéuticos orientados a la sintomatología como, por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual, mientras que en el caso de los pacientes con un estilo de afrontamiento internalizante, se sugiere utilizar tratamientos dirigidos principalmente a generar *insight* u orientados a la relación como, por ejemplo, los tratamientos experienciales (Beutler et al., 2018).

LA CULTURA

La cultura del cliente es otra de las piedras angulares de los tratamientos psicológicos personalizados. La adaptación cultural de los tratamientos psicológicos hace referencia a "modificaciones sistemáticas de un tratamiento basado en la evidencia o un protocolo de intervención que considera el lenguaje, la cultura y el contexto de modo que sea compatible con los valores, significados y patrones culturales del cliente" (Bernal, Jiménez-Chafey y Domenech Rodríguez, 2009, p. 362). Así pues, ello conlleva, por ejemplo, realizar modificaciones lingüísticas a nivel oral y escrito y emplear las lenguas, dialectos o jergas de la cultura específica de pertenencia del paciente. También supone llevar a cabo adaptaciones en el contenido de los tratamientos en función de las costumbres o valores culturales del cliente.

Asimismo, la adaptación cultural de los tratamientos psicológicos implica que los terapeutas dispongan de competencia multicultural. En 1961, C. Gilbert Wrenn acuñó el término "consejero encapsulado culturalmente" para describir a un tipo de terapeuta que parte de la cosmovisión de su propia cultura y no presta suficiente atención al efecto que las diferencias culturales ejercen sobre el proceso terapéutico. En el año 2003, la APA publicó una política de práctica psicológica para los psicólogos que se dedican a la educación, la formación de psicólogos, la investigación y la práctica clínica. Se enfatizaron tres aspectos importantes para la competencia cultural de los psicoterapeutas: el conocimiento cultural, la conciencia cultural y las habilidades culturales.

En la actualidad se ha obtenido suficiente evidencia empírica para concluir que los tratamientos psicológicos son más

TABLA 1
RESUMEN DE LAS ETAPAS DEL CAMBIO, LAS INTERVENCIONES CONCORDANTES CON CADA UNA DE ELLAS Y EL ROL DEL TERAPEUTA

Estadio de cambio	Características	Intervenciones concordantes	Rol del terapeuta
Precontemplación	No se plantea el cambio. Subestimación de los beneficios del cambio y sobrestimación de las desventajas.	Toma de conciencia.	Actitud cuidadora, empática y de apoyo.
Contemplación	Consciencia del problema. Ambivalencia respecto del cambio.	Estimular la liberación. Alivio emocional.	Profesor socrático.
Preparación	Intención de realizar cambios a corto plazo. Pequeños avances.	Etapa intermedia en la que confluyen las intervenciones y los roles del terapeuta de los dos grupos de estadios.	
Acción	Cambios en el comportamiento. Compromiso con el cambio.	Técnicas de contracondicionamiento.	Entrenador experimentado.
Mantenimiento	Consolidar los cambios. Prevenir las recaídas.	Control de estímulos y refuerzo.	Consultor.



efectivos cuando se alinean con la cultura del cliente y cuando el terapeuta muestra competencia multicultural (Soto, Smith, Griner, Domenech Rodríguez y Bernal, 2018). En el metanálisis realizado con 99 estudios por Soto et al. (2018) hallaron un tamaño del efecto moderado ($d = 0.50$) a favor de los tratamientos psicológicos adaptados culturalmente. Asimismo, en otro metanálisis con 15 estudios realizado por los mismos autores en el que estudiaron el efecto de la competencia cultural del terapeuta (Soto et al., 2018), observaron que la competencia cultural del terapeuta correlacionaba fuertemente ($r = .38$) con mejores resultados del tratamiento cuando era evaluada por el cliente, aunque no por el propio terapeuta ($r = .06$). Por lo tanto, se puede concluir que los clientes perciben positivamente el hecho de que los terapeutas manifiesten competencias para adaptarse a su cultura de origen y que ello afecta positivamente a los resultados del tratamiento, aunque el terapeuta no le conceda tanta importancia.

Así pues, parece claro que ajustar los tratamientos a la diversidad cultural mejora los resultados del tratamiento. Además, la investigación nos ofrece algunas pautas concretas para mejorar el ajuste cultural de los tratamientos. Por una parte, se recomienda adaptar el tratamiento para un grupo cultural específico, en lugar de a un grupo de clientes con diversas culturas. Cuanto mayor especificidad cultural, mejor resultado del tratamiento (Soto et al., 2018). Además, se sugiere la idea de incluir traductores en la aplicación del tratamiento cuando el nivel de competencia lingüística del cliente con respecto al idioma natural del terapeuta es muy bajo.

Por último, es importante incluir en el contexto terapéutico el trabajo sobre cómo percibe culturalmente el cliente al psicoterapeuta y valorar el efecto que ello ejerce sobre el proceso terapéutico. Además, como un indicador del progreso terapéutico del cliente, se recomienda evaluar de forma rutinaria el ajuste cultural del tratamiento aplicado y el nivel de competencia cultural mostrado por el terapeuta (Soto et al., 2018).

EL ESTILO DE APEGO

La teoría del apego sostiene que el ser humano dispone de un sistema de apego cuya función principal es asegurar la proximidad del ser humano con la persona que lo cuida y le provee asistencia y protección en caso de necesidad (Bowlby, 1969/1998). Aunque se considera que, independientemente de la edad cada persona, posee un determinado sistema de apego, los individuos difieren en lo que en la teoría del apego se define como la "calidad de apego", y esta calidad varía en términos de seguridad *versus* inseguridad (así como en el tipo de inseguridad). Estudios contrastados promueven que estas diferencias se determinan, en gran medida, en función de las diferencias en el tipo de cuidado recibido en la infancia (Mikulincer y Shaver, 2016).

El sistema de apego existe y tiene una presencia/influencia transversal en la vida de la persona, en numerosos campos, especialmente en las conductas sociales en general y, más particularmente, en las conductas sociales que requieren inti-

midad (Mikulincer y Shaver, 2016). El estilo de apego en la edad adulta se determina en función de dos estructuras subyacentes: la ansiedad con respecto al apego y la evitación con respecto al apego. Bajas puntuaciones en ambas dimensiones se identifican con un patrón de apego seguro.

¿Cómo afecta el estilo de apego del cliente al proceso terapéutico? En el metanálisis con 36 estudios (3.158 pacientes) llevado a cabo por Levy, Kivity, Johnson y Gooch (2018) se observó que los pacientes que presentaban un estilo de apego seguro en el pretratamiento obtenían mejores resultados después del tratamiento que los que mostraban un estilo de apego inseguro, aunque se halló un tamaño del efecto pequeño ($d = 0.36$); por lo tanto, se han de realizar nuevos estudios que confirmen esta relación.

En lo que se refiere a las aplicaciones clínicas, basándose en los resultados obtenidos en dicho metanálisis, Levy et al. (2018) recomiendan realizar una evaluación del estilo de apego del paciente antes de iniciar el tratamiento. Cabe señalar que, en general, con personas que presenten un estilo de apego inseguro en el pretratamiento, Levy et al. (2018) han hallado unos resultados preliminares en los que se apoya el uso de procedimientos terapéuticos focalizados en el trabajo de las interacciones interpersonales y las relaciones íntimas.

En lo tocante a las diferencias concretas en función del estilo de apego inseguro, con los pacientes que presenten un estilo de apego ansioso con respecto al apego, se aconseja activar estrategias terapéuticas dirigidas a ayudarles a contener la espiral emocional que generalmente les embarga, lo que incluye un marco muy estructurado de tratamiento y abstenerse de utilizar técnicas terapéuticas experienciales que puedan hacer que el cliente se sienta abrumado y así favorecer la descompensación emocional (Levy et al., 2018).

En lo que se refiere a los clientes que presentan un estilo de apego evitativo, se sabe que estas personas se muestran resistentes con respecto al tratamiento, tienen dificultades para pedir ayuda y suelen rechazarla cuando se les ofrece (Mikulincer y Shaver, 2016). Se aconseja que el terapeuta se muestre activo, pero sin atosigar al paciente; comprometido, pero no sobreimplicado (Levy et al., 2018).

LAS PREFERENCIAS DEL CLIENTE

Las preferencias del cliente hacen referencia a las conductas o atributos del terapeuta o del tipo de tratamiento que el cliente valora, desea o espera recibir (Arnkoff, Glass y Shapiro, 2002). Son tres los componentes principales de dichas preferencias: las preferencias con respecto al rol del terapeuta, a las características del terapeuta y al tratamiento impartido.

Las preferencias del cliente con respecto al rol del terapeuta hacen referencia al tipo de rol que espera que el terapeuta adopte y a las actividades en las que el cliente desea verse implicado y espera que el terapeuta promueva a lo largo del proceso terapéutico (Swift, Callahan, Cooper y Parkin, 2018). Ejemplos de ello sería un rol del terapeuta consejero vs. un rol centrado en la escucha activa, solicitar o no el cumplimiento de autorregistros o requerir realizar tareas pa-



ra casa. También hace alusión al formato del tratamiento (individual, grupal, terapia de pareja, etc.). Las preferencias con respecto al terapeuta son las características que los clientes esperan encontrar en el clínico, como, por ejemplo, experiencia clínica, competencia multicultural, etc. Por último, las preferencias con respecto al tratamiento se refieren al modelo de intervención que se va aplicar. Es decir, tener la opción de elegir entre un tratamiento predominantemente psicoterapéutico o psicofarmacológico o el tipo de orientación psicoterapéutica (psicodinámica, cognitivo-conductual, humanista o sistémica).

Estudios empíricos acumulados han puesto de manifiesto que tener en cuenta las preferencias del cliente pueden afectar al resultado del tratamiento. En el reciente metanálisis realizado por Swift et al. (2018) con 53 estudios (16.000 clientes) observaron que las personas que recibieron un tratamiento ajustado a sus preferencias mostraron mejores resultados ($d = 0.28$). Aunque el tamaño del efecto fue de pequeña magnitud, las diferencias fueron estadísticamente y clínicamente significativas. No obstante, cabe señalar que quizás un resultado más trascendente fue que entre los clientes que tuvieron un tratamiento más ajustado a sus preferencias, hallaron una menor tasa de abandono del tratamiento ($OR = 1.79$).

Por lo tanto, estos resultados sugieren que tener en cuenta las preferencias del cliente no solo afecta al resultado del mismo, sino que favorece la adherencia al tratamiento. La falta de adherencia al tratamiento es uno de los mayores desafíos en el ámbito de la salud mundial puesto que se ha constatado que a medida que la adherencia al tratamiento decrece, aumenta la carga de enfermedad crónica (World Health Organization, WHO, 2003). En general, se ha observado que los pacientes que sufren diversas patologías físicas y/o psicológicas que muestran una baja adherencia al tratamiento, tienen mayor riesgo de sufrir recaídas más intensas, mayor riesgo de dependencia de los psicofármacos, mayor riesgo de abstinencia y de efecto rebote, mayor riesgo de desarrollar resistencia a los tratamientos, mayor riesgo de toxicidad y de sufrir accidentes (WHO, 2003).

LOS SENTIMIENTOS RELIGIOSOS Y ESPIRITUALES

Durante mucho tiempo, con objeto de aplicar tratamientos afines con una postura científica y aséptica, en psicoterapia ha prevalecido la orientación de eximir lo máximo posible todo contenido moral de carácter religioso y espiritual (Vietem y Scammell, 2015). No obstante, cada vez está adquiriendo una mayor relevancia el movimiento conocido como *religious-accommodative therapies* que aboga por incluir contenido religioso y espiritual (R/E) a los tratamientos psicológicos, aludiendo que muchos clientes así lo solicitan y que mejoran los resultados de los tratamientos.

A este respecto, diversos metanálisis (Captari et al., 2018; Smith, Bartz y Richards, 2007; Worthington, Hook, Davis y McDaniel, 2011) han hallado que los tratamientos R/E ejercen un efecto beneficioso sobre una variedad de problemas psicológicos tales como la depresión, la ansiedad y los tras-

tornos del comportamiento. Concretamente se ha encontrado un tamaño del efecto moderado-alto (en un rango entre 0.40 y 0.74), en comparación con las condiciones de control. Asimismo, también se ha hallado que las terapias religioso-acomodativas son tan efectivas como las terapias seculares y presentan una mayor efectividad en clientes que tienen altos valores religiosos o con clientes que prefieren tratarse con terapeutas que tienen convicciones religiosas similares.

Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de incluir en la formación de los psicoterapeutas competencias para trabajar con los sentimientos R/E de los clientes (Vietem y Scammell, 2015), aspecto que se podría incluir en la competencia multicultural que hemos citado anteriormente. Asimismo, acrecienta el interés por integrar en los tratamientos psicoterapéuticos tradicionales cuestiones espirituales y religiosas.

CONCLUSIÓN

La personalización de los tratamientos psicológicos constituye un importante elemento en la eficacia de los tratamientos psicológicos. En el presente trabajo se han descrito siete estrategias de personalización de los tratamientos psicológicos que pueden ayudar a aumentar la eficacia de los terapeutas, independientemente de su orientación teórica. Sin embargo, la aplicación de estas estrategias de personalización terapéutica no se puede realizar de un modo automatizado ni está exenta de dificultades. A continuación, planteamos algunos matices que se pueden observar en las estrategias presentadas.

Aunque la idea que anima las estrategias de personalización y los estudios que las sostienen es que estas intervenciones son válidas para cualquier enfoque terapéutico, la orientación teórica del terapeuta va a ejercer una influencia en la aplicabilidad de este conjunto de estrategias. Es decir, determinadas estrategias encajan mejor con determinados enfoques, y peor con otros. Por ejemplo, en lo que se refiere al estilo de afrontamiento del paciente, los terapeutas de orientación psicodinámica, sistémica o humanista van a desempeñarse mejor con aquellos pacientes que empleen estrategias de afrontamiento internalizantes, mientras que los terapeutas cognitivo-conductuales encajarán mejor con aquellos pacientes más externalizantes. Lo mismo podría decirse del estadio del cambio: los diferentes enfoques psicoterapéuticos se adecúan mejor o peor a los distintos estadios del cambio terapéutico. A no ser que se acepte ser efectivo solamente con cierto tipo de los pacientes, los terapeutas de orientación más cognitivo-conductual tendrán que aprender a trabajar con un enfoque más interpersonal, y los terapeutas dinámicos, sistémicos y humanistas tendrán que adaptarse a trabajar con pacientes externalizantes. Esto requiere de un mayor esfuerzo de aplicación de técnicas procedentes de enfoques distintos, algo que supone un gran esfuerzo para los terapeutas (Norcross y Goldfried, 2019).

La estrategia que se refiere a las preferencias de tratamiento del paciente también puede entrar en conflicto con otros principios que funcionan en el encuentro psicoterapéutico.



péutico. El hecho de que un paciente reciba un tratamiento ajustado a sus preferencias no tiene que resultar per se algo siempre positivo. Un paciente puede desear un determinado tipo de tratamiento, por ejemplo, porque a alguien a quien conoce le fue bien con esa terapia, pero el terapeuta bien puede pensar que el paciente necesita un tratamiento distinto. En este caso, los terapeutas se verán en la tesitura de elegir entre hacer lo que ellos consideran más adecuado —y correr el riesgo de perder el paciente— o elegir hacer lo que el paciente demanda —y correr el riesgo de que la terapia sea menos efectiva—. Resumiendo, la personalización de los tratamientos psicológicos exige de los y las terapeutas una disposición a la flexibilidad (Prado-Abril et al., 2019). Ésta es una habilidad particularmente difícil, ya que en muchos casos implica una cierta relativización del propio enfoque psicoterapéutico, y una disposición a utilizar técnicas e ideas de otros enfoques. Dicho con otras palabras, la habilidad terapéutica de la flexibilidad se conecta —en cierta medida al menos— con el problema teórico de la integración de la psicoterapia. Si bien las luchas de los años 70 entre enfoques teóricos tocaron a su fin, hoy por hoy siguen siendo numerosos los problemas y dificultades en esta área (Galán-Rodríguez, 2018; Norcross y Goldfried, 2019; Pérez-Álvarez, 2019).

Otra dificultad general a la hora de aplicar las estrategias de personalización citadas en este trabajo, es que a menudo proceden de una visión de la psicoterapia y del ser humano intensamente norteamericanas. La psicoterapia, más allá de su estatus científico y profesional, es sociológicamente un producto cultural norteamericano, y como tal, ha existido —y existe todavía— una tendencia a universalizar ciertos aspectos de la cultura norteamericana al resto de los países del mundo (Beauvois, 2017). En los EEUU existen desde hace muchas décadas grupos culturales o etnolingüísticos que constituyen categorías sociales claramente delimitadas, con las cuales la adaptación cultural a realizar es más o menos clara. Sin embargo, en Europa la situación es diferente, no solo respecto de América, sino entre los propios países europeos. Históricamente, Francia, Alemania o el Reino Unido han sido países de destino de la emigración mundial, mientras que este fenómeno en España es mucho más reciente. A todo esto, debe añadirse también la nueva ola migratoria de los últimos años, producida a partir de los conflictos bélicos en Oriente Medio. Toda esta situación se configura en cierta medida de un modo diferente al norteamericano, y supone un importante desafío para los terapeutas europeos, que progresivamente deberán ir haciendo frente a una nueva realidad en lo que al origen cultural de sus pacientes se refiere.

Lo que se ha dicho de la acomodación cultural, también puede decirse de lo religioso/espiritual. Puede haber pacientes religiosos/espirituales que de alguna forma no necesitan que lo religioso/espiritual se incluya en la terapia, mientras que otros pacientes si lo desean o lo necesitan. Podría incluso darse el caso de que para algún paciente fuese incluso contraproducente, en el sentido de que lo religioso/espiritual for-

me parte de sus dificultades objeto de asistencia psicoterapéutica. También es relevante la orientación religiosa/espiritual del terapeuta: muchos terapeutas ateos o agnósticos pueden mostrarse reacios a tratar temas espirituales. En resumen, nos parece importante por un lado comprender el rol que puede jugar la religiosidad en los problemas que están siendo tratados, y por otro entender que una psicoterapia bien hecha va a ser siempre una psicoterapia en la que el terapeuta es coherente con la tarea clínica y consigo mismo.

Como la mayoría de las decisiones que en el transcurso de su quehacer profesional debe tomar un terapeuta, junto con todo el conocimiento clínico y profesional que haya podido acumular, en última instancia es la ponderación de diversos factores (experiencia clínica, características particulares del paciente o valores éticos y morales del terapeuta) la que le conducirá a la decisión más acertada. Estas estrategias, por lo tanto, no se plantean tanto como una tarea a automatizar por el terapeuta, sino más bien como un recurso al que poder recurrir si resultase útil.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *The American Psychologist*, 61, 271-285.
- Arnkoff, D. B., Glass, C. R. y Shapiro, S. J. (2002). Expectations and preferences. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 335-356). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Bullis, J. R., Comer, J. S. y Ametaj, A. A. (2013). Evidence-based psychological treatments: An update and a way forward. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 1-27. <https://doi.org/10.4324/9781315619996-9>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray-Latin, H., Ellard, K. K., Bullis, J. T., Bentley, K. H., Boettcher, H. T. y Cassiello-Robbins, C. (2019). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Beauvois, J. (2017). Americanization of psychology. En A. Wenzel (Ed.), *The sage encyclopedia of abnormal and clinical psychology* (Vol. 1, pp. 151-152). Thousand Oaks, CA: SAGE. <http://dx.doi.org/10.4135/9781483365817>
- Bernal, G., Jiménez-Chafey, M. I. y Domenech Rodríguez, M. M. (2009). Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), 361-368. <https://doi.org/10.1037/a0016401>
- Beutler, L. E., Edwards, C. y Someah, K. (2018). Adapting psychotherapy to patient reactivity level: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1952-1963. <https://doi.org/10.1002/jclp.22682>
- Beutler, L. E., Kimpura, S., Edwards, C. J. y Miller, K. D. (2018). Fitting psychotherapy to patient coping style: A



- meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1980-1995. <https://doi.org/10.1002/jclp.22684>
- Bowlby, J. (1969/1998). *El apego y la pérdida: Vol. 1. El apego*. Barcelona: Paidós.
- Captari, L. E., Hook, J. N., Hoyt, W., Davis, D. E., McElroy Heltzel, S. E. y Worthington, E. L. (2018). Integrating clients' religion and spirituality within psychotherapy: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1938-1951. <https://doi.org/10.1002/jclp.22681>
- Chen, R., Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Hasson-Ohayon, I. y Refaeli, E. (2018). Therapists' recognition of alliance ruptures as a moderator of change in alliance and symptoms. *Psychotherapy Research*, 28(4), 560-570. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1227104>
- Coleman, H. L. K. y Wampold, B. E. (2003). Challenges to the development of culturally relevant, empirically supported treatment. En D. B. Pope-Davis, H. L. K. Coleman, W. M. Liu y R. L. Toporek (Eds.), *Handbook of multicultural competencies: In counseling & psychology* (pp. 227-246). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc. <http://dx.doi.org/10.4135/9781452231693.n15>
- Cramer, A. O., Waldorp, L. J., van der Maas, H. L. y Borsboom, D. (2010). Comorbidity: A network perspective. *Behavioral and Brain Sciences*, 33, 137-150. <https://doi.org/10.1017/S0140525X09991567>
- Craske, M. G. (2012). Transdiagnostic treatment for anxiety and depression. *Depression and Anxiety*, 29(9), 749-753. <http://dx.doi.org/10.1002/da.21992>
- Eubanks, C. F., Muran, J. C. y Safran, J. D. (2019). Repairing alliance ruptures. En J. C. Norcross, y M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (pp. 549-579). New York: Oxford University Press. <http://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0016>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., ... Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166(3), 311-319. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08040608>
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., ... y Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 43(3), 666-678. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2012.01.001>
- Galán-Rodríguez, A. (2018). A vueltas con la comparación de psicoterapias: En busca de la supervivencia del profesional. *Papeles del Psicólogo*, 39(1), 13-21. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2856>
- Gielen, U. P., Draguns, J. G. y Fish, J. M. (2008). *Principles of multicultural counseling and therapy*. New York: Routledge. <http://dx.doi.org/10.4324/9780203893302>
- Gimeno-Peón, A., Barrio-Nespereira, A. y Prado-Abril, J. (2018). Monitorización sistemática y feedback en psicoterapia. *Papeles del Psicólogo*, 39(3), 174-182. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2872>
- González-Blanch, C. y Carral-Fernández, L. (2017). ¡Enjaulad a Dodo, por favor! El cuento de que todas las psicoterapias son igual de eficaces. *Papeles del Psicólogo*, 38(2), 94-106. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2828>
- Hall, K. L. y Rossi, J. S. (2008). Meta-analytic examination of the strong and weak principles across 48 health behaviors. *Preventive Medicine*, 46(3), 266-274. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.11.006>
- Hershenberg, R. y Goldfried, M. R. (2015). Implications of RDoC for the research and practice of psychotherapy. *Behavior Therapy*, 46(2), 156-165. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2014.09.014>
- Holmes, E. A., Ghaderi, A., Harmer, C. J., Ramchandani, P. G., Cuijpers, P., Morrison, A. P., ... y Moulds, M. L. (2018). The Lancet Psychiatry Commission on psychological treatments research in tomorrow's science. *The Lancet Psychiatry*, 5(3), 237-286. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30513-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30513-8)
- Krebs, P., Norcross, J. C., Nicholson, J. M. y Prochaska, J. O. (2018). Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1964-1979. <https://doi.org/10.1002/jclp.22683>
- Lambert, M. J., Whipple, J. L. y Kleinstäuber, M. (2019). Collecting and delivering feedback. Psychotherapy relationships that work. En J. C. Norcross, y M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (pp. 580-630). New York: Oxford University Press. <http://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0017>
- Levy, K. N., Kivity, Y., Johnson, B. N. y Gooch, C. V. (2018). Adult attachment as a predictor and moderator of psychotherapy outcome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1996-2013. <https://doi.org/10.1002/jclp.22685>
- Marchette, L. K. y Weisz, J. R. (2017). Practitioner Review: Empirical evolution of youth psychotherapy toward transdiagnostic approaches. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(9), 970-984. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12747>
- Mikulincer, M. y Shaver, P. R. (2016). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. L. y Seidel, J. A. (2013). The outcome of psychotherapy: Yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy*, 50(1), 88-97. <http://dx.doi.org/10.1037/a0031097>
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (2015). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., Samstag, L. W., Eubanks-Carter, C. y Winston, A. (2009). The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and out-



- come in three time-limited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(2), 233-248. <http://dx.doi.org/10.1037/a0016085>
- Norcross, J. C. y Goldfried, M. R. (2019). *Handbook of psychotherapy integration*. Oxford, UK: Oxford University Press. <https://dx.doi.org/10.1093/med-psych/9780190690465.001.0001>
- Norcross, J. C. y Lambert, M. J. (Eds.). (2019). *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions*. New York: Oxford University Press. <http://dx.doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.001.0001>
- Norcross, J. C. y Wampold, B. E. (Eds.). (2019). *Psychotherapy Relationships that Work: Volume 2: Evidence-Based Therapist Responsiveness*. New York: Oxford University Press. <http://dx.doi.org/10.1093/med-psych/9780190843960.001.0001>
- Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31(2), 109-118.
- Pearce, M. J., Koenig, H. G., Robins, C. J., Nelson, B., Shaw, S. F., Cohen, H. J. y King, M. B. (2015). Religiously integrated cognitive behavioral therapy: A new method of treatment for major depression in patients with chronic medical illness. *Psychotherapy*, 52(1), 56-66. <https://doi.org/10.1037/a0036448>
- Pérez-Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo*, 40, 1-14. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2877>
- Prado-Abril, J., Gimeno-Peón, A., Inchausti, F. y Sánchez-Reales, S. (2019). Pericia, efectos del terapeuta y práctica deliberada: El ciclo de la excelencia. *Papeles del Psicólogo*, 40(2), 89-100. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2888>
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- Prochaska, J. O. y Norcross, J. C. (2018). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. New York: Oxford University Press.
- Safran, J. D. Muran, J. C., y Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48, 80-87. <https://www.doi.org/10.1037/a0022140>
- Smith, T. B., Bartz, J. y Richards, P. S. (2007). Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 17, 643-655. <https://doi.org/10.1080/10503300701250347>
- Soto, A., Smith, T. B., Griner, D., Domenech Rodríguez, M. y Bernal, G. (2018). Cultural adaptations and therapist multicultural competence: Two meta-analytic reviews. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 1907-1923. <https://www.doi.org/10.1002/jclp.22679>
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Vieten, C. y Scammell, S. (2015). *Spiritual and religious competencies in clinical practice: Guidelines for psychotherapists and mental health professionals*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Wampold, B. E. e Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. New York: Routledge. <http://dx.doi.org/10.4324/9780203582015>
- Weisz, J. R., Krumholz, L. S., Santucci, L., Thomassin, K. y Ng, M. Y. (2015). Shrinking the gap between research and practice: Tailoring and testing youth psychotherapies in clinical care contexts. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 139-163. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112820>
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization.
- Worthington Jr, E. L., Hook, J. N., Davis, D. E. y McDaniel, M. A. (2011). Religion and spirituality. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 204-214. <https://doi.org/10.1002/jclp.20760>
- Wrenn, C. G. (1961). *Counselor in a changing world*. Washington, DC: American Personnel and Guidance Association.



CÓMO CONSTRUIR UN PSICÓLOGO-CHATBOT

HOW TO CREATE A PSYCHOLOGIST-CHATBOT

Miriam Romero, Cristina Casadevante y Helena Montoro

Universidad Autónoma de Madrid

El desarrollo de agentes conversacionales o chatbots se ha visto incrementado en las últimas décadas, especialmente en el sector comercial. No obstante, si bien el primer bot conversacional de la historia presentaba una apariencia de psicoterapeuta, son pocos los agentes virtuales con este tipo de funciones construidos hasta la fecha. En el presente trabajo, exponemos las bases para diseñar un chatbot psicólogo, concretamente, un bot con funciones de evaluación psicológica. Para ello, revisamos las herramientas disponibles para diseñarlo y configurarlo, y los conceptos básicos para su construcción. Asimismo, proponemos una serie de objetivos de evaluación que habrían de guiar el diálogo del agente conversacional. Finalmente, exponemos una reflexión acerca de las ventajas e inconvenientes de los chatbots y sobre las líneas de actuación que serían necesarias para desarrollarlos con garantías científicas.

Palabras clave: Chatbot, Agente conversacional, Evaluación psicológica, Tecnología, Inteligencia artificial.

In recent decades, the development of conversational agents or chatbots has increased, especially in the commercial sector. Although the first chatbot in computational history was presented as a psychotherapist, few virtual agents with this type of function have been built since then. In the present article we describe the fundamental aspects of designing a psychologist-chatbot and, more specifically, a bot with psychological assessment functions. We review the available tools and the basic concepts for its construction. We also propose a series of assessment objectives that would guide the conversational agent's dialogue. Finally, we discuss the advantages and disadvantages of chatbots and the scientific guarantees that they need to fulfill.

Key words: Chatbot, Conversational agent, Psychological assessment, Technology, Artificial intelligence.

Un asistente virtual o chatbot es un programa informático con el que es posible mantener una conversación y del cual se puede obtener información o algún tipo de acción (Hill, Ford y Farreras, 2015; Khan y Das, 2017; Shawar y Atwell, 2005). Para comprender la historia de estas máquinas y los esfuerzos humanos por mejorarlas, es necesario hablar de Alan Turing. A mediados del s. XX, Turing propuso un postulado teórico en el que ponía a prueba el comportamiento inteligente de una máquina frente al de una persona (Maudin, 1994; Turing, 1951; Turing, Braithwaite, Jefferson y Newman, 1952). El conocido como "Test de Turing" o "Juego de imitación" tiene el propósito de dilucidar si un robot puede mostrar un comportamiento similar al de un humano. Para ello, un evaluador mantiene una conversación, a través de una interfaz, con dos interlocutores: un bot y una persona humana. Si el evaluador no es capaz de distinguir cuál es el bot en un intervalo de tiempo de cinco minutos, se concluye que la máquina ha superado la prueba. En la competición *Loebner Price*, cuya primera edición tuvo lugar en 1991, diversos robots pueden competir por superar el famoso test. En esta competición se han repartido premios a los mejores robots durante muchos años, pero ha sido en 2014, más de dos décadas después de la primera edición, cuando

una máquina ha logrado superar el test de Turing (Khan y Das, 2017; Maudin, 1994; Warwick y Shah, 2014, 2016).

Los orígenes de los chatbots se vinculan necesariamente a la Psicología. Los primeros pasos en el desarrollo de estas máquinas se atribuyen a Joseph Weizenbaum (1966), quien construyó un programa que permitía simular una conversación con una psicóloga. Dicho programa, llamado ELIZA, se puede considerar el primer chatbot o agente virtual de la historia (Khan y Das, 2017). ELIZA se encarga de identificar, en el texto que introduce el usuario, palabras clave, a partir de las cuales genera preguntas. Cuando no es capaz de identificarlas, emplea frases hechas que animan al usuario a hablar más: "¿por qué dices eso?", "¿puedes desarrollarlo más?" (Weizenbaum, 1966). Aunque las respuestas están predefinidas, este robot transmite la sensación de que es capaz de comprender al usuario (ELIZA, 2018).

ELIZA sirvió de inspiración para trabajos posteriores (Khan y Das, 2017). Un ejemplo de ello es el chatbot Alicebot—creado en 1995 por Richard Wallace— que ha logrado ganar el premio *Loebner* en varias ocasiones y que se creó con más de 40.000 categorías de conocimiento (ELIZA tenía alrededor de 200). Estas categorías se componían de una pregunta y una respuesta, y estaban integradas en un diagrama de árbol para facilitar el diálogo. Por su diseño, este agente virtual se pensó para estar en continuo desarrollo y mejora: de ello se encargaba el *botmaster*, quien creaba nuevo contenido para ajustar las respuestas de Alicebot (Wallace, 2009). Unos años después se creó el bot SmarterChild, el cual no

Recibido: 16 julio 2019 - Aceptado: 11 noviembre 2019

Correspondencia: Miriam Romero. Centro de Psicología Aplicada. Universidad Autónoma de Madrid. C/Iván Pavlov, nº 6. 28049 Madrid. España. E-mail: miriam.romero@uam.es



solo permitía mantener una conversación, sino que, además, ofrecía información sobre varios temas (deportes, películas, el tiempo, etc.) (Klopfenstein, Delpriori, Malatini y Bogliolo 2017; Khan y Das, 2017). Posteriormente, también se han desarrollado agentes virtuales animados, esto es, avatares con apariencia, gestos y expresiones humanas que interactúan con los usuarios. Al parecer, este tipo de presentación favorece que el usuario perciba al chatbot como más sociable y agradable (Klopfenstein et al., 2017).

Estos bots pioneros han establecido las bases para el diseño de una gran diversidad de agentes conversacionales. Los más conocidos se encuentran actualmente en nuestros dispositivos, como por ejemplo *Google Assistant* (desarrollado por Google), *Siri* (desarrollado por Apple), *Cortana* (desarrollado por Microsoft) o *Watson* (desarrollado por IBM). Son capaces de interactuar con el usuario a partir de entradas de texto y voz, y tienen el objetivo de ayudarlo a realizar múltiples acciones como pueden ser activar la música, organizar citas médicas, resolver preguntas de todo tipo o, incluso, pedir comida a domicilio (Khan y Das, 2017). Asimismo, cada día son más las empresas que incluyen un chatbot en su web o en sus redes sociales con el fin de que ofrezca productos y servicios a los clientes. Un ejemplo es Irene, la asistente virtual de la empresa Renfe, que facilita al usuario preparar su viaje y que, además, cuenta con un avatar animado.

Aunque la mayoría de los chatbots se han desarrollado con fines comerciales, estas máquinas también resultan de utilidad en otros ámbitos: un posible caso de uso no comercial puede ser como herramienta de apoyo en las tareas de evaluación e intervención psicológica. Por un lado, solo hemos encontrado un bot destinado a realizar labores de evaluación psicológica hasta el momento; se llama Sentinobot (Sentino, 2018) y fue construido con el objetivo de evaluar rasgos de personalidad (ELIZA o Alicebot no se presentan específicamente como herramientas de ayuda a la evaluación, aunque favorecían que el usuario revelara sus problemas psicológicos). Sentinobot recoge información sobre los cinco grandes (extroversión, responsabilidad, amabilidad, neuroticismo y apertura a la experiencia) mediante preguntas y respuestas de opción múltiple basadas en una escala tipo Lickert; es decir, se trata de un agente virtual que administra un test de evaluación con preguntas y respuestas cerradas. Sentinobot es una herramienta con un formato distinto al de los tradicionales test de evaluación, pero no hemos encontrado estudios sobre las garantías psicométricas de este prototipo. Por otro lado, el mejor ejemplo de ayuda para las labores de intervención es Woebot (Fitzpatrick Darcy y Vierhile, 2017), un agente conversacional basado en elementos de la terapia cognitivo conductual. Este bot administra un programa de autoayuda a usuarios que presentan síntomas de depresión. En un estudio realizado con una muestra de 70 estudiantes, se observó que el grupo que recibió terapia a partir del asistente virtual redujo los síntomas de depresión, en comparación con el grupo

que simplemente recibió información sobre este trastorno. Los autores de este estudio concluyen que los chatbots pueden ser una herramienta de potencial utilidad a la hora de administrar terapia cognitivo conductual (Fitzpatrick et al., 2017).

También cabe mencionar el Chatbot Replika (Brandtzaeg y Følstad, 2018; Replika, 2018), que fue diseñado con el objetivo de que el usuario mantenga una interacción agradable y “se sienta mejor”. Se presenta como un amigo virtual, y realiza preguntas sobre las actividades cotidianas de su interlocutor, sus hobbies, sus aspiraciones y sus sentimientos. Aunque no se define como un psicólogo ni ha sido construido con esa intención, es capaz de identificar palabras clave vinculadas al malestar psicológico; y quizá es destacable su función de derivación a un servicio de atención especializado cuando detecta ideación suicida. Respecto a este agente virtual, no hemos encontrado estudios controlados que ofrezcan evidencias sobre su eficacia, efectividad o eficiencia.

En nuestro equipo de investigación estamos diseñando actualmente un Psicólogo-Chatbot encargado de realizar una entrevista de evaluación psicológica inicial (a la que denominamos pre-evaluación). Con este proyecto, pretendemos crear un robot conversacional con garantías y rigor científico que sirva de ayuda para las labores de evaluación psicológica. Además, una vez construida la herramienta, será posible estudiar las diferencias entre las entrevistas en las que el usuario interactúa con un chatbot (proceso humano-chatbot) y las entrevistas en las que el usuario interactúa con un psicólogo humano (proceso humano-humano). Esto permitirá no solo mejorar el chatbot, sino también conocer en profundidad qué formas de interacción son más eficaces para lograr un determinado objetivo. Por otro lado, servirá para establecer las bases de desarrollo de futuras herramientas, así como para iniciar un debate acerca de la pertinencia y la necesaria regulación de su uso.

A continuación, exponemos las bases necesarias para desarrollar un agente virtual de evaluación psicológica, describiendo los conceptos básicos para su creación y diseño, y las consideraciones psicológicas necesarias.

CÓMO CREAR UN CHATBOT

Herramientas para desarrollar agentes conversacionales

Dado que en los últimos años se ha incrementado el desarrollo de agentes conversacionales, también ha aumentado el número de herramientas que permiten diseñarlos. Algunas de las plataformas más importantes que ofrecen servicios vinculados al desarrollo de chatbots son IBM Watson, API.ai, Dialogflow o Microsoft LUIS. Estas herramientas facilitan la programación de agentes conversacionales con aparente inteligencia y además se encuentran en constante mejora (Khan y Das, 2017). También son conocidos los servicios proporcionados por Chatfuel o Flow XO; herramientas más



sencillas que las mencionadas anteriormente, pero más limitadas (Janarthanam, 2017; Kothari, Zyane y Hoover, 2017).

