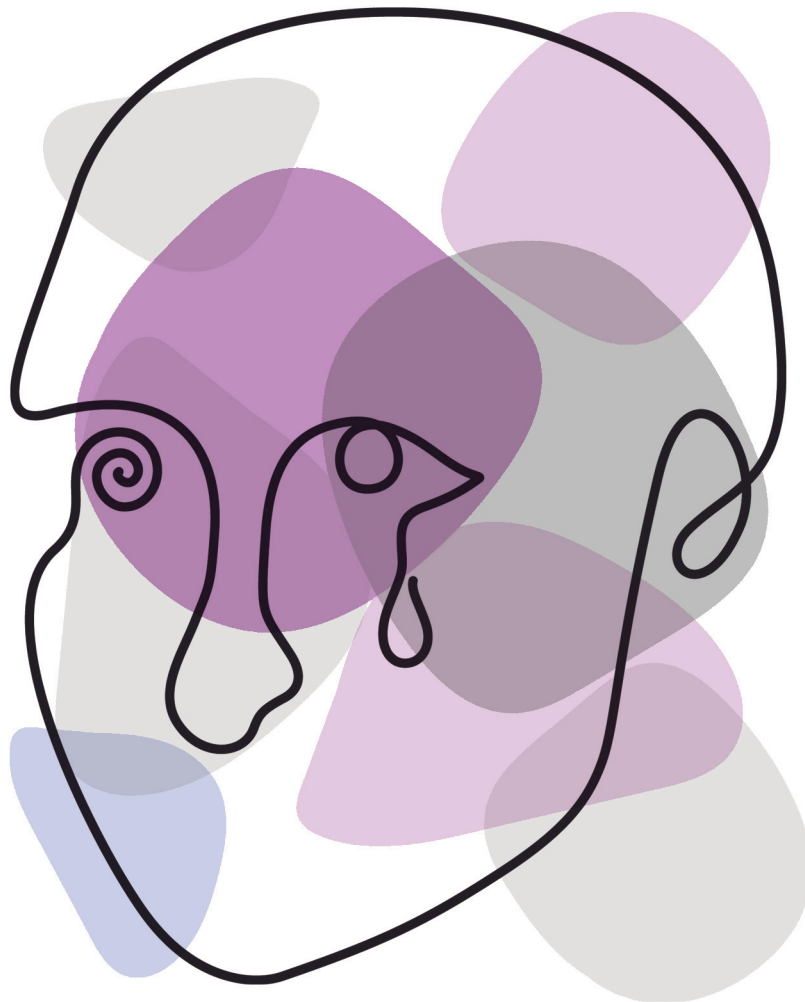


# PAPELES DEL PSICÓLOGO

## PSYCHOLOGIST PAPERS

CONDUCTAS SUICIDAS Y AUTO-AGRESIÓN NO SUICIDA



---

ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO DE REVISTAS - DEL COP AL CONSEJO GENERAL -  
EXPLOTACIÓN SEXUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA - PSICOTERAPEUTAS  
EXPERTOS - SERVICIO INFANTO-JUVENIL ANTE EL COVID-19 -  
EVALUACIÓN DEL ACOSO ESCOLAR - DETERIORO DEL LENGUAJE EN LA AFASIA

---

**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 lo 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

- 161.** Conducta suicida y periodo perinatal: Entre el tabú y la incompreensión  
*Susana Al-Halabí, Juan García-Haro, María de la Fe Rodríguez-Muñoz and Eduardo Fonseca-Pedrero*
- 170.** Análisis bibliométrico de las revistas españolas de psicología indexadas en el emerging source citation index (2018-2020)  
*Raül Quevedo-Blasco, Noelia Ruiz-Herrera y Alejandro Guillén-Riquelme*
- 177.** De Colegio Oficial de Psicólogos a Consejo General de Colegios. Posicionamiento nacional y proyección internacional  
*Macarena Tortosa-Pérez, Jesús Santolaya Prego de Oliver, Francisco Santolaya and Francisco Tortosa*
- 193.** Explotación sexual comercial infantil y adolescente: Una aproximación a la situación en España  
*Noemí Pereda, Marta Codina y Bárbara Kanter*
- 200.** Desafíos asociados al estudio de psicoterapeutas expertos  
*Felipe Concha Aqueveque*
- 207.** Autolesión no suicida: Conceptualización y evaluación clínica en población hispanoparlante  
*Juan Faura-García, Esther Calvete Zumalde and Izaskun Orue Sola*
- 215.** La reorganización de un servicio comunitario de salud mental infantil y juvenil ante la pandemia de COVID-19  
*Patricia Escalona-Zorita, Áurea Moreno-Mayós, Gloria Bellido-Zanin, Raül Vilagrà-Ruiz, Núria Junyent-Freixenet, Juan José Franco and Mercè Teixidó*
- 222.** Análisis comparativo de instrumentos destinados a la evaluación del acoso escolar  
*María Victoria González Laguna and María Arrimada García*
- 230.** Encuentro en el medio: Enfoque de Luria y enfoque cognitivo para el deterioro del lenguaje hablado en la afasia  
*Markashova E.I., Skvortsov A.A., Baulina M.E., Kovyazina M.S. and Varako N.A.*