Dentro del ámbito de la Psicología, resultará necesario utilizar plataformas avanzadas que permitan una interacción fluida y rica con los usuarios puesto que, si el chatbot no aparenta cierta inteligencia, el usuario aumentará su desconfianza hacia la herramienta. En cualquier caso, para diseñar un asistente conversacional es necesario conocer una serie de conceptos básicos con los que trabajan la gran mayoría de plataformas destinadas a desarrollarlos.

Estructuración del chatbot: intenciones, entidades y diálogo

Hay tres conceptos esenciales que han de considerarse de cara a la construcción de un chatbot: intenciones, entidades y diálogo (Khan y Das, 2017).

Las intenciones se refieren a las acciones o demandas que requiere el usuario (comprar un billete de tren, reservar una mesa, comunicar un problema, preguntar una duda, etc.); lo primero que un agente conversacional debe identificar es qué solicita el humano con el que interactúa. Sin embargo, dado que el lenguaje humano es ampliamente rico, existen múltiples formas de comunicar lo mismo y es preciso tener en cuenta que el chatbot solo podrá identificar las intenciones del usuario si previamente se han descrito en su programación las diferentes formas de expresar una misma intención.

Imaginemos un ejemplo sencillo: un centro de estudios ofrece formación online e implementa un chatbot en su página web para conocer los deseos de los visitantes de la página y ayudarles a contratar el curso que más les interese. Un usuario requiere inscribirse a un curso de formación y, para ello, puede decirle al chatbot: "necesito un curso", "quiero apuntarme a un curso", "me gustaría formarme en su centro", etc. En este caso, tendríamos que haber incluido todas las formas de expresar esa solicitud en la intención #inscribirse_curso (es habitual emplear el símbolo "#" antes de cada intención).

Además, una misma intención puede tener diversos matices. Por ejemplo, un usuario puede estar interesado en inscribirse a un curso de Psicología Clínica, mientras que otro puede preferir una plaza en un curso de gestión de Recursos Humanos. La intención es la misma, inscribirse en un curso, pero los usuarios no se están refiriendo a lo mismo. Pues bien, las entidades son las que permiten hacer este tipo de distinciones relativas a una misma intención. Se podrían considerar "palabras clave" y generalmente se identifican utilizando el símbolo "@". Así, en el ejemplo que acabamos de mencionar, podríamos distinguir entre @psicología_clínica y @recursos_humanos, y programar que, si el chatbot reconoce la intención #inscribirse_curso, pregunte: "¿Te interesan los cursos del área de Psicología Clínica o del área de Recursos Humanos?". Si el usuario contesta "Quiero informarme sobre los cursos de psicología clínica", el chatbot identificará la intención @psicología_clínica y le ofrecerá información al respecto.

Por último, el chatbot necesita un conjunto de preguntas o frases para interactuar con el usuario, esto es, un Diálogo. Este diálogo se programa detalladamente de acuerdo con el tipo de interacción que vaya a llevarse a cabo. En el proceso de creación del mismo, las intenciones y las entidades irán conformando y dirigiendo el diálogo: el sistema funciona como un árbol de decisiones, es decir, según las intenciones y las entidades que detecte en las respuestas del usuario, irá decidiendo a qué nodo pasar. Siguiendo con el ejemplo anterior, si un usuario muestra interés por contratar un curso, y el chatbot "entiende" su intención, realizará preguntas (descritas en el diálogo) para tratar de identificar qué tipo de curso quiere, el horario, etc. Es fundamental que, para que el asistente no se pierda en la conversación, todas las opciones posibles de conversación estén contempladas en el árbol de diálogo.

Sobre todo, los chatbots que están pensados para realizar una función comercial, se construyen considerando los conceptos mencionados anteriormente. Su principal propósito es ofrecer la información que solicitan los humanos con los que interactúan. Es decir, los usuarios requieren un producto o servicio, y aquello que le dicen al chatbot (ya sea hablado o escrito) permite, a su vez, dirigir la próxima pregunta que hará el bot. De modo que, si un cliente indica que quiere adquirir una entrada, el chatbot detectará que ha de identificar qué tipo de entrada necesita (teatro, cine, etc) y, por tanto, responderá acorde a ello.

Sin embargo, como se indicará en el siguiente apartado, esto es ligeramente distinto cuando hablamos de un chatbot que pretende hacer el trabajo de un psicólogo que realiza una primera evaluación de un caso clínico. En este uso, es el Psicólogo-Chatbot el que requiere la información necesaria del humano para realizar una valoración de su problema, y será el agente virtual el que guíe la conversación con el usuario para que éste sea capaz de describirlo de la mejor manera posible (Figura 1).

Por tanto, a la hora de construir un Psicólogo-Chatbot, hay que considerar una serie de aspectos antes de definir las intenciones, las entidades y el árbol de diálogo.



CONSTRUCCIÓN DE UN PSICÓLOGO-CHATBOT

Consideraciones previas

Antes de empezar a construir el chatbot, es necesario considerar qué tipo de agente virtual queremos programar y para qué fin. En nuestro caso, expondremos los elementos necesarios para construir uno dirigido a realizar tareas de evaluación psicológica preliminar, aunque es cierto que los conceptos y pasos que describiremos podrían generalizarse a robots con funciones similares.

Es importante tener claro el público al que va dirigido. Muchas empresas ofrecen los servicios a través de un chatbot alojado en su página web o en sus redes sociales, abierto a todos los públicos con objetivos no especificados. En nuestro caso, consideramos que el Psicólogo-Chatbot tendría que estar solo disponible para los clientes de centros sanitarios en los que se demanden evaluaciones psicológicas preliminares.

También es necesario tener en cuenta la información que el chatbot obtendrá de los usuarios; en nuestro caso, dado que los psicólogos trabajamos con información confidencial, hemos de cuidar al máximo el tratamiento de estos datos y la accesibilidad a los mismos. El agente virtual ha de estar construido de modo que el acceso y la custodia de la información cumplan con todos los requisitos del Reglamento Europeo de Protección de datos (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (RGPD) y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Entre otras cosas, ha de estar alojado en un servidor seguro y el acceso a los datos debe estar limitado a los psicólogos del centro en el que se trate el caso. Por supuesto, los usuarios que interactúen con el chatbot estarán informados acerca del tratamiento de sus datos personales y deberán consentirlo antes de iniciar la conversación.

Una vez que todos estos pasos estén claros, podremos empezar a considerar los objetivos que tendrá el chatbot o agente conversacional.

Objetivos del chatbot con funciones de evaluación psicológica inicial

Cuando un psicólogo humano hace una entrevista de pre-evaluación (evaluación psicológica inicial), lo hace con una serie de objetivos preestablecidos. En primer lugar, es necesario

conocer datos básicos del usuario: nombre, edad, ocupación... En segundo lugar, el psicólogo que realiza la entrevista recaba datos sobre el problema del cliente y guía a este para lograr que lo describa de la manera más precisa posible. Por ejemplo, si el cliente indica que tiene ansiedad, el psicólogo ha de concretar la intensidad de los síntomas, en qué situaciones, desde cuándo, con qué frecuencia, etc. En este caso, no es el cliente quien demanda al chatbot un determinado tipo de información (horarios, tipos de entradas...), o requiere determinadas acciones (reservar, comprar...), sino que es el chatbot el que pregunta al cliente, con el propósito de después facilitar la información relevante de su caso a una Clínica Psicológica.

Para construir un asistente conversacional con funciones de evaluación psicológica, hemos de especificar adecuadamente los objetivos de la entrevista para poder transmitírselos a la herramienta mediante el flujo del diálogo y las entidades. Recordemos que en este caso el chatbot no ha de identificar qué quiere el cliente, sino que será el árbol de diálogo predefinido el que guíe la conversación. Esto significa que seguramente no será necesario definir intenciones, pero sí entidades o palabras clave que permitirán al bot identificar si está recabando la información adecuada.

Los objetivos de pre-evaluación que proponemos a continuación para integrar en el Psicólogo-Chatbot están basados en la entrevista conductual propuesta por Fernández Ballesteros (2015) y en la propia experiencia y criterio de las autoras del presente artículo. Con este tipo de preguntas no se busca realizar un diagnóstico, sino obtener información general que ayude tanto a analizar el problema posteriormente (esto es, una explicación de por qué el usuario no logra afrontar sus dificultades con éxito), como a valorar de qué manera ha de continuar la fase de evaluación, en el caso de que el usuario decida iniciar la terapia. Asimismo, como se describirá más adelante, esta herramienta puede resultar de gran utilidad para las Clínicas que cuenten con distintos profesionales, pues los datos recabados en la conversación pueden ayudar en la decisión de a qué especialista derivar al usuario.

Las figuras 2 y 3 reflejan la estructura y los objetivos que debería tener un chatbot cuya finalidad es realizar una pre-evaluación a un usuario que demanda ayuda psicológica.

Diálogo y palabras clave

Las palabras clave y el diálogo se establecerán en base a los objetivos del chatbot con funciones de evaluación psicológica. Por ejemplo, respecto a las preguntas acerca de los datos sociodemográficos, si el objetivo es conocer la ocupación del usuario, el diálogo podrá ser: "¿Cuál es tu ocupación actual?" o "¿A qué te dedicas?". Asimismo, las palabras clave que indican que se ha respondido a la pregunta y que, por tanto, se puede continuar con el siguiente objetivo serían "estudio", "trabajo", "en paro", etc., que corresponderían a las entidades @estudio, @trabajo, @paro, etc.

FIGURA 2
ESTRUCTURA DE UN CHATBOT CON FUNCIONES DE
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA INICIAL

PRESENTACIÓN	1	El Chatbot se presenta y explica sus funcionalidades
DATOS	2	Se recogen datos sociodemográficos e identificativos
DEMANDA	3	Se obtiene información detallada sobre el problema principal
CIERRE	4	El Chatbot se despide y ofrece información sobre la clínica



En definitiva, cada objetivo del chatbot debe llevar asociada una lista de posibles preguntas sinónimas que conformarían el diálogo. Además, se registrarán listas de palabras clave que el chatbot habrá de identificar en la respuesta (de texto o voz). No obstante, cabe la posibilidad de que en ciertas partes del diálogo no se definan estas palabras clave para detectar, sino que se permitirá que se responda de manera más abierta. En concreto, en casi todas las preguntas pensadas para recabar información sobre el problema del cliente, no es muy conveniente hacer una lista de palabras clave a identificar en la respuesta, pues la conversación debe avanzar sin restringir la manera de expresarse del usuario o la información que ha de aportar.

Para lograr construir un chatbot inteligente y que además sea eficiente, el árbol de diálogo ha de contar con lo siguiente (esquemático en la figura 4):

- ✓ Los nodos con las preguntas para la pre-evaluación expresadas de diferentes maneras.
- ✓ Un nodo aclaratorio para aquellas ocasiones en las que el cliente no entienda la pregunta que se le hace (Ej. *“Me refiero a que si hay algún otro problema que pueda ser relevante o del que te hayas acordado durante la conversación y que también te produzca malestar”*).
- ✓ Un nodo en el que se requiere al usuario que complete la respuesta cuando esta es aparentemente escueta (Ej. *“¿Podrías detallármelo un poco más?”*), con el objetivo de ampliar la información.
- ✓ Nodos que expresen comprensión y apoyo en relación al problema que plantea el usuario (Ej. *“Lamento que estés pasando por esta situación”*).
- ✓ Nodos que refuercen al usuario por la realización de la entrevista (Ej. *“Lo estás haciendo muy bien, sigamos”*).
- ✓ Nodos que recuerden al usuario que está interactuando con un chatbot y que es probable que éste no comprenda todo lo que le dice (Ej. *“Ya sabes que soy un robot, a veces no lo entiendo todo”*).

Para un desarrollo más avanzado, sería muy útil contar con un configurador que permita gestionar las preguntas, de manera que la aparición de las preguntas estuviera asociada a una determinada probabilidad o, incluso, al propio aprendizaje automático de la herramienta. No obstante, ya que estos avances precisan de un desarrollo informático más complejo, no son imprescindibles en la fase inicial del chatbot.

Instrucciones para el usuario

Una vez contemos con una visión general acerca del diálogo y las palabras clave que “reconocerá” el chatbot, será el momento de considerar cómo empezará la conversación. Resultará conveniente advertir al usuario acerca del funcionamiento del agente virtual, indicando que se trata de un robot y que necesita que interactúen con él utilizando frases concisas. De otro modo, los clientes podrían comenzar a describir su problema a partir de grandes entradas de texto, lo que dificultaría que el agente virtual pudiera “entender” el contenido

(es decir, reconocer las entidades adecuadas). Se le puede avisar también de que es posible que se le pregunte por datos que ya ha mencionado en mensajes previos. En ocasiones, en una misma entrada de texto el cliente puede informar de varios datos (ej. Lugar en el que tuvo un ataque de ansiedad y personas presentes); si el chatbot no está programado para identificar ambos datos en una sola entrada, es probable que en otras preguntas que realice pida al usuario información sobre algo que ya le ha contado. Si no advertimos al cliente de que esto puede ocurrir, es más probable que se frustre y abandone la conversación sin haber terminado la entrevista.

Por otro lado, como comentábamos anteriormente, es necesario informar al cliente acerca del uso de los datos personales que va a proporcionar. En nuestro caso, consideramos que esta información, de acuerdo con la legislación vigente, se le debe ofrecer al usuario antes de que comience la conversación con la herramienta. Sin embargo, no está de más que el propio agente virtual realice un recordatorio al inicio de la interacción.

FIGURA 3
DETALLE DE LOS OBJETIVOS DEL PSICÓLOGO-CHATBOT. ÉSTOS SE FORMULARÁN A TRAVÉS DE PREGUNTAS PRESENTADAS ORDENADAMENTE AL USUARIO

PSICÓLOGO-CHATBOT

1. **Presentación:** El Psicólogo-Chatbot encargado de realizar la entrevista de evaluación introduce su nombre al usuario, así como el propósito de la entrevista.
2. **Datos sociodemográficos:** se obtienen datos básicos de identificación de la persona que demanda ayuda:
 - a. Edad.
 - b. Género.
 - c. Ocupación.
 - d. Datos de contacto.
3. **Conocer la demanda:** obtener una visión general de los problemas psicológicos que presenta el usuario según su propia versión.
4. **Síntomas específicos:** conocer de manera detallada las quejas, molestias o malestar que experimenta:
 - a. Intensidad.
 - b. Duración.
 - c. Frecuencia (diaria o semanal)
5. **Grado de afectación:** explorar la consideración que tiene el usuario acerca de la gravedad de los síntomas y cómo afectan estos a su vida cotidiana.
6. **Evolución de la gravedad:** obtener información de la evolución del problema desde el momento de inicio hasta el momento presente en el que la persona requiere ayuda.
7. **Origen del problema:** conocer en qué momento y circunstancias comenzó el problema.
8. **Frecuencia general:** frecuencia con la que ocurre el problema (ej. varias veces al día, a la semana, una vez al mes...).
9. **Última vez que se presentó el problema:** conocer cuándo fue la última vez que ocurrió el problema, así como una descripción de las circunstancias en las que tuvo lugar.
10. **Sentimientos vinculados al problema:** explorar los pensamientos del usuario cuando surge el problema o los síntomas que experimenta.
11. **Comportamientos vinculados al problema:** conocer qué hace la persona cuando sufre el problema.
12. **Lugares en los que ocurre:** conocer las características de los lugares en los que ha tenido lugar el problema.
13. **Personas presentes en la situación:** obtener información sobre si hay otras personas presentes cuando tiene el problema.
14. **Otros posibles problemas:** explorar si el usuario presenta actualmente otros problemas distintos de la demanda principal.
15. **Demanda anterior de ayuda:** preguntar si ha pedido ayuda a su entorno o a profesionales para solucionar el problema.
16. **Motivación para resolver el problema:** preguntar acerca de qué está dispuesto a hacer para solucionar el problema.
17. **Problemas psicológicos previos:** explorar si el usuario ha presentado problemas psicológicos anteriormente y si hubo ayuda profesional.
18. **Administrar instrumentos de evaluación:** pedir al usuario que rellene instrumentos de evaluación que complementen la información obtenida en la entrevista (ej. Cuestionarios, historia biográfica, etc.).



Síntesis de la información recabada por el Chatbot

Una vez el usuario ha completado la entrevista con el chatbot, esta se almacenará en un servidor seguro con acceso restringido. La información que permita identificar al usuario estará cifrada y separada del resto de información. Para este tipo de chatbot en particular, hemos diseñado la salida de datos de tal forma que se pueda obtener la conversación en bruto con las palabras relevantes destacadas (ej. "triste", "ansiedad", "miedo", "dolor", "morir" etc.). Al inicio de la conversación se generará un cuadro resumen que recogerá estas palabras además de la descripción de la demanda del usuario. Así, de un primer vistazo podrá conocerse la temática del caso.

Como ya se ha anunciado anteriormente, la información recabada por el Chatbot podrá ser de utilidad para decidir a qué profesional de un equipo de psicólogos asignar el caso. Esta labor se agilizará gracias a la herramienta, puesto que no será necesario emplear tiempo para evaluar personalmente cada caso. Asimismo, se evitará que el usuario comience la terapia con un terapeuta distinto al que hizo la evaluación inicial. Es preciso decir que el terapeuta al que se le asigne el caso contará con la información recabada por el chatbot, lo que facilitará el análisis del problema y la preparación de

las sesiones presenciales. En caso de que esta herramienta sea empleada por un único profesional, la información recopilada ayudará igualmente a planificar la evaluación e incluso a hacer una primera aproximación a la explicación del problema.

Desarrollo interdisciplinar

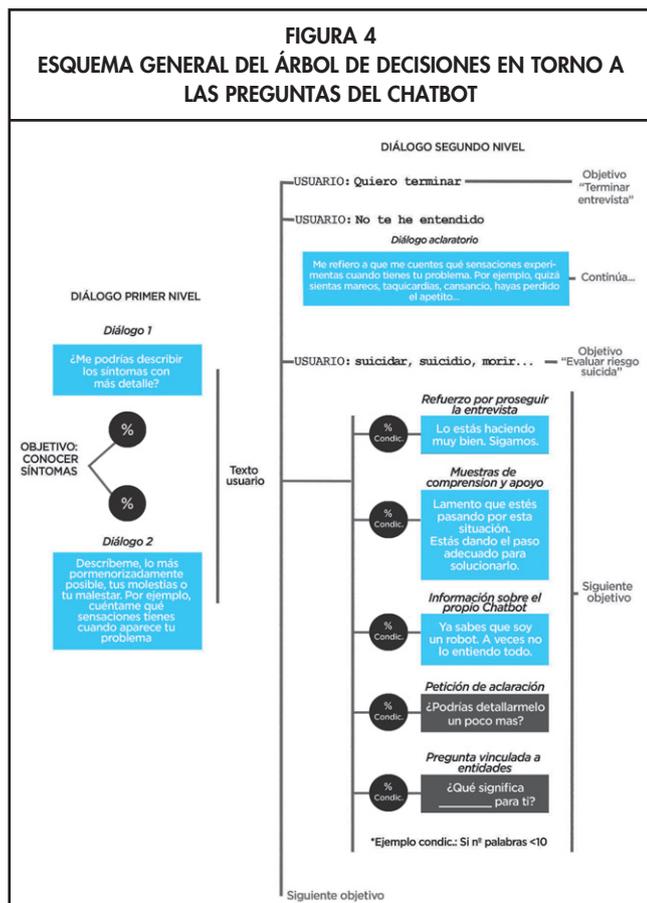
De todo lo descrito anteriormente, se puede advertir que la colaboración entre psicólogos, ingenieros informáticos y lingüistas es indispensable. Los psicólogos son los encargados de indicar cuáles han de ser las preguntas del chatbot y el tipo de información que este ha de ir recabando. Además, son los encargados de señalar aquellas situaciones que requerirían la derivación prioritaria a un psicólogo humano o incluso, más específicamente, a un servicio de emergencia especializado (ej. El usuario presenta ideación suicida con planificación). Los ingenieros y lingüistas se encargan de diseñar y construir el chatbot para que este consiga entender al usuario (identificar ciertas palabras en la entrada de texto o voz), guiar la conversación, interactuar con un lenguaje lo más natural posible, etc.

No hay que olvidar que un chatbot debe estar en continuo desarrollo. Lo ideal es contar con herramientas de aprendizaje automático, pero no siempre se tiene acceso a este tipo de tecnología. En cualquier caso, este proceso tendrá que estar supervisado por un *botmaster* (y en el caso de un Psicólogo-Chatbot, esta tarea deberá ser desempeñada por psicólogos, ingenieros y lingüistas).

DISCUSIÓN

Los chatbots son una realidad en incesante aumento y desarrollo. Si bien sus orígenes se remontan a hace más de medio siglo, es ahora cuando su presencia está empezando a despuntar. Esto es posible, en gran parte, gracias a los últimos avances de la ciencia computacional y la inteligencia artificial (Brandtzaeg y Følstad, 2018). Estas máquinas son capaces de ofrecernos servicios de indudable potencial: nos ayudan con la gestión de tareas diarias, con la adquisición de productos y servicios, e incluso se ofrecen como un amigo virtual. En cuanto al ámbito de la Psicología, si bien el primer chatbot de la historia se presentaba como una psicoterapeuta, son pocos los agentes virtuales de este tipo que se han desarrollado con posterioridad y aún menos los que han sido sometidos a estudios controlados para obtener evidencias sobre su eficacia, efectividad y eficiencia.

Consideramos que la creación de chatbots dedicados a labores de evaluación e intervención puede resultar de especial interés y utilidad. Los agentes virtuales de evaluación psicológica pueden ser una herramienta más del psicólogo que se encarga de la valoración de un caso clínico. Una de sus principales ventajas es el ahorro en términos de coste temporal y utilización de espacios físicos. En primer lugar, al ser una herramienta disponible a través de un servicio web, no es necesario que se ocupe un despacho para realizar la evaluación





inicial. En segundo lugar, si el chatbot logra recabar información, esta puede agilizar el proceso de evaluación, ahorrando tiempo al psicólogo encargado de asignar el caso a los diferentes terapeutas y, en consecuencia, ahorrando tiempo al propio usuario. Asimismo, los agentes virtuales pueden servir de apoyo durante el tratamiento, facilitando al cliente el proceso de aprendizaje de las pautas y técnicas requeridas para su caso específico.

Es importante reflexionar acerca de las limitaciones de estos agentes conversacionales. En primer lugar, no presentan una inteligencia tal y como entendemos este concepto; su funcionamiento dependerá de cómo hayamos definido las intenciones, las entidades y el diálogo. Evidentemente, no bastará con una versión inicial del bot, sino que será necesario someterle a un proceso de "aprendizaje" constante que permita su perfeccionamiento. En segundo lugar, el empleo de agentes virtuales requiere que los usuarios estén familiarizados con las nuevas tecnologías. Para interactuar con un chatbot se necesita contar con un ordenador o dispositivo móvil, además de con una conexión a internet. Por tanto, emplear un Psicólogo-Chatbot para algunos sectores de la población (por ejemplo, niños y personas mayores) quizá no sea la mejor de las opciones. Asimismo, y en relación con la necesidad de estar conectado a Internet, la interacción con esta herramienta está sujeta a posibles problemas de conexión, los cuales afectan negativamente a la experiencia del usuario.

Otro aspecto a tener en cuenta es el tipo de información que recibe el cliente en la interacción con un asistente conversacional. Los psicólogos no solo ofrecen información verbal, sino que el lenguaje no verbal también tiene un importante papel, por lo que, si el agente virtual no cuenta con un avatar, la interacción se puede ver empobrecida. Lo mismo ocurre en cuanto a la información que recopila el chatbot, pues por ahora no contamos con una tecnología avanzada y asequible que permita comprender el lenguaje no verbal del usuario. Por tanto, el tipo y la cantidad de información obtenida es claramente distinta de la que recabaría un humano. En cualquier caso, no se debe olvidar que es una herramienta de apoyo y que nunca podrá sustituir completamente al psicólogo.

Por otro lado, y con independencia de la disciplina a la que se adscriban, los chatbots han de cumplir con las directrices relativas a la normativa de protección de datos. Estas directrices son aún más estrictas en el caso de la Psicología, puesto que los datos que se manejan son personales, y deben ser tratados confidencialmente y de acuerdo a la ley. En la plataforma de contacto, hay que garantizar al usuario la confidencialidad, informarle del uso que se hará de los datos obtenidos y pedirle su consentimiento. En este caso, la normativa exige un alto nivel de protección y que dicha información solo sea accesible a los psicólogos autorizados. Además de lo anterior, creemos que es importante que los chatbots dedicados a labores de evaluación e intervención psicológica cuenten con una regulación que garantice el cumplimiento de unas directrices mínimas relativas a las nor-

mas éticas que tanta relevancia tienen en esta profesión. Por otro lado, también es imprescindible estar en condiciones de ofrecer al usuario la información que se ha obtenido a través del chatbot, en caso de que la solicite (al igual que un usuario puede solicitar al centro psicológico un informe acerca de los datos recabados en el proceso terapéutico).

Las tareas de diseño de un agente virtual psicólogo requieren necesariamente de la aportación del conocimiento de la Psicología, la Ingeniería informática y la Lingüística. La máquina requiere de una base de programación avanzada para su creación y ha de construirse de modo que sea capaz de "entender" el lenguaje natural de los usuarios; a la vez, debe tener en cuenta las estrategias de evaluación e intervención reconocidas como eficaces y efectivas para que cumpla su finalidad con éxito.

Uno de los beneficios de desarrollar estos agentes conversacionales consiste en la posibilidad de estudiar las características del proceso terapéutico chatbot-humano y analizar las diferencias que presenta con el proceso humano-humano. Por ejemplo, podemos estudiar si difieren en el tiempo de interacción, en el número de frases, en la valoración subjetiva del grado de ayuda, en la satisfacción percibida, también si hay expresiones que son más eficaces para obtener un determinado tipo de información, etc. Esto, a su vez, nos permitirá optimizar el agente conversacional (Hill et al., 2015), implementando las mejoras posibles que detectemos. Esperamos que el chatbot que se está desarrollando actualmente y que ha sido descrito en este trabajo nos permita obtener este tipo de datos, para que podamos contribuir a mejorar y expandir el uso de estas herramientas en el ámbito de la Psicología.

El objetivo de este trabajo ha sido presentar de manera sintética el estado de la cuestión en relación al desarrollo de chatbots y su vinculación con la Psicología. Asimismo, se pretende animar a los profesionales a que participen en el proceso de diseño y puesta a prueba de estas herramientas para demostrar su eficacia, efectividad y eficiencia, y para garantizar unas buenas prácticas. No cabe duda de que en los próximos años los avances tecnológicos van a permitir mejoras sustanciales en el desarrollo de agentes virtuales, lo que facilitará su creación y perfeccionamiento. En el ámbito de la Psicología, esperamos que estos avances incorporen elementos relevantes para la profesión, como por ejemplo la posibilidad de identificar el lenguaje no verbal de los usuarios.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

AGRADECIMIENTOS

A D. Pablo Haya, ingeniero del Instituto de Ingeniería del Conocimiento, a D. Antonio Moreno, Director de la Cátedra de Lingüística Computacional y a D. Jose Santacreu, Director del CPA de la Universidad Autónoma de Madrid, su apoyo y colaboración en el proyecto de un Psicólogo-Chatbot para realizar funciones de evaluación psicológica.



REFERENCIAS

- Brandtzaeg, P. B., y Følstad, A. (2018). Chatbots: Changing user needs and motivations. *Interactions*, 25(5), 38-43. doi: 10.1007/978-3-642-12630-7_6
- Eliza (2018). DixiLabs. Recuperado de <http://deixilabs.com/eliza.html#impl>
- Fernández Ballesteros, R. (2015). *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos* (2ª. ed.). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fitzpatrick, K. K., Darcy, A., y Vierhile, M. (2017). Delivering cognitive behavior therapy to young adults with symptoms of depression and anxiety using a fully automated conversational agent (Woebot): A randomized controlled trial. *JMIR mental health*, 4(2): e19. doi: 10.2196/mental.7785
- Hill, J., Ford, W. R., y Farreras, I. G. (2015). Real conversations with artificial intelligence: A comparison between human-human online conversations and human-Chatbot conversations. *Computers in Human Behavior*, 49, 245-250. doi: 10.1016/j.chb.2015.02.026
- Janarthanam, S. (2017). *Hands-on chatbots and conversational UI development: Build chatbots and voice user interfaces with Chatfuel, Dialogflow, Microsoft Bot Framework, Twilio, and Alexa Skills*. Birmingham, UK: Packt
- Khan, R., y Das, A. (2017). *Build Better Chatbots: A Complete Guide to Getting Started with Chatbots* (1st ed.). New York: Apress.
- Klopfenstein, L. C., Delpriori, S., Malatini, S., y Bogliolo, A. (2017). The rise of bots: a survey of conversational interfaces, patterns, and paradigms. In *Proceedings of the 2017 Conference on Designing Interactive Systems* (pp. 555-565). New York: ACM.
- Kothari, A., Zyane, R., y Hoover, J. (2017). *Chatbots for eCommerce: Learn how to build a virtual shopping assistant*. Bleeding Edge Press.
- Mauldin, M. L. (1994). Chatterbots, tinymuds, and the turing test: Entering the loebner prize competition. *Association for the Advancement of Artificial Intelligence*, 94, 16-21. Recuperado de <https://bit.ly/2xN1AfV>
- Replika (2018). Recuperado de <https://replika.ai/>
- Sentino (2018). Recuperado de <https://sentino.org/>
- Shawar, B. A., y Atwell, E. (2005). Using corpora in machine-learning Chatbot systems. *International Journal of Corpus Linguistics*, 10(4), 489-516. doi: 10.1075/ijcl.10.4.06
- Turing, A. (1951). Can digital computers think? En B. J. Copeland (Ed.), *The Essential Turing: Seminal writings in Computing, Logic, Philosophy, Artificial Intelligence and Artificial Life, plus the Secrets of Enigma* (pp. 476-486). Oxford: Oxford University Press.
- Turing, A., Braithwaite, R., Jefferson, G., y Newman, M. (1952). Can automatic calculating machines be said to think? En B. J. Copeland (Ed.), *The Essential Turing: Seminal writings in Computing, Logic, Philosophy, Artificial Intelligence and Artificial Life, plus the Secrets of Enigma* (pp. 487). Oxford: Oxford University Press.
- Wallace, R. S. (2009). The anatomy of ALICE. En R. Epstein, G. Roberts y G. Beber (Eds.), *Parsing the Turing Test* (pp. 181-210). Springer, Dordrecht.
- Warwick, K., & Shah, H. (2014). Assumption of knowledge and the Chinese room in Turing test interrogation. *AI communications*, 27(3), 275-283. doi: 10.1109/TCIAIG
- Warwick, K., y Shah, H. (2016). Can machines think? A report on Turing test experiments at the Royal Society. *Journal of experimental & Theoretical artificial Intelligence*, 28(6), 989-1007. doi: 10.1080/0952813X.2015.1055826
- Weizenbaum, J. (1966). ELIZA: A computer program for the study of natural language communication between man and machine. *Communications of the ACM*, 9(1), 36-45. Recuperado de: <https://dl.acm.org/citation.cfm?id=365168>



SUICIDIO Y TRASTORNO MENTAL: UNA CRÍTICA NECESARIA

SUICIDE AND MENTAL DISORDER: A NECESSARY CRITIQUE

Juan García-Haro¹, Henar García-Pascual¹, Marta González González¹,
Sara Barrio-Martínez² y Rocío García-Pascual³

¹Servicio de Salud del Principado de Asturias. ²Máster Psicología General Sanitaria. ³Universidad de León

Este artículo analiza desde una perspectiva crítica y reflexiva la asociación entre suicidio y trastorno mental. Se debate el dato de la Organización Mundial de la Salud que dice que el 90% de los suicidios se deben a un trastorno mental. Se concluye que la asunción acrítica de este dato conlleva: 1) una confusión entre un factor de riesgo y una causalidad psiquiátrica, 2) una idea reduccionista del suicidio y la conducta suicida vistos como un "síntoma", una evolución "natural" o incluso como un trastorno mental en sí mismo, y 3) finalmente, supone una anulación del núcleo íntimo del fenómeno suicida que es la capacidad de decisión-acción de una persona-en-un-contexto. Estas conclusiones ayudarían a pensar el suicidio más allá del enfoque biomédico y del factor diagnóstico.

Palabras clave: Trastornos mentales, Psicopatología, Suicidio, Intento de suicidio, Factores de riesgo.

This article analyzes, from a critical and reflexive approach, the relationship between suicide and mental disorder. The World Health Organization figure reporting that 90% of suicides are due to a mental disorder is debated. It is concluded that an uncritical assumption of this figure implies: 1) a confusion between a risk factor and a psychiatric causality, 2) a reductionist idea of suicide and suicidal behavior seen as a "symptom", a "natural" evolution, or even as a mental disorder in itself, and 3) finally, it involves the cancellation of the intimate nucleus of the suicidal phenomenon that is the decision-action capacity of a person-in-a-context. These conclusions help us to think about suicide in a way that goes beyond the biomedical approach and the diagnostic factor.

Key words: Mental disorders, Psychopathology, Suicide, Suicide attempt, Risk factors.

Un padre y su hijo viajan en coche. Tienen un accidente grave. El padre muere y al hijo se lo llevan al hospital porque necesita una compleja operación de emergencia, para la que llaman a una eminencia médica. Pero cuando entra en el quirófano dice: "No puedo operarle, es mi hijo". ¿Cómo es posible? A veces se activan de forma involuntaria sesgos cognitivos que impiden llegar a soluciones. En el caso anterior, sería un sesgo de género, pues mientras que la eminencia médica es la madre del chico, algunos lectores tendrán dificultades para llegar a esta conclusión. Otras veces se activan sesgos científicos que orientan hacia conclusiones parciales, si no directamente falsas o interesadas, como es la afirmación de que más del 90% de las personas que se suicidan padecen una "enfermedad mental".

Es ampliamente asumida la cita que dice que el 90% (o más) de los suicidios se deben a un trastorno mental (WHO, 2014). Este dato procede de estudios de "autopsias psicológicas" (Hjelmeland *et al.*, 2012). Se refiere a una investigación médico-psicológica de las posibles causas de la muerte de una persona cuando estas no son claras.

En los últimos años diversos autores han cuestionado la fiabilidad y validez de las autopsias psicológicas debido a sus numerosas y graves carencias metodológicas y sesgos analíticos (Hjelmeland y Knizek, 2016; Hjelmeland *et al.*, 2012; Hjelmeland y Knizek, 2017; Pouliot y De Leo, 2006; Shah-tahmabesi, 2013). A modo ilustrativo se señalan los sesgos de selección y de confirmación; consisten en que se encuentra y confirma lo que se busca, respectivamente. Habitualmente se busca confirmar la existencia de tres cosas: antecedentes de trastorno mental, intentos previos y consumo de sustancias. Esta opción llevaría a sobrestimar la proporción de trastornos mentales en los suicidios y a mal entender la relación (a menudo en sentido causal) entre psicopatología y suicidio. Si se rastreara la existencia de contextos vitales problemáticos susceptibles de ayuda, quizás se encontraría que estos están presentes en el 100% de los casos. También se ha observado que cuando se usan autopsias con un enfoque cualitativo-narrativo, el papel de los trastornos mentales disminuye significativamente y aparecen otros factores que iluminan mejor el suicidio (Hjelmeland, 2016; Hjelmeland y Knizek, 2016; Hjelmeland *et al.*, 2012; Hjelmeland y Knizek, 2017). Por otro lado, se cuestiona el hecho de que muchos entrevistados son familiares cercanos que pueden necesitar la atribución a una "enfermedad mental" como una manera de soportar mejor el duelo.

Recibido: 7 Octubre 2019 - Aceptado: 14 noviembre 2019

Correspondencia: Juan García-Haro. C/Alonso Ojeda, 9 6ºB.
33208 Gijón. España. E-mail: juanmanuel.garciah@spsa.es



Ante esta cita del 90%, tan difundida en la literatura y medios de comunicación, conviene plantear un análisis crítico. Las críticas, cuando las hay, asumen ingenuamente un sentido unívoco de la cita y se limitan a señalar que no todos los suicidios tendrían una base psiquiátrica. Pero no se cuestiona lo más importante; que se está confundiendo un factor de riesgo (asociación estadística) y un factor explicativo (Franklin *et al.*, 2017), con el peligro que ello conlleva (Hjelmeland y Knizek, 2017; Pridmore, 2015), ya que se fomenta un mito: suicidio igual a "enfermedad mental". Más específicamente, se trataría de un mito presente en la literatura psiquiátrica desde Esquirol y rehabilitado en nuestros días por la psiquiatría académica-oficial. Se justificaría así que la mejor estrategia de prevención del suicidio es la vía indirecta; a través de la reducción y control del factor diagnóstico: detección precoz y tratamiento de los trastornos mentales, especialmente la depresión (Mann *et al.*, 2005), lo que es, en definitiva, una estrategia diagnóstico-céntrica y farmacocéntrica. Por otro lado, se justificaría la inversión en el estudio de los trastornos mentales (Pridmore, 2015; Shahtahmabesi, 2013) en detrimento de otros factores tanto o más importantes implicados en el suicidio como son los psicológicos, contextuales, existenciales y sociales. Y, sobre todo, en perjuicio del estudio de los factores de protección.

El enfoque diagnosticocéntrico se refiere al intento de nuclear la explicación-comprensión del sufrimiento psicológico y de las experiencias inusuales o problemáticas en torno a categorías discretas de enfermedad según los sistemas de diagnóstico al uso, CIE/DSM, actualmente en crisis (Allsopp *et al.*, 2019; Deacon, 2013; Timimi, 2012, 2013, 2014), y al hecho de que la atención a la salud mental en nuestros días gire en torno al control de los síntomas de estos diagnósticos.

El objetivo de este artículo es analizar, desde una perspectiva crítica y reflexiva el dato que dice que el 90% de las personas que se suicidan padecían un trastorno mental. Se presentan tres consideraciones críticas: 1) sentido y tautología del dato, 2) naturalización biomédica del suicidio y 3) confusión conceptual sobre lo que es y no es suicidio. Se cierra el trabajo con las principales conclusiones.

SENTIDO Y TAUTOLOGÍA DEL DATO

Aunque la conexión entre el suicidio y los trastornos mentales está bien establecida, no lo está su sentido. Una relación simplista es contraproducente. ¿Qué significa que el 90% de las personas que se suicidan padecían un trastorno mental? A poco que se piense, se verá que la interpretación ni es unívoca ni sencilla. Quedarse en la superficialidad del dato es engañoso. Hay afirmaciones que insinúan más de lo que la evidencia autoriza. Que (A) el 90% de las personas que fallecen por suicidio presentaban o podrían presentar un trastorno mental, no quiere decir que (B) el 90% de las personas con trastorno mental se suiciden, ni que (C) el factor diagnóstico sea la "causa" del 90% de los suicidios. En efecto, la inmensa mayoría de personas con problemas clínicos ni se suicidan ni intentan suicidarse. Evidentemente, (A), (B) y (C) son tres cosas distintas.

Estimamos, sin embargo, que muchos lectores habrán concluido y hasta memorizado de forma "natural" que la cita que se discute afirma lo segundo y hasta lo tercero. Con ello habría operado un sesgo cognitivo-social que coloca a los trastornos mentales en el centro explicativo de las conductas suicidas. En efecto, el modelo biomédico de salud mental, instalado cual programa informático en nuestro modo individual y social de pensar, con base en los diagnósticos nosológicos, y en última instancia en el cerebro o los genes (Pérez-Álvarez, 2011), brilla en nuestros días como explicación total y suficiente de cualquier comportamiento humano. Este brillo deslumbra más que ilumina el fenómeno que se quiere estudiar. Desactivar este sesgo es en nuestros días todo un desafío. Se diría que es una de las tareas de nuestro tiempo.

1. En primer lugar, el trastorno mental ni es una condición necesaria ni suficiente para el suicidio. Que exista relación entre psicopatología y conducta suicida no autoriza a concluir que la psicopatología sea la "causa" del suicidio, según se afirma, explícita o implícitamente, a cuenta de una naturalización biomédica del suicidio (Insel y Cuthbert, 2015). Se confunde un factor de riesgo con un factor explicativo (Franklin *et al.*, 2017), y más aún, esta confusión se propaga como "verdad" a través de los medios de comunicación; institución social que se caracteriza por el hecho de que al informar sobre la realidad, crea significados y realidades. Véase la siguiente noticia de prensa: *"Más del 90% de los suicidios en menores de edad se deben a un trastorno mental"* (Mayordomo, 2019, p.23). A menudo estas cuestiones se confunden incluso entre autores críticos con la pretendida "causalidad psiquiátrica" del suicidio (León Pérez, Navarrete Betancort y Winter Navarro, 2012). El artículo de la noticia anterior empezaba con esta enigmática afirmación: *"Los suicidios son la segunda causa de muerte en adolescentes -tras los accidentes de tráfico-, pero la primera causa médica"*.
2. Que muchas personas con enfermedades terminales y oncológicas piensen en el suicidio o se quiten la vida (Calati *et al.*, 2018; Diaz-Frutos *et al.*, 2016), no significa que la conducta suicida sea un síntoma del cáncer o que el cáncer "cause" el suicidio. Significa más bien que el suicidio es una opción-límite que se abre frente a contextos de sufrimiento trágico como es el caso aquí de la cercanía de la muerte o de anticipar una terrible agonía. Aquí, el cáncer funcionaría como un factor precipitante del suicidio. Sobre todo, si se vive como pérdida irreversible del proyecto vital o como sobrecarga para los demás. Concretamente esta circunstancia parece haber sido la motivación del suicidio del conocido actor Robin Williams, o del escrito de eutanasia del poeta Juan Goytisolo, conociéndose clásicamente esta forma de suicidio como "suicidio racional" (Siegel, 1986). Se entiende que es comprensible, desde una óptica de segunda persona, en términos de balance vital (satisfacciones/cargas que me da la vida). Desde el modelo biomédico, este subgrupo de suicidios no tendría una base psicopatológica. Sería la otra cara del suicidio; el 10 % complementario del 90%.



3. Que el diagnóstico de depresión acompañe como una larga sombra a las conductas suicidas, no significa que el “cuadro” clínico sea la variable relevante para entender la “escena” y “acto” suicida: un varón de 70 años llevaba diagnosticado de depresión desde que cumplió los 50; le diagnostican un cáncer con metástasis y en pocos días se suicida. Pregunta: ¿se suicida por tener depresión? Una mujer sufre la violencia machista de su pareja. Desarrolla un malestar anímico que le lleva a tomar medicación. Al cabo de unos meses se separa y sufre una nueva agresión con amenazas de muerte a sus hijos, entra en un estado de crisis y realiza una tentativa suicida tomando la medicación. ¿La depresión fue la causa del intento de suicidio? Un último ejemplo: si una persona utiliza el alcohol como elemento desinhibidor para “atreverse” a ejecutar el acto suicida (o consume alcohol como analgésico emocional), eso no quiere decir que el alcohol sea una causa o precipitante del suicidio o de la conducta suicida, como tampoco sería correcto concluir que los psicofármacos son la causa o un factor de riesgo del suicidio porque se utilicen (como sucede con mucha frecuencia) en la autointoxicación medicamentosa. Sería confundir una consecuencia con una causa.
4. Interesa señalar que dentro del modelo diagnosticocéntrico, los mecanismos explicativos por los cuales un determinado diagnóstico “causa” el comportamiento suicida no han sido estudiados. Se dice que el “suicidio patológico” es aquél que es “causado” por una “enfermedad mental”, sin aportar mayor información. Esto es importante, pues habría numerosos matices fenomenológicos y existenciales que conviene situar sobre el lienzo ya de por sí bastante impresionista. En efecto, no es lo mismo 1) el deseo de escapar de un sufrimiento intolerable agravado por el significado de cronicidad y estigma atribuido a una “enfermedad mental” (trastorno bipolar), 2) que el deseo de morir tras un estado de desmoralización y desesperanza que nubla cualquier prospección positiva de futuro (depresión), 3) que la respuesta de huida ante unas voces imperativas que incitan a tirarse por la ventana (esquizofrenia), 4) que la conducta autodestructiva impulsiva tras una pérdida o rechazo afectivos (trastorno límite), etc. No basta con constatar que ahí había un diagnóstico psiquiátrico, como si la relación entre trastorno mental-conducta suicida fuera causal, lineal, evidente y unívoca.
5. Finalmente, aunque la psicopatología es un factor de riesgo, no es el único. Habría otros factores de riesgo; entre ellos los antecedentes de maltrato y abuso sexual infantil (Angelakis, Gillespie y Panagioti, 2019; Beghi, Rosenbaum, Cerri y Cornaggia, 2013) y los factores psicosociales (Baca-García *et al.*, 2007). Entre estos últimos habría que destacar: la desesperanza, la impulsividad, el perfeccionismo, los estilos y sesgos cognitivos, falta de apoyo, etc. (O’Connor y Nock, 2014). Sin olvidar los determinantes sociales (educación, condiciones laborales, vivienda e ingresos económicos) (Estruch y Cardús, 1982; Fernández de Sanmaned *et al.*, 2018; Navarrete Betancort, Herrera Rodríguez y León Pérez, 2019), y los conflictos existenciales y culturales (Hjelme-

land y Knizek, 2016; Rendueles, 2018). La insistencia en sobredimensionar la importancia del factor diagnóstico en detrimento de otros, tanto o más importantes, tiene a nuestro juicio más un sentido ideológico, basado en intereses, que científico, basado en evidencias. Entre estos intereses se señalarían los comerciales-económicos, profesionales-corporativos y los sociales-políticos (Deacon, 2013).

6. Con todo, con el dato del 90% se quiere apuntar a la tautología según la cual quien atenta contra su vida o lo piensa, por el hecho de hacerlo, tiene un trastorno mental que es la causa “médica” de dicha conducta suicida. En esta dirección tautológica se mueve el DSM-5 (APA, 2013), que sugiere, dentro de los trastornos que precisan más estudio, un nuevo diagnóstico: el “Trastorno del comportamiento suicida”. Su manifestación o síntoma fundamental y único sería el intento de suicidio. La conducta suicida se atribuye a una “enfermedad mental”, cuya existencia se infiere retrospectivamente precisamente por la presencia de la conducta suicida. Como dicen algunos informantes: “*nadie sabía que estaba enfermo*”. Según se infiere de los propios criterios diagnósticos de este manual, este intento de suicidio ha de estar guiado por la intención o expectativa de matarse. Si no es así, los autores del DSM-5 recomiendan no realizar el diagnóstico. Lo mismo se puede decir respecto al “trastorno de autolesión no suicida”; no sólo define la topografía conductual sino también el sentido o propósito de la conducta autolesiva. Sin embargo, este manual no da ninguna pista sobre lo realmente importante a nuestro juicio, a saber: ¿cómo se evalúa la existencia o no de intencionalidad suicida cuando la persona misma puede tener dificultades para acceder a sus propios contenidos intencionales o mecanismos motivacionales?

NATURALIZACIÓN BIOMÉDICA DEL SUICIDIO

El dato del 90% no parte desde ningún lugar ni perspectiva, sino desde un *a priori* teórico que conviene explicitar. Se refiere a la naturalización biomédica del suicidio. La naturalización es el proceso de convertir todo asunto humano, problemático o no, en una cuestión natural-positivista, desgajada de las condiciones sociohistóricas y culturales donde esos asuntos humanos tienen lugar y cobran sentido, situando su centro de análisis y estudio en la materialidad biomédica y preferencialmente en el cerebro o los genes. La conducta suicida se entendería bien como un “síntoma” o manifestación clínica de un trastorno mental (se refiere aquí a la depresión y a los trastornos límites de la personalidad), bien como una consecuencia, complicación o evolución “natural” de una “enfermedad psiquiátrica” (se refiere a la “depresión resistente”), o incluso como un trastorno mental en sí mismo (véase la propuesta del “trastorno del comportamiento suicida” del DSM-5, incluida en el apartado de condiciones para el estudio futuro).

Esta naturalización del suicidio no tiene ninguna evidencia científica, más allá de contar con innumerables correlatos biológicos inespecíficos. Acaso la muerte de un perro que deja de comer tras el fallecimiento de su dueño sea lo más parecido a una complicación o evolución “natural” desde



una alteración endotímica a una muerte (¿suicida?) por inanición. En cualquier caso, el parentesco de esta muerte canina con el suicidio de un sujeto humano diagnosticado de depresión es totalmente artificial. En contra de quienes defienden la tesis del suicidio de los animales, cabe preguntarse: ¿Tienen los animales ideas de suicidio?

Para profundizar en esta crítica a la naturalización del suicidio, veamos la siguiente cita que trata del trastorno bipolar. "El suicidio constituye uno de los síntomas que pueden presentarse en los episodios de la enfermedad y, por tanto, debería ofrecerse a pacientes y familiares la información correspondiente sobre su manejo. Es importante que sean capaces de concebir el suicidio como un síntoma de la enfermedad, cuyos episodios son limitados en el tiempo, y *no como una decisión voluntaria y propia de la individualidad del sujeto*. Por tanto, la psicoeducación, tanto de pacientes como de familiares, resulta imprescindible" (Reinares Gagnetten *et al.*, 2004, p. 191). Las cursivas son nuestras. Reducir el acto suicida a mero síntoma involuntario, arrebatado inmotivado, raptus o acto en cortocircuito, es distorsionar su sentido más esencial que es la intencionalidad-de-querer-quitarse-la-vida. Intencionalidad y sintomatología son dos conceptos que pertenecen a diferentes ontologías. Pues, si hay intención-para, entonces, es difícil que sea un "síntoma-médico-de"; y lo contrario: si se trata de un "síntoma", no cabe pensar que sea intencional, a no ser que decidamos que los genes, las células o las moléculas del organismo pilotan la vida biográfica, toman decisiones y hacen balances existenciales. En esta línea reduccionista se situaría la siguiente cita: "*Es una falacia peligrosísima (se está criticando la tesis del suicidio racional): es como decir que alguien muere libremente de hepatitis o de cáncer*" (Suárez, 2010). Se quiere decir que la conducta suicida tiene la misma entidad que un síntoma médico como cualquier otro, como la sed a la diabetes, el sudor a la fiebre o el temblor al Parkinson. Es decir, se estaría pensando el suicidio como un movimiento corporal más que como un acto psíquico. O en términos de Castilla del Pino (2010): un "acto aconductual" más que conductual. Sin embargo, como dijo el filósofo y psiquiatra Jaspers, el suicidio no es a la depresión lo que la fiebre a la infección (Jaspers, 1959).

La paradoja del modelo biomédico del suicidio consistiría en describir primero la conducta suicida en términos fenomenológicos, de primera persona, como un acto-intencional-de-matarse, y luego, intentar demostrar que dicha intencionalidad no existe, porque en realidad las "enfermedades psiquiátricas son enfermedades de la libertad" que, en última instancia, remiten a mecanismos bioquímicos, neurobiológicos y/o genéticos-hereditarios anómalos. Y además, sin clarificar que genético no es sinónimo de hereditario; véase el papel de la epigenética (López-Otín, 2019). Esta lógica biomédica del suicidio no sólo es criticable por reduccionista y mecanicista sino por peligrosa. Conlleva el riesgo de diluir o desactivar cualquier análisis psicológico y contextual (social o político) implicado en la crisis suicida, pues coloca el centro de explicación-comprensión en mecanismos averiados de la materialidad infra-sujeto, inclu-

yendo aquí la supuesta "heredabilidad" del suicidio. Con esta manera de pensar el suicidio (reducción fisiopatológica, sin subjetividad, ni contexto social, ni valores, ni teoría del sujeto), se abona el terreno a prácticas de vigilancia de la intimidad (propagación de escalas de detección y estimación del riesgo en los diferentes servicios, códigos de alarma, etc.), tratamientos farmacológicos preventivos, y en última instancia, a intervenciones restrictivas, o puede que directamente perjudiciales, como los ingresos involuntarios, la contención mecánica o la terapia electroconvulsiva (TEC); que de paso, aumentarían el estigma y la discriminación.

Según nuestra experiencia en contextos clínicos, las ideas y tentativas suicidas se asocian no tanto a los "síntomas" o al diagnóstico nosológico (depresión, esquizofrenia, etc.), sino a un manto de factores contextuales y existenciales como: 1) estar lidiando sin éxito ni esperanza por salir de contextos vitales problemáticos, 2) la vivencia de fracaso repetido de las estrategias de afrontamiento, incluyendo los sistemas de apoyo, 3) la desmoralización asociada a la semántica del diagnóstico psiquiátrico ("enfermedad-cerebral-genética-crónica-como-cualquier-otra-que-precisa-medicación-continuada"), cuya connotación, cargada de estigma, paradójicamente viene fomentada por ciertos sectores profesionales que dicen combatir el estigma en salud mental, y 4) los efectos secundarios del tratamiento, que, vividos en primera persona, en cuerpo y alma, pueden impedir o interferir seguir adelante con las tareas evolutivas, los valores o el proyecto de vida.

Para ver en detalle alguna de estas cuestiones se presenta un ejemplo.

La literatura cita con profusión el ejemplo del escritor norteamericano Ernest Hemingway, diagnosticado de diferentes trastornos mentales, para ilustrar la conexión entre psicopatología y suicidio. Sin embargo, esta misma literatura omite decir que unos meses antes, y hasta unos días antes de su muerte, el Premio Nobel de Literatura fue tratado en la Clínica Mayo con TEC y medicación de forma intensiva. Se dice que al principio mejoró mucho y que poco después empeoró gravemente realizando diferentes suicidios frustrados, por lo que volvió a ser ingresado (sin su consentimiento) y a recibir nuevas sesiones de electroshock (Baker, 1974; Martin, 2006). Aunque no se dice en ningún lugar, cabe pensar que dicho empeoramiento tuvo que ver no tanto con la evolución "natural" del supuesto trastorno mental sino con la misma TEC, toda vez que esta modalidad de ayuda (además a principios de los años 60) produce pérdida de memoria y deterioro cognitivo importantes tras su administración (Johnstone, 1999; Read y Bentall, 2010; Read, Cunliffe, Jauhar y McLoughlin, 2019). En efecto, se sabe que tras recibir TEC, su memoria y su capacidad para escribir, quedaron seriamente limitadas. Se quejó llorando a su médico de que la TEC había destrozado su talento y que no podía escribir más (Sandison, 1998). Esta situación, junto a otras (la muerte de su amigo Gary Cooper, el conflicto Cuba-EEUU y la vigilancia del FBI) le hundió más aún y cabe inferir que le acercó definitivamente al precipicio del suicidio. Sólo en este sentido es cierto lo que dice Martin de que "*los factores biológicos contribuyeron a su suicidio*" (Martin, 2006). Esta omisión (interesada)



de los efectos negativos de la TEC es importante de cara a entender mejor la circunstancia de su suicidio, pues se sabe que la escritura era su principal antídoto para aliviar las numerosas heridas físicas y problemas psicológicos sufridos a lo largo de su vida, además de un mal llevado deterioro asociado a la vejez (Baker, 1974; Martin, 2006; Yalom y Yalom, 1971).

Esta hipótesis, relativa a los efectos perjudiciales del electroshock como factor implicado en el proceso suicida, sería especialmente pertinente en aquellas personas que ponen en la creación artística el sentido de sus vidas. Se sabe que la ruptura del yo con su proyecto vital (crisis de identidad o del *self*) es un importante factor de riesgo en el suicidio (Castilla del Pino, 2013). Con esto, se quiere señalar dos cuestiones: 1) que atribuir a los "síntomas" o al factor diagnóstico la "causa" del suicidio puede ser un enfoque demasiado simplista, y 2) que hay tratamientos tan agresivos, tan invalidantes, que si bien yugulan los "síntomas" más terribles, dejan tras de sí una oscura sombra de daños colaterales nada desdeñables. Pueden dejar a las personas con tal grado de deterioro y discapacidad que, aunque sin "síntomas" ("duerme bien, no tiene problemas de apetito, ánimo estable", etc.), las alejan de lo más valioso de sus vidas, las colocan, sin darse cuenta, al borde del abismo. Como si vivir fuera solo respirar.

Mejor suerte tuvo el también escritor norteamericano William Styron. Según cuenta en una novela autobiográfica (Styron, 2018), tras sufrir una profunda depresión con ideas suicidas, encontró en un ingreso psiquiátrico la solución a su situación-límite. Un contexto de máxima protección y liberación de responsabilidades, el ensayo de diferentes tratamientos farmacológicos y terapias ocupacionales, contribuyeron, según confesión propia, a su mejoría clínica, siendo difícil determinar el peso diferencial de cada uno de estos elementos en su evolución final. No se descarta cierto efecto placebo asociado al ingreso, pues tal y como reconoce el mismo autor, las ideas suicidas desaparecieron a los pocos días de su ingreso. Acaso sea decisiva la experiencia vivida del cuidado para salir de la crisis suicida más allá de los efectos bioquímicos de una medicación. Gracias a esta rápida mejoría esquivó la TEC, y cabe aventurar también, que quizás el suicidio.

Según se verifica muchas veces en la clínica asistencial, lo importante, como decimos, no es tanto el diagnóstico en sí sino las interferencias que tienen tanto los "síntomas" como los efectos secundarios de ciertos tratamientos en la pragmática y sentido de la vida individual. Véase entre los efectos secundarios las dificultades extrapiramidales, el deterioro de la memoria, o las alteraciones afectivas inducidas por ciertos neurolépticos. Son estos efectos, los que muchas veces impiden, complican o limitan seguir adelante con el proyecto de vida o con una vida-basada-en-valores. Alimentan y alientan la falta de control sobre la propia vida, la desmoralización, la desesperación y la desesperanza. Es por ello que no resulta extraño que en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia la "síntomatología depresiva" (especialmente las vivencias más cognitivas: infravaloración, desesperanza, etc.) sea la variable más relacionada con riesgo suicida (Gracia Marco, Cejas Méndez, Acosta Artilles y Aguilar García-Iturrospe, 2004). Que lo importante no sea el diagnósti-

co en sí sino las interferencias funcionales, se puede verificar sin dificultad en el caso de numerosos escritores y artistas famosos que optaron por suicidarse (Virginia Woolf, Vincent Van Gogh, Ernest Hemingway, David Foster Wallace, etc.). Cabe pensar que para todos ellos (Virginia Woolf así lo confesaba), la muerte era mejor opción que la alternativa de vivir una vida sin la posibilidad de trabajar (de leer, de pintar, de escribir).

En conclusión; habría que pensar las crisis y conductas suicidas desde la óptica de una interacción compleja y significativa (con sentido) entre la circunstancia vivida (contextos vitales problemáticos, dramas), el diagnóstico (conjunto de síntomas y signos), el yo-proyecto (principios rectores que dan sentido a la identidad, a la vida y al futuro) y la ayuda recibida (relación terapéutica, intervenciones y tratamientos). Lo anterior tendría unas implicaciones asistenciales y preventivas muy importantes. Unos tratamientos invalidantes que agudizan la ruptura del yo con su proyecto vital y una mala relación terapéutica o directamente amenazante, serían, desde esta perspectiva, elementos facilitadores del suicidio, y por tanto, factores a cuidar en el proceso de ayuda, más allá de la reducción sintomática. Se precisaría reorientar la ayuda profesional no sólo hacia el control/evitación de "síntomas clínicos", sino hacia estrategias de elaboración y aceptación de los mismos, de modo que sus efectos no cristalicen en obstáculos ejecutivos; o a la inversa: ayudar a la persona a seguir adelante, a pesar de todo, cargando en la mochila el mal-estar y las limitaciones. Se entiende que la salud mental no es sólo eliminación de síntomas-malestar, sino recuperación funcional y mejora de la calidad de vida. Se precisaría "volver a las cosas mismas" (Husserl), que en nuestro campo serían las *personas-ahí-en-el-mundo-haciendo-su-vida* (Heidegger-Ortega). En este sentido, convendría trabajar cuestiones fundamentales y decisivas como las siguientes: elaborar la frustración de expectativas y el duelo por la pérdida del yo-proyecto, construir un nuevo sentido vital acorde a las nuevas posibilidades, aceptar la pérdida de capacidad cognitiva y la incapacidad para trabajar, elaborar la necesidad más/menos continuada de un tratamiento farmacológico (cuando se precise), trabajar la vivencia de pérdida de control sobre la vida y la necesidad de ayuda (especialmente en ancianos), manejar el estigma social y el autoestigma. Cuestiones totalmente ignoradas en los protocolos del suicidio, centrados en el factor diagnóstico, y que requieren por parte del clínico una capacitación en psicoterapia. No en vano, para todo lo anterior se requiere una intervención psicoterapéutica especializada.

CONFUSIÓN CONCEPTUAL

Veamos ahora algunas confusiones conceptuales implícitas al dato del 90%. Se refiere a la falta de discriminación entre la muerte de una persona que en plena "crisis psicótica" salta por la ventana huyendo de unas voces alucinatorias imperativas y la de una persona que bajo la presión de un diagnóstico de depresión crónica decide acabar con su vida dejando una nota de despedida. Según el modelo biomédico, ambos serían ejemplos de "suicidios patológicos". Sin embargo, la pregunta está servida: ¿qué parecido suicida hay entre una muerte no deseada ni buscada, y una muerte buscada y planificada?



Que alguien se suicide sin quererlo (caso de la crisis psicótica) es un contrasentido. Ya en 1897, Durkheim (2004) había advertido de la necesidad de realizar esta distinción. Se debate aquí la atribución de la conducta suicida al dominio de una "enfermedad-como-cualquier-otra" (reducción fisiopatológica) o al dominio de un sujeto-en-contexto (las razones o racionalizaciones, siempre ambivalentes o dilemáticas, para querer quitarse la vida). Pues bien, esta forma de confundir hechos tan diferentes y distantes desde el punto de vista clínico y existencial, oscurece a nuestro juicio la comprensión del fenómeno del suicidio. Si no hay elementos para reconstruir a posteriori esa intencionalidad y voluntariedad de desear la muerte (subjetividad), habría que dudar si realmente se trata de un suicidio, por más que hubiera un trastorno mental. Por nuestra parte, defendemos, como hacen la mayoría de expertos y forenses, que en el fenómeno suicida han de existir datos suficientes que permitan inferir o reconstruir con cierta verosimilitud la intencionalidad suicida del acto. Si no es así (y aquí la nota de despedida jugaría un papel fundamental, aunque no solo ni siempre), podría tratarse de otra cosa; véase la defenestración en personas diagnosticadas de esquizofrenia. A estos suicidios sin implicación intencional se les suele llamar "pseudosuicidios".

En esta línea, los manuales de clasificación y diagnóstico más importantes también señalan los aspectos de intencionalidad. La CIE-10 (WHO, 1992) recoge el suicidio y las autolesiones "intencionalmente" autoinfligidas. Como se ha mencionado anteriormente, el DSM-5 (APA, 2013) habla del "trastorno del comportamiento suicida". En la definición de intento de suicidio se incluye la "intención" suicida o se dice que el sujeto pretende provocar su propia muerte. El problema es que no señala el modo cómo esta intencionalidad ha de ser evaluada. Excluye aquellos actos que se inician durante un síndrome confusional (criterio D) y aquellos que se llevan a cabo con un fin político o religioso (criterio E). Estos dos criterios tienen su interés, pues el DSM-5 admitiría lecturas médicas, por un lado, y políticas-religiosas, por otro, de las conductas suicidas. Se trataría entonces de un tema complejo y donde decir que hay suicidios de "motivación" política-religiosa, suicidios de "causa" médica, y suicidios patológicos, oscurece aún más la comprensión del fenómeno suicida.

Por otro lado, conviene recordar que la OMS define la conducta suicida como el acto de un sujeto de quitarse deliberada e intencionalmente la propia vida (WHO, 2014).

Ahora bien, como se sabe en psicopatología, la intencionalidad o funcionalidad con que opera un acto de conducta en un contexto es muchas veces independiente de su toma de conciencia por parte de su protagonista y, por consiguiente, imposible de verbalizar por el sujeto si, llegado el caso, se le pregunta por ello. Además, la intencionalidad no siempre es deliberada ni reflexiva, tampoco es un asunto de todo o nada, sino más bien un proceso o campo dimensional, con franjas grises. Puede verse como el goteo continuo en un vaso; a veces rebosa y entonces se ejecuta "impulsivamente" un acto autodestructivo. Con todo, consideramos que la existencia de notas o cartas de despedida es, a falta de otros, el

mejor indicador externo de intencionalidad suicida. En un estudio ya antiguo, se encontró que la carta de despedida dio el índice estadístico más alto en el suicidio frustrado, primero, y en el consumado, después. En cambio, en los intentos o equivalentes suicidas fue insignificante (Rojas, 1978). Esto no quiere decir que las razones o racionalizaciones escritas en el papel sean las "verdades" del suicidio.

Llegamos a la altura suficiente desde donde divisar que no es tanto la conducta en sí, vale decir su topografía o materialidad conductual (tomar un veneno o saltar por una ventana), ni tampoco el resultado final (muerte o vida), sino la intención que persigue un sujeto mediante la ejecución de una conducta determinada, lo que define la "esencia" de la conducta suicida. Mantener el criterio de intencionalidad es fundamental para discriminar entre un suicidio y un accidente. No hay nada intrínseco a la conducta suicida que diga "esto es un acto suicida" (a excepción quizás del ahorcamiento). Si por el contrario, se toma el criterio del resultado final de muerte, se puede cometer el error de llamar suicidio a cosas que no lo son. La conducta humana siempre es contextual. Una "misma" conducta, como arrojarse por la ventana, puede tener diversos sentidos-funciones según el contexto; véase: 1) para verificar las capacidades voladoras (un niño de 4 años que juega a ser Superman), 2) como respuesta a una alucinación auditiva (la persona diagnosticada de psicosis que escucha voces imperativas que le instan a saltar), 3) como una forma desesperada de escapar del fuego (cuando arde en llamas un edificio y no hay escapatoria), 4) para huir de una vergüenza insostenible (tras un desahucio o divulgación de un video sexual), 5) para librarse de una culpa persecutoria o evitar un castigo carcelario (tras matar a una expareja), o 6) para acortar una proyección agónica e irreversible (tras recibir la noticia de una enfermedad terminal). ¿Son todas conductas suicidas y de la misma clase de suicidio? Si se procediera a un análisis bioquímico-genético o de personalidad-psicológico, ¿se encontraría un mismo núcleo de resultados o varios perfiles? Todo esto tiene importantes implicaciones epidemiológicas, clínicas y de investigación. Puede que se esté registrando como suicidios cosas y casos que no lo sean y/o que no lo sean del mismo modo. Para tener datos válidos sería importante ir más allá de la conducta observable y de la categoría diagnóstica (abstracción-descriptiva-estadística-genérica) y entrar en la experiencia vivida o "espacio vital" (Lewin, 1978) de la persona en riesgo suicida, que es su vida individual concreta. Se trataría de ver la realidad desde la óptica de primera persona del protagonista, aunque para ello se deba recoger también información de las personas cercanas, para desde ahí, desde dentro y desde fuera, discriminar mejor si estamos en rigor ante un fenómeno suicida, y, por supuesto, para comprenderlo. Interesa introducir siquiera brevemente la noción de "espacio vital" de Lewin; se refiere a la persona y al contexto, tal y como existe psicológicamente para esa persona, esto es, a su construcción íntima del mundo, "en un momento dado", lo cual incluye un "principio de contemporaneidad" según el cual la perspectiva del presente integra tanto el pasado como el futuro temporales (Lewin, 1978).



Pues bien, este entrar en el mundo vivido o construido de la persona, en un momento dado, sería el equivalente al proceso de evaluación psicopatológica de la imputabilidad en el ámbito forense. A falta de una "autopsia médica" que verifique si la causa de una muerte fue o no un suicidio (lo cual es absurdo, pues la biología no informa de intenciones), se precisaría de un estudio de "autopsia psicológica", mejor llamada "psicobiográfica", aunque esta autopsia nunca estará por lo demás libre de problemas de fiabilidad.

CONCLUSIÓN

La cita del 90%, tomada superficialmente, sin la crítica necesaria, activa una serie de sesgos cognitivos, que son ya institucionales (culturales), y que conviene poner sobre la mesa. En primer lugar, se confunde un factor de riesgo con una causalidad psiquiátrica y se apunta hacia un sentido clínico, tautológico y autoevidente del acto suicida (el suicidio es una consecuencia de padecer un trastorno del comportamiento suicida). En segundo lugar, entiende el suicidio y la conducta suicida como un "síntoma", una evolución "natural" o incluso un trastorno mental en sí mismo, que en última instancia remite a alteraciones bioquímicas, neurológicas y genéticas-hereditarias aún por descifrar. El suicidio, desde esta óptica, biomédica, sería entonces una cosa que le pasa al sujeto y no un comportamiento que ejecuta en una circunstancia dramática con un sentido. En términos fenomenológicos hablaríamos de sentido de propiedad pero sin sentido de agencia. Finalmente, el dato del 90% anula o menoscaba el núcleo íntimo del suicidio que es la capacidad de decisión-acción de una persona-en-un-contexto. O lo que es lo mismo, el análisis del suicidio como lo que es primaria y realmente; un fenómeno dilemático-intencional-comportamental-contextual donde se imbrican numerosos factores: culturales, sociales, existenciales, psicológicos, clínicos, y biológicos. Estas conclusiones abren el camino a pensar el suicidio más allá del enfoque biomédico y del factor diagnóstico.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

- Allsopp, K., Read, J., Corcoran, R., y Kinderman, P. (2019). Heterogeneity in psychiatric diagnostic classification. *Psychiatry Research*, 279, 15-22. doi: 10.1016/j.psychres.2019.07.005
- American Psychiatric Association, APA (2013). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (5th Edition)*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Angelakis, I., Gillespie, E.L. y Panagioti, M. (2019). Childhood maltreatment and adult suicidality: A comprehensive systematic review with meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49 (7), 1057-1078. doi: 10.1017/S0033291718003823
- Baca García, E., Parra, C.P., Pérez Rodríguez, M.M., Díaz Sastre, C., Reyes Torres, R., Saiz Ruiz, J. y de León, J. (2007). Psychosocial stressors may be strongly associated with suicide attempts. *Stress & Health*, 23 (3), 191-198. doi.org/10.1002/smi.1137
- Baker, C. (1974). *Hemingway. El escritor como artista*. Buenos Aires: Corregidor.
- Beghi, M., Rosenbaum, J.F., Cerri, C. y Cornaggia, C.M. (2013). Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: A literature review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1725-1736. doi: 10.2147/NDT.S40213
- Calati, R., Fang, F., Mostofsky, E., Shen, Q., Di Mattei, V.E., Garcia-Foncillas, J., ... Courtet, P. (2018). Cancer and suicidal ideation and behaviours: Protocol for a systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal Open*, 8(8), e020463. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020463
- Castilla del Pino, C. (2010). Introducción a la psiquiatría. En C. Castilla del Pino (Ed.), *Obras Completas, Volumen VI*. Córdoba: Fundación Castilla del Pino-Universidad de Córdoba.
- Castilla del Pino, C. (2013). Un estudio sobre la depresión. En C. Castilla del Pino (Ed.), *Obras Completas, Volumen I-II (1946-1966)*. Córdoba: Fundación Castilla del Pino-Universidad de Córdoba.
- Díaz-Frutos, D., Baca-García, E., Mahillo-Fernández, I., García-Foncillas, J. y López-Castromán J. (2016). Suicide ideation among oncologic patients in a Spanish ward. *Psychology Health and Medicine*, 21(3), 261-71. doi: 10.1080/13548506.2015.1058960
- Durkheim, E. (2004). *El suicidio. Estudio de sociología*. Madrid: Losada.
- Estruch, J. y Cardús, S. (1982). *Los suicidios*. Barcelona: Herder.
- Fernández de Sanmamed, M.J., García, J., Mazo, M.V., Mendive, J.M., Serrano, E. y Zapater, F. (2018). *Consideraciones para un abordaje social y sanitario del suicidio a propósito del Código Riesgo de Suicidio*. Barcelona: Fòrum Català d'Atenció Primària.
- Franklin, J.C., Ribeiro, J.D., Fox, K.R., Bentley, K.H., Kleiman, E.M., Huang, X., ... Nock, M.K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187-232. doi: 10.1037/bul0000084
- García-Haro, J., García-Pascual, H. y González González, M. (2018). Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 381-400. doi: 10.4321/S0211-57352018000200003
- Gracia Marco, R., Cejas Méndez, M.R., Acosta Artilles, F.J. y Aguilar García-Isturrospe, E.J. (2004). Comportamientos suicidas y trastornos esquizofrénicos. En J. Bobes García, P.A. Sáiz Martínez, M.P. García-Portilla, M.T. Bascarán Fernández y M. Bousoño García (Eds.), *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento* (pp. 96-137). Barcelona: Ars Medica.
- Hjelmeland, H. (2016). A critical look at current suicide research. En J. White, I. Marsh, M.J. Kral y J. Morris (Eds.), *Critical suicidology. Transforming suicide research and*



- prevention for the 21st century (pp. 31-55). Vancouver: UBC Press.
- Hjelmeland, H. y Knizek, B.L. (2016). Qualitative evidence in suicide: Findings from qualitative psychological autopsy studies. En K. Olson, R.A. Young, y I.Z. Schultz (Eds.), *Handbook of qualitative health research for evidence-based practice* (pp. 355-371). New York: Springer Science + Business Media.
- Hjelmeland, H., Dieserud, G., Dyregrov, K., Knizek, B.L. y Leenaars, A.A. (2012). Psychological autopsy studies as diagnostic tools: Are they methodologically flawed? *Death Studies*, 36 (7), 605-626. doi: 10.1080/07481187.2011.584015
- Hjelmeland, H.M. y Knizek, B.L. (2017). Suicide and mental disorders: A discourse of politics, power, and vested interests. *Death Studies*, 41(8), 481-492. doi: 10.1080/07481187.2017.1332905
- Insel, T.R. y Cuthbert, B.N. (2015). Medicine. Brain disorders? Precisely. *Science*, 348(6234), 499-500. doi: 10.1126/science.aab2358
- Jaspers, K. (1959). *Filosofía II*. Madrid: Universidad de Puerto Rico/Revista de Occidente.
- Johnstone, L. (1999). Adverse psychological effects of TEC. *Journal of Mental Health*, 8(1), 69-85.
- León Pérez, P., Navarrete Betancort, E. y Winter Navarro, M. (2012). Consideraciones en torno a la muerte voluntaria. *Norte de Salud Mental*, 10 (42), 30-36.
- Lewin, K. (1978). *La teoría del campo en la ciencia social*. Buenos Aires: Paidós.
- López-Otín, C. (2019). *La vida en cuatro letras. Claves para entender la diversidad, la enfermedad y la felicidad*. Barcelona: Paidós.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *Journal of American Medical Association*, 294(16), 2064-2074.
- Martin, C.D. (2006). Ernest Hemingway: A psychological autopsy of a suicide. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 69 (4), 351-361.
- Mayordomo, L. (1 de junio de 2019). Más del 90% de los suicidios en menores de edad se deben a un trastorno mental. *El Comercio*. Recuperado de <https://www.elcomercio.es/>
- Navarrete Betancort, E.M., Herrera Rodríguez, J. y León Pérez, P. (2019). Los límites de la prevención del suicidio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 193-214. doi: 10.4321/S0211.57352019000100011
- O'Connor, R.C. y Nock, M.K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70222-6
- Pérez-Álvarez, M. (2011). *El mito del cerebro creador. Cuerpo, conducta y cultura*. Madrid: Alianza.
- Pouliot, L. y De Leo, D. (2006). Critical issues in psychological autopsy studies. *Suicide Life-Threatening Behavior*, 36(5), 491-510. doi: 10.1521/suli.2006.36.5.491
- Deacon, B.J. (2013). The biomedical model of mental disorder: a critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 846-861. doi: 10.1016/j.cpr.2012.09.007
- Pridmore, S. (2015). Mental disorder and suicide: a faulty connection. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 9 (1), 18-20. doi: 10.1177/0004867414548904
- Read, J. y Bentall, R. (2010). The effectiveness of electroconvulsive therapy: A literature review. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 19(4), 333-47. doi: 10.1017/S1121189X00000671
- Read, J., Cunliffe, S., Jauhar, S. y McLoughlin, D.M. (2019). Should we stop using electroconvulsive therapy? *British Medical Journal*, 9, 364:k5233. doi: 10.1136/bmj.k5233
- Reinares Gagnetten, M., Vieta Pascual, E., Nieto Rodríguez, E. y Sánchez Moreno, J. (2004). Comportamientos suicidas y trastornos bipolares. En J. Bobes García, P.A. Sáiz Martínez, M.P. García-Portilla, M.T. Bascarán Fernández y M. Bousoño García (Eds.), *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento* (pp. 178-199). Barcelona: Ars Medica.
- Rendueles, G. (2018). *Suicidio(s)*. Madrid: Grupo 5.
- Rojas, E. (1978). *Estudios sobre el suicidio*. Barcelona: Salvat.
- Sandison, D. (1998). *Ernest Hemingway*. Barcelona: Ediciones B.
- Shahtahmasebi, S. (2013). Examining the claim that 80-90% of suicide cases had depression. *Front Public Health*, 6(1), 62. doi: 10.3389/fpubh.2013.00062
- Siegel, K. (1986). Psychological aspects of rational suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 40 (3), 405-418.
- Styron, W. (2018). *Esa visible oscuridad. Memoria de la locura*. Madrid: Capitán Swing.
- Suárez, G. (7 de marzo de 2010). Suicidio, una epidemia silenciosa. *La Razón*. Recuperado de https://www.quiron-salud.es/press-releases/17374-fichero_pdf
- Timimi, S. (2012). "No more psychiatric labels" petition. *British Medical Journal*, 28;344:e3534. doi: 10.1136/bmj.e3534
- Timimi, S. (2013). No more psychiatric labels: Campaign to abolish psychiatric diagnostic systems such as ICD and DSM (CAPSID). *Self & Society*, 40 (4), 6-14. doi: 10.1080/03060497.2013.11084297
- Timimi, S. (2014). No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 208-215.
- World Health Organization, WHO (1992). *The International Classification of Disease (ICE-10)*. Ginebra: World Health Organization.
- World Health Organization, WHO (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Ginebra: World Health Organization.
- Yalom, I.D. y Yalom, M. (1971). Ernest Hemingway: A psychiatry view. *Archives of General Psychiatry*, 24 (4), 585-494.