### Cartas al Director

- 235.** ¿Por qué habría que priorizar una mayor presencia de profesionales de la psicología en la Sanidad Pública?  
*Cátedra UCM-Grupo 5 Contra el Estigma*

### Revisión de libros

- 236.** Fundamentos y aplicaciones clínicas de fact. Una intervención para abordar el sufrimiento humano a través de la terapias contextuales  
*Juan José Macías Morón and Luis Valero Aguayo*  
Madrid: Pirámide. 2021  
*Rafael Ferro García*
- 237.** Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría  
*Marino Pérez Alvarez*  
Madrid: Alianza Editorial. 2020  
*José Errasti y Susana Al-Halabí*
- 238.** Intervención psicológica grupal en dolor crónico  
*Jesús Rodríguez-Marín, Sonia Couceiro and Carlos J. van-der Hofstad*  
Madrid: Ediciones Pirámide. 2021  
*José Pedro Espada*

### Articles

- 161.** Suicidal behavior and the perinatal period: Taboo and misunderstanding  
*Susana Al-Halabí, Juan García-Haro, María de la Fe Rodríguez-Muñoz and Eduardo Fonseca-Pedrero*
- 170.** Bibliometric analysis of spanish psychology journals indexed in the emerging source citation index (2018-2020)  
*Raül Quevedo-Blasco, Noelia Ruiz-Herrera and Alejandro Guillén-Riquelme*
- 177.** From the College of Psychologists to the Spanish Psychological Association. National positioning and international projection  
*Macarena Tortosa-Pérez, Jesús Santolaya Prego de Oliver, Francisco Santolaya and Francisco Tortosa*
- 193.** Commercial sexual exploitation of children and adolescents: An approach to the situation in Spain  
*Noemí Pereda, Marta Codina and Bárbara Kanter*
- 200.** Challenges related to the study of psychotherapy experts  
*Felipe Concha Aqueveque*
- 207.** Non-suicidal self-injury: Conceptualization and clinical assessment in the spanish-speaking population  
*Juan Faura-García, Esther Calvete Zumalde and Izaskun Orue Sola*
- 215.** The reorganization of a community mental health center for children and youth due to the COVID-19 pandemic  
*Patricia Escalona-Zorita, Áurea Moreno-Mayós, Gloria Bellido-Zanin, Raül Vilagrà-Ruiz, Núria Junyent-Freixenet, Juan José Franco and Mercè Teixidó*
- 222.** A comparative analysis of bullying assessment instruments  
*María Victoria González Laguna and María Arrimada García*
- 230.** Meeting in the middle: Luria's approach and cognitive approach to spoken language impairment in aphasia  
*Markashova E.I., Skvortsov A.A., Baulina M.E., Kovyazina M.S. and Varako N.A.*

### Letters to the Editor

- 235.** Why should we prioritize a greater presence of psychology professionals in public health?  
*Cátedra UCM-Grupo 5 Contra el Estigma*

### Books review

- 236.** Fundamentals and clinical applications of FACT. An intervention to address human suffering through contextual therapies  
*Juan José Macías Morón and Luis Valero Aguayo*  
Madrid: Pirámide. 2021  
*Rafael Ferro García*
- 237.** Science and pseudo-science in psychology and psychiatry  
*Marino Pérez Alvarez*  
Madrid: Alianza Editorial. 2020  
*José Errasti y Susana Al-Halabí*
- 238.** Psychological group intervention for chronic pain  
*Jesús Rodríguez-Marín, Sonia Couceiro and Carlos J. van-der Hofstad*  
Madrid: Ediciones Pirámide. 2021  
*José Pedro Espada*