EVALUACIÓN PSICOLÓGICA POSTCIRUGÍA BARIÁTRICA PSYCHOLOGICAL EVALUATION AFTER BARIATRIC SURGERY

Jesús Pérez Hornero¹, María José Gastañaduy Tilve¹ y Rocío Basanta Matos²

¹Hospital de Conxo. Santiago de Compostela. ²Hospital Lucus Augusti. Lugo

El objetivo de este artículo es realizar una reflexión sobre la evaluación, seguimiento y apoyo psicológico de los pacientes obesos mórbidos que han sido sometidos a cirugía bariátrica. Para ello hemos realizado una revisión bibliográfica de la situación actual del tema, exponemos nuestro modelo de seguimiento, definimos qué aspectos son necesarios evaluar y en qué áreas necesitan apoyo estos pacientes. El número de publicaciones sobre estos aspectos está en aumento y cada vez encontramos mayor evidencia de patología alimentaria que se desarrolla tras la cirugía bariátrica y que compromete la pérdida de peso esperada. Por último tratamos de justificar la necesidad del seguimiento de estos pacientes tras la cirugía más allá de limitarnos a la selección y preparación prequirúrgica, siendo también necesario adaptar los criterios diagnósticos y los instrumentos de evaluación a esta población.

Palabras clave: Evaluación psicológica, Tratamiento psicológico, Postcirugía bariátrica.

The aim of this paper is to reflect on the evaluation, follow-up, and psychological support of morbidly obese patients who have undergone bariatric surgery. We have carried out a bibliographic review of the current situation on this subject and we present our monitoring model, defining the variables that it is necessary to evaluate and the areas in which these patients need support. The number of publications on these aspects is increasing, and there is growing evidence of the emergence of an eating pathology after bariatric surgery, which hinders the expected weight loss. Finally, this work attempts to justify the importance of the follow-up of these patients after surgery, beyond limiting ourselves to presurgical selection and preparation, as well as the need to adapt diagnostic criteria and evaluation instruments to this specific population.

Key words: Psychological evaluation, Psychological treatment, Post bariatric surgery.

La cirugía bariátrica (CB) se ha convertido en el tratamiento de elección de la obesidad mórbida. Las técnicas quirúrgicas que se han utilizado han ido cambiando en los últimos años, básicamente se combinan actualmente técnicas restrictivas y técnicas malabsortivas (Buchwald, y Williams, 2004; Sjöström, 2013). Estas técnicas son muy eficaces para perder peso puesto que consiguen por un lado que los pacientes obesos no tomen tanta cantidad de alimentos y por otro que los alimentos ingeridos no sean bien aprovechados por el organismo. En el año 2005 publicamos en esta misma revista un artículo sobre la valoración psicológica y psiquiátrica de los candidatos a CB en aquel momento pocos artículos habían tratado el tema con detenimiento, afortunadamente, desde entonces ha habido gran cantidad de literatura científica, hasta el punto que se ha acuñado el concepto de “psicólogos bariátricos” para referirse a los profesionales de la psicología que abordamos los problemas del ámbito de la cirugía de la obesidad. Tras ir acumulando mayor experiencia, fuimos constatando la necesidad no sólo de seleccionar, preparar y evaluar a los candidatos para la CB sino que también se hacía necesario el

seguimiento posterior de estos pacientes. De hecho los motivos más comunes para un resultado poco satisfactorio tras la CB, excluyendo las causas médicas y técnicas, se relacionan con variables conductuales y psicológicas tales como la incapacidad del paciente para seguir las indicaciones dietéticas o problemas de adaptación a los cambios que tras la intervención se suceden. Esto justifica por sí solo el seguimiento psicológico de los pacientes obesos intervenidos (Mitchell et al., 2016; Montt, 2012; Umaña, Escaffi, Lehmann, Burr y Milo, 2017).

Ríos et al. (2010) en consenso con otras “psicólogas bariátricas” en el Congreso Nacional de Cirugía de la Obesidad y Enfermedades Metabólicas de México, llegaron al acuerdo de definir por etapas la atención postquirúrgica del paciente obeso. Establecen una primera etapa de vinculación con el paciente en su proceso postoperatorio inmediato en el que consideran clave una visita hospitalaria al paciente durante su ingreso. La segunda se corresponde con la etapa emocional inmediata postquirúrgica que duraría de 15 días a un mes en la que se deberían atender a las ansiedades y miedos que aparecen en el paciente. En la tercera etapa destacarían los cambios relacionados con la alimentación (1 a 3 meses) en la que el comer, que antes era un placer o un consuelo, ahora se convierte en molesto. La cuarta etapa la denominan de cambio en la imagen corporal o fase de “luna de miel” que duraría hasta los seis primeros meses donde el peso se pierde rápidamente y la silueta se afila, si bien pronto aparecerán problemas como

Recibido: 29 noviembre 2018 - Aceptado: 12 agosto 2019

Correspondencia: Jesús Pérez Hornero. Hospital de Conxo. Santiago de Compostela. Rúa Ramón Baltar s/n UDAL-Endocrinología, 1ª Planta. 15706 Santiago de Compostela. España.

E-mail: jesus.perez.hornero@sergas.es



la flacidez. La quinta etapa que definen es de adquisición de nuevos *manejos de sus relaciones de pareja, familia y contexto social* en la que se deberán adquirir habilidades sociales al desempeñar el paciente nuevos roles. Terminan señalando que consensaron un año como tiempo adecuado para el seguimiento postquirúrgico favoreciendo un nuevo manejo de conductas y emociones de manera independiente. Sin embargo, no son infrecuentes los pacientes que requieren un apoyo o acompañamiento psicológico más prolongado para superar conflictos o por la aparición de conductas alimentarias inadecuadas tras muchos meses después de la cirugía. Por lo tanto pensamos que el tiempo debería prolongarse al menos hasta los dos años, teniendo en cuenta además que tras la cirugía de la obesidad llegan las cirugías reparadoras donde los resultados no son siempre los esperados.

En este artículo, exponemos en primer lugar, a modo de propuesta, nuestro modelo de seguimiento postquirúrgico de tres sesiones en el que, sin pretender convertirlo en un protocolo estricto, si tratamos de ajustarnos a las entrevistas que abajo describimos. Esta exposición, dará al lector la oportunidad de tener una visión longitudinal de la presentación de posibles dificultades postquirúrgica a lo largo del tiempo. En segundo lugar, analizamos las variables que no pueden pasar desapercibidas en la valoración postquirúrgica. Finalizaremos con una enumeración las áreas en las que con más frecuencia los pacientes suelen demandar ayuda psicológica y algún apunte sobre su tratamiento.

PROPUESTA DE SEGUIMIENTO POSTQUIRÚRGICO, UN MODELO DE TRES ENTREVISTAS

Primera entrevista postquirúrgica

En nuestro hospital, establecemos una primera entrevista postcirugía normalmente a los 6 meses, aunque en la última entrevista de preparación para la cirugía ya se les invita a acudir antes si lo consideran necesario. Es tiempo suficiente para que la mayoría de las posibles complicaciones inmediatas a la intervención hayan pasado o disminuido significativamente (vómitos, dolores abdominales), se haya producido una pérdida de peso importante, la tolerancia a los alimentos esté mejorando y el incremento en la agilidad se empiece a dejar sentir. La pérdida de peso lleva un ritmo acelerado y los pacientes viven una etapa de "luna de miel" con los resultados de la CB (Crespo Rosales y Ruiz Cala, 2006; Kinsey, Neve, Soulsby y Taylor, 1996). Al ser la pérdida de peso rápida y conseguida con menos esfuerzo que cuando realizaban la dieta, la valoración general del todo el proceso postquirúrgico, se suele considerar como muy satisfactoria.

En esta primera entrevista valoramos el cumplimiento de normas de alimentación y ejercicio, la progresiva tolerancia a los alimentos y las dificultades para cumplir las pautas dietéticas. Estaremos atentos a posibles infracciones dietéticas que requieran consejo o ayuda psicológica. Especial importancia tiene valorar la existencia de experiencias de pérdidas de control de la ingesta. En un estudio longitudinal

durante 7 años con sujetos norteamericanos que relacionaba la patología alimentaria con variables tales como la pérdida de peso y la mejoría en la calidad de vida postquirúrgica, Devlin et al. (2018) encontraron que las pérdidas de control de la ingesta postquirúrgicas, estaban relacionadas con menor pérdida de peso a largo plazo y mayor reganancia.

Valoramos también si necesitan ayuda psicológica en algún otro aspecto vital no directamente relacionado con la cirugía (duelos, problemas de ansiedad, dificultades de adaptación). Finalizamos la entrevista valorando el nivel de satisfacción con los iniciales resultados de la cirugía. Además pedimos la cumplimentación de los cuestionarios protocolarios que en nuestra unidad que son el Test de Bulimia de Edimburgo BITE (Henderson y Freeman, 1987) y la versión española del SF-36 (Vilagut, et al., 2005) que ya fueron cumplimentados antes de la cirugía con el fin de poder cuantificar los cambios.

Segunda entrevista

De no haber ninguna dificultad que aconseje alguna entrevista más próxima, mantenemos una segunda entrevista al año de la CB. En este momento la mayor parte del peso que el paciente va a conseguir perder ya se ha producido, la reducción promedio tras el primer año es equivalente al 65-75% del exceso peso (García, 2012), la velocidad de pérdida ponderal va disminuyendo y las fantasías de seguir perdiendo kilogramos indefinidamente empiezan a quebrarse y va surgiendo una idea más realista del peso final al que llegarán. Algunos de ellos ya están satisfechos con el resultado pero otros no saben si será suficiente. Por lo general al haber pasado más tiempo con pesos más bajos, ya no valoran tan positivamente los cambios producidos en su agilidad y ligereza que empiezan a ver como lo habitual y la satisfacción con los resultados de la operación ya no es tan elevada.

Además la flacidez y los colgajos ya están presentes y es frecuente que se empiecen a inquietar. Volvemos a informar de lo que nuestro hospital, perteneciente al sistema público de salud, ofrece desde el Servicio de Cirugía Estética y Reparadora y exploramos expectativas con la finalidad de que estas sean realistas y ajustadas.

Tercera entrevista

Pasados dos años desde la CB tenemos una tercera entrevista. En este momento, ya se suele haber perdido todo el peso y la báscula no sigue dando tantas alegrías y si algunos disgustos. En los Estudios de Evaluación Longitudinal de Cirugía Bariátrica (LABS) realizados en Estados Unidos, el peso más bajo alcanzado se producía de media a los 2.1 años (Devlin, 2018). No siendo lo más frecuente, a los dos años de seguimiento, ya hay algunos que han empezado a subir de peso de manera significativa, aproximadamente el 30% de los pacientes recuperan peso entre los 18 meses y 2 años después de la cirugía (Hsu et al., 1998). Quedaban con hambre y ciertas conductas tales como comer cantidades mayores, perder el control sobre la ingesta, picar entre horas, ingerir dulces se han desarrollado en algún paciente. Hay que esforzarse en estos casos por encontrar el sentido de lo



sucedido, los precipitantes ambientales o los estresores que generan malestar. Pondremos en marcha herramientas motivacionales (como valorar los cambios conseguidos), conductuales (el control de estímulos), catárquicas (reconocimiento, expresión, gestión de emociones), cognitivas (debate de pensamientos irracionales), farmacológicas o incluso, de nuevo, quirúrgicas (reintervenir) con la finalidad de no recuperar el peso perdido.

Algunos perfiles que hemos identificado (a lo largo de nuestra propia experiencia) que con frecuencia no obtienen los resultados esperados son aquellas personas que por su labor profesional llevan una vida sedentaria y se ven obligadas a comer de restaurante varios días a la semana sin seguir las normas dietéticas ni realizar ejercicio. Otro perfil con mala evolución los constituyen personas comedoras emocionales que tras la cirugía, cuando surgen nuevos problemas en sus vidas, vuelven a recurrir al consumo de alimentos mientras no aprenden otras estrategias de gestionar las emociones. Mención especial merecen los problemas con el consumo de alcohol, cuya absorción es facilitada por el bypass gástrico (King et al., 2012; Olguín, Carvajal, Fuentes, 2015).

También pueden presentarse problemas psicológicos incluso en aquellos que han perdido peso. Tras dos años de haber sido intervenidos empezarán con las cirugías estéticas-reparadoras con sus no infrecuentes complicaciones (dolor, infecciones, problemas en el drenaje), además el resultado de la cirugía "estética" no es en ocasiones el que ellos esperaban o la parte del cuerpo que el cirujano les ofrece operar no es la parte que ellos más deseaban. Tratamos de ayudarles habiendo ya tratado de generar expectativas realistas, tomando conciencia de donde partíamos, valorar las cicatrices como "heridas de guerra", tratando de valorar todo el proceso en conjunto y no solamente el resultado estético de tal o cual operación, pero siempre hay personas que quedan insatisfechas con el resultado estético. Los problemas de imagen corporal pueden llegar a interferir significativamente en la esfera social, de pareja, sexual y de ocio (Gilmartin, 2013). Vaya desde aquí nuestra defensa de programas de cirugía reparadora más generosos (por supuesto dentro de un límite) pues si bien el resultado no suele ser del todo satisfactorio, la imagen corporal y la afectación psicológica que conlleva mejoran. García-García y cols. (2014) realizaron un estudio sobre complicaciones y satisfacción con dermolipectomías y abdominoplastias realizadas tras la CB, encontrando que los pacientes muy satisfechos o satisfechos alcanzaban el 83% del total.

Afortunadamente la mayoría de los pacientes mejoran en diferentes ámbitos. Tras la operación les es más fácil hacer la dieta, con el tiempo toleran casi todo tipo de alimentos, pueden realizar mejor el ejercicio y han podido experimentar una pérdida importante de peso que muchos dan por satisfactoria. Su salud mejora, ya no necesitan utilizar el mecanismo como la CEPAP para el tratamiento de la apnea del sueño y toman menos medicación para la hipertensión, la dislipemia y la diabetes (Colquitt, Pickett, Loveman, y

Frampton, 2014). Además en muchos las mejoras van más allá que la salud física ya que incluyen cambios en el autoconcepto (Brante, Miranda y Pérez-Luco, 2011). Burgmer, Legebauer, Müller, de Zwaan, Fischer, y Herpertz (2014), realizaron un seguimiento durante 4 años a 148 pacientes después de la cirugía. Encontraron mejoría significativa en diferentes variables psicológicas como la autoestima, síntomas depresivos y calidad de vida, con mejoras máximas al año después de la cirugía, no obstante, estas mejoras psicológicas se redujeron en el seguimiento a cuatro años.

Que hay que evaluar

Pasamos a describir qué vamos a evaluar en el seguimiento postquirúrgico, cuales son aquellos aspectos y variables que no debemos pasar por alto en estos pacientes a lo largo de las diferentes entrevistas tras la CB:

✓ Variables orgánicas

Valoraremos el peso que ha perdido desde la operación o desde valor máximo alcanzado. El IMC que ahora tiene el paciente, el porcentaje del exceso de índice de masa corporal perdido, así como el peso reganado respecto al nadir (peso mínimo alcanzado) en las revisiones a largo plazo. Cómo han evolucionado las enfermedades comórbidas a la obesidad: la diabetes, la hipertensión, la dislipemia o el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) y la reducción de medicación para tratarlas. Los parámetros nutricionales de las analíticas (déficit de minerales, vitaminas, proteínas), si han necesitado suplementos alimenticios, administración de hierro, etc. También tendremos en cuenta posibles complicaciones postoperatorias y la necesidad de reintervenciones u hospitalizaciones prolongadas.

✓ Ansiedad, depresión y patologías psiquiátricas previas

Algunos estudios con personas obesas informan de niveles altos de comorbilidad psiquiátrica en estos pacientes, encontrando frecuentemente ansiedad, depresión y trastornos alimentarios (Black, Goldstein y Mason, 2003; Bustamante, Williams, Vega y Prieto, 2006). Se ha descrito una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos en la obesidad mórbida en la que de un 40 a un 47% de los pacientes sufría al menos un trastorno mental de diversa gravedad en el eje I del DSM-IV (Heo, Pietrobelli, Fontaine, Sirey y Faith, 2006; Scott, McGee, Wells y Browne, 2008). Más recientemente, Hayden y cols. (2014) evaluaron a 204 pacientes candidatos a CB, encontraron que alrededor del 39.7% de estos pacientes cumplía con criterios para patología del eje I definidos por el DSM-IV. Las patologías más frecuentemente encontradas fueron trastornos del estado de ánimo (26,5%), trastornos de ansiedad (15,2%) y trastorno por atracones (13,2%).

Por lo general la pérdida de peso postquirúrgica mejora la calidad de vida de las personas y su salud general, esperándose que mejore también la salud mental. Sin embargo, cuando los pacientes no consiguen perder peso, pueden desarrollar trastornos depresivos a largo plazo. En un estudio prospectivo de cuatro años de



duración, Burgmer, Legenbauer, Müller, de Zwaan, Fischer y Herpertz (2014), encontraron que el 44,7% de los que lograron una baja de peso mayor al 25% del valor preoperatorio presentó remisión de la depresión. A su vez, el 18,5% de los pacientes que presentaron una bajada de peso menor al 25% desarrollaron síntomas depresivos a los 4 años de seguimiento. Pero la literatura científica no es uniforme, mientras unos investigadores encuentran mejorías en los trastornos ansiosos y depresivos tras la cirugía otros no encontraron diferencias significativas (Rivenes, Harvey y Mykletun, 2009). Para tratar de añadir luz a las investigaciones Rojas, Brante, Miranda y Pérez-Luco (2011) realizaron un estudio midiendo la ansiedad, depresión y autoconcepto en 20 pacientes antes de la CB y seis meses después. Encontraron mejoría en el autoconcepto y el estado de ánimo. Respecto a la ansiedad la disminución no resultó significativa. Estudios a más largo plazo como el realizado por Waters y cols., (1991) de nueve años de seguimiento, encuentran que las mejoras significativas en los índices de salud mental que se observaron 6 y 12 meses después de la cirugía disminuyeron al final de los 2 años. Este retorno de los índices de salud mental al estado preoperatorio, más la aparición tardía de 3 suicidios y 2 muertes por abuso de alcohol entre el total de 462 pacientes, sugiere que el seguimiento a largo plazo y el apoyo emocional son esenciales para una cirugía bariátrica exitosa (Roizblatt, Roizblatt y Soto-Aguilar, 2016).

✓ Ideación Suicida

Se hace necesario, por tanto, tener en cuenta el riesgo de suicidio en pacientes operados de CB. Adams y cols. (2007) realizaron un seguimiento de 7 años de un grupo de 7985 pacientes obesos sometidos a CB, encontraron una disminución de la mortalidad por cualquier causa de un 40%, sin embargo la frecuencia de muertes por causas no médicas como accidentes y suicidio fue un 58% mayor en pacientes bariátricos que en un grupo de control. En el grupo de operados hubo 15 muertes por suicidio en comparación a 5 que hubo en el grupo de control. Las causas que se han apuntado de este fenómeno serían múltiples: persistencia o recurrencia de comorbilidades médicas, desinhibición e impulsividad por cambios en el metabolismo del alcohol o cambios en la farmacocinética de los antidepresivos. También pueden estar involucrados problemas psicosociales como la falta de mejoría en la calidad de vida después de la cirugía o restricciones de movilidad tras intervenciones no exitosas, problemas de pareja, baja autoestima, los antecedentes de maltrato infantil y la recuperación de peso (Mitchell y cols., 2013). Por último sabemos de diversos trastornos asociadas con mayores tasas de suicidio (depresión, trastorno límite de personalidad, trastorno de estrés posttraumático) frecuentes en población obesa (Roizblatt, Roizblatt y Soto-Aguilar, 2016).

✓ Personalidad

Muchos han sido los esfuerzos por tratar de encontrar el trastorno de la personalidad o una constelación de rasgos

que caracterizara a la mayor parte de los obesos. Describir una personalidad típica de los pacientes obesos no ha sido posible pero si se han descrito rasgos encontrados en población obesa tales como dificultades para el reconocimiento y expresión de emociones, pasividad, dependencia, dificultades para exponerse a situaciones sociales, impulsividad, etc. Respecto a los trastornos de personalidad del DSM IV, destacamos las conclusiones de dos estudios (Kalarchian, et al, 2007; Mauri, et al, 2008), en los que se investigó la prevalencia global del eje II (trastornos de personalidad) siendo la prevalencia en el primer estudio del 28,5% y en la muestra del segundo del 19,5%. Los trastornos de personalidad más comunes en ambos estudios fueron del clúster C (especialmente por evitación y obsesivo-compulsivo) y B (especialmente el trastorno límite).

Kinzl, Schratenecker, Traweger, Mattesich, Fiala y Biebl (2006), mostraron que la pérdida de peso en individuos obesos con dos o más trastornos mentales, en la mayoría de los casos uno del Eje I (trastorno adaptativo o depresión) y otro del Eje II (trastorno de personalidad), es menor que en los obesos con solo un trastorno mental o ninguno. Claes y Müller (2015) en una revisión sobre el temperamento y la personalidad en pacientes sometidos a la cirugía bariátrica, destacan la persistencia y autodirección como factores predictores de mayor pérdida de peso post-cirugía mientras que la impulsividad y el neuroticismo altos mostrarían el perfil contrario.

✓ Consumo de alcohol

Las personas que han tenido conductas de abuso de alcohol previas a la cirugía, tienen más probabilidades de desarrollar este problema tras la intervención. Esto es debido a las alteraciones farmacocinéticas consecuencia de la cirugía que producen un aumento de la absorción del alcohol produciendo las sensaciones de embriaguez de manera más intensa y rápida (Suzuki, Haimovici, y Chang, 2012). En un estudio prospectivo realizado en 10 hospitales de EE.UU. King y cols., (2012) encontraron que la prevalencia de trastorno por consumo de alcohol fue mayor en el segundo año postoperatorio que en el año anterior a la cirugía y que en el primer año postoperatorio. Se asoció con el sexo masculino, edad más joven, tabaquismo, consumo regular de alcohol, trastorno por consumo de alcohol previo, uso recreativo de drogas, menor apoyo interpersonal y haberse sometido a un bypass gástrico.

✓ Insatisfacción corporal

La imagen corporal ha sido descrita como la representación mental que cada persona construye de su propio cuerpo en términos de sentimientos, conductas y actitudes. Se relaciona con los estándares estéticos socioculturales preponderantes en una época determinada, influyendo éstos en el grado de satisfacción que cada individuo tiene acerca de su aspecto físico (Raich, 2004). Los pacientes tras la cirugía bariátrica experimentan una rápida bajada de peso durante los primeros meses, generando como consecuencia un exceso de piel en aquellas regiones corporales que han perdido más volumen, produciendo anomalías



des de la silueta. Kinzl, Traweger, Trefalt y Biebl (2003) encuentran que tras 21 meses de seguimiento la pérdida de peso se relacionó con consecuencias negativas para la imagen corporal, como flacidez en la piel (53%), los colgajos de piel abdominales (47%) y los senos caídos (42%). Al afectar los colgajos a partes del cuerpo muy identificadas con la feminidad, algunas pacientes tienen dificultades para aceptar su nuevo aspecto y se sienten menos atractivas o femeninas. Lo cierto es que aunque en general la imagen corporal mejora durante el período postCB, se empieza a manifestar insatisfacción con ciertas partes del cuerpo (Leal, Mellado, Díaz-Castrillón y Cruzat-Mandich, 2017; Cruzat-Mandich, Díaz-Castrillón, García-Troncoso, Díaz-Paredes, 2019), lo que lleva a muchos pacientes a someterse a cirugía plásticas (Magdaleno, Chaim, Pareja, y Turato, 2011). Además no es infrecuente que a medida que los pacientes se acercan al peso que deseaban llegar en un principio, comiencen a desear un peso menor. (Heinberg, Mitchell, Sarwer y Ratcliff, 2013; Ivezaj y Grilo, 2018).

Las mujeres que han sido operadas, generalmente se sienten satisfechas con los resultados obtenidos, sin embargo, se enfrentan a grandes dificultades para adaptar su identidad a su nuevo cuerpo. Lo que podría deberse a que tuviesen metas poco realistas con relación a los resultados de la CB (Heinberg, Keatig y Simonelli, 2010). Esta discrepancia entre expectativas y resultado seguramente también ocurra con las cirugías reparadoras/estéticas por lo que conviene informar desde el principio a los pacientes del aspecto final que presentan los cuerpos tras las importantes pérdidas de peso.

✓ Miedo a la ganancia ponderal

Una vez perdido el peso, algunas pacientes desarrollan un intenso miedo a la ganancia ponderal y obsesión por el aspecto físico que recuerdan al que encontramos en la anorexia y la bulimia nerviosa. El miedo a la ganancia ponderal queda reflejado en un estudio de Rand y Macgregor (1990) en el que se pidió a pacientes operados que habían mantenido exitosamente una pérdida de peso durante al menos 3 años, que eligieran entre la obesidad mórbida y otras patologías: ningún paciente eligió obesidad mórbida frente a la sordera, la dislexia, la diabetes, el acné severo o serios problemas de corazón y sólo el 10% eligió la obesidad mórbida frente a la ceguera. Este estudio nos permite tomar conciencia de hasta qué punto la obesidad inicial se quiere evitar a toda costa, lo cual seguramente sea debido no sólo a las limitaciones físicas de la obesidad previa sino también a problemas de índole social.

La actitud negativa hacia las personas obesas en el mundo occidental se transforma en desventajas en diferentes ámbitos como encontrar trabajo, pareja o amigos. El grado de estigmatización y discriminación hacia las personas obesas es enorme. Hay evidencias de que a las personas obesas se les niegan oportunidades educativas, vocacionales y de crecimiento como consecuencia de su peso (Gortmaker, Mus, Perrin, Sobol y Dietz, 1993). Cuanto más

jóvenes son los nuestros pacientes, más insatisfechos se encuentran con la figura en relación con los de más edad, independientemente del peso perdido. Las presiones socioculturales sobre la figura corporal son mayores en los más jóvenes. Por lo tanto la pérdida peso no garantiza la disminución de la insatisfacción corporal ni el malestar que ello conlleva (Ruiz, Berrocal y Valero, 2002; Cruzat-Mandich, Díaz-Castrillón, García-Troncoso y Díaz-Paredes, 2019).

✓ Trastornos de la Conducta alimentaria (TCA)

Los trastornos de la conducta alimentaria son frecuentes en la población obesa, Kalarchian y cols. (2007) estudiaron una muestra de obesos candidatos a CB, encontraron una prevalencia de por vida de algún trastorno alimentario del 29,5%, de los cuales ninguno tenía Anorexia, siete bulimia y 75 trastorno por atracón. Otro patrón de ingesta anormal frecuente en individuos obesos, se conoce como el Síndrome de ingesta nocturna de alimentos, clasificado como *otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado* en el DSM-5. Consiste en la ocurrencia de episodios recurrentes de ingestión de alimentos por la noche al despertarse el sujeto e ir a comer o bien producirse un consumo excesivo de alimentos después de la cena. Suele cursar con anorexia matutina y puede estar asociado con algún trastorno del sueño. En pacientes candidatos a CB se han encontrado prevalencias entorno al 10% de los candidatos (Adami, Meneghelli y Scopinaro, 1999; Crespo Rosales y Ruiz Cala, 2006).

Tras la cirugía de la obesidad, la conducta de comer grandes cantidades de manera compulsiva, puede quedar disminuida al verse obligados los pacientes a disminuir las cantidades de comida por la drástica reducción de su capacidad gástrica (Kalarchian y cols., 1999). Sin embargo hay un grupo de pacientes que tras reducir el peso, desarrolla atracones subjetivos (subjective binge eating -SBE-), sensación de pérdida de control de la ingesta e incluso vómitos con finalidad evitar recuperar peso. La pérdida de control de la ingesta (sense of loss of control -LOC-) ha sido asociada a una menor pérdida de peso postcirugía, mayor reganancia ponderal y a un mayor malestar anímico (Devlin y cols., 2018; de Zwaan y cols., 2010). Del 16,9% al 39%, según los diferentes estudios, de los pacientes postoperatorios, experimenta estas sensaciones de pérdidas de control (Conceição, Utzinger, Pisetsky, 2019). La presencia de atracones postquirúrgicos se ha asociado a mayores complicaciones como dilatación gástrica o esofágica (Busetto y cols., 2005) en intervenciones con bandas gástricas laparoscópicas ajustables. En lo que existe desacuerdo es en si la presencia de atracones o ingestas nocturnas antes de la cirugía influye en el resultado final de la CB a largo plazo. Aunque la lógica y la práctica clínica parecen decantarse por un peor pronóstico de pérdida de peso, los resultados son contradictorios (Powers, Perez, Boyd y Rosemurgy, 1999).

La mayoría de los TCA previos a la cirugía disminuyen al menos transitoria mente o se transforman (por conductas co-



mo la pica o atracones subjetivos por ejemplo). Cuando la bajada de peso se detiene, algunos pacientes desarrollan conductas restrictivas o compensatorias con el fin de seguir perdiendo peso o evitar la reganancia ponderal, desarrollando cuadros clínicos con sintomatología tanto del ámbito de la anorexia como de la bulimia nerviosa (Conceição y cols., 2012). Los TCA y los pacientes obesos intervenidos pueden compartir características comunes además del miedo a la ganancia ponderal como son el verse sometidos a una dieta estricta, haber sufrido rechazo en la infancia por su aspecto físico o utilización de la comida como medio para resolver problemas. De hecho cada vez se informa de más casos de pacientes con sintomatología de TCA en pacientes obesos intervenidos con CB (Guisado, Vaz, López Ibor, López Ibor, del Río y Rubio, 2002).

La mayoría de ellos serán diagnosticados como TCA no especificados al no cumplir todos los criterios necesarios para recibir diagnósticos específicos. Tal vez se haga necesario adaptar los criterios diagnósticos para esta población (por ejemplo la pérdida de peso que se requiere para el diagnóstico de anorexia nerviosa o modificar la definición de atracones en el caso de la bulimia). Algunos autores incluso han propuesto un diagnóstico específico de trastorno alimentario para los pacientes intervenidos llamado *trastorno de evitación alimentaria postquirúrgico* (Segal, Kusunoki y Larino, 2004) que se caracterizaría por pérdida de peso tras CB con mayor velocidad de lo habitual, uso de estrategias purgativas o restricción excesiva de la ingesta y reacciones de ansiedad u oposición ante la introducción de medidas para la corrección nutricional, además de insatisfacción o distorsión de la imagen corporal. Otra dificultad es que existen pocos instrumentos disponibles adaptados para descifrar los complejos matices de esta población (Parker, Mitchell, O'Brien, y Brennan, 2016) y para distinguir la psicopatología alimentaria de las conductas esperables en los pacientes por haber sido cometidos a una intervención quirúrgica. Por ejemplo la presencia de vómitos en estos pacientes deberá ser cuidadosamente evaluada y determinar si se provocan con la intención de controlar el peso o son consecuencia lógica de la reducción efectuada en el estómago. Del mismo modo el comer despacio, en trozos pequeños puede recordar conductas anoréxicas o pueden ser debidas a las indicaciones dietéticas con la finalidad de tolerar mejor los alimentos.

✓ Conductas alimentarias problemáticas

Tras la CB es necesario evaluar ciertas conductas problemáticas que pueden amenazar la deseada pérdida de peso o facilitar la temida ganancia ponderal. Se están haciendo esfuerzos por definir las de manera operativa y consensuada con la finalidad de poder posteriormente comparar resultados de diferentes investigaciones, con frecuencia contradictorias y facilitar conclusiones (Conceição, Utzinger y Pisetsky, 2019). Nos estamos refiriendo a conductas como los picoteos (grazing) que consisten en la ingesta repetitiva de cantidades pequeñas de alimentos de

manera no planificada con diferentes grados de sensación de descontrol. Esta conducta está presente hasta en cerca de la mitad de los pacientes que han sido intervenidos y se relaciona con una reducción en la pérdida de peso y una mayor recuperación ponderal. Otra conducta problemática que también dificulta la bajada de peso son las ingestas emocionales (Chesler, 2012), definidas como tendencia a comer en respuesta a la angustia y durante situaciones estresantes en la vida. Los cravings que consisten en intensos impulsos para comer un alimento específico, es experimentado por aproximadamente el 10% de los pacientes operados, sin embargo no se ha encontrado evidencia de estar relacionado con peores resultados postoperatorios (Guthrie, Tetley y Hill, 2014). Además es conveniente también evaluar la ingesta de dulces no sólo por la relación con la pérdida de peso (donde hay resultados controvertidos) sino también por su relación con el síndrome de dumping.

✓ Calidad de vida

La calidad de vida es uno de los parámetros más importantes a valorar ya que con la pérdida de peso se persigue una mejora en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) siendo éste uno de los indicadores más importantes a la hora de valorar el éxito o el fracaso de la intervención (Weiner, et al., 2005). Por lo general, se consigue una mejoría con la mayoría de las técnicas de cirugía bariátrica (Melero, Ferrer, Sanahuja, Amador y Hernando, 2014). En un reciente estudio van der Hofstadt y cols. (2017), comparaban la mejoría de la CVRS de pacientes obesos intervenidos encontrando mejoría en la CVRS a los 12 y 24 meses. Si bien esta mejoría no es homogénea en todas las dimensiones, parece mantenerse incluso en estudios a más largo plazo (Karlsson, Taft, Ryden, Sjöström y Sullivan, 2007).

Algunos de los instrumentos más conocidos y utilizados en cirugía de la obesidad son el SF-36 y el B.A.R.O.S. (Wolf, Falcone, Kortner y Kuhlmann, 2000). El SF 36 es un autoinforme de 36 preguntas en el que el sujeto debe elegir entre varias respuestas en función de la que más se ajuste a su caso y que ha sido adaptado a la población española (Alonso, Prieto y Anto, 1995). Posee 8 escalas que pueden ser agrupadas en una de salud física y otra de salud mental. Además tiene otro interesante indicador sobre la percepción subjetiva del paciente acerca de la evolución, a peor o a mejor, de su salud. El cuestionario B.A.R.O.S. (Bariatric Analysis and Reporting Outcome System) es un sistema de evaluación y análisis de aspectos relacionados con la CB. Se compone de dos ámbitos, uno que evalúa la mejoría postoperatoria (pérdida de peso y disminución de comorbilidades) y otro que evalúa la calidad de vida. Respecto a esto último, mediante la ayuda de pictogramas, pretende valorar las áreas de autoestima, salud física, social, laboral y sexual.

EN QUÉ HAY QUE AYUDARLES

Como ya hemos referido, muchos son los cambios físicos,



psicológicos y sociales que se van a producir tras la CB. El paciente ha de seguir unas normas de alimentación, pueden surgir problemas de adaptación a la nueva situación, disconfort con imagen corporal, y reaparición de problemas psicopatológicos previos comprometiendo la pérdida de peso. Conviene por tanto ofrecerles apoyo y ayuda psicológica que facilite la pérdida ponderal y proporcione soporte en las dificultades (Montt, Koppmann y Rodríguez, 2005; Montt, Olgún, Marín y Cortés, 2012). Entendemos con los autores citados que las principales tareas del psicólogo con el paciente postbariátrico serían las siguientes:

- ✓ Ayuda al seguimiento de las normas de alimentación y actividad física.
- ✓ Fomentar la adherencia al equipo multidisciplinario, reforzando la asistencia a las revisiones, cumplimiento de pautas farmacológicas, dietéticas, etc.
- ✓ Apoyo para la resolución de la patología psiquiátrica en caso de que aparezca.
- ✓ Tratamiento de posible patología alimentaria preexistente o de nueva aparición.
- ✓ Aceptación de la nueva imagen corporal y los problemas con los colgajos.
- ✓ Preparación para las cirugías reparadoras (expectativas realistas de resultados, información sobre posibles complicaciones).
- ✓ Evaluación y desarrollo de estrategias de afrontamiento asociadas al cambio del estilo de vida, conducta alimentaria y función de la comida.
- ✓ Funciones de apoyo emocional. Fomentar el aprendizaje de la gestión de emociones negativas.
Aceptación de los nuevos roles sociales.
- ✓ Facilitar la incorporación de los cambios necesarios en la familia.
- ✓ Apoyo en situaciones vitales difíciles como separaciones matrimoniales o duelos.
- ✓ Ayuda o consejo en la toma de ciertas decisiones (técnicas de resolución de problemas).

Respecto al tratamiento de la problemática postbariátrica, sólo recientemente empieza a haber estudios que propongan tratamientos e investiguen su efectividad. Por este motivo, un grupo de psicólogos bariátricos en el XI Congreso Internacional de Cirugía Bariátrica y Metabólica celebrado en la ciudad de Mendoza en mayo de 2017, elaboró una propuesta que sirviese como guía para el diagnóstico y tratamiento de la reganancia de peso tras la CB (Lasagni y cols., 2018). Revisaron la bibliografía existente y añadieron aportaciones encontradas en su práctica clínica. Señalaron que contribuía a la reganancia: comer impulsivamente, no asistir a los controles periódicos, el malestar psicológico, el número de enfermedades psiquiátricas diagnosticadas después de la cirugía, consumir alimentos y bebidas calóricas, consumir alcohol, realizar picoteos, ingestas emocionales y nocturnas, la ausencia de actividad física, tener dificultades para adaptarse a la nueva imagen corporal y una inadecuada valoración prequirúrgica. Seguidamente recogen las actuaciones que el psicólogo deberá realizar tales como realizar seguimientos, fomentar la adherencia al tratamiento, eva-

luar complicaciones psicológicas, involucrar a la familia o red de apoyo, hacer uso de nuevas tecnologías para mantener contacto con el paciente, psicoeducación de los factores asociados al mantenimiento del peso, fomentar autorregistros de hábitos saludables, desarrollar una imagen corporal positiva, reforzar la actividad física, trabajar las expectativas del paciente y realizar un plan de prevención de recaídas que incluye identificar y afrontar situaciones de riesgo como vacaciones, comer fuera de casa o ingestas emocionales.

CONCLUSIONES

En sus inicios, la CB generó un entusiasmo sobredimensionado que luego se fue ajustando a realidad clínica. Es frecuente que cuando aparecen nuevos tratamientos se genere una sobreexpectación inicial seguida de una decepción al comprobar que el tratamiento ayuda pero no resuelve el problema al completo. Hoy posiblemente nos encontramos en la meseta de efectividad de la CB, dado que a pesar de demostrar ser el tratamiento más efectivo en lograr una baja de peso sustancial, existe una gran variabilidad en la baja de peso y cifras no despreciables de reganancia postcirugía donde las variables psicosociales están interviniendo (Umaña, Escaffi, Lehmann, Burr y Milo, 2017). Esperamos con todo lo dicho en el presente artículo haber sabido justificar la necesidad de realizar un seguimiento psicológico a los pacientes que han sido intervenidos de CB. La creciente literatura científica va aportándonos conocimientos sobre aquellos aspectos en los que debemos tener especial cuidado como son la aparición de descontrol en la alimentación, la presencia de estados de ánimo depresivos, la ideación suicida, o conductas inadecuadas como los picoteos o el consumo de alcohol que complican la evolución de los pacientes. Además, algunos de estas conductas, aparecen tardíamente, a veces años después de la CB, por lo que el seguimiento postbariátrico ha de ser necesariamente largo (King y cols., 2012; Legenbauer, Petrak, de Zwaan y Hertz, 2011).

Es conveniente también señalar que las patologías alimentarias que se desarrollan tras la CB no son en su presentación sintomatológica iguales a las descritas en los manuales diagnósticos al uso, sino que presentan peculiaridades específicas y es necesario adaptar los criterios diagnósticos a la situación postquirúrgica en trastornos tales como la anorexia nerviosa, la bulimia y el trastorno por atracones. Incluso en futuras investigaciones habrá que valorar la existencia de algún TCA específico de la situación postbariátrica. Existe también hándicap de que apenas disponemos de instrumentos adecuados como autoinformes o entrevistas estructuradas validadas que hayan sido adaptados a las personas que han sido sometidas a las cirugías para el tratamiento de la obesidad. Es habitual utilizar instrumentos que se han realizado para evaluar pacientes con TCA cuando sería necesario un instrumento concebido y desarrollado para esta población específica con sus características propias o al menos adaptar los existentes. Esto último fue lo que hicieron de Zwan y cols., 2010 con su entrevista semiestructurada la EDE-BSV, una versión modificada de la EDE (Eating Disorder Examination) de Fairburn y Cooper (1993)



adaptada a los pacientes bariátricos añadiendo factores adicionales muy relevantes para esta población tales como el *plugging* (atragantamientos-taponamientos), *dumping*, *craving*, las ingestas nocturnas, los episodios de atracones objetivos (OBE), atracones subjetivos (SBE) o las pérdidas de control de la ingesta (LOC).

Se están empezando a hacer esfuerzos por desarrollar y evaluar programas específicos para mejorar los comportamientos alimentarios disfuncionales, los síntomas afectivos y el peso corporal tras la CB. Gade, Friberg, Rosenvinge, Småstuen y Hjelmæsæth, (2015) realizaron un programa de tratamiento cognitivo conductual de 10 semanas para aplicarlo antes de la cirugía y valoraron si había diferencias con respecto a un programa de educación nutricional, los resultados fueron muy heterogéneos según la variable que midiesen. Lo importante es que ya se están realizando esfuerzos (como la mencionada la guía de consenso realizada en México), todavía pioneros, sin duda mejorables, pero que fomentarán el desarrollo de futuras investigaciones. El trabajo de apoyo y asesoramiento psicológico ha de hacerse en estrecha colaboración multidisciplinar con todo el equipo de profesionales implicados en el tratamiento de la obesidad mórbida: endocrinólogos, nutricionistas, dietistas, cirujanos, psiquiatras, etc. Esta labor ejemplifica los nuevos roles profesionales a los que los psicólogos de la salud estamos llamados a desarrollar en diferentes ámbitos y en cooperación con numerosas especialidades médicas, implicando para los psicólogos nuevos retos y oportunidades profesionales.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- Adami, G. F., Meneghelli, A., & Scopinaro, N. (1999). Night eating and binge eating disorder in obese patients. *International Journal of Eating Disorders*, 25(3), 335-338. doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199904)25:3<335::AID-EAT12>3.0.CO;2-1
- Adams, T. D., Gress, R. E., Smith, S. C., Halverson, R. C., Simper, S. C., Rosamond, W. D., ... & Hunt, S. C. (2007). Long-term mortality after gastric bypass surgery. *New England Journal of Medicine*, 357(8), 753-761.
- Alonso, J., Prieto, L., & Antó, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104(20), 771-776.
- American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (revised 4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Black, D., Goldstein, R., & Mason, E. (2003). Psychiatric diagnosis and weight loss following gastric surgery for obesity. *Obesity Surgery*, 13, 746-751. doi.org/10.1381/096089203322509327
- Buchwald, H., & Williams, S. E. (2004). Bariatric surgery worldwide 2003. *Obesity surgery*, 14(9), 1157-1164. doi.org/10.1381/0960892042387057
- Burgmer, R., Legenbauer, T., Müller, A., de Zwaan, M., Fischer, C., & Herpertz, S. (2014). Psychological outcome 4 years after restrictive bariatric surgery. *Obesity surgery*, 24(10), 1670-1678. doi.org/10.1007/s11695-014-1226-x
- Busetto, L., Segato, G., De Luca, M., De Marchi, F., Foletto, M., Vianello, M., ... & Enzi, G. (2005). Weight loss and postoperative complications in morbidly obese patients with binge eating disorder treated by laparoscopic adjustable gastric banding. *Obesity Surgery*, 15(2), 195-201. doi.org/10.1381/0960892053268327
- Bustamante, F., Williams, D. C., Vega, P. E., & Prieto D. B. (2006). Aspectos psiquiátricos relacionados con la cirugía bariátrica. *Revista chilena de cirugía*, 58(6), 481-485. doi.org/10.4067/S0718-40262006000600016
- Chesler, B. E. (2012). Emotional eating: a virtually untreated risk factor for outcome following bariatric surgery. *The Scientific World Journal*, 2012, 1-6. doi.org/10.1100/2012/365961
- Claes, L., & Müller, A. (2015). Temperament and personality in bariatric surgery – resisting temptations? *European Eating Disorders Review*, 23, 435-441. doi.org/10.1002/erv.2398
- Conceição, E., Orcutt, M., Mitchell, J., Engel, S., LaHaise, K., Jorgensen, M., ... & Wonderlich, S. (2013). Eating disorders after bariatric surgery: a case series. *International Journal of Eating Disorders*, 46(3), 274-279. doi.org/10.1002/eat.22074
- Conceição, E. M., Utzinger, L. M., & Pisetsky, E. M. (2015). Eating disorders and problematic eating behaviours before and after bariatric surgery: characterization, assessment and association with treatment outcomes. *European Eating Disorders Review*, 23(6), 417-425. doi.org/10.1002/erv.2397
- Colquitt, J. L., Pickett, K., Loveman, E., & Frampton, G. K. (2014). Surgery for weight loss in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8). doi.org/10.1002/14651858.CD003641.pub4
- Crespo Rosales, M. L., & Ruiz Cala, S. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria en pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica y su papel en el pronóstico posoperatorio. *Universitas médica*, 47(2), 157-176.
- Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, F., García Troncoso, A., & Díaz Paredes, P. (2019). Imagen corporal antes y después de cirugía bariátrica: Percepciones de mujeres jóvenes-adultas. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 10(1), 95-108. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232019000100095&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Devlin, M. J., King, W. C., Kalarchian, M. A., Hinerman, A., Marcus, M. D., Yanovski, S. Z., & Mitchell, J. E. (2018). Eating pathology and associations with long term changes in weight and quality of life in the longitudinal assessment of ba-



- riatic surgery study. *International Journal of Eating Disorders*, 51(12), 1322-1330. doi.org/10.1002/eat.22979
- de Zwaan, M., Hilbert, A., Swan-Kremeier, L., Simonich, H., Lancaster, K., Howell, L. M., ... & Mitchell, J. E. (2010). Comprehensive interview assessment of eating behavior 18–35 months after gastric bypass surgery for morbid obesity. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 6(1), 79-85. doi.org/10.1016/j.soard.2009.08.011
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (1993). The eating disorders examination. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (12th ed., pp. 317–360). New York, NY: Guilford Press.
- Gade, H., Friborg, O., Rosenvinge, J. H., Småstuen, M. C., & Hjeltnes, J. (2015). The impact of a preoperative cognitive behavioural therapy (CBT) on dysfunctional eating behaviours, affective symptoms and body weight 1 year after bariatric surgery: a randomised controlled trial. *Obesity surgery*, 25(11), 2112-2119. doi.org/10.1007/s11695-015-1673-z
- García-García, M. L., Martín-Lorenzo, J. G., Campillo-Soto, Á., Torralba-Martínez, J. A., Lirón-Ruiz, R., Miguel-Perelló, J., ... & Aguayo-Albasini, J. L. (2014). Complicaciones y nivel de satisfacción tras la realización de una dermolipectomía y abdominoplastia después de efectuar una cirugía bariátrica. *Cirugía española*, 92(4), 254-260. doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.04.024
- García Ruiz, A. (2012). Gastrectomía en manga: Resultados a mediano y largo plazo. *Cirujano General*, 34(S1), 64-66. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=36200>
- Gilmartin, J. (2013). Body image concerns amongst massive weight loss patients. *Journal of clinical nursing*, 22(9-10), 1299-1309. doi.org/10.1111/jocn.12031
- Guisado, J. A., Vaz, F. J., López Ibor, J. J., Inés López Ibor, M., del Río, J., & Rubio, M. A. (2002). Gastric surgery and restraint from food as triggering factors of eating disorders in morbid obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 31(1), 97-100. doi.org/10.1002/eat.1114
- Gortmaker, S. L., Must, A., Perrin, J. M., Sobol, A. M., & Dietz, W. H. (1993). Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *New England journal of medicine*, 329(14), 1008-1012. doi.org/10.1056/NEJM199309303291406
- Guthrie, H., Tetley, D., & Hill, A. J. (2014). Quasi prospective, real life monitoring of food craving post bariatric surgery: comparison with overweight and normal weight women. *Clinical obesity*, 4(3), 136-142. doi.org/10.1111/cob.12054
- Hayden, M. J., Murphy, K. D., Brown, W. A., & O'Brien, P. E. (2014). Axis I disorders in adjustable gastric band patients: the relationship between psychopathology and weight loss. *Obesity surgery*, 24(9), 1469-1475. doi.org/10.1007/s11695-014-1207-0
- Heinberg, L. J., Keatig, K., & Simonelli, L. (2010). Discrepancy between ideal and realistic goal weights in three bariatric procedures: Who is likely to be unrealistic? *Obesity Surgery*, 20, 148-153. doi.org/10.1007/s11695-009-9982-8
- Heinberg, L. J., Mitchell, J., Sarwer, D. B., & Ratcliff, M. B. (2013). Body image and desire for body countouring post-bariatric surgery. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*, 8(2), 49-53. doi.org/10.1089/bari.2013.9982
- Henderson, M., & Freeman, C.P.L. (1987). A self-rating scale for bulimia The BITE. *British journal of psychiatry*, 150, 18-24. doi.org/10.1192/bjp.150.1.18
- Heo, M., Pietrobelli, A., Fontaine, K., Sirey, J., & Faith, M. (2006). Depressive mood and obesity in US adults: comparison and moderation by sex, age and race. *International Journal of Obesity*, 30, 513-519.
- Hsu, L. G., Benotti, P. N., Dwyer, J., Roberts, S. B., Saltzman, E., Shikora, S., ... & Rand, W. (1998). Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review. *Psychosomatic medicine*, 60(3), 338-346.
- Ivezaj, V., & Grilo, C. M. (2018). The complexity of body image following bariatric surgery: a systematic review of the literature. *Obesity Reviews*, 19(8), 1116-1140. doi.org/10.1111/obr.12685
- Kalarchian, M., Marcus, M., Levine, M., Courcoulas, A., Pilonis, P., Ringham, R., Soulakova, J., Weissfeld, L., & Rofey, D. (2007). Psychiatric Disorders Among Bariatric Surgery Candidates: Relationship to Obesity and Functional Health Status. *American Journal of Psychiatry*, 164(2), 328-334.
- Kalarchian, M., Wilson, G. T., Brolin, R. E., & Bradley, L. (1999). Effects of bariatric surgery on binge eating and related psychopathology. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 4(1), 1-5. doi.org/10.1007/BF03376581
- Karlsson, J., Taft, C., Ryden, A., Sjöström, L., & Sullivan, M. (2007). Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. *International journal of obesity*, 31(8), 1248.
- Kincey, J., Neve, H., Soulsby, C., & Taylor, T. V. (1996). Psychological state and weight loss after gastroplasty for major obesity—some outcomes and inter-relationships. *Psychology, Health & Medicine*, 1(1), 113-118. doi.org/10.1080/13548509608400010
- King, W. C., Chen, J. Y., Mitchell, J. E., Kalarchian, M. A., Steffen, K. J., Engel, S. G., ... & Yanovski, S. Z. (2012). Prevalence of alcohol use disorders before and after bariatric surgery. *Jama*, 307(23), 2516-2525. doi.org/10.1001/jama.2012.6147
- Kinzl, J. F., Schrattenecker, M., Traweger, C., Mattesich, M., Fiala, M., & Biebl, W. (2006). Psychosocial predictors of weight loss after bariatric surgery. *Obesity surgery*, 16(12), 1609-1614. doi.org/10.1381/096089206779319301
- Kinzl, J. F., Traweger, C., Trefalt, E., & Biebl, W. (2003). Psychosocial consequences of weight loss following gastric banding for morbid obesity. *Obesity surgery*, 13(1), 105-110. doi.org/10.1381/096089203321136683
- Kinzl, J. F., Trefalt, E., Fiala, M., & Biebl, W. (2002). Psychotherapeutic treatment of morbidly obese patients after



- gastric banding. *Obesity Surgery*, 12(2), 292-294. doi.org/10.1381/096089202762552818
- Lasagni, V., Palma R., Ríos B., Vázquez-Velázquez V., Severo Duarte-Guerra L., Malischesqui Paegle I., Graf B., Lyng V. y Sánchez Salvatierra M. (2018). Propuesta de guía para el tratamiento de la reganancia de peso después de cirugía bariátrica. *Bariátrica & Metabólica Ibero-Americana* 8(2), 2318-2322.
- Leal, L. M., Mellado, S. C., Díaz-Castrillón, F., & Cruzat-Mandich, C. (2017). Body image of women with type I obesity after 2-5 years of subtotal gastrectomy vertical. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(2), 151-160. doi.org/10.1016/j.rmta.2017.04.002
- Legenbauer, T., Petrak, F., de Zwaan, M., & Herpertz, S. (2011). Influence of depressive and eating disorders on short-and long-term course of weight after surgical and nonsurgical weight loss treatment. *Comprehensive psychiatry*, 52(3), 301-311.
- Magdaleno, R., Chaim, E. A., Pareja, J. C., & Turato, E. R. (2011). The psychology of bariatric patient: what replaces obesity? A qualitative research with Brazilian women. *Obesity surgery*, 21(3), 336-339. doi.org/10.1007/s11695-009-9824-8
- Mauri, M., Rucci, P., Calderone, A., Santini, F., Oppo, A., Romano, A., Rinaldi, S., Armani, A., Polini, M., Pinchera, A., & Cassano, G. (2008). Axis I and II disorders and quality of life in bariatric surgery candidates. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(2), 295-301. http://psycnet.apa.org / doi/10.4088/JCP.v69n0216
- Melero, Y., Ferrer, J. V., Sanahuja, Á., Amador, L., & Hernandez, D. (2014). Evolución psicológica de los pacientes afectos de obesidad mórbida intervenidos mediante una gastrectomía tubular. *Cirugía Española*, 92(6), 404-409. doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.11.003
- Mitchell, J. E., Christian, N. J., Flum, D. R., Pomp, A., Pories, W. J., Wolfe, B. M., ... & Belle, S. H. (2016). Postoperative behavioral variables and weight change 3 years after bariatric surgery. *JAMA surgery*, 151(8), 752-757. doi.org/10.1001/jamasurg.2016.0395
- Mitchell, J. E., Crosby, R., de Zwaan, M., Engel, S., Roerig, J., Steffen, K., ... & Wonderlich, S. (2013). Possible risk factors for increased suicide following bariatric surgery. *Obesity*, 21(4), 665-672. doi.org/10.1002/oby.20066
- Montt, D., Koppmann, A., & Rodríguez, M. (2005). Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 16(4), 282-88.
- Montt, D., Olgún, P., Marín, L., & Cortés, S. (2012). Evaluación y manejo psicológico del paciente candidato a cirugía metabólica. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 23(3), 219-226.
- Montt, D. (2012). Evaluación de salud mental: objetivos, metodología, indicaciones, check list. En Burdiles, P., Csendes, A., Guzmán, S., & Awad, W. (eds.). *Obesidad y cirugía bariátrica* (pp 116-125). Santiago de Chile: Mediterraño.
- Olgún, P., Carvajal, D., & Fuentes, M. (2015). Patología psiquiátrica y cirugía bariátrica. *Revista chilena de cirugía*, 67(4), 441-447. doi.org/10.4067/S0718-40262015000400016
- Parker, K., Mitchell, S., O'Brien, P., & Brennan, L. (2016). Psychometric evaluation of disordered eating measures in bariatric surgery candidates. *Obesity surgery*, 26(3), 563-575.
- Pérez Hornero, J., & Gastañaduy Tilve, M. J. (2005). Valoración psicológica y psiquiátrica de los candidatos a cirugía bariátrica. *Papeles del psicólogo*, 26(90), 10-14. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77809002
- Powers, P. S., Perez, A., Boyd, F., & Rosemurgy, A. (1999). Eating pathology before and after bariatric surgery: a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 25(3), 293-300. doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199904)25:3<293::AID-EAT7>3.0.CO;2-G
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en psicología Latinoamericana*, 22(1), 15-27.
- Rand, C. S., & Macgregor, A. M. (1990). Morbidly obese patients' perceptions of social discrimination before and after surgery for obesity. *Southern Medical Journal*, 83(12), 1390-1395.
- Ríos, M. B .P., Sánchez, R. M., Guerrero, H. M., Pérez, C. D., Gutiérrez, P. S., Rico, R. M., ... & Villalobos, G.E. (2010). El rol del psicólogo en la cirugía bariátrica. *Cirujano General* 32 (2), 114-120.
- Rivenes, A. C., Harvey, S. B., & Mykletun, A. (2009). The relationship between abdominal fat, obesity, and common mental disorders: results from the HUNT study. *Journal of psychosomatic research*, 66(4), 269-275. doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.07.012
- Roizblatt, A., Roizblatt, D., & Soto-Aguilar, F. (2016). Suicidio y cirugía bariátrica: un estudio de la evidencia. *Revista médica de Chile*, 144(9), 1159-1163. doi.org/10.4067/S0034-98872016000900011
- Rojas, C., Brante, M., Miranda, E., & Pérez-Luco, R. (2011). Descripción de manifestaciones ansiosas, depresivas y autoconcepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica. *Revista médica de Chile*, 139(5), 571-578. doi.org/10.4067/S0034-98872011000500002
- Ruiz Moreno, M.A., Berrocal Montiel, C., & Valero Aguayo, L. (2002). Cambios psicológicos tras cirugía bariátrica en personas con obesidad mórbida. *Psicothema*, 14 (3), 577-582. http://www.psicothema.com/pdf/768.pdf
- Scott, K. M., McGee, M. A., Wells, J. E., & Browne, M. A. O. (2008). Obesity and mental disorders in the adult general population. *Journal of psychosomatic research*, 64(1), 97-105. doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.09.006
- Sjöström, L. (2013). Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial—a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *Journal of internal medicine*, 273(3), 219-234. doi.org/10.1111/joim.12012
- Segal, A., Kussunoki, D. K., & Larino, M. A. (2004). Post-surgical refusal to eat: anorexia nervosa, bulimia nervosa or



- a new eating disorder? A case series. *Obesity surgery*, 14(3), 353-360.
- Suzuki, J., Haimovici, F., & Chang, G. (2012). Alcohol use disorders after bariatric surgery. *Obesity surgery*, 22(2), 201-207. doi.org/10.1007/s11695-010-0346-1
- Umaña, J. A., Escaffi, M. J., Lehmann, P. Y., Burr, P. M. I., & GA, M. M. (2017). Evaluación psiquiátrica en cirugía bariátrica: Estudios LABS y el Ciclo de Gartner. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 901-913. doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.09.005
- van der Hofstadt, C.J., Escribano Cubas, S., Tirado-González, S., Pérez-Martínez, E., Ortiz Sebastián, S., Estrada Caballero, J.L., Rodríguez-Marín, J., & Leal-Costa, C. (2017). Evolución de la calidad de vida a los 24 meses de seguimiento en pacientes sometidos a cirugía bariátrica: comparación entre el bypass gástrico y la gastrectomía vertical tubular. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 40(2), 199-209. doi.org/10.23938/assn.0032
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., ... & Alonso, J. (2005). The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: a decade of experience and new developments. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150. doi.org/10.1157/13074369
- Waters, G. S., Pories, W. J., Swanson, M. S., Meelheim, H. D., Flickinger, E. G., & May, H. J. (1991). Long-term studies of mental health after the Greenville gastric bypass operation for morbid obesity. *The American Journal of Surgery*, 161(1), 154-158. doi.org/10.1016/0002-9610(91)90377-P
- Weiner, S., Sauerland, S., Fein, M., Blanco, R., Pomhoff, I., & Weiner, R. A. (2005). The bariatric quality of life (BQL) index: a measure of well-being in obesity surgery patients. *Obesity surgery*, 15(4), 538-545. doi.org/10.1381/0960892053723439
- Wolf, A. M., Falcone, A. R., Kortner, B., & Kuhlmann, H. W. (2000). BAROS: an effective system to evaluate the results of patients after bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 10(5), 445-450. doi.org/10.1381/096089200321593940



EL MODELO DE RESPUESTA A LA INTERVENCIÓN EN ESCRITURA: REVISIÓN DE MEDIDAS DE EVALUACIÓN Y PRÁCTICAS INSTRUCCIONALES

THE RESPONSE TO INTERVENTION MODEL IN WRITING: A REVIEW OF ASSESSMENT MEASURES AND INSTRUCTIONAL PRACTICES

María Arrimada¹, Mark Torrance² y Raquel Fidalgo¹

¹Universidad de León. ²Nottingham Trent University

La evidencia científica sitúa el modelo de Respuesta a la Intervención como el enfoque clave para la prevención y diagnóstico de las Dificultades de Aprendizaje Específicas en Escritura. La formación del psicólogo educativo en torno a la instrucción en competencia escrita y la monitorización del progreso del alumnado resulta fundamental para desarrollar su labor de orientación al profesorado en la aplicación eficiente de dicho modelo. En este estudio se presenta una revisión internacional de las dos dimensiones clave del modelo: las medidas de evaluación de las habilidades escritoras sensibles al cambio y las prácticas instruccionales empíricamente validadas para la mejora de la competencia escrita. A partir de la revisión de 34 artículos, se analizan la idoneidad de las medidas y tareas de evaluación a utilizar y se discuten las prácticas instruccionales eficaces según el proceso cognitivo de la escritura en el que se focalizan: ortografía, caligrafía o procesos cognitivo de orden superior.

Palabras clave: Prevención, Dificultades de aprendizaje, Escritura, Respuesta a la intervención, Evaluación de la escritura, Instrucción en escritura.

Scientific evidence points to the Response to Intervention Model as a key approach to the identification and prevention of learning disabilities in writing. In order to guide teachers in the successful implementation of this model, educational psychologists need to receive training in writing instruction and how to monitor students' progress. In this study, we present an international literature review on the two key dimensions of the model: writing assessment measures that are sensitive to change and empirically validated instructional practices to improve writing competence. Based on the 33 papers reviewed, we analyze the suitability of assessment measures and tasks and discuss several instructional practices according to their focus in a specific writing cognitive process: spelling, handwriting, and high-level cognitive processes.

Key words: Prevention, Learning disabilities, Writing, Response to intervention, Writing assessment, Writing instruction.

Las Dificultades de Aprendizaje Específicas (DAE) se encuentran entre las necesidades de apoyo educativo con una alta prevalencia escolar, próximas al 10%, tanto internacional (Altarc & Saroha, 2007; Mogasale, Patil, Patil, & Mogasale, 2012) como nacionalmente (Jiménez, Guzmán, Rodríguez, & Artiles, 2009).

En España, el tratamiento educativo de las DAE experimentó un avance significativo a partir de la aprobación, en 2006, de la Ley Orgánica de Educación (ver Fidalgo & Robledo, 2010), en la que se reconocían las DAE como una

categoría propia de diagnóstico en la Educación Especial. Se ha asumido desde entonces una conceptualización restringida de las mismas, que entiende las DAE como problemas específicos que se presentan de forma inesperada en la adquisición de la lectura, escritura y/o matemáticas, sin que exista otra condición incapacitante que los cause y persisten a pesar de recibir una instrucción apropiada (APA, 2013). Dicha concepción se ha refrendado en posteriores desarrollos normativos (LOMCE, 2013), asumiéndose el principio preventivo de las DAE y la puesta en práctica de mecanismos de refuerzo tan pronto como se detecten. Esta medida es coherente con el Modelo de Respuesta a la Intervención vigente internacionalmente en el ámbito de las DAE (en adelante RII, Response to Intervention Model) (Fletcher & Vaughn, 2009, Jiménez, 2019). El Centro de Respuesta a la Intervención (National Center on Response to Intervention, NCRTI) define este modelo como "un sistema de prevención multinivel, que maximiza el rendimiento de los alumnos integrando la evaluación y la intervención temprana dentro del sistema escolar". Así, el modelo pone su énfasis en la prevención temprana de las DAE a través de la actuación en dos dimensiones complementarias: evaluación e intervención. Con res-

Recibido: 13 junio 2019 - Aceptado: 14 octubre 2019
 Correspondencia: Raquel Fidalgo. Departamento de Psicología, Sociología y Filosofía. Facultad de Educación. Universidad de León. Campus de Vegazana s/n. 24071. León. España.
 Email: rfidr@unileon.es

Este estudio cuenta con la cobertura del proyecto EDU2015-67484-P MINECO/FEDER, concedido a la tercera autora por el Ministerio de Economía y Competitividad. Además, se ha desarrollado bajo la concesión de una beca de Formación del Profesorado Universitario (FPU014/04467), otorgada a la primera autora del estudio por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.



pecto a la evaluación, el modelo aboga, en primer lugar, por el uso de medidas cuya validez y fiabilidad haya sido demostrada, que permitan una identificación temprana del alumnado en riesgo de presentar DAE. Además, se enfatiza el empleo de medidas sensibles al cambio que permitan monitorizar constantemente el progreso del alumnado a través de evaluaciones periódicas que determinen su respuesta a la intervención. El empleo de medidas de evaluación adecuadas permite tomar decisiones acerca de la intensidad y frecuencia de la intervención que recibe cada alumno. Desde la dimensión de intervención, por su parte, se enfatiza el empleo de prácticas instruccionales empíricamente validadas para garantizar que la presencia de DAE no se debe a una instrucción inadecuada. Inicialmente, el alumnado recibe una instrucción preventiva a nivel de aula, implementada por el tutor (nivel 1). Quienes no responden adecuadamente a esta medida son derivados a un nivel 2, donde la intervención, más intensa y frecuente, se aplica en pequeños grupos. Si persiste la falta de respuesta, se aplicará un tercer nivel de intervención, individualizado y centrado en las áreas donde existen dificultades específicas. Los estudios de meta-análisis señalan que la combinación de estas dos dimensiones de evaluación e intervención reduce significativamente el diagnóstico de DAE (Burns, Appleton, & Stehouwer, 2005), habiéndose obtenido un tamaño del efecto de 1.07 para este modelo (Hattie, 2012, 2015).

La aplicación efectiva de dicho modelo demanda una gran responsabilidad por parte del profesorado, que con frecuencia alude no contar con la formación necesaria para su implementación (Castro-Villarreal, Rodríguez, & Moore, 2014; Wilcox, Murakami-Ramalho, & Urick, 2013). En este sentido, resulta clave el papel a desempeñar por el psicólogo educativo, dada su función de asesoramiento, orientación y supervisión de los agentes educativos en las actuaciones específicas de atención a la diversidad (Campos i Alemani, 1995; Farrell, 2009). En el ámbito de la prevención de las DAE, la función de asesoramiento del psicólogo educativo debe partir de un profundo dominio de los principios del modelo Rtl, a fin de cumplir el requisito de validez empírica de la evaluación y la instrucción (Jiménez, 2019). Sin embargo, a nivel científico, la investigación en torno a este modelo ha estado vinculada casi exclusivamente al ámbito de las dificultades lectoras o matemáticas (Balu et al., 2015; Jimerson, Burns, & Vanderheyden, 2015; O'Connor, Sanchez, & Kim, 2017; Zhou, Dufrene, Mercer, Olmi, & Tingstom, 2019). La investigación en escritura, por su parte, ha estado desligada del modelo Rtl, tanto en la dimensión evaluativa como instruccional. Desde nuestro conocimiento, únicamente el estudio de Saddler & Asaro-Saddler (2013) y el capítulo de Gil & Jiménez (2019) han abordado el modelo Rtl en escritura. Sin embargo, se limitan a proporcionar pautas generales para la evaluación e instrucción o a presentar instrumentos específicos de evaluación de la escritura diseñados y validados por los autores (Gil & Jiménez, 2019). Por tanto, dentro de la dimensión evaluativa, a pesar de haberse analizado medidas

de escritura de forma aislada, se carece de revisiones sistemáticas de medidas de evaluación susceptibles de ser utilizadas dentro del marco propuesto por el modelo Rtl en base a dos criterios: el cumplimiento de las propiedades psicométricas de validez y fiabilidad; y sensibilidad no solo para la identificación del alumnado en riesgo, sino también para la monitorización de su progreso. En cuanto a la dimensión instruccional, la escritura conlleva la activación de procesos cognitivos de alto y bajo nivel (Hayes & Flower, 1980). En este sentido, la investigación demuestra que la instrucción en escritura es más efectiva si combina ambos procesos (Limpo & Alves, 2017). Los estudios de meta-análisis, sin embargo, han abordado la eficacia de prácticas instruccionales por separado, bien en procesos de alto nivel (Graham & Harris, 2018; Graham, McKeown, Kihara, & Harris, 2012) o en habilidades de transcripción (Hoy, Egan, & Feder, 2011; Wanzek et al., 2006). Por tanto, a fin de cumplir la premisa de instrucción eficaz en escritura establecida por el modelo Rtl (Jiménez, 2019), se hace necesario contar con revisiones sistemáticas que sinteticen las prácticas instruccionales empíricamente validadas para la instrucción de cada uno de estos procesos, ofreciendo una visión global de las pautas de enseñanza de la escritura.

Por todo ello, en base a las dos dimensiones presentadas, en el presente artículo se realiza una revisión empírica a nivel internacional que persigue un doble objetivo. Por un lado, se pretende analizar las medidas de evaluación que permiten la detección del alumnado en riesgo de DAE en la escritura y la monitorización del progreso en su aprendizaje, cumpliendo con las premisas del modelo Rtl. Por otro lado, el segundo objetivo es analizar las prácticas instruccionales susceptibles de ser utilizadas dentro del marco establecido por el modelo Rtl, por focalizarse en los diferentes procesos cognitivos de la escritura y contar con evidencia empírica sobre su eficacia para la mejora de la competencia escrita.

MÉTODO

Procedimiento de búsqueda y selección

La búsqueda de fuentes de información se realizó en lengua inglesa a través de las bases Google Scholar y ERIC y estuvo diferenciada según las dimensiones del modelo Rtl presentadas. Se utilizaron estudios disponibles en texto completo y no se estableció limitación temporal.

Para las medidas de evaluación, se comenzó la búsqueda utilizando términos generales como: "writing assessment review" o "progress monitoring + writing", concretándose posteriormente con términos como: "holistic/analytic scoring/CBM writing + review" o "rubrics + writing assessment". La escasez de meta-análisis y revisiones sistemáticas obligó a ampliar la búsqueda a estudios empíricos sobre la validez de estas medidas, añadiendo "validity" y "reliability" a las búsquedas anteriores.