#### 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); María Crespo (Univ. Complutense de Madrid); Martín Debbané (Université de Genève, Suiza); Paula Elosua (Univ. del País Vasco); José Pedro Espada (Univ. Miguel Hernández); Lourdes Ezpeleta (Univ. Autónoma de Barcelona); Jorge Fernández del Valle (Univ. de Oviedo); Raquel Fidalgo (Univ. de León); Franco Fraccaroli (Univ. de Trento, Italia); Maite Garaigordobil (Univ. del País Vasco); José Manuel García Montes (Univ. de Almería); César González-Blanch Bosch (Hospital Universitario 'Marqués de Valdecilla', Santander); Joan Guardia Olmos (Univ. de Barcelona); José Gutiérrez Maldonado (Univ. de Barcelona); Juan Herrero Olaizola (Univ. de Oviedo); M<sup>a</sup> 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<sup>o</sup>. 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 Sornoza (Univ. de Valencia); M<sup>a</sup> Carmen Taberner (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<sup>a</sup> planta

28006 Madrid - España

Tels.: 91 444 90 20 - Fax: 91 309 56 15

Web: <http://www.papelesdelpsicologo.es>E-mail: [papeles@cop.es](mailto:papeles@cop.es)

#### Depósito Legal

M-27453-1981 / ISSN 0214-7823

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

Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers está incluida en las bases de datos PsycINFO, Clarivate Analytics (Emerging Sources Citation Index), Psycodoc y del ISOC (Psedisc), 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>





# CONDUCTA SUICIDA Y PERIODO PERINATAL: ENTRE EL TABÚ Y LA INCOMPRESIÓN

## SUICIDAL BEHAVIOR AND THE PERINATAL PERIOD: TABOO AND MISUNDERSTANDING

Susana Al-Halabí<sup>1</sup>, Juan García-Haro<sup>2</sup>, María de la Fe Rodríguez-Muñoz<sup>3</sup> y  
Eduardo Fonseca-Pedrero<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Oviedo. <sup>2</sup>Servicios de Salud del Principado de Asturias. <sup>3</sup>Universidad Nacional de Educación a Distancia


<sup>4</sup>Universidad de La Rioja

El suicidio es la primera causa de muerte de las mujeres durante el periodo perinatal, que comprende desde el embarazo hasta un año después del parto. Hay apoyo empírico suficiente para afirmar que las mujeres embarazadas tienen mayor ideación suicida que su correspondiente grupo de comparación en la población general. A pesar de estos datos, este tipo de problemas no suelen ni prevenirse ni reconocerse adecuadamente. Sin embargo, si las disonancias y dilemas asociados a la maternidad, así como los problemas de salud mental, no se previenen o se abordan adecuadamente, éstos pueden afectar al bienestar de las mujeres, al de sus hijos y al de otros miembros de la familia. Se exponen los factores implicados en la conducta suicida de este grupo de mujeres, así como algunas directrices generales de actuación. Se reclama la necesidad puesta en marcha de estrategias de prevención.

**Palabras clave:** Conducta suicida, Suicidio, Embarazo, Posparto, Perinatal, Prevención.

Suicide is the leading cause of death for women during the perinatal period, which commences in pregnancy and finishes one year after delivery. Empirical evidence from previous studies shows that pregnant women have greater suicidal ideation than their comparison group in the general population. However, there is a tendency for these problems to be neither prevented nor adequately recognized. Nevertheless, if the dissonances and dilemmas associated with motherhood, as well as mental health problems, are not prevented or adequately addressed, they can affect the well-being of women, their children, and other family members. Risk and protective factors for suicidal behavior in this group of women are discussed, as well as general principles of action. The need for the implementation of prevention strategies is highlighted.

**Key words:** Suicidal behavior, Suicide, Pregnancy, Postpartum, Perinatal, Prevention.

 Nadie te dice que esto puede pasar, y cuando pasa, estás tan perdida y todo es tan oscuro que ni siquiera sabes que puedes pedir ayuda". Posiblemente no sea un error pensar que la mayoría de los profesionales de la psicología (y de otras profesiones sanitarias) desconoce que el suicidio es la primera causa de muerte de las mujeres durante el periodo perinatal, que comprende desde el embarazo hasta un año después del parto (Enătescu et al., 2020; Gelaye et al., 2017; Knight et al., 2019).