Para las prácticas instruccionales, la búsqueda se restringió a meta-análisis y revisiones sistemáticas, en los que se sintetizan y comparan diversos estudios experimentales centrados

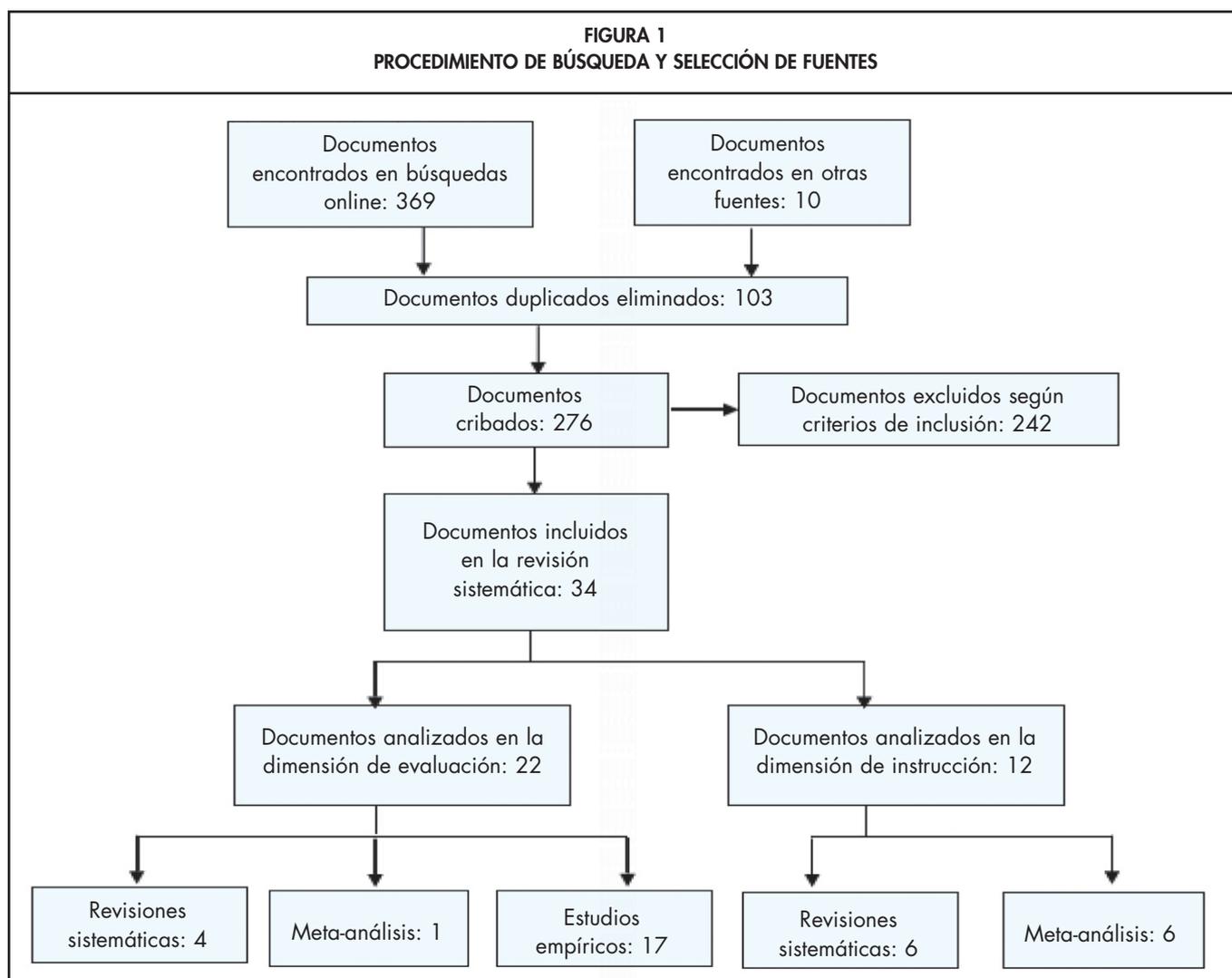


en la validación de prácticas instruccionales en escritura, presentándose una clasificación de prácticas según su eficacia. Se realizaron búsquedas diferenciadas según el proceso cognitivo de la escritura a potenciar. Dentro de los procesos de transcripción se utilizaron términos como "meta-analysis/review spelling/handwriting" "spelling/handwriting instruction" o "teaching spelling/handwriting". Para los procesos de orden superior, se buscaron meta-análisis sobre prácticas instruccionales efectivas en composición escrita con términos como "writing instruction meta-analysis/review", "effective instructional/teaching practices + writing". De ellos se seleccionaron aquellos enfoques instruccionales empleados para potenciar los procesos de orden superior.

En cada búsqueda, se revisaron todas aquellas entradas relacionadas directamente con el ámbito de estudio, lo cual generalmente supuso una revisión de las dos primeras páginas de resultados en cada base de datos. Tras las búsquedas, se seleccionaron los artículos a revisar mediante la

lectura del título, resumen, objetivo y método del estudio. En la dimensión de evaluación, los criterios de selección fueron: a) tratarse de revisiones, reflexiones críticas o estudios empíricos; b) focalizarse en alumnado en edad escolar (infantil, primaria o secundaria); c) aportar datos sobre la validez y/o fiabilidad de las medidas presentadas; y d) proporcionar una descripción de las tareas de escritura asociadas a dichas medidas. Según estos criterios se incluyeron 22 artículos (4 revisiones, 1 meta-análisis y 17 estudios empíricos). Por otra parte, en la dimensión instruccional, los criterios utilizados fueron: a) tratarse de revisiones sistemáticas o meta-análisis; b) recopilar únicamente prácticas instruccionales efectivas en escritura; c) presentar una descripción detallada de cada práctica con datos sobre su eficacia; d) y recoger prácticas aplicadas con alumnado en edad escolar. Según estos criterios se incluyeron 12 documentos (6 meta-análisis y 6 revisiones sistemáticas). La Figura 1 representa el proceso de búsqueda y selección de fuentes.

FIGURA 1
PROCEDIMIENTO DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE FUENTES



Procedimiento de análisis

En relación con las medidas de evaluación, tras la selección de los artículos, estos se agruparon en cuatro tipos, en función del tipo de medida presentada: evaluación de la legibilidad de las letras, enfoques holísticos, enfoques analíticos y medidas basadas en el currículo. De cada tipología de medidas se extrajeron sus principales ventajas e inconvenientes. Posteriormente, cada artículo empírico fue analizado en función de: las medidas y tareas utilizadas, la edad del alumnado y los resultados sobre su validez y fiabilidad (Ver Tabla 1 para síntesis de resultados).

Por otra parte, en relación con las prácticas instruccionales los artículos seleccionados se clasificaron según el proceso

cognitivo de la escritura en el que se focalizaban. En concreto, los diversos modelos teóricos (Berninger & Winn, 2006; Hayes & Flower, 1980) diferencian entre procesos ortográficos, procesos caligráficos y habilidades de planificación y revisión textual. Para cada uno de estos tipos se analizaron las prácticas instruccionales cuya eficacia ha sido demostrada empíricamente, presentándose una comparación de resultados obtenidos en los diferentes estudios empíricos (Ver Tabla 2).

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados agrupados en función de la dimensión específica del modelo RtI: evaluación o instrucción.

**TABLA 1
MEDIDAS DE EVALUACIÓN DE LA COMPOSICIÓN ESCRITA**

Medida	Aspectos positivos	Limitaciones	Aspectos evaluados	Tareas de escritura	Ejemplos
Enfoques holísticos (ver Hamp-Lyons, 2016 para visión crítica)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Facilidad de aplicación y bajo coste. ✓ Útil para evaluación de muestras grandes. ✓ Elevada fiabilidad con previo entrenamiento de los evaluadores. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dificultad de uso en edades tempranas debido a la brevedad de los textos. ✓ Escasa validez para detectar diferencias entre niveles educativos y tipologías de alumnos. ✓ No permiten detectar áreas específicas en las que existen dificultades. 	Escalas holísticas de calidad textual.	Escritura espontánea de textos a partir de un estímulo.	Subtest of Written English-Test TOEFL (Pierce, 1991).
Enfoques analíticos (ver Jonsson & Svingby, 2007 para revisión)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fiabilidad aceptable para evaluación a nivel de aula. ✓ Permiten detectar carencias y potencialidades en distintos componentes de la escritura. ✓ Evaluación transparente y específica. ✓ Potencial para la toma de decisiones instruccionales. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Insuficiente investigación sobre sus propiedades psicométricas. ✓ Resultados contradictorios sobre su validez. ✓ Baja fiabilidad en evaluaciones a gran escala. ✓ Corrección laboriosa. ✓ Dificultad para monitorizar el progreso. 	Escalas específicas para diferentes dimensiones del texto (e.g ideas, organización, tono del texto, vocabulario, cohesión y convenciones).	Escritura espontánea de textos a partir de un estímulo.	Lloyd-Jones, (1977) Primary Trait Scale (Spandel, 2008) Dunsmuir et al., (2015).
Medidas basadas en el currículo: Índices de Productividad (Deno, 1985; McMaster & Espin, 2007; Romig et al., 2016)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Validez y fiabilidad de las palabras escritas correctamente y las secuencias de palabras correctas en primaria y en secundaria. ✓ Correlación moderada-alta con test estandarizados. ✓ Sensibilidad al crecimiento, especialmente las palabras escritas correctamente y las secuencias de palabras correctas. ✓ Correlación con medidas cualitativas. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Validez del total de palabras escritas y las secuencias de letras correctas únicamente al comienzo de la Ed. Primaria. ✓ Investigación escasa respecto a los signos de puntuación: cierta validez a mediados de primaria. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Total de palabras escritas. ✓ Palabras escritas correctamente. ✓ Secuencias de palabras correctas. ✓ Signos de puntuación. 	Copia y dictado (eficaces en primeros niveles). Escritura espontánea de un texto a partir de un estímulo (eficaces en todos los niveles). Textos narrativos en primaria y expositivos en secundaria.	Coker y Richey, (2010); Costa, Hooper, McBee, Anderson & Yerby, (2012); Dockrell, Conelly, Walter & Critten, (2015); Espin, De la Paz, Scierka & Roelofs, (2005); Espin et al., (2008); Gansle et al., (2004); Hampton & Lembke, (2016); Jewell & Malecki, (2005); McMaster, Xiaoping & Pétursdóttir, (2009); McMaster et al., (2011); McMaster & Campbell, (2008).
Medidas basadas en el currículo: Índices de Precisión (ver revisión Deno, 1985; McMaster & Espin, 2007)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mayor validez que los índices de productividad en la detección de DAE en escritura. ✓ Elevada sensibilidad al crecimiento del porcentaje de palabras escritas correctamente y de las secuencias de palabras correctas menos incorrectas. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Porcentaje de palabras escritas correctamente solo válido a comienzos de la Ed. Primaria. ✓ Secuencias de palabras correctas menos incorrectas: altos coeficientes de fiabilidad únicamente a partir de 3º de Ed. Primaria y en Ed. Secundaria . 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Porcentajes derivados de los índices de productividad. ✓ Secuencias de palabras correctas menos incorrectas. 	Copia y dictado (eficaces en primeros niveles). Escritura espontánea de un texto a partir de un estímulo (eficaces en todos los niveles). Textos narrativos en primaria y expositivos en secundaria.	Costa et al., (2012); Dockrell et al., (2015); Espin et al., (2005); Espin et al., (2008); Hampton & Lembke, (2016); Jewell & Malecki, (2005); McMaster et al., (2009); McMaster & Campbell, (2008).

Resultados Medidas de Evaluación

A partir de la revisión empírica realizada es posible establecer que son pocas las medidas de evaluación de la escritura que permiten realizar una monitorización del progreso del alumnado en su aprendizaje escritor. Estas a su vez, pueden diferenciarse en función de su complejidad, entre: medidas que evalúan únicamente la legibilidad de las letras o medidas centradas en palabras, oraciones o textos, entre las que se encuentran los enfoques holísticos, los analíticos y las medidas basadas en el currículo.

Las primeras se basan en contar las letras que el alumno reproduce correctamente en tareas de copia o escritura del alfabeto. Esta medida es especialmente válida en edades tempranas (Ritchey, 2008). El *Process Assessment of the Learner* (Berninger, 2001) incluye un ejemplo de ella.

Sin embargo, la evaluación de la competencia escrita re-

quiere medidas más complejas que permitan evaluar palabras, oraciones o textos. Entre ellas se encuentran los enfoques holísticos, los enfoques analíticos y las medidas basadas en el currículo. Los dos primeros se centran en la evaluación de la calidad de la composición escrita. Sin embargo, mientras que los enfoques holísticos permiten establecer un juicio global sobre el texto final, los analíticos evalúan la calidad de diferentes dimensiones de la composición escrita (ideas, organización, vocabulario, etc.). No obstante, a pesar de resultar útiles en la detección de alumnado en riesgo, ninguno de estos enfoques es sensible al crecimiento, impidiendo monitorizar el progreso del alumnado (Hamp-Lyons, 2016; Jonsson & Svingby, 2007). Como alternativa, surgen las Medidas Basadas en el Currículo (MBC), índices fiables, eficaces, sencillos de comprender y administrar, sensibles al cambio y válidos para la toma de decisiones instruccionales (Deno, 1985; Romig, Therrien, & Lloyd, 2016). Dentro de ellas es posible evaluar indicadores de productividad y precisión. Los primeros evalúan la fluidez de la escritura a través del conteo del total de palabras escritas, número de palabras escritas correctamente, secuencias de letras o palabras correctas y signos de puntuación. Los índices de precisión, por su parte, evalúan la adecuación del texto independientemente de la productividad, a través del cálculo de porcentajes de palabras escritas correctamente, secuencias de palabras correctas y secuencias de palabras correctas menos incorrectas. Ambos índices se obtienen a partir de tareas muy rápidas de aplicar (entre 3-5min. en primaria y 7-10min. en secundaria) y por tanto susceptibles de ser utilizadas con frecuencia para monitorizar el progreso del alumnado. Desde que comenzaron a analizarse las propiedades psicométricas de estos índices, numerosos estudios los han utilizado en la evaluación de la competencia escrita a nivel escolar (ver Romig et al., 2016 para meta-análisis).

En la tabla 1 se recoge una tabla síntesis en la que se analizan las ventajas e inconvenientes de las medidas señaladas y las tareas de escritura que permiten tomarlas, presentándose estudios que analizan su validez.

Resultados Prácticas Instruccionales

La revisión realizada demuestra que las prácticas instruccionales efectivas en composición escrita se centran en los tres procesos cognitivos clave de la escritura: ortografía, caligrafía y habilidades de planificación y revisión textual. A partir de los meta-análisis revisados, se han extraído las prácticas instruccionales para la instrucción de cada uno de estos procesos (ver Tabla 2).

Prácticas instruccionales focalizadas en los procesos ortográficos

A partir de la revisión empírica realizada es posible establecer que la instrucción formal en ortografía mejora significativamente la propia ortografía, aunque se cuestionan sus efectos sobre la calidad global (Graham & Santangelo,

**TABLA 2
PRÁCTICAS INSTRUCCIONALES EFECTIVAS EN
COMPOSICIÓN ESCRITA**

Proceso cognitivo	Prácticas	Meta-análisis/ revisiones
Ortografía	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Técnicas aplicadas por el docente/instructor <ul style="list-style-type: none"> • Modelado • Refuerzo positivo • Establecimiento de objetivos • Analogías • Práctica distribuida • Listas de palabras • Retraso constante del tiempo ✓ Técnicas aplicadas de forma independiente por el alumno <ul style="list-style-type: none"> • Tutoría entre iguales • Estudio sistemático de estrategias ortográficas • Autorregulación ✓ Entrenamiento multisensorial 	Graham (1999) Mushinski & Stormont-Spurgin (1995) Wanzek et al., (2006) Williams et al., (2017)
Caligrafía	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Modelado ✓ Refuerzo positivo ✓ Autorregulación ✓ Autoevaluación ✓ Entrenamiento en patrones motores ✓ Relajación 	Graham & Weintraub (1996) Hoy et al. (2011) Santangelo & Graham (2016)
Planificación y revisión	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Instrucción estratégica y autorregulada: <ul style="list-style-type: none"> • Instrucción directa de la estrategia (ejemplos de estrategias): <ul style="list-style-type: none"> ✓ POW (Harris, Graham, & Adkins, 2015) ✓ POD (Torrance et al., 2015) ✓ OAIUE (Fidalgo et al., 2008) ✓ CDO (Arias-Gundín & García, 2007; Paz, Swanson, & Graham, 1998) ✓ LEA (Fidalgo et al., 2008; Torrance et al., 2015) • Modelado • Práctica independiente ✓ Estructura textual (ejemplos de acrónimos). <ul style="list-style-type: none"> • Textos narrativos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ WWW (Harris et al., 2015) • Textos argumentativos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ TREE (Harris et al., 2012) ✓ TARE (López et al., 2017) 	Graham & Harris (2018) Graham, Harris, & McKeown (2014) Graham, McKeown, Kihara, & Harris (2012) Graham & Perin (2007) Koster, Tribushinina, de Jong, & van den Bergh (2015)



2014). Dentro de esta dimensión se han identificado once prácticas instruccionales efectivas, divididas en tres bloques: técnicas instruccionales llevadas a cabo por el instructor, técnicas aplicadas de forma independiente por el alumnado y entrenamiento multisensorial (ver Tabla 2). Estudios recientes centrados en la mejora de la ortografía utilizan las técnicas que se describen a continuación (Alves, Limpo, & Fidalgo, 2016; Cordewener, Verhoeven, & Bosman, 2016).

Dentro de las técnicas aplicadas por el instructor se identificaron siete prácticas instruccionales empíricamente validadas. La primera de ellas, el *modelado*, se basa en la observación de un modelo que reproduce y corrige errores ortográficos frecuentes. La corrección debe producirse inmediatamente después de escribir cada palabra (Graham, 1999; Mushinski & Stormont-Spurgin, 1995).

Otra práctica efectiva identificada es el uso del *refuerzo* inmediato tras la práctica, por ejemplo, refuerzos basados en hacer públicos los trabajos ortográficos. Este es especialmente efectivo si se combina con otras prácticas. Una de ellas es el *establecimiento de objetivos* (Graham, 1999) que hace referencia al número de palabras cuya ortografía debe dominarse al finalizar cada semana. Pocos estudios han aplicado el refuerzo de forma aislada (Wanzek et al., 2006).

Otra práctica instruccional efectiva a nivel ortográfico es el uso de *analogías* con palabras con patrones ortográficos complejos y similares, a través de rimas (Mushinski & Stormont-Spurgin, 1995) o familias de palabras (Wanzek et al., 2006).

La *práctica distribuida*, o trabajo de la ortografía en varias sesiones semanales también ha resultado efectiva. Esta consiste en ir incorporando progresivamente nuevas palabras y eliminando las ya asimiladas (Graham, 1999).

Otra práctica cuya eficacia ha sido demostrada es la memorización de listas con una cantidad variable de palabras (Mushinski & Stormont-Spurgin, 1995). Dicha cantidad de palabras se reduce en los casos de alumnado con dificultades ortográficas (Graham, 1999).

Finalmente, el *retraso constante del tiempo*, es decir, el aumento progresivo del tiempo de respuesta dado al alumno cuando debe escribir una palabra (Mushinski & Stormont-Spurgin, 1995; Wanzek et al., 2006) también ha mostrado su eficacia instruccional.

Por otra parte, dentro de las técnicas aplicadas de forma independiente por el alumno, a partir de la revisión realizada es posible identificar tres prácticas instruccionales de eficacia contrastada. En primer lugar, la *tutoría entre iguales*, en la que un alumno actúa como tutor dictando y corrigiendo palabras, y otro como aprendiz (Graham, 1999; Wanzek et al., 2006; Williams, Walker, Vaughn, & Wanzek, 2017). Otra práctica efectiva es el *estudio sistemático de estrategias ortográficas* (Mushinski & Stormont-Spurgin, 1995; Wanzek et al., 2006; Williams et al., 2017). Esta, siguiendo a Graham (1999), consistiría en: pronunciar la palabra, escribirla, nombrar sus letras mientras se escribe, trazar la palabra y visualizarla con los ojos cerrados. La tercera práctica instruc-

ional efectiva incluye la *autorregulación* de la atención y de la productividad (Mushinski & Stormont-Spurgin, 1995; Graham, 1999). La primera consiste en interrumpir periódicamente a los estudiantes mientras escriben una lista de palabras y pedirles que indiquen si pensaban en la tarea cuando se produjo la interrupción. La autorregulación de la productividad implica contabilizar las veces que practican una palabra hasta que llegan a escribirla correctamente.

Finalmente, el tercer bloque de técnicas eficaces en la mejora de la ortografía derivadas de la revisión realizada lo conforman las *técnicas multisensoriales*, que estimulan el aprendizaje ortográfico a través de distintos sentidos. Algunas de ellas serían el deletreo de palabras en lengua de signos, el trazo de letras con el dedo o la pronunciación de palabras en voz alta al tiempo que se escriben (Mushinski & Stormont-Spurgin, 1995).

Prácticas instruccionales focalizadas en los procesos caligráficos

La instrucción de los procesos caligráficos abarca el tratamiento del nombre de las letras, su grafía, la fluidez escritora y la posición del lápiz y el papel (Graham, 1999). A partir de la revisión empírica realizada se ha corroborado que su instrucción formal mejora la legibilidad, la fluidez, la longitud y la calidad global de los textos (Santangelo & Graham, 2016). En concreto, seis prácticas instruccionales en caligrafía han corroborado su eficacia (ver Tabla 2) siendo muchas de ellas utilizadas en la literatura reciente (Graham, Harris, & Adkins, 2018; Limpo, Parente, & Alves, 2018; Wolf, Abbott, & Berninger, 2017).

La primera es el *modelado*, donde el instructor escribe las letras frente a la clase para que el alumnado observe el orden y dirección del trazo. En Educación Infantil y los primeros cursos de primaria es efectivo combinado con instrucciones verbales, mientras que a partir de 3º de primaria la mera observación mejora la legibilidad y fluidez (Graham & Weintraub, 1996; Hoy et al., 2011). Otros modelos son el empleo de letras con números y flechas para guiar el trazo, si bien, son menos eficaces (Graham & Weintraub, 1996; Santangelo & Graham, 2016).

Otra práctica es el *refuerzo positivo*, preferiblemente verbal, inmediatamente después de la ejecución del alumno. Presenta ciertos efectos sobre la legibilidad, aunque puede tener efectos negativos si no se proporciona por igual a todo el alumnado (Graham & Weintraub, 1996).

Por otro lado, se señala la *autorregulación* mediante autoinstrucciones en voz alta que guíen el trazo. Estas verbalizaciones pueden referirse a los pasos a seguir en la ejecución motora o al nombre de la letra, sílaba o palabra escrita. Con alumnos pequeños existen ciertos efectos sobre la legibilidad y la fluidez, aunque resulta difícil verbalizar el proceso (Graham & Weintraub, 1996; Hoy et al., 2011). A partir de mediados de primaria las verbalizaciones disminuyen la fluidez (Graham & Weintraub, 1996).



Otra técnica destacada es la *autoevaluación*, en la que el alumno emite un juicio sobre la legibilidad de las letras escritas en tareas de copia. Para ello, se utilizan listas de verificación o se identifican las letras correctas e incorrectas comparándolas con el modelo, trazando de nuevo estas últimas. Graham y Weintraub (1996) consideran que esta práctica mejora la legibilidad, aunque meta-análisis recientes no han encontrado efectos significativos (Santangelo & Graham, 2016)

El *entrenamiento de patrones motores*, por su parte, corresponde al trazo de sub-formas de las letras. Frente a los efectos positivos en legibilidad y fluidez señalados por Graham y Weintraub (1996), recientes meta-análisis cuestionan su efectividad (Santangelo & Graham, 2016).

Finalmente, se ha estudiado la eficacia de la *relajación* a través de audios o de biofeedback-electromiograma, técnica que advierte al alumno de sus respuestas biológicas, instándole a controlarlas. Suele combinarse con la instrucción explícita en caligrafía, siendo imposible determinar si sus efectos se deben realmente a la relajación (Graham & Weintraub, 1996; Hoy et al., 2011).

Prácticas instruccionales focalizadas en los procesos cognitivos de orden superior: planificación y revisión

A partir de los diferentes meta-análisis que evalúan prácticas instruccionales efectivas en escritura, se han extraído aquellas que promueven los procesos de planificación y revisión de forma efectiva: la instrucción estratégica y autorregulada y la estructura textual. Además, se recogen diversas técnicas que, sin constituir prácticas instruccionales, ofrecen apoyos a la escritura del alumnado.

Instrucción estratégica y autorregulada. Esta práctica abarca la enseñanza de estrategias de planificación y revisión textual. Meta-análisis recientes (Graham & Harris, 2018; Graham et al., 2012; Graham & Perin, 2007) la señalan como la más efectiva en la mejora de la calidad textual desde los primeros cursos de primaria, en alumnado con y sin dificultades. Esta práctica se operacionaliza en el modelo de desarrollo estratégico y autorregulado (Graham, Harris & McKeown, 2014). Este modelo comienza proporcionando a los estudiantes el conocimiento previo necesario para utilizar la estrategia (importancia de la escritura, definición del proceso a trabajar). A continuación, el instructor describe la estrategia asociándola a una regla nemotécnica que facilite su memorización (e.g. POD = Piensa, Organiza y Desarrolla el texto, Fidalgo & Torrance, 2018). Aquí se proporciona un conocimiento declarativo explícito sobre el significado de la estrategia, su propósito y sus beneficios. La tabla 2 recoge ejemplos de estrategias. En tercer lugar, el instructor modela el uso de la estrategia proporcionando un conocimiento procedimental sobre cómo aplicarla. Para ello, planifica o revisa un texto frente a la clase verbalizando el modo en que utiliza la estrategia durante

el proceso. Posteriormente, el alumnado memoriza la estrategia utilizando los conocimientos anteriores. El instructor apoya el dominio de la estrategia a través del andamiaje y la retirada progresiva de apoyos. Por último, el alumnado aplica la estrategia de forma independiente. Numerosos estudios han validado la eficacia de la instrucción estratégica y autorregulada tanto en planificación (Fidalgo, Torrance, Rijlaarsdam, Van den Bergh, & Álvarez, 2015; Fidalgo, Torrance, & Robledo, 2011; López, Torrance, Rijlaarsdam, & Fidalgo, 2017; Torrance, Fidalgo, & Robledo, 2015) como en revisión (Arias-Gundín & García, 2007; Fidalgo, Torrance, & García, 2008; Torrance et al., 2015).

Estructura textual

Esta práctica se basa en la instrucción sistemática de los elementos estructurales de diversos géneros textuales, permitiendo planificar y revisar el texto según su estructura. Diversos meta-análisis señalan su eficacia en primaria (Graham et al., 2012; Koster, Tribushinina, de Jong, & van den Bergh, 2015), aunque esta disminuye en cursos superiores (Graham & Harris, 2018; Graham & Perin, 2007). En esta práctica, el instructor describe el significado de acrónimos que representan la estructura del texto (ver Tabla 2 para ejemplos de acrónimos). Con frecuencia, esta práctica se combina con la anterior, de modo que no solo se describen y modelan estrategias de planificación y revisión, sino también reglas que ayudan a memorizar la estructura textual.

Las prácticas anteriores incluyen la instrucción explícita de los procesos de orden superior. Sin embargo, dentro de ellas, pueden utilizarse complementariamente apoyos a la escritura del alumnado como: *enfoques basados en el proceso escritor*, que crean rutinas de planificación, redacción y revisión de textos dentro de tareas de escritura donde el alumno recibe apoyo individualizado (Graham & Sandmel, 2011); *práctica colaborativa* entre pares (Graham et al., 2012; Graham & Perin, 2007); *establecimiento de objetivos* previo a la planificación o revisión del texto, ya sean objetivos de producto textual (Graham & Harris, 2018; Graham et al., 2012), proceso (Koster et al., 2015) o productividad (Rogers & Graham, 2008); *observación de modelos de texto ejemplares*, textos de elevada calidad cuyas características el alumnado trata de reproducir en su escritura (Graham & Harris, 2018; Graham & Perin, 2007); e *investigación*, u observación de situaciones reales cuyos datos el alumno utiliza para generar ideas sobre el contenido de su texto (Graham & Harris, 2018; Graham & Perin, 2007).

DISCUSIÓN

En respuesta a los planteamientos del modelo RtI en torno a la evaluación e instrucción en competencia escrita de cara a la prevención de las DAE, la labor del profesorado y de su asesoramiento y orientación por parte del psicólogo educativo, ha de fundamentarse en el conocimiento científico. Sobre esta base, se discuten las conclusiones de la revisión presentada en torno a los dos objetivos propuestos.



Un primer objetivo se ha centrado en analizar las medidas de evaluación de la escritura susceptibles de ser utilizadas dentro del marco establecido por el modelo Rtl. En este sentido, este estudio ha puesto de manifiesto la escasez de estudios de meta-análisis o de revisión en torno a las medidas de evaluación de la composición escrita, a pesar de existir numerosos estudios empíricos de validación de las mismas. En general, esta revisión sugiere que las MBC son las que mejor responden a las demandas del modelo Rtl, ya que su sensibilidad al crecimiento las hace idóneas para la monitorización del progreso del alumnado. Asimismo, su rapidez de aplicación y corrección y su elevada fiabilidad y validez facilita su uso frente a otras medidas en evaluaciones a gran escala (McMaster & Espin, 2007). Sin embargo, a partir de la revisión realizada, es posible concluir que no todas las medidas son válidas para la evaluación de todos los aspectos de la composición textual. Así, se sugiere que la escritura correcta de las letras permite evaluar aspectos caligráficos mientras las MBC evalúan fundamentalmente la productividad (ej. número de palabras escritas), la precisión ortográfica (ej. palabras escritas correctamente) y la gramática (ej. secuencias de palabras correctas menos incorrectas). Los índices holísticos y analíticos, por su parte, permiten la evaluación de aspectos más complejos relacionados con la coherencia, la estructura y la calidad global del texto. Ello apoya investigaciones previas que abogan por el uso combinado de diferentes medidas de evaluación, aunando la evaluación cuantitativa con la cualitativa y proporcionando una descripción más precisa de las habilidades escritoras (Ritchey & Coker, 2014). Por otro lado, en relación a las MBC, la presente revisión sugiere que un uso apropiado de las mismas requiere su adaptación según la edad del alumnado. Así, los índices de productividad son especialmente efectivos con los alumnos más jóvenes (Hampton & Lembke, 2016; McMaster et al., 2011) y los índices de precisión con alumnos en los últimos cursos de Educación Primaria y adolescentes (Espin et al., 2005; Espin et al., 2008). Por último, en base a la literatura revisada, es posible concluir que todas las medidas de evaluación presentadas son susceptibles de utilizarse con diversas tipologías de alumnos. De hecho, solo en uno de los estudios realizados participaron exclusivamente alumnos en riesgo de desarrollar DAE en escritura (Costa et al., 2012), mientras que el resto recogen una muestra heterogénea con un porcentaje de alumnado que recibía servicios de educación especial.

Un segundo objetivo se ha centrado en analizar las prácticas instruccionales en escritura que cumplan con la premisa de validación empírica de su eficacia propuesta por el modelo Rtl. En este sentido, la instrucción debe ir ligada a los tres procesos cognitivos de la escritura. La revisión realizada sugiere que las prácticas centradas en procesos ortográficos y caligráficos se han validado principalmente con alumnado en los primeros niveles de Educación Primaria, frente a la validación de prácticas ligadas a procesos de planificación y revisión textual con alumnos mayores (en nuestro país Fidalgo et al., 2015; Fidalgo et al., 2011; López et al., 2017). Ello con-

cuerda con la línea de investigación que apoya la instrucción en procesos de orden superior una vez automatizadas las habilidades ortográficas y caligráficas (Fayol, 1999), puesto que no es hasta los niveles educativos intermedios cuando la planificación y la revisión determinan la calidad textual de forma significativa (Limpo & Alves, 2013; Limpo, Alves, & Connelly, 2017). Sin embargo, estudios recientes sugieren la eficacia de una instrucción combinada en procesos de orden inferior y superior desde el comienzo de la Educación Primaria (Arrimada, Torrance, & Fidalgo, 2018). Por último, los estudios revisados parecen apuntar a las analogías y el estudio de estrategias como prácticas instruccionales más efectivas en ortografía (Mushinski & Stormont-Spurgin, 1995; Wanzek et al., 2006). En cuanto a la instrucción en caligrafía, se sugiere el modelado como la práctica más efectiva (Hoy et al., 2011). La instrucción estratégica y autorregulada, por su parte, es especialmente eficaz en la instrucción en planificación y revisión textual (Graham, et al., 2012).

Este estudio, no obstante, presenta ciertas limitaciones derivadas principalmente de su naturaleza de revisión, que deben ser tenidas en cuenta. En primer lugar, en cuanto a la dimensión de evaluación, solo se han recogido medidas relacionadas con el producto textual. En los últimos años, sin embargo, ha existido cierto interés por evaluar el proceso escritor, mediante medidas online como el análisis de pausas y ejecuciones (Olive, Alves, & Castro, 2009), el pensamiento en voz alta (Armengol, 2007; López, Torrance, & Fidalgo, 2019) o la triple tarea (Fidalgo, Torrance, Arias-Gundín, & Martínez-Cocó, 2014). No obstante, desde nuestro conocimiento, aún no se ha analizado la validez de las medidas online para la monitorización del progreso y, por tanto, se desconoce su eficacia dentro del modelo Rtl. Estudios futuros deberán abordar esta carencia. En segundo lugar, en cuanto a la dimensión instruccional, los meta-análisis centrados en procesos de transcripción analizan, casi exclusivamente, estudios desarrollados con alumnado con DAE en escritura o bien en riesgo de presentarlas. Por ello, resulta difícil presentar datos concluyentes en cuanto a la eficacia de estas prácticas con otras tipologías de alumnos. No obstante, dada la naturaleza preventiva del modelo Rtl y su aplicación con alumnado en riesgo, parece pertinente revisar prácticas de este tipo.

En conclusión, en coherencia con el enfoque internacional dominante en el campo de prevención de las DAE, la asunción del modelo Rtl se convierte en una necesidad imperativa. En este contexto, resulta esencial la labor del psicólogo educativo, encargado de orientar al profesorado en los principios e implementación del modelo en las áreas académicas en que pueden presentarse las DAE. Por su parte, es la investigación científica quien dotará al psicólogo de las herramientas y la formación necesaria para llevar a cabo esta labor; de ahí la importancia de revisiones empíricas como la que aquí se ha presentado, dirigida al avance en la aplicación del modelo Rtl en la prevención de las DAE en escritura en nuestro país.



CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

REFERENCIAS

- Altarac, M., & Saroha, E. (2007). Lifetime prevalence of learning disability among US children. *Pediatrics*, *119*(1), 77–83. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-2089L>
- Alves, R. A., Limpo, T., & Fidalgo, R. (2016). The impact of promoting transcription on early text production: Effects on bursts and pauses, levels of written language, and writing performance. *Journal of Educational Psychology*, *108*(5), 665–679. <https://doi.org/10.1037/edu0000089>
- Arias-Gundín, O., & García, J. N. (2007). Eficacia de la instrucción en los aspectos mecánicos y/o semánticos de la revisión textual. *Análisis y Modificación de Conducta*, *33*(147), 5–29.
- Armengol, L. (2007). Los protocolos de pensamiento en voz alta como instrumento para analizar el proceso de escritura. *RESLA*, *20*, 27–35.
- Arrimada, M., Torrance, M., & Fidalgo, R. (2018). Effects of teaching planning strategies to first-grade writers. *British Journal of Educational Psychology*, 1–19. <https://doi.org/10.1111/bjep.12251>
- Association American Psychiatric, A. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5* (5th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Balu, R., Zhu, P., Doolittle, F., Schiller, E., Jenkins, J., & Gerten, R. (2015). *Evaluation of response to intervention practices for elementary school reading*. National Center for Education Evaluation and Regional Assistance.
- Burns, M.K., Appleton, J.J. & Stehouwer, J.D (2005). Meta-analytic review of responsiveness-to-intervention research: Examining field-based and research-implemented models. *Journal of Psychoeducational Assessment*, *23*(4), 381–394. <https://doi.org/10.1177/073428290502300406>
- Berninger, V. (2001). *Process Assessment of the Learner (PAL) test battery for reading and writing*. San Antonio, Texas: Psychological Corporation.
- Berninger, V., & Winn, W. (2006). Implications of advancements in brain research and technology for writing development, writing instruction, and educational evolution. In C. A. MacArthur, S. Graham, & J. Fitzgerald (Eds.), *Handbook of writing research* (pp. 96–114). New York: Guilford Press.
- Campos i Alemani, F. (1995). El rol del psicólogo de la educación. *Papeles de Psicólogo*, *63*. <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=690>
- Castro-Villarreal, F., Rodriguez, B. J., & Moore, S. (2014). Teachers' perceptions and attitudes about Response to Intervention (RTI) in their schools: A qualitative analysis. *Teaching and Teacher Education*, *40*, 104–112. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2014.02.004>
- Coker, D. L., & Ritchey, K. D. (2010). Curriculum-Based measurement of writing in kindergarten and first grade: An investigation of production and qualitative scores. *Exceptional Children*, *76*(2), 175–193. <https://doi.org/10.1177/001440291007600203>
- Cordewener, K. A., Verhoeven, L., & Bosman, A. M. T. (2016). Improving spelling performance and spelling consciousness. *Journal of Experimental Education*, *84*(1), 48–74. <https://doi.org/10.1080/00220973.2014.963213>
- Costa, L. J. C., Hooper, S. R., McBee, M., Anderson, K. L., & Yerby, D. C. (2012). The use of curriculum-based measures in young at-risk writers: Measuring change over time and potential moderators of change. *Exceptionality*, *20*(4), 199–217. <https://doi.org/10.1080/09362835.2012.724623>
- Deno, S. (1985). Curriculum-based measurement: The emerging alternative. *Exceptional Children*, *52*(3), 219–232. <https://doi.org/10.1177/001440298505200303>
- Dockrell, J. E., Connelly, V., Walter, K., & Critten, S. (2015). Assessing children's writing products: The role of curriculum based measures. *British Educational Research Journal*, *41*(4), 575–595. <https://doi.org/10.1002/berj.3162>
- Dunsmuir, S., Kyriacou, M., Batuwitage, S., Hinson, E., Ingram, V., & O'Sullivan, S. (2015). An evaluation of the Writing Assessment Measure (WAM) for children's narrative writing. *Assessing Writing*, *23*, 1–18. <https://doi.org/10.1016/j.asw.2014.08.001>
- Espin, C. A., De La Paz, S., Scierka, B. J., & Roelofs, L. (2005). The relationship between curriculum-based measures in written expression and quality and completeness of expository writing for middle school students. *The Journal of Special Education*, *38*(4), 208–217. <https://doi.org/10.1177/00224669050380040201>
- Espin, C., Wallace, T., Campbell, H., Lembke, E. S., Long, J. D., & Ticha, R. (2008). Curriculum-based measurement in writing: predicting the success of high school students on state standard tests. *Exceptional Children*, *74*(2), Pages 174-193. <https://doi.org/10.1177/001440290807400203>
- Fayol, M. (1999). From on-line management problems to strategies in written composition. In M. Torrance & G. Jeffery (Eds.), *The cognitive demands of writing: processing capacity and working memory effects in text production* (pp. 15–23). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Farrell, P. (2009). El papel en desarrollo de los psicólogos escolares y educativos en el apoyo a niños, escuelas y familiares. *Papeles del Psicólogo*, *30*(1), 74-85.
- Fidalgo, R., & Robledo, P. (2010). El ámbito de las dificultades específicas de aprendizaje en España a partir de la Ley Orgánica de Educación. *Papeles de Psicólogo*, *31*(2), 171–182.
- Fidalgo, R., & Torrance, M. (2018). Developing writing skills through cognitive self-regulation instruction. In R. Fidalgo, K. Harris, & M. Braaksma (Eds.), *Design principles for teaching effective writing* (pp. 89–118). Leiden: Brill Editions.
- Fidalgo, R., Torrance, M., Arias-Gundín, O., & Martínez-Cocó, B. (2014). Comparison of reading-writing patterns and performance of students with and without reading difficulties. *Psicothema*, *26*(4), 442–8. <https://doi.org/10.7334/psicothema2014.23>



- Fidalgo, R., Torrance, M., & García, J. N. (2008). The long-term effects of strategy-focussed writing instruction for grade six students. *Contemporary Educational Psychology*, 33(4), 672–693. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2007.09.001>
- Fidalgo, R., Torrance, M., Rijlaarsdam, G., van den Bergh, H., & Álvarez, M.L. (2015). Strategy-focused writing instruction: Just observing and reflecting on a model benefits 6th grade students. *Contemporary Educational Psychology*, 41, 37–50. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2014.11.004>
- Fidalgo, R., Torrance, M., & Robledo, P. (2011). Comparación de dos programas de instrucción estratégica y auto-regulada para la mejora de la competencia escrita. *Psicothema*, 23, 672 - 680.
- Fletcher, J. M., & Vaughn, S. (2009). Response to intervention: Preventing and remediating academic difficulties. *Child Development Perspectives*, 31(1), 30–37. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2008.00072.x>
- Gansle, K. A., Noell, G. H., VanDerHeyden, A. M., Slider, N. J., Hoffpauir, L. D., Whitmarsh, E. L., & Naquin, G. M. (2004). An examination of the criterion validity and sensitivity to brief intervention of alternate curriculum-based measures of writing skill. *Psychology in the Schools*, 41(3), 291–300. <https://doi.org/10.1002/pits.10166>
- Gil, V., & Jiménez, J. E. (2019). Modelo de respuesta a la intervención y escritura. In J. E. Jimenéz (Ed.), *Modelo de respuesta a la intervención. Un enfoque preventivo para el abordaje de las dificultades específicas de aprendizaje* (pp. 203–248). Madrid: Pirámide.
- Graham, S. (1999). Handwriting and spelling instruction for students with learning disabilities: A review. *Spring*, 22(2), 78–98. <https://doi.org/10.2307/1511268>
- Graham, S., & Harris, K. (2018). Evidence-Based Writing Practices: a Meta-Analysis of existing meta-analysis. In R. Fidalgo, K. Harris, & M. Braaksma (Eds.), *Design principles for teaching effective writing: Theoretical and empirical grounded principles* (pp. 13–37). Leiden: Brill Editions.
- Graham, S., Harris, K. R., & Adkins, M. (2018). The impact of supplemental handwriting and spelling instruction with first grade students who do not acquire transcription skills as rapidly as peers: A randomized control trial. *Reading and Writing*, 31(6), 1273–1294. <https://doi.org/10.1007/s11145-018-9822-0>
- Graham, S., Harris, K., & McKeown, D. (2014). The writing of students with learning disabilities: A meta-analysis of self-regulated strategy development writing intervention studies and future directions. In H. L. Swanson, K. Harris, & S. Graham (Eds.), *Handbook of Learning Disabilities* (second, pp. 405–438). New York: The Guilford Press.
- Graham, S., McKeown, D., Kihara, S., & Harris, K. (2012). A meta-analysis of writing instruction for students in the elementary grades. *Journal of Educational Psychology*, 104(4), 879–896. <https://doi.org/10.1037/a0029185>
- Graham, S., & Perin, D. (2007). A meta-analysis of writing instruction for adolescent students. *Journal of Educational Psychology*, 99(3), 445–476. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.99.3.445>
- Graham, S., & Sandmel, K. (2011). The process writing approach: A meta-analysis. *Journal of Educational Research*, 104(6), 396–407. <https://doi.org/10.1080/00220671.2010.488703>
- Graham, S., & Santangelo, T. (2014). Does spelling instruction make students better spellers, readers, and writers? A meta-analytic review. *Reading and Writing*, 27(9), 1703–1743. <https://doi.org/10.1007/s11145-014-9517-0>
- Graham, S., & Weintraub, N. (1996). A review of handwriting research: Progress and prospects from 1980 to 1994. *Educational Psychology Review*, 8(1), 7–87. <https://doi.org/10.1007/bf01761831>
- Hamp-Lyons, L. (2016). Farewell to holistic scoring. Part Two: Why build a house with only one brick? *Assessing Writing*, 29, A1–A5. <https://doi.org/10.1016/j.asw.2016.06.006>
- Hampton, D. D., & Lembke, E. S. (2016). Examining the technical adequacy of progress monitoring using early writing curriculum-based measures. *Reading and Writing Quarterly*, 32(4), 336–352. <https://doi.org/10.1080/10573569.2014.973984>
- Harris, K., Graham, S., & Adkins, M. (2015). Practice-based professional development and self-regulated strategy development for Tier 2, at-risk writers in second grade. *Contemporary Educational Psychology*, 40, 5–16. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2014.02.003>
- Harris, K., Lane, K. L., Graham, S., Driscoll, S. A., Sandmel, K., Brindle, M., & Schatschneider, C. (2012). Practice-based professional development for self-regulated strategies development in writing: A randomized controlled study. *Journal of Teacher Education*, 63(2), 103–119. <https://doi.org/10.1177/0022487111429005>
- Hattie, J. (2012). *Visible learning for teachers: Maximizing impact on learning*. Abingdon, Oxfordshire: Routledge.
- Hattie, J. (2015). The applicability of visible learning to higher education. *Scholarship of Teaching and Learning in Psychology*, 1(1), 79–91. <https://doi.org/10.1037/stl0000021>
- Hayes, J. R., & Flower, L. (1980). Identifying the organization of writing processes. In L. Gregg & E. Steinberg (Eds.), *Cognitive processes in writing: An interdisciplinary approach* (pp. 3–30). Hillsdale, N.J: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hoy, M. M., Egan, M. Y., & Feder, K. P. (2011). A systematic review of interventions to improve handwriting. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78(1), 13–25. <https://doi.org/10.2182/cjot.2011.78.1.3>
- Jewell, J., & Malecki, C. (2005). The utility of CBM written language indices: An investigation of production-dependent, production-independent, and accurate-production scores. *School Psychology Review*, 34(1), 27–44.
- Jiménez, J.E. (2019). *Modelo de respuesta a la intervención: Un enfoque preventivo para el abordaje de las dificultades específicas de aprendizaje*. Madrid: Pirámide
- Jiménez, J. E., Guzmán, R., Rodríguez, C., & Ariles, C. (2009). Prevalencia de las dificultades específicas de aprendizaje: La dislexia en español. *Anales de Psicología*, 25(1), 78–85. <https://doi.org/10.6018/rie.33.2.211101>



- Jimerson, S., Burns, M., & Vanderheyden, A. M. (2015). *The handbook of response to intervention*. Boston, MA: Springer.
- Jonsson, A., & Svingby, G. (2007). The use of scoring rubrics: Reliability, validity and educational consequences. *Educational Research Review*, 2(2), 130–144. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2007.05.002>
- Koster, M., Tribushinina, E., de Jong, P. F., & van den Bergh, H. (2015). Teaching children to write: A meta-analysis of writing intervention research. *Journal of Writing Research*, 7(2), 249–274. <https://doi.org/10.17239/jowr-2015.07.02.2>
- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa. *Boletín Oficial del Estado*, nº 295 de 10 de diciembre de 2013.
- Limpo, T., & Alves, R. A. (2013). Modeling writing development: Contribution of transcription and self-regulation to Portuguese students' text generation quality. *Journal of Educational Psychology*, 105(2), 401–413. <https://doi.org/10.1037/a0031391>
- Limpo, T., & Alves, R. A. (2017). Tailoring multicomponent writing interventions: Effects of coupling self-regulation and transcription training. *Journal of Learning Disabilities*, 51(4), 381–398. <https://doi.org/10.1177/0022219417708170>
- Limpo, T., Alves, R. A., & Connelly, V. (2017). Examining the transcription-writing link: effects of handwriting fluency and spelling accuracy on writing performance via planning and translating in middle grades. *Learning and Individual Differences*, 53, 26–36. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2016.11.004>
- Limpo, T., Parente, N., & Alves, R. A. (2018). Promoting handwriting fluency in fifth graders with slow handwriting: A single-subject design study. *Reading and Writing*, 31(6), 1343–1366. <https://doi.org/10.1007/s11145-017-9814-5>
- Lloyd-Jones, R. (1977). Primary trait scoring. In C. Cooper & L. Odell (Eds.), *Evaluating writing: Describing, measuring, judging*. (pp. 33–77). Urbana, Illinois: National Council of Teachers of English.
- López, P., Torrance, M., & Fidalgo, R. (2019). The online management of writing processes and their contribution to text quality in upper-primary students. *Psicothema*, 31(3), 311–318. <https://doi.org/10.7334/psicothema-2018.326>
- López, P., Torrance, M., Rijlaarsdam, G., & Fidalgo, R. (2017). Effects of direct instruction and strategy modeling on upper-primary students' writing development. *Frontiers in Psychology*, 8(June), 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01054>
- McMaster, K. L., & Campbell, H. (2008). New and existing curriculum-based writing measures: Technical features within and across grades. *School Psychology Review*, 37(4), 550–566.
- McMaster, K., & Espin, C. (2007). Technical features of curriculum-based measurement in writing: A literature review. *Journal of Special Education*, 41(2), 68–84. <https://doi.org/10.1177/00224669070410020301>
- McMaster, K. L., Du, X., Yeo, S., Deno, S. L., Parker, D., & Ellis, T. (2011). Curriculum-based measures of beginning writing: Technical features of the slope. *Exceptional Children*, 77(2), 185–206. <https://doi.org/10.1177/001440291107700203>
- McMaster, K. L., Xiaoqing, D., & Pétursdóttir, A.-L. (2009). Technical features of curriculum-based measures for beginning writers. *Journal of Learning Disabilities*, 42(1), 41–60. <https://doi.org/10.1177/0022219408326212>
- Mogasale, V. V., Patil, V. D., Patil, N. M., & Mogasale, V. (2012). Prevalence of specific learning disabilities among primary school children in a south Indian city. *Indian Journal of Pediatrics*, 79(3), 342–347. <https://doi.org/10.1007/s12098-011-0553-3>
- Mushinski, B., & Stormont-Spurgin, M. (1995). Spelling interventions for students with disabilities: A review. *The Journal of Special Education*, 28(4), 488–513. <https://doi.org/10.1177/002246699502800407>
- O'Connor, R. E., Sanchez, V., & Kim, J. J. (2017). Responsiveness to intervention and multi-tiered systems of support for reducing reading difficulties and identifying learning disability. In J. M. Kauffman, D. P. Hallaham, & P. Cullen (Eds.), *Handbook of special education* (pp. 189–202). New York: Routledge.
- Olive, T., Alves, R. A., & Castro, S. L. (2009). Cognitive processes in writing during pause and execution periods. *European Journal of Cognitive Psychology*, 21(5), 758–785. <https://doi.org/10.1080/09541440802079850>
- Paz, S., Swanson, P. N., & Graham, S. (1998). The contribution of executive control to the revising by students with writing and learning difficulties. *Journal of Educational Psychology*, 90(3), 448–460.
- Pierce, B. (1991). TOEFL Test of Written English (TWE) scoring guide. *TESOL Quarterly*, 25(1), 159–163. <https://doi.org/10.2307/3587035>
- Ritchey, K. D. (2008). The building blocks of writing: Learning to write letters and spell words. *Reading and Writing*, 21(1–2), 27–47. <https://doi.org/10.1007/s11145-007-9063-0>
- Ritchey, K. D., & Coker, D. L. (2014). Identifying writing difficulties in first grade: An investigation of writing and reading measures. *Learning Disabilities Research and Practice*, 29(2), 54–65. <https://doi.org/10.1111/ldrp.12030>
- Rogers, L. A., & Graham, S. (2008). A meta-analysis of single subject design writing intervention research. *Journal of Educational Psychology*, 100(4), 879–906. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.100.4.879>
- Romig, J., Therrien, W., & Lloyd, J. (2016). Meta-analysis of criterion validity for curriculum-based measurement in written language. *The Journal of Special Education*, 51(2), 72–82. <https://doi.org/10.1177/0022466916670637>
- Saddler, B., & Asaro-Saddler, K. (2013). Response to intervention in writing: A suggested framework for screening, intervention, and progress monitoring. *Reading & Writing Quarterly*, 29(1), 20–43. <https://doi.org/10.1080/10573569.2013.741945>



- Santangelo, T., & Graham, S. (2016). A comprehensive meta-analysis of handwriting instruction. *Educational Psychology Review, 28*(2), 225-265. <https://doi.org/10.1007/s10648-015-9335-1>
- Spandel, V. (2008). *Creating writer through 6-trait writing assessment and instruction*. Columbus, Ohio: Pearson.
- Torrance, M., Fidalgo, R., & Robledo, P. (2015). Do sixth-grade writers need process strategies? *British Journal of Educational Psychology, 85*(1), 91-112. <https://doi.org/10.1111/bjep.12065>
- Wanzek, J., Vaughn, S., Wexler, J., Swanson, E. A., Edmonds, M., & Kim, A.-H. (2006). A synthesis of spelling and reading interventions and their effects on the spelling outcomes of students with LD. *Journal of Learning Disabilities, 39*(6), 528-543. <https://doi.org/10.1177/00222194060390060501>
- Wilcox, K. A., Murakami-Ramalho, E., & Urlick, A. (2013). Just-in-time pedagogy: Teachers' perspectives on the response to intervention framework. *Journal of Research in Reading, 36*(1), 75-95. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9817.2011.01494.x>
- Williams, K. J., Walker, M. A., Vaughn, S., & Wanzek, J. (2017). A synthesis of reading and spelling interventions and their effects on spelling outcomes for students with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities, 50*(3), 286-297. <https://doi.org/10.1177/0022219415619753>
- Wolf, B., Abbott, R. D., & Berninger, V. (2017). Effective beginning handwriting instruction: Multi-modal, consistent format for 2 years, and linked to spelling and composing. *Reading and Writing, 30*(2), 299-317. <https://doi.org/10.1007/s11145-016-9674-4>
- Zhou, Q., Dufrene, B. A., Mercer, S. H., Olmi, D. J., & Tings-tom, D. H. (2019). Parent-implemented reading interventions within a response to intervention framework. *Psychology in the Schools, 56*(7), 1139-1156. <https://doi.org/10.1002/pits.22251>





¿EN QUÉ MEJORA LA TEORÍA DEL APEGO NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA? ES HORA DE RECAPITULAR

HOW DOES ATTACHMENT THEORY IMPROVE OUR CLINICAL PRACTICE? A TIME FOR SUMMING-UP

Antonio Galán Rodríguez

Servicio Extremeño de Salud

La Teoría del Apego ha hecho contribuciones muy útiles para la intervención psicológica, y exponemos las más relevantes. Partiendo de que la psicoterapia conlleva inevitablemente la activación del sistema de apego, abordamos sus distintas presentaciones en función del estilo de apego, y planteamos algunas recomendaciones para su manejo (responder a necesidades subyacentes, desplegar actitud terapéutica en dos fases, considerar trabajo metacomunicacional, y ser cautos al activar el apego). Exponemos la influencia del apego en la capacidad para relacionarse con las experiencias internas (como fuente de amenaza o como vivencias no accesibles). Consideramos los tres tipos de seguridad buscada tras la activación del apego (física, emocional y cognitiva) y las distintas demandas que imponen en la relación terapéutica. Abordamos las implicaciones de la Teoría del Apego en los procesos de auto-regulación. Finalmente, revisamos brevemente algunas contribuciones adicionales a nivel conceptual, de evaluación y de tratamiento.

Palabras Clave: Apego, Psicoterapia, Psicología Clínica

Attachment theory has provided us with very useful resources for psychological intervention. The most relevant of these resources are presented here. Considering that psychotherapy inevitably involves the activation of the attachment system, some advice is provided in managing this (addressing underlying needs, deploying a two-stage therapeutic stance, including meta-communication dialogues, and being cautious when activating attachment). The influence of attachment on the ability to relate to inner experience (either as a threat or an experience that is difficult to reach) is presented. Three kinds of security related to attachment (physical, emotional, and cognitive) are taken into account, as well as their different demands on therapeutic relationships. Implications of attachment theory on self-regulation processes are presented. Finally, some additional contributions about conceptualization, assessment, and treatment are revised.

Key Words: Attachment, Psychotherapy, Clinical Psychology.

La Teoría del Apego pudiera ser la perspectiva evolutiva más influyente en la Psicología actual. Iniciada por un clínico con mentalidad investigadora (John Bowlby, 1907-1990), sería adoptada por académicos e investigadores que la dotarían de un firme soporte conceptual y empírico. Numerosos planes de estudio, proyectos de investigación y publicaciones son inequívocas manifestaciones de su éxito. Mientras se producía este desarrollo académico, los aspectos clínicos quedaban relegados, algo paradójico en una teoría desarrollada inicialmente para ayudar a los clínicos a diagnosticar y tratar a individuos y familias (Bowlby, 1989). No obstante, en los últimos años se intenta recuperar esa dimensión clínica que inspiraba a Bowlby, y ya podemos hacer un balance de lo que nos aporta la Teoría del Apego. Así, encontramos esfuerzos por recopilar y sistematizar estas derivaciones clínicas y terapéuticas, con monográficos

en revistas como *Infant Mental Health Journal* (Vol 25, nº 4), *Child & Adolescent Social Work Journal* (Vol 26, nº 4) y *Psychoanalytic Inquiry* (Vol 23, nº 1; Vol 37, nº 5), u obras colectivas que buscan explícitamente cubrir el vacío entre investigación y práctica (Bennett & Nelson, 2010; Bettman & Friedman, 2013; Oppenheim & Goldsmith, 2007).

No podemos obviar las limitaciones de estas aportaciones clínicas (véase Galán, 2019): a) ausencia de terapias con técnicas e intervenciones específicas directamente vinculadas o prescritas por la Teoría del Apego (Eagle, 2017); b) falta de propuestas aceptadas para las disfunciones del apego (Allen, 2016); y c) existencia de propuestas que utilizan el apego como una atractiva etiqueta para intervenciones ya formuladas desde otros modelos (Allen, 2011). Pero junto a estas limitaciones destacan valiosas contribuciones que iluminan muchos aspectos de nuestra práctica clínica; considerando el apego como un sistema conductual diseñado para activarse al sentirse vulnerable, necesitar protección, y requerir la ayuda de un congénere más capaz, revisaremos las contribuciones específicamente clínicas ligadas a esta dimensión evolutiva fundamental.

Recibido: 3 septiembre 2019 - Aceptado: 4 octubre 2019

Correspondencia: Antonio Galán Rodríguez. Equipo de Salud Mental. C/ Padre Manjón, s/n. 06300 Zafra. España.

E-mail: antgalan@hotmail.com





GESTIONAR LO INEVITABLE

El apego es ineludible en la relación terapéutica, en la medida que sentirse vulnerable, necesitar protección y requerir ayuda de un congénere más capaz, definen al paciente que acude a consulta. La teoría defiende que la relación de apego temprana favorece una forma de afrontar la vulnerabilidad, trasladada a la relación terapéutica (Bowlby, 1989). El paciente "ideal" reconoce su malestar y la incapacidad para solucionarlo, situando al terapeuta en un lugar de ayuda. Pero los pacientes acuden a consulta con lo que son, no con lo que quisiéramos. Desencuentros comunicacionales, rechazo a las indicaciones, o abandonos terapéuticos, reflejan el desacople paciente-profesional. Desde el estudio del encuentro entre una persona vulnerable (estimulada por un sistema conductual que impulsa a buscar ayuda) y una figura protectora que intenta cuidarle, la Teoría del Apego ofrece un marco de referencia fundamental para manejar esos encuentros y desencuentros. Consideramos entonces la inevitabilidad del apego en cualquier relación terapéutica (independientemente del modelo teórico que la sostiene). Esta conclusión lógica desde la teoría, ha encontrado respaldo empírico, por ejemplo con la Patient Attachment Coding System (PACS), un instrumento de evaluación que permite evaluar el despliegue de la relación de apego hacia el terapeuta dentro de la sesión, con independencia del tipo específico de psicoterapia (Talia, Miller-Bottome & Daniel, 2017).

La tipología básica del apego ofrece un mapa para entender y gestionar las dificultades:

- ✓ Percibimos al paciente con apego seguro como "fácil", porque puede arriesgarse a entablar una relación diferente con el profesional y consigo mismo, y reconocerle la ayuda recibida.
- ✓ En el apego ambivalente (o "preocupado"), alguien impulsado a buscar seguridad y protección a toda costa, exagerará su vulnerabilidad (que el terapeuta inadvertidamente podría reforzar), entrará en una escalada insaciable de petición de ayuda (que puede asfixiar al profesional) o usará estrategias coercitivas (como amenazas de abandono o suicidio) para garantizar ese cuidado vivido como incierto, con el riesgo de derivar hacia relaciones enmarañadas y confusas. El clínico deberá esforzarse por desactivar esas estrategias, estableciendo límites funcionales (normas claras sobre cuándo y cómo ser atendido en consulta, reglas sobre cómo actuar en caso de amenazas autolíticas...), reforzando las capacidades del paciente (disminuyendo la vivencia de vulnerabilidad que sobre-estimula el apego), o enfatizando su presencia y disponibilidad (haciendo así innecesaria la sobre-petición de ayuda).
- ✓ El apego evitativo (o "desentendido") conlleva un dilema: necesitar una ayuda que al mismo tiempo genera desconfianza, tras un recorrido vital en el que se ha aprendido a confiar en los propios recursos y valorar la auto-suficiencia; la actitud ante el terapeuta será recelosa, desagradecida, poco implicada emocionalmente; quizá pida una interven-

ción poco comprometida emocionalmente ("recibir pautas", aprender una técnica...), desde la que sí pueda hacer un reconocimiento al profesional. Los riesgos para el terapeuta serán sentirse cuestionado, responder con la misma distancia con que es tratado, o derivar en una pseudoterapia dominada por la falta de implicación mutua... Será necesario afinar cuidadosamente la distancia relacional (estar presente física y emocionalmente, pero no tanto como para despertar su angustia), y trabajarse interiormente la validación como profesional (porque ésta no llegará del paciente).

- ✓ El apego desorganizado (o "no resuelto") podrá aparecer como momentos de confusión relacional, disparados en momentos en que la activación del apego es vivida como sumamente peligrosa o catastrófica; en momentos de colapso de las estrategias de manejo de la relación esa persona no podrá recurrir a una fuente fiable de ayuda y se sumergirá en confusión o estrategias inadecuadas en las que sólo cuenta consigo mismo (como auto-mutilaciones o consumo de sustancias) (Holmes, 2017a). También pueden aparecer formatos de relación descritos por los investigadores. Así, niños que en sus dos primeros años desarrollan estilos de apego desorganizado, a partir de los 3-4 años tienden a inhibir su dependencia, sustituyéndola por conductas controladoras, a través de actitudes coercitivas o de cuidado (parentalización); y más adelante, una sexualización de la relación (Liotti, 2011; Lyons-Ruth & Spelman, 2004). Donde la vulnerabilidad debiera despertar búsqueda de cuidado, aquí da lugar a control coercitivo, provisión de ayuda adultiforme, o sexualización inapropiada de la relación. En resumen, cuando en la terapia se active el apego (desorganizado), podría ser inmediatamente desconectado y sustituido por respuestas que requieren un manejo específico.

Estos patrones de relación terapéutica nos llevan a cinco consideraciones clínicas:

- A. El psicólogo no debe esperar un reconocimiento franco de vulnerabilidad, sino buscarla detrás de estrategias relacionales diseñadas para manejarla. Como advertencia al terapeuta, diríamos: busca responder a las necesidades subyacentes del paciente y no a las pistas erróneas (descritas en los estilos de apego) que el paciente usa para defenderse de su vulnerabilidad (Goodman, 2009).
- B. Es útil considerar una actitud terapéutica en dos fases (Goodman, 2009). Una es de aceptación de esa gestión propia (y quizá disfuncional) de la vulnerabilidad, ya que es aquella que el paciente puede permitirse; implica asumir el leitmotiv "el paciente viene a consulta con lo que es". Le seguiría un segundo momento, de cuestionamiento, favoreciendo (a través de la relación terapéutica y del análisis reflexivo de la relación) la exploración de formas nuevas de manejar la necesidad de ayuda. Diríamos que en el desajuste y en el desafío a las expectativas (Holmes, 2017b) estaría el factor de cambio.
- C. Puede ser valioso incluir en la intervención un abordaje de la propia relación terapéutica, un trabajo metacognitivo o



metacomunicacional ("conversación sobre la conversación"), propuesta ya apuntada por Bowlby, y que ha encontrado en la Teoría de la Mentalización (una interesante derivación de la Teoría del Apego) su mejor representación. Así, ésta apunta al núcleo del trabajo metacognitivo: desarrollar la capacidad para pensar en torno al mundo interno propio y ajeno. Se hablará de "mentalizar la relación", centrándose en la propia relación terapéutica y los avatares de la mentalización en ella; repetidamente terapeuta y paciente se embarcarán en un esfuerzo conjunto para comprender qué ocurrió en éste cuando aquél dijo o hizo algo. Ciertas habilidades de entrevista favorecen estos procesos (Bateman & Fonagy, 2013), por lo que proponen un terapeuta:

- ✓ Curioso y en una posición indagadora desde el "no-saber".
- ✓ Comprometido, que usa auto-revelaciones cuando son apropiadas.
- ✓ Con una actitud inquisitiva pero no inquisidora ("*me pregunto por qué nunca me pides ayuda*", "*me ha llamado la atención que tienes muchas dudas sobre este asunto, pero nunca me has preguntado qué opino o si te puedo echar una mano, ¿por qué será?*"), que se centra en la responsabilidad del profesional ("*quizá como antes no fui capaz de darme cuenta de lo que te pasaba, ahora no te sale el contar conmigo*", "*quizá todavía no me he ganado el derecho a que pongas esa confianza en mí, no importa, tenemos que tomarnos nuestro tiempo*") y que respeta la actitud del paciente ("*supongo que siempre te ha venido bien no confiar enseguida en la gente, y que así te has librado de decepciones*").
- ✓ Que centra su intervención más en los procesos que en los contenidos mentales; no se busca tanto un insight de las dificultades, como una forma diferente de relacionarse con el propio funcionamiento mental, donde advertimos conexiones con las terapias conductuales de tercera generación, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (Wilson y Luciano, 2014).

D. Es importante considerar los peligros de activar el apego. Frente a cierta imagen naïf (subrayando lo beneficioso de la calidez de la relación de apego), sabemos que su activación puede ser vivida como muy peligrosa, especialmente con un patrón de apego desorganizado. Resulta dramáticamente evidente en personas diagnosticadas de trastorno límite de personalidad, donde la alternancia hiperactivación-hipoactivación del apego lleva a relaciones terapeuta-paciente sumamente conflictivas, confusas... o rotas. También en pacientes con experiencias traumáticas en relaciones de apego (abuso sexual intrafamiliar, maltrato infantil severo...). La advertencia aquí sería "no actives lo que no puedes contener". De ahí la utilidad en algunos casos de acercamientos cautos y fríos, apelando más a un trabajo de indagación mutua que de compromiso emocional, manteniendo el sistema de apego en un

vel de funcionamiento "tibio"; así, se podría plantear la intervención en términos de una actitud igualitaria de cooperación ("*yo soy un experto en Psicología, usted lo es en su problema, veamos si uniéndonos los dos expertos encontramos una solución*"), más que de gran asimetría e implicación emocional (Liotti, 2017). Sólo si (o cuando) se ha creado un marco de relación lo suficientemente contenedor podría correrse el riesgo de activar el apego decididamente.

E. Un concepto central en la Teoría del Apego es del Modelo Operativo Interno (MOI), que sería el mapa cognitivo, la representación o esquema que el individuo tiene de sí mismo y los demás en relación al apego (Marrone, 2001); es el que usa esa persona para predecir *si* y *cómo* el otro le protegerá. Indagar por los MOI es fundamental para entender cómo el paciente se relaciona con su entorno y el terapeuta. Pero debemos dar un paso más. Además de los esquemas cognitivos relativamente accesibles al propio paciente a través de una indagación reflexiva (acompañado o no del terapeuta), existen esquemas pre-verbales, ligados a un aprendizaje procedimental más que semántico. Son múltiples las propuestas teóricas que han descrito esos esquemas pre-verbales que influyen poderosamente en las relaciones marcadas por el apego ("conocimiento relacional implícito"); por su sólida fundamentación en la investigación del desarrollo infantil destacaríamos entre ellos el concepto de "modelos de-estar-con" (Stern, 1997). A nivel clínico la implicación sería: más allá de lo verbal, el paciente se relacionará contigo con unos esquemas interaccionales forjados desde esquemas pre-verbales y pre-reflexivos que, más que ser hablados, serán actuados en la relación; y como corolario: aquellos serán modificados a partir de la relación (terapéuticamente) protectora que establezcas con el paciente, donde los aspectos no verbales (presencia física, tono y cadencia de la voz, etc.) serán fundamentales.

EXPLORAR EL EXTERIOR, EXPLORAR EL INTERIOR

Apego y exploración parecen antagónicos: el apego impulsa a acercarse al cuidador, la exploración anima a alejarse; por ello, activar uno conlleva desactivar el otro. Pero en términos evolutivos es una relación complementaria: la relación de apego ofrece a la cría la seguridad necesaria para explorar el entorno (el cuidador como base segura) y un lugar al que volver buscando protección (el cuidador como puerto seguro). En los humanos esa provisión de seguridad para explorar el mundo externo podría verse complementada con la seguridad para dirigirse a los procesos internos (experiencias sensoriales, afectivas y cognitivas) (Eagle, 2017). Esto implica que la capacidad para atender a nuestras experiencias privadas estará poderosamente influida por la trayectoria personal de apego (Miller-Bottome, Talia, Eubanks, Safran & Muran, 2019; Wallin,



2007). Como clínicos preguntaríamos: ¿qué soporte han dado al paciente sus cuidadores cuando en su infancia dirigía su mirada a las experiencias internas (afectos, cogniciones, sensaciones corporales)? ¿le acompañaban sanamente en esta exploración, o le dejaban solo al enfrentarse a vivencias que no podía reconocer, o incluso le “desorientaban” en este recorrido? ¿qué anticipa respecto a mí, en este espacio terapéutico, al atender a sus vivencias privadas?

El niño o adulto con apego seguro se atreverá a explorar su mundo interno, cuestionarse su forma de pensar, y conectar con sus vivencias afectivas. Quien funciona preferentemente desde estrategias evitativas, confrontado con tanta decepción (necesidades de cuidado no validadas o frustradas) podría evitar ser consciente o expresar ciertas vivencias, incluyendo sus necesidades de apego. Igual que tiene dificultades para conectar con el otro, le costará intimar genuinamente consigo mismo; lo hará de forma precaria y fuertemente sesgada, excluyendo lo afectivo, ciertas necesidades básicas, y vivencias relevantes. Por ello, las preguntas psicoterapéuticas sobre su mundo interno pueden generar angustia (“*me quiere controlar*”, “*en algún momento me rechazará*”), o ser percibidas como un lenguaje exótico e incomprensible; el desajuste está servido.

En el estilo ambivalente (preocupado), la experiencia temprana con figuras de apego impredecibles ha enseñado que asegurarse atención y apoyo ajeno demanda hacer el propio distrés demasiado grande para ser ignorado. Por ello, el paciente tenderá a ser demasiado consciente de los pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales relacionadas con la amenaza y la vulnerabilidad, y estará muy dispuesto a exagerar su significado. Puesto que cada estilo de apego conlleva un nivel específico de acceso a la información interna (cognitiva versus afectiva) (Crittenden, 2006; Crittenden & Dallos, 2009; Wallin, 2007), aquí será el procesamiento emocional el priorizado sobre el cognitivo.

Finalmente, el individuo con elementos de desorganización frecuentemente habrá pasado por experiencias emocionales arrolladoras y no procesadas, y tendrá su mundo interno plagado de vivencias pasadas dispuestas a reactivarse (y dar lugar a dolor y desorganización). Acceder a ellas será evitado, y si esto no es posible, surgirá angustia y desorganización. Las palabras, que constituyen en psicoterapia un instrumento privilegiado para calmar al paciente, aquí podrían ser vividas como una amenaza, porque activan recuerdos profundamente dolorosos (Holmes, 2004).

Finalizaríamos retomando la propuesta del doble esfuerzo de acomodación y desafío. Al mismo tiempo que el terapeuta valida y respeta esas estrategias que el paciente siente tan necesarias para protegerse, ejercerá un constante contrapeso que permita acceder a esas dimensiones evitadas: focalizar en los aspectos afectivos y corporales que el evitativo desconsidera, reforzar el análisis intelectual y cognitivo en el paciente ambivalente, y poner orden en la confusión interna del desorganizado.

QUÉ SEGURIDAD BUSCO, QUÉ RESPUESTA NECESITO

El sistema de apego, activado automáticamente en la relación psicólogo-paciente, implica tres demandas básicas posiblemente vinculadas al desarrollo filogenético.

Lo primero: no ser devorado, no ser abandonado

El sistema de apego tiene su origen evolutivo en la necesidad de protección frente a depredadores o la soledad; por ello impele a buscar protección física, demandando del cuidador que conjure de peligros a la integridad (enfrentándose a la amenaza o ayudando a escapar). Lo que se necesita de la figura de apego es “dar la cara”. A veces esto se activará en terapia: el paciente requerirá de alguna manera gestos protectores más allá de mensajes verbales. Desde aquí reconsideraremos el valor que puede tener para un paciente el esfuerzo por encontrarle un hueco en la agenda, llamarle por teléfono en un momento de especial dificultad, o anticiparse a un problema que pueda surgirle. En otros momentos “dar la cara” significa algo más comprometido, para lo que algunos modelos no están preparados. Aunque a veces basta con una atmósfera de seguridad y tranquilidad (con encuentros regulares y comprometidos) para que las demandas de apego sean satisfechas, en ciertos pacientes (como en los trastornos límites de la personalidad), o algunos contextos de intervención psicosocial (familias desorganizadas, niños en ambientes marginales), proteger eficazmente requiere ir más allá del intercambio verbal, e intervenir en la vida del paciente: pronunciarse claramente ante decisiones vitales (en lugar de mantener neutralidad), ayudar en gestiones vitales, contactar con otras personas o instituciones, forzar ingresos hospitalarios, realizar gestiones fuera del despacho... Mientras que algunos modelos de psicoterapia las consideran incompatibles con la labor psicoterapéutica, otros las juzgan inevitables y procuran incluirlas en el proyecto terapéutico. Desde la Teoría del Apego ésta sería la opción más adecuada, porque responde a una necesidad que demanda respuesta.

Lo segundo: ser acogido emocionalmente

Sobre esa necesidad básica de seguridad física, los humanos experimentamos otra adicional, y hemos recurrido al sistema de apego para satisfacerla. No sólo sentimos peligro por un depredador, sino que las propias vivencias internas son vividas como un peligro; sensaciones desagradables (hambre, dolor), emociones (miedo, pena, rabia), pensamientos... son sentidos como peligros; la propia vivencia de angustia es recibida como una amenaza (el “miedo al miedo” en cuadros de ansiedad). Para estos peligros no necesitamos una figura físicamente fuerte enfrentándose al depredador, sino alguien emocionalmente receptivo, sensible al mundo interno, que entone con las emociones y valide las vivencias. Por otra parte, y aunque obviamente nos preocupa la supervivencia y el bienestar físico, somos una especie que se distingue por una preocupación inusual por el bienestar emocional (Watchel, 2017), y habríamos reclu-



tado el sistema de apego para garantizarlo. En la misma línea de “sofisticación evolutiva”, los humanos necesitamos la experiencia de ser reconocidos (ser comprendidos y sentirnos en la mente de otra persona) (Seligman, 2017). En relación a todas estas necesidades cubiertas desde el sistema de apego, vemos que aquí no se trata tanto de búsqueda de seguridad en la proximidad, cuanto de seguridad y placer en la intimidad.

¿Cómo atender en la intervención psicológica a estas necesidades? Poco podríamos añadir desde este texto porque uno de los grandes patrimonios de la psicoterapia reside precisamente en conceptos y técnicas que permiten establecer una relación interpersonal que las satisfaga. Así, desde propuestas tan clásicas como las de Rogers (1978) hasta las investigaciones recientes sobre los avatares de esa fina conexión emocional terapeuta-paciente (Safran y Muran, 2005), la Psicología no ha dejado de ofrecer herramientas para que este último se sienta emocionalmente acogido, y para que esta experiencia le resulte constructiva y terapéutica.

Lo tercero: permitirse aprender

La última gran contribución de la Teoría del Apego, propuesta por Peter Fonagy, subraya la importancia del intercambio comunicativo en nuestra especie. La creación de una “autopista” natural de transmisión de conocimiento entre los humanos es un proceso sometido a muchos avatares, y en el que participa el apego; así, en la relación de apego aprendemos una capacidad fundamental para la supervivencia social: abrir nuestra mente a la comunicación cuando es buena para nosotros (“confianza epistémica”), y mantener “vigilancia epistémica” cuando implique riesgos (Fonagy & Allison, 2014; Fonagy, Luyten & Allison, 2015). El elemento clave para ello es determinar si nuestro interlocutor nos enseña cosas que son relevantes, útiles, precisas y buenas para nosotros. La participación del apego y de la capacidad de mentalización en este aprendizaje hace que su activación implique una pregunta fundamental en cualquier proceso de comunicación (incluyendo el terapéutico): ¿puedo abrir mi mundo interno a los mensajes de mi interlocutor?. Este concepto aporta a la Teoría del Apego algo antes ausente y que le ha lastrado como teoría psicoterapéutica: una teoría del cambio (Fonagy & Campbell, 2017). Pero además, nos sensibiliza sobre el error de dar por supuesto que los terapeutas estamos validados a priori, que el paciente considerará nuestros mensajes relevantes, útiles, precisos y bienintencionados. Cada paciente viene con lo que es; su trayectoria vital puede haber generado desconfianza epistémica, que deberá convertirse en el primer objetivo (o requisito) de la intervención. Luchar por convertirse en una base segura (regularidad, constancia, compromiso), entonar con el paciente (ajuste) y establecer una comunicación que favorezca la mentalización, serían estrategias básicas para lograr aquello que erróneamente hemos dado por garantizado.

La existencia de tres dimensiones del apego lleva a cuestionarse si son manifestaciones de un solo sistema, o manifestaciones diferentes de un solo concepto global etiquetado como “apego” (Watchel, 2017). Más allá de esta disquisición teórica, esta sistematización nos ayuda a responder con mayor precisión a la diversidad de demandas que se comprimen en la relación terapéutica.

LO QUE SE APRENDE EN PAREJA

Un ambicioso y fascinante estudio dentro de la Teoría del Apego es la investigación longitudinal que L. Alan Sroufe y Byron Egeland lideran desde los años 70. Aunque sus implicaciones parecen dirigidas a la Psicología Evolutiva más que a la Clínica, sus implicaciones para ésta resultarían fundamentales.

El Minnesota Longitudinal Study of Parents and Children (Sroufe, 2005; Vaughn, 2005) utilizó el apego como el constructo que aportase organización a los cambios afectivos, cognitivos y conductuales que definen el desarrollo del niño. Sostener el apego de los hijos es una de varias funciones importantes de los padres, pero ocupa un lugar central en la jerarquía del desarrollo debido a su primacía: la relación de apego sería el núcleo alrededor del cual las otras experiencias son estructuradas. El apego permite al niño no ser devorado por depredadores, pero también constituye el marco donde aprender a auto-regularse emocionalmente, conectar afectivamente, descubrir la corporalidad, desarrollar el lenguaje, y un largo etcétera. Se convierte en el “nicho relacional” donde se desenvolverán otras facetas del crecimiento personal, una evolución compleja marcada por efectos no lineales (Cortina, 2013). Esa capacidad para imbricarse con otras variables quedará en evidencia cuando intentemos predecir qué va a ser del niño en el futuro. Esas predicciones (cómo le irá en el colegio, se adaptará social o laboralmente, o será su salud mental) necesitarán ineludiblemente una valoración del apego actual, pero serán realmente acertadas cuando combinemos éste con otros predictores; serán esas cosas que los padres hacen al mismo tiempo que constituyen una base segura para la exploración, un puerto de seguridad y una fuente de tranquilización para el niño angustiado (los sellos del apego).

Otro aspecto relevante del estudio Minnesota del que extraeremos implicaciones clínicas está en la importancia del apego en el desarrollo de la auto-regulación, también señalada desde otros lugares de esta teoría (Fonagy & Target, 2002). Se considera al apego como “la regulación diádica de la emoción” (el niño no puede auto-regularse, y se regula en una relación interpersonal). Ocurriría como en otras funciones básicas que se aprenden en pareja y finalmente se internalizan (procesos interpersonales se convierten en mecanismos intrapersonales). Así, lo que era un diálogo con un cuidador (“hijo, piensa bien lo que tienes que hacer ahora”) se convierte en un diálogo interno (“voy a pararme un momento a pensar antes de actuar”); un proceso de control externo (“¡niño, no hagas eso!”) pasa a conciencia moral (“no debería hacer esto”). Esta idea, de largo



recorrido en el pensamiento clínico, ha encontrado un respaldo en las Neurociencias, entendiendo el cerebro como un órgano abierto al exterior, a la relación interpersonal, que se construye internamente a partir de relaciones con el exterior (Siegel, 2013). A fin de cuentas el sistema de apego surgió para regular la distancia física respecto a la figura de apego; pero los humanos (a diferencia de otros mamíferos y de las aves) tardamos mucho en tener movilidad física para separarnos de nuestro cuidador, y pudiera ser que el apego haya acabado centrándose más en la regulación de la distancia emocional; y así, el apego en humanos es un asunto más de regulación de las emociones y de la confianza, que de seguridad física.

¿Cuáles son las implicaciones clínicas? Resumidamente la Teoría del Apego:

- ✓ Respalda propuestas que entienden la psicopatología como problemas de auto-regulación. En la búsqueda de dimensiones transdiagnósticas, incluir esos déficits en la traslación de procesos hetero-reguladores a mecanismos de auto-regulación (de las emociones, pensamientos y conductas) contribuye a entender la patología y el proceso terapéutico; éste sería concebido como un nuevo intento de crear una relación diádica que permita la co-regulación de procesos, y finalmente la interiorización (y autonomización) de esa capacidad.
- ✓ Revela el papel fundamental de las rupturas y reparaciones en esos estrechos intercambios comunicativos. En investigaciones próximas a esta Teoría (por ejemplo, Stern, 1997) se sostiene que el elemento determinante de la calidad de la relación de apego no es el mantenimiento de la conexión en la diada (puesto que los fallos de ajuste son frequentísimos) sino la capacidad del cuidador para reparar esas frecuentes rupturas de la conexión (percatarse de ello y retomar la conexión). Esto tiene implicaciones terapéuticas: saber que lo más importante no es la acomodación al paciente, sino la re-acomodación después de un desencuentro, impele a dirigir un escrutinio constante a la evolución del contacto, detectar con rapidez las rupturas, e implementar técnicas para repararlas, porque aquí residiría un elemento terapéutico fundamental. Esto es explorado fructíferamente por investigadores del proceso terapéutico inspirados por el apego, entre los que destaca Jeremy D. Safran (véase por ejemplo Miller-Bottome et al., 2019).
- ✓ Como muestra el estudio Minnesota (Suess & Sroufe, 2005):
 - La importancia de cómo los niños son tratados por sus padres comienza en los momentos tempranos de la vida; por tanto, hay que comenzar pronto con las intervenciones, y apoyar la relación cuidador-hijo.
 - Se requieren intervenciones complejas, que atiendan a: 1) la influencia de la historia acumulativa de cuidado y adaptación en el pasado; y 2) las experiencias y apoyo en el presente. El mejor predictor del desarrollo es la totalidad de la historia de cuidado, así que las intervenciones deben ser complejas, no aisladas. Dado que las

relaciones de pareja de los adultos que cuidan del niño son importantes, hay que añadir elementos de terapia de pareja a los programas de intervención temprana. Y puesto que conforme el niño crece va influyendo más en su entorno, reforzando el tipo de relación que le ha sido impuesto, hay que considerar los círculos de auto-mantenimiento de relaciones disfuncionales.

RECURSOS FORMALIZADOS PARA EVALUAR E INTERVENIR

Hemos revisado las grandes aportaciones de la Teoría del Apego a la práctica clínica, y en este apartado ofreceremos breves pinceladas ilustrativas de recursos de evaluación y tratamiento.

En el ámbito de la evaluación, más allá de los habituales cuestionarios hay propuestas novedosas y enriquecedoras. Aunque muchas adolecen de estar excesivamente orientadas a la investigación y ser poco trasladables al entorno clínico, contienen aportaciones interesantes para el psicoterapeuta. Por ejemplo, la Adult Attachment Interview (AAI), de difícil y laboriosa aplicación pero cuya propuesta resulta fascinante: puesto que los patrones lingüísticos están perfilados por el apego (Holmes, 2017b), la *forma* en que hablamos de nuestros patrones de relación es más revelador que el *contenido* de nuestro mensaje sobre aquellos, lo que obliga a cambiar el foco de atención ante el discurso del paciente. También destaca la evaluación de narrativas infantiles mediante la construcción conjunta de historias, con pruebas como The MacArthur Story Stem Battery o el Attachment Completion Story Test; en ellas se escenifican con muñecos pequeños el inicio de una historia familiar en la que se activaría el sistema de apego, y el niño la completará con una narrativa que posiblemente refleje sus esquemas internos de apego (Emde, Wolf & Oppenheim, 2014; Galán, 2018). Un tercer ejemplo ilustrativo lo encontramos en el Procedimiento de Situación Extraña, un diseño de observación en laboratorio que permitió delimitar los patrones básicos de apego; podemos inspirarnos en ella para generar adaptaciones más cercanas a la realidad asistencial, como la propuesta en los "Practice Parameters" de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (Boris & Zeanah, 2005). Los clínicos dispuestos a hacer adaptaciones ajustadas a su práctica profesional podrán obtener indudables beneficios de estas herramientas.

En este brevísimo repaso finalizamos con formatos de tratamiento. Aunque difícilmente se puede hablar de una "terapia del apego" (en cuanto propuestas directa y exclusivamente fundamentadas en esta teoría), su presencia en algunos formatos terapéuticos es innegable:

- ✓ Ha aportado conceptos y metáforas muy sugerentes y útiles en el proceso terapéutico, como "puerto seguro" y "base segura"; posiblemente sea la teoría que mejor ha combinado una lectura científica con un acercamiento poético (sugerente, "tierno", evocativo) al abordar ese acople íntimo entre una persona vulnerable y quien intenta ayudarla.
- ✓ Ha sido reclutada por escuelas de terapia donde faltaba



un aporte adicional que proporcionaba la Teoría del Apego, incluso en modelos inicialmente muy alejados de ella, como el Sistémico (Crittenden & Dallos, 2009). También ha encontrado encaje en ámbitos específicos, como (en propuestas muy recientes) el tratamiento del trauma en relaciones cercanas (Allen, 2013) o el trastorno límite de la personalidad (Serván, 2018). Esta Teoría apela a procesos evolutivos básicos, y a un factor específico implicado en todo proceso terapéutico (Goodman, 2009), lo que hace inevitable su presencia, con independencia del modelo de trabajo; en este sentido, el apego remite a lo que Holmes (2017b) denomina “meta-competencias”.

- ✓ Ha inspirado propuestas terapéuticas con la Teoría del Apego como pilar central, como la Terapia Basada en la Mentalización (Allen, Fonagy & Bateman, 2008), especialmente reconocida en el tratamiento de los trastornos límites de la personalidad (Bateman & Fonagy, 2013, 2016), pero también en programas destinados a mejorar la parentalidad (Slade, 2006). Probablemente sea en el ámbito de la infancia donde encontremos las propuestas más innovadoras y creativas, como el Attachment Biobehavioral Catch-up (ABC) de Mary Dozier (véase Grube & Liming, 2018) y el Circle of Security Project (Marvin, Cooper, Hoffman & Powell, 2002); o el uso de grabaciones de interacciones cuidadores-hijos, una estrategia incorporada en varios programas y cuyo inicio se sitúa en trabajos de investigación en torno al ajuste comunicacional madre-bebé (Beebe, 2014).

Finalizaríamos subrayando cómo la Teoría del Apego ha impulsado una forma específica de relacionarse con el paciente, donde la proximidad, la disponibilidad y el cuidado emocional comprometido son elementos fundamentales; si bien no tiene la exclusividad de este tipo de relación terapéutica, posiblemente ha sido la que de una manera más firme y asentada científicamente la ha defendido.

CONCLUSIONES

Más allá de los aspectos inspiradores y sugerentes de la Teoría del Apego, ésta ofrece al clínico herramientas sumamente valiosas. Así, ayuda a identificar aspectos cruciales de las dificultades para gestionar la vulnerabilidad (dando claves para manejar cuestiones fundamentales de la relación terapéutica) y ofrece útiles mapas del funcionamiento del paciente (manejo de su mundo interno, gestión de la relación interpersonal) que nos permiten conceptualizar y manejar mejor la intervención. Además, proporciona herramientas de evaluación y de tratamiento, y ofrece una propuesta científicamente sostenida relativa al elemento central del proceso terapéutico: la relación.

Mientras ofrece estos recursos, ilumina realidades humanas relevantes en el ámbito clínico-terapéutico, como el valor de las experiencias tempranas (de un buen cuidado, y traumáticas), y la importancia de una figura protectora para el desarrollo personal (regulación del afecto, despliegue de la intimidad, desarrollo de la capacidad de establecer contacto

intersubjetivo...). Quizá esto explique que, sin ser una teoría exclusivamente clínica ni desarrollarse como una práctica psicoterapéutica específica, ejerce una influencia enorme en psicoterapia, impregnando de manera fundamental nuestra cultura psicoterapéutica.

En definitiva, nos encontramos ante una teoría muy sugerente y valiosa. Pero puede morir de éxito si perdemos el rigor conceptual o nos quedamos en atractivas formulaciones genéricas. Así, tiene implicaciones prácticas que hemos ido señalando a lo largo de todo el artículo, y que nos han llevado al convencimiento de que enriquecerán la práctica de cualquier clínico que decida implementarlas.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

REFERENCIAS

- Allen, B. (2011). The use and abuse of attachment theory in clinical practice with maltreated children. Part I: diagnosis and assessment. *Trauma, Violence & Abuse, 12*, 3-12.
- Allen, B. (2016). A RADical idea: A call to eliminate “Attachment disorder” and “Attachment therapy” from the clinical lexicon. *Evidence-based Practice in Child and Adolescent Mental Health, 1*, 60-71.
- Allen, J.G. (2013). *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. London: Karnac Books.
- Allen, J.G., Fonagy, P., & Bateman, A.W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-based Treatment. *Psychoanalytic Inquiry, 33*, 595-613.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2016). *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad*. Bilbao: DDB.
- Beebe, B. (2014). My journey in infant research and psychoanalysis: microanalysis, a social microscope. *Psychoanalytic Psychology, 31*, 4-25.
- Bennett, S., & Nelson, J.K. (Eds.) (2010). *Adult attachment in clinical social work: Practice, research and policy*. New York: Springer.
- Bettman, J.E., & Friedman, D.D. (Eds.) (2013). *Attachment-based clinical work with children and adolescents*. New York: Springer.
- Boris, N.W., & Zeanah, C.H. (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with Reactive Attachment Disorder of infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*, 1206-1219.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós.
- Cortina, M. (2013). The use of Attachment Theory in the clinical dialogue with patients. *Psychodynamic Psychiatry, 41*, 397-418.
- Crittenden, P. (2006). A dynamic-maturational model of at-



- achment. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 27, 105-115.
- Crittenden, P.M., & Dallos, R. (2009). All in the family: Integrating attachment and family systems theories. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14, 389-409.
- Eagle, M.N. (2017). Attachment Theory and research and clinical work. *Psychoanalytic Inquiry*, 37, 284-297.
- Emde, R.N., Wolf, D.P., & Oppenheim, D. (Eds.) (2014). *Revealing the inner worlds of young children*. New York: Oxford University Press.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51, 372-380.
- Fonagy, P., & Campbell, C. (2017). Bad blood: 15 years on. *Psychoanalytic Inquiry*, 37, 281-283.
- Fonagy, P., Luyten, P., & Allison, E. (2015). Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: A new conceptualization of Borderline Personality Disorder and its psychosocial treatment. *Journal of Personality Disorders*, 29, 575-609.
- Fonagy, P., & Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 307-335.
- Galán, A. (2016). La Teoría del Apego: confusiones, delimitaciones conceptuales y desafíos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 36, 45-61.
- Galán, A. (2018). En busca de la dimensión clínica del apego a través de las narrativas infantiles. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 65, 35-46.
- Galán, A. (2019). La dimensión clínica de la Teoría del Apego, ¿una promesa aún incumplida?. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 33, 35-44.
- Goodman, G. (2009). *Therapeutic attachment relationships*. Lanham: Jason Aronson.
- Grube, W.A., & Liming, K.W. (2018). Attachment and Bio-behavioral Catch-up: A systematic review. *Infant Mental Health Journal*, 39, 656-673.
- Holmes, J. (2004). Disorganized attachment and borderline personality disorder: A clinical perspective. *Attachment & Human Development*, 6, 181-190.
- Holmes, J. (2017a). Roots and routes to resilience and its role in psychotherapy: A selective, attachment-informed review. *Attachment & Human Development*, 19, 364-381.
- Holmes, J. (2017b). Attachment, Psychoanalysis, and the search for a 21st-century psychotherapy practice. *Psychoanalytic Inquiry*, 37, 309-318.
- Liotti, G. (2011). Attachment disorganization and the controlling strategies: An illustration of the contributions of Attachment Theory to developmental psychopathology and to psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 21, 232-252.
- Liotti, G. (2017). Multimotivational approach to attachment-informed psychotherapy. *Psychoanalytic Inquiry*, 37, 319-331.
- Lyons-Ruth, K., & Spielman, E. (2004). Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting: integration attachment research with clinical intervention. *Infant Mental Health Journal*, 25, 318-325.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., & Powell, B. (2002). The circle of security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment & Human Development*, 4, 107-124.
- Miller-Bottome, M., Talia, A., Eubanks, C.F., Safran, J.D., & Muran, J. (2019). Secure in-session attachment predicts rupture resolution: Negotiating a secure base. *Psychoanalytic Psychology*, 36, 132-138.
- Oppenheim, D., & Goldsmith, D.F. (Eds.) (2007). *Attachment theory in clinical work with children: bridging the gap between research and practice*. New York: The Guildford Press.
- Rogers, C. (1978). *Orientación psicológica y psicoterapia*. Madrid: Narcea.
- Safran, J.D., y Muran, J.C. (2005). *La alianza terapéutica*. Bilbao: DDB.
- Seligman, S. (2017). Recognition and reflection in infancy and psychotherapy: Convergences of attachment research with Psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry*, 37, 298-308.
- Serván, I. (2018). Apego y organizaciones límites: Ajustes en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 111, 93-109.
- Siegel, D.J. (2013). *La mente en desarrollo*. Bilbao: DDB.
- Slade, A. (2006). Reflective parenting programs: Theory and development. *Psychoanalytic Inquiry*, 26, 640-657.
- Sroufe, L.A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, 7, 349-367.
- Stern, D.N. (1997). *La constelación maternal*. Barcelona: Paidós.
- Suess, G.J., & Sroufe, J. (2005). Clinical implications of 'The development of the person'. *Attachment & Human Development*, 7, 381-392.
- Talia, A., Miller-Bottome, M., & Daniel, S.I.F. (2017). Assessing attachment in psychotherapy. Validation of the Patient Attachment Coding System (PACS). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24, 149-161.
- Vaughn, B.E. (2005). Discovering pattern in developing lives: Reflections on the Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, 7, 369-380.
- Wallin, D.J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Watchel, P. (2017). Attachment theory and clinical practice: A cyclical psychodynamic vantage point. *Psychoanalytic Inquiry*, 37, 332-342.
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Madrid: Pirámide.





MANUAL PARA PSICÓLOGOS EDUCATIVOS. TEORÍA Y PRÁCTICAS

Cándido J. Inglés, Cecilia Ruiz-Esteban,

María S. Torregrosa (Coords.)

Madrid: Pirámide, Septiembre, 2019

<https://www.edicionespiramide.es/libro.php?id=5985940>

Jesús de la Fuente Arias

Universidad de Navarra

La *Psicología de la Educación* -como campo disciplinar de conocimiento- así como el *Psicólogo Educativo* -como campo profesional aplicado - necesitan herramientas que permitan visualizar dicha práctica profesional. Este Manual aporta una visión importante, integrando ambas vertientes, en el ámbito escolar, lo que permite a los lectores profundizar en problemáticas relevantes desde el punto de vista del profesional aplicado.

Precisamente por lo anterior, este *Manual para Psicólogos Educativos (teoría y prácticas)* es una contribución relevante, al aportar fundamentación teórica, elementos de práctica profesional y, sobre todo, una visión identitaria -de gran valor profesionalizante- para esta rama de la Psicología. Aunque con estructura académica, el presente Manual permite realizar un repaso por diferentes áreas profesionales de intervención psicoeducativa.

En primer lugar, realiza una introducción del Área de Conocimiento Psicoeducativo y del rol del Psicólogo Educativo, justificando este enfoque a la hora de abordar diversas problemáticas recurrentes con las que se encuentran los profesionales Psicólogos Educativos en su práctica cotidiana. Esta cuestión no es de menor importancia, ya que permite reconceptualizar y fundamentar las bases epistemológicas e identitarias del Psicólogo Educativo, como profesional especializado del ámbito educativo. De hecho, tras la creación de la figura de *Orientador Psicopedagógico* - como profesional generalista-, la figura profesional del *Psicólogo Educativo* -como especialista y experto en procesos psicológicos de desarrollo, aprendizaje y enseñanza-, ha quedado bastante desdibujada tras esa definición profesional instaurada por la Administración Educativa española. Por todo ello, es de gran importancia para reflexionar, así como para redefinir roles y ámbitos profesionales de intervención.

Posteriormente, diversos capítulos permiten tomar contacto con la problemática de la *Evaluación e Intervención en el área de la acción tutorial*, en lo referido a la optimización de los procesos de desarrollo y aprendizaje, a través del proceso de enseñanza en contexto escolar. Así, se aborda la problemática de las *variables meta-motivacionales y meta-afectivas* en el contexto escolar (cap. 3) y los problemas conducta en el aula o el ciberacoso entre iguales (cap. 6), ambos de gran actualidad académica, investigadora y profesional. También se abordan aspectos relativos a la organización del aula, en trabajo cooperativo (cap. 7), con gran relevancia en los procesos de innovación relativa al aprendizaje y enseñanza del au-

la. Una problemática que merece especial atención es la referida a la *mejora de la participación y compromiso de las familias* en los procesos educativos de sus hijos (cap. 8), aspecto irrenunciable si se considera el valor predictivo de este factor respecto al proceso de desarrollo y de aprendizaje del alumnado.

También tienen un peso considerable los capítulos dedicados al área de la *Atención a la diversidad y las NEE*, en los que se abordan las *dificultades de orden cognitivo* (cap. 3) y *las dificultades en el aprendizaje escolar* (cap. 4), así como la problemática del *rechazo*, la *ansiedad* y el *absentismo escolar* (cap. 5), aspectos todos especialmente relevantes en la definición de los factores causales psicosociales del rendimiento académico y del abandono de la formación básica del alumnado.

Finalmente, un capítulo transversal, referido a las *TICs en el aula*, permite vislumbrar la relevancia de estas herramientas tecnológicas como recurso para llevar a cabo la Innovación Tecnológica en los procesos educativos. Este capítulo, por tanto, permite visibilizar la relevancia de los recursos tecnológicos en la práctica profesional y abre las puertas al uso de innovaciones de todo tipo, aplicadas a la evaluación y mejora de las experiencias educativas.

Por tanto, la bondad de este Manual reside, esencialmente, en aportar una visión netamente psicoeducativa en la identificación de los problemas, los procesos de evaluación y las estrategias de intervención asumidas. Aunque el Manual no agota todas las problemáticas y campos de intervención psicoeducativa, existentes en la citada práctica profesional -por ejemplo, las referidas al ámbito de la Área de Orientación Vocacional, quedan sin abordar- las aportaciones realizadas son una buena puesta a punto teórica y práctica, que servirá tanto para la formación de los futuros profesionales como al reciclaje de los profesionales en activo. De hecho, la estructura elegida, en la que se presentan actividades aplicadas de aprendizaje para los contenidos teóricos, son esenciales para la construcción procedimental de los procesos de toma de decisiones profesionales.

En conclusión, este Manual es una contribución relevante para los aprendizajes conceptuales, procedimentales y actitudinales, que permitan la construcción de las competencias académico-profesionales establecidas para el ámbito de la disciplina *Psicología de la Educación*, recogidas en los Planes de Estudio de las Facultades de Psicología españolas. Esperemos, por tanto, que no sólo contribuya al estudio de los fundamentos y procesos psicoeducativos, sino que también ayude a incrementar el compromiso profesional del profesorado y del alumnado con la Profesión, en esta rama de la Psicología. Muy necesitamos estamos de ello. Parece razonable asumir que no sólo es importante que nuestro alumnado sepa Psicología y sepa tomar decisiones profesionales, sino que también se sienta identificado con el perfil profesional de Psicólogo Educativo. Sólo de esta forma podremos concluir que su formación les ha hecho *competentes* como *Psicólogos/os Educativa/os*.

Dr. Jesús de la Fuente Arias es *Catedrático de Psicología Evolutiva y de la Educación (Universidad de Navarra)* y *Miembro de Reconocido Prestigio en la División de Psicología Educativa (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos de España)*.



TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA LA PSICOSIS

Eduardo Fonseca Pedrero (Coord.).

Madrid: Pirámide, 2019

<https://edicionespiramide.es/libro.php?id=5641422>

Jose Errasti Pérez¹ y Emilio López Navarro²

¹Universidad de Oviedo. ²Universidad de las Islas Baleares

SIMPLIFICAR TODO LO QUE SE PUEDA, PERO NO MÁS

Uno de los tópicos más perniciosos a los que ha tenido que enfrentarse la Psicología Clínica desde su aparición en el siglo pasado es el que sugiere que las intervenciones que les cabe realizar a estos profesionales pueden ser muy efectivas ante problemas "meramente" afectivos o emocionales, fundamentalmente centrados en la ansiedad o la depresión, y clásicamente agrupados bajo la etiqueta de "neurosis", pero que, por el contrario, tal tipo de intervenciones no serían válidas ante problemas "más graves", en donde están presentes alteraciones del pensamiento y la percepción, y clásicamente agrupados bajo la etiqueta de "psicosis". Subyacen a este tópico muchas ideas implícitas que se asumen como ciertas sin demostración, pero la principal de ellas es la que apuntaría al origen biológico de los trastornos psicóticos contra el papel mucho menor que la biología desempeñaría en la génesis de los trastornos neuróticos. Esta diferente carga biológica, incluso genética, explicaría que el abordaje principal de la esquizofrenia y otras psicosis correspondiera a los profesionales de la medicina, que podrían verse ayudados ocasionalmente por los psicólogos, pero siempre desde una posición subalterna.

La reciente publicación del manual "Tratamientos psicológicos para la psicosis", coordinado por el profesor de la Universidad de La Rioja Eduardo Fonseca y editado por Pirámide, debería servir para desenterrar por completo este tópico. A lo largo de más de quinientas páginas, el volumen va recorriendo todos los ámbitos de un fenómeno tan complejo y multifactorial como son las psicosis, recogiendo lo que la psicología puede aportar situándose en una escala personal, fenoménica, operante, lingüística, contextual, funcional, es decir, en la misma escala a la que se nos dan este tipo de trastornos. Siguiendo la máxima de Albert Einstein, según la cual en ciencia conviene simplificar los objetos de estudio todo lo que se pueda, pero no más de lo que se puede, la psicología demuestra tener herramientas para enfrentarse a las psicosis que al menos no incurrir en reduccionismos fisiológicos, y analiza estos contenidos clínicos manteniéndose en el nivel de sus partes formales, dotadas de significado, sin caer en los fisicalismos tan propios del modelo biomédico que lleva ya un siglo sin aportar avances concluyentes.

Sin demérito de ningún capítulo, resulta especialmente sólido y estimulante el arranque del manual, en donde el propio Eduardo Fonseca junto con Serafín Lemos ofrecen una visión de conjunto del síndrome psicótico con vocación de convertirse en texto canónico para estudiantes de psicopatología, dando paso a que Marino Pérez y José Manuel García Montes ensayen una filosofía de la ciencia aplicada a la Psicología Clínica, con especial atención a una idea de persona que precisamente acoja el juego de articulaciones de

identidad y alteridad que parecen estar practicándose en el trastorno esquizofrénico. Y a partir de ahí, el volumen recorre ámbitos de evaluación y tratamiento, en donde podemos encontrar desde capítulos sobre intervenciones clásicas, centradas en la psicoeducación y el desarrollo de habilidades sociales, -atenidas a una lógica cognitivo-conductual que hoy llamaríamos "de segunda generación"-, hasta descripciones de tratamientos que suponen en el momento actual la vanguardia de las intervenciones psicológicas en psicosis.

En este último aspecto, el manual de Fonseca alcanza la excelencia, al ofrecer al lector textos sobre terapias tan novedosas, situadas tan en primera línea, como los capítulos dedicados a la terapia metacognitiva y a los avances en terapias contextuales para la psicosis, suponiendo éstas últimas en la actualidad la línea de investigación más sólida que enlaza la teoría psicológica sobre procesos básicos de la conducta con la investigación clínica sobre psicosis. Los últimos capítulos del libro plantean una curiosa tensión en el lector, al recoger, por un lado, los desarrollos de nuevas tecnologías aplicados a la intervención en el espectro psicótico con la terapia AVATAR y el proyecto HORIZONS, y, por otro lado, la presentación de Diálogo Abierto, una intervención heredera de la mejor tradición psicoterapéutica, centrada en la consideración global de la persona y la relación a través de la palabra en contextos de respeto y atención. Un siglo después, hemos vuelto a la *talking cure*.

Un último aspecto que llama la atención en el volumen coordinado por Fonseca es la rica estructura de los capítulos, que añade a los textos habituales apartados nuevos de casos clínicos -presentados por los propios pacientes o por los profesionales-, pequeños glosarios con concisas explicaciones sobre los términos principales usados en el capítulo, una lista de recursos en internet sobre los temas tratados y una breve bibliografía comentada, magnífico complemento de las listas de referencias que cierran habitualmente los artículos. De esta manera, el manual adquiere una dimensión didáctica sobresaliente, que lo hace especialmente adecuado para su uso universitario y de postgrado -el PIR, claro-.

Contra los que confunden órgano y organismo, y aplican una lógica de fenómeno meramente fisiológico a un pensamiento paranoico o a una alucinación de voces dotadas de significado y contenido, se defiende una visión del ser humano no descompuesta en un muestrario de tejidos internos, sino integrada en un mundo externo que le constituye como persona. Contra la inercia que lleva a entender problemas tan serios como las psicosis desde modelos biomédicos, que los adoptaron en su momento por motivos más propios de la sociología que de la epistemología, se defiende una reflexión crítica sobre la naturaleza de estos fenómenos y su reubicación en unas ciencias capaces de trabajar con lo que es propio de la conducta humana sin recortarla en un lecho de Procusto farmacológico. Estamos ante un libro de importancia indiscutible dentro de la psicología española, llamado sin duda a convertirse en una referencia, el patrón contra el que puedan medirse futuros manuales que aborden los avances psicológicos en el campo del espectro psicótico. La valentía del proyecto que ha abordado Eduardo Fonseca y la calidad del resultado final deberían marcar el camino de la Psicología Clínica española en el futuro.

Solicita

TU CORREO ELECTRÓNICO
cop.es

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

¡Infórmate en tu Colegio!



MIEMBRO ASOCIADO INTERNACIONAL CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA

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

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

SOLICITUD

MIEMBRO ASOCIADO INTERNACIONAL CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA

Sólo para
residentes fuera
del territorio
español

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

FORMA DE PAGO: 20 euros (25 dólares USA)

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

Tarjeta de crédito: Visa MasterCard American Express

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

Firma

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



Normas para la publicidad en las publicaciones del Consejo General de la Psicología de España

La Junta de Gobierno del COP ha tomado la decisión de acomodar, de forma más efectiva, el contenido de la publicidad que se inserta en sus publicaciones con los principios que respalda públicamente en torno a la defensa de la Psicología como ciencia y profesión.

La publicidad que se inserte en los medios de comunicación del COP se atenderá, en todos los casos, a los principios éticos, de decoro y de defensa de la Psicología como ciencia y profesión que son exigibles a una organización como el COP.

En este sentido, y desde hace ya bastante tiempo, la Organización Colegial ha venido manteniendo, en diversos foros tanto oficiales como profesionales, que la formación post-grado, referida explícitamente a algún ámbito de la Psicología, debería estar encaminada únicamente a psicólogos. Así mismo, el COP, en su calidad de miembro de la EFPA (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos), está comprometido con el desarrollo del Certificado de Acreditación para Psicólogos Especialistas en Psicoterapia, y los principios que lo sustentan, siendo uno de los más relevantes, la consideración de que la formación especializada en Psicoterapia debe estar ligada a una formación básica en Psicología, y articulada en torno a unos criterios exigentes de calidad.

En consecuencia, y con el ánimo de dar un mensaje claro y coherente a nuestros colegiados y a la sociedad en general, la publicidad de post-grado que se inserte en las publicaciones del COP deberá guardar las siguientes normas:

1 Cuando se inserte publicidad en alguna de las publicaciones del Consejo General de la Psicología de España (Infocop, Infocop Online, Papeles del Psicólogo, Psychology in Spain, Boletines de distribución por correo electrónico) que haga referencia expresa o implícita a formación postgrado en algún campo de la Psicología, dicha formación deberá estar dirigida únicamente a psicólogos, y el texto del anuncio deberá decir expresamente que dicha formación está dirigida únicamente a psicólogos.

2 Cuando se inserte publicidad en alguna de sus publicaciones (Infocop, Infocop Online, Papeles del Psicólogo, Psychology in Spain, Boletines de distribución por correo electrónico) que haga referencia expresa o implícita a formación en el campo de la Psicoterapia, dicha formación deberá estar dirigida únicamente a médicos y psicólogos, y el texto del anuncio deberá decir expresamente que dicha formación está dirigida únicamente a psicólogos o médicos.

3 En ningún caso, los anuncios insertados en cualquier publicación colegial podrán incluir referencia alguna a acreditaciones concedidas por sociedades nacionales o internacionales que no hayan suscrito los correspondientes acuerdos de reconocimiento mutuo con la EFPA (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos) o el Consejo General de la Psicología de España. Se excluyen de esta norma las acreditaciones concedidas por organismos oficiales españoles.

Consejo General de la Psicología de España



CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA

INFOCOP

REVISTA DE PSICOLOGÍA

¡Todos los números publicados en la web!

www.infocop.es



FOCAD

INFÓRMATE

Formación Continuada a Distancia
Consejo General de la Psicología de España

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

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



FORMACIÓN
continuada a
DISTANCIA

FOCAD

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

www.focad.es



INFOCOP ONLINE

HAY MUCHAS FORMAS DE COMUNICACIÓN ...

UNA PÁGINA 'VIVA' DE CONSULTA PARA PROFESIONALES, DOCENTES Y ESTUDIANTES

www.infocoponline.es

www.cop.es

La Web de todos los
profesionales de la
Psicología



www.papelesdelpsicologo.es

Todos los Contenidos
publicados On line

Miles de artículos de Psicología
a tu alcance



www.infocop.es

*Tus noticias siempre
al día*

Normas de Publicación

Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers

1 Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers es una revista bilingüe que publica en español e inglés trabajos referidos al campo profesional de la psicología, principalmente en su vertiente aplicada y profesional.

2 Los trabajos remitidos para publicación habrán de ser inéditos y no enviados simultáneamente a otra revista.

3 La preparación de los originales ha de atenerse a las normas de publicación de la APA (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association (6th ed.)*. Washington, DC: Author. <http://www.apastyle.org>.

4 Los trabajos tendrán una extensión máxima de 6000 palabras (que incluirá las referencias bibliográficas, figuras y tablas).

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

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

6 Todos los documentos que publique Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers serán previamente evaluados de forma anónima por expertos, para garantizar la calidad científica y el rigor de los mismos, así como su interés práctico para los lectores. Podrían no ser evaluados aquellos trabajos empíricos y de corte experimental, más apropiados para las revistas especializadas; manuscritos cuyo estilo de redacción fuese también muy especializado y que no se ajustase al espectro de los lectores de la revista; originales que aborden cuestiones que hubieran sido ya recientemente tratadas y que no ofrecieran contribuciones relevantes a lo publicado; o trabajos cuya redacción no estuviera a la altura de la calidad exigible.

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

Una vez que un manuscrito ha sido remitido con éxito a través del sistema online, los autores pueden hacer un seguimiento de su estado mediante el sistema de envío online (por correo electrónico se proporcionarán los detalles al respecto).

Una vez completado el envío, el sistema genera automáticamente un documento electrónico (PDF), que será utilizado para la revisión. Toda correspondencia, incluida la decisión del Director y la propuesta de modificaciones se procesarán por el sistema y serán recibidas por el autor, mediante correo electrónico.

Los autores podrán enviar dudas acerca del proceso de envío o los procesos de publicación a los Editores mediante el siguiente formulario:

<http://www.papelesdelpsicologo.es/contacto>

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

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

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

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

Otro aspecto de la nueva política de la revista tiene que ver con **Conflicto de Intereses**. Todos los autores deben manifestar si existe algún conflicto de intereses potencial de tipo económico o de otras relaciones con personas y organizaciones.

Los puntos de vista, opiniones, hallazgos, conclusiones y recomendaciones planteados en cualquier artículo remitido a Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers pertenecen a sus autores y no necesariamente reflejan posiciones de la Revista o de sus Editores.



Consejo General de la Psicología ESPAÑA

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

COLEGIOS OFICIALES DE PSICÓLOGOS

COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE ÁLAVA



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL



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

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

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE ANDALUCÍA ORIENTAL



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

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

COLEGIO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA DE ARAGÓN



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE BIZKAIA



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

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

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE CANTABRIA



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

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

COLEGIO OFICIAL DE LA PSICOLOGÍA DE CASTILLA-LA MANCHA



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA CASTILLA Y LEÓN



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

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

COLEGI 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.cat

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE CEUTA



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

Teléf.: 856 20 80 01

COL-LEGI OFICIAL DE PSICOLOGIA COMUNITAT VALENCIANA



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE EXTREMADURA



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

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

COLEXIO OFICIAL DE PSICOLOXÍA DE GALICIA



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

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

COLEGIO OFICIAL DE LA PSICOLOGÍA DE GIPUZKOA



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

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

COLLEGI OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE LES ILLES BALEARS



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

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

COLEGIO OFICIAL DE LA PSICOLOGÍA DE MADRID



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS MELILLA



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

Teléf.: 952 68 41 49

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE NAVARRA



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

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

COLEGIO OFICIAL DE LA PSICOLOGÍA DE LAS PALMAS



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE LA REGIÓN DE MURCIA



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

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

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS LA RIOJA



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

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

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE SANTA CRUZ DE TENERIFE



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

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