Seguramente el interés que suscita este tema se deba, en parte, a la tristeza y perplejidad que despiertan las noticias sobre los suicidios de las (recientes o futuras) madres junto con la presencia de otros fenómenos como el neonaticidio o el infanticidio, sucesos éstos raros, pero -al igual que el suicidio- complejos y con profundas raíces psicológicas (Al-Halabí, 2019; Al-Halabí et al., 2019; Al-Halabí y García-Haro, 2021; Al-Halabí et al., 2021). Sin embargo, tras varias décadas de investigación aún no tenemos una narrativa coherente que permita comprender la compleja asociación entre maternidad y suicidio (Fisher, 2016). Sí parece claro que los mitos acerca del amor inmediato hacia los hijos recién nacidos suponen una importante barrera para que las mujeres pidan ayuda o consigan los

recursos que necesitaba para afrontar una crisis suicida. A pesar de lo contundente que resulta el dato que abre este artículo, apenas se han establecido intervenciones preventivas específicas para el abordaje de este problema, cuyas consecuencias son devastadoras, tanto para los bebés que pierden a sus madres, como para las familias, cuyo sufrimiento desborda los parámetros habituales acerca de los costes sociales y sanitarios (Al-Halabí et al., 2019).

El objetivo de este artículo es claro: sensibilizar acerca del tabú que existe, tanto en la sociedad como entre los profesionales, sobre la relación entre el suicidio y la maternidad, concienciar sobre este problema aportando información breve pero relevante y señalar la necesidad de intervenciones preventivas para la conducta suicida durante este periodo de la vida de las mujeres.

### ¿QUÉ SABEMOS ACERCA DE LA CONDUCTA SUICIDA DURANTE EL PERIODO PERINATAL?

La literatura científica sobre este tema no es muy prolija. Nótese aquí que, en nuestro país, el Instituto Nacional de Estadística no cuenta con datos desglosados para conocer el alcance de este fenómeno. La escasez y variabilidad de los datos puede deberse a la falta de consenso que aún hoy persiste en la nomenclatura de la conducta suicida (para tal asunto derivamos al lector a fuentes de gran interés como, por ejemplo, De Beurs et al., 2020; Fonseca-Pedrero et al., 2020; Hill et al., 2020; Leather et al., 2020; Silverman, 2016; Silverman y Berman, 2017; Silverman y DeLeo, 2016; van Mens et al., 2020; Turecki et al., 2019). Hace ya casi dos décadas que Silverman (2006) adver-

Recibido: 1 marzo 2021 - Aceptado: 6 mayo 2021

Correspondencia: Susana Al-Halabí. Facultad de Psicología.

Plaza Feijoo, s/n, despacho 230. 33003 Oviedo. España.

E-mail: alsusana@uniovi.es



tía que, dado que el término 'tentativa de suicidio' puede significar tantas cosas potencialmente diferentes, corre el riesgo de no significar absolutamente nada. Desde entonces hemos avanzado, no cabe duda, pero aún hoy seguimos anclados en ese problema (Berman y Silverman, 2017). En palabras de Rendueles (2018) "hay un saber sobre el suicidio que se limita a lo artesanal". Luego, más ciencia y más conciencia es necesaria en este campo.

En el caso de las mujeres en el periodo perinatal, todo se vuelve aun más complejo, ya que junto a experiencias tan elementales como el malestar y el cansancio, se unen los cambios en el estado de ánimo y otros componentes habituales de la depresión que se pueden vivir como características propias del embarazo y el posparto (Rodríguez-Muñoz et al., 2021). Y también puede suceder lo contrario: que características propias del embarazo y el posparto se vivan como indicios de un trastorno mental incipiente, lo que podría dar lugar a falsos diagnósticos, a incrementar el estigma y a desactivar los propios recursos de solución de las mujeres y sus familias (por supuesto, hay mujeres que no experimentan ninguno de estos problemas y disfrutan de este periodo de sus vidas o lo viven con total normalidad). Esta circunstancia hace que se requiera mayor pericia, sensibilidad y formación por parte del profesional de la psicología para poder establecer con claridad y precisión de qué estamos hablando o, mejor dicho, de qué están hablando o qué están experimentando las mujeres que se encuentran en una situación en la que, para el desconcierto de sus personas más cercanas, empiezan a pensar que "sus familias y sus bebés estarían mejor sin ellas" (Rodríguez-Muñoz, 2019). El suicidio no es algo que ocurra en el vacío, sino que tiene lugar en un contexto específico y en unas circunstancias determinadas de la vida de la (reciente o futura) madre en la que la desesperanza y el sufrimiento cobran especial relevancia. El suicidio es un fenómeno multifactorial, plural, interactivo, dinámico y contextual-existencial, lo que se traduce en que, para cada mujer, existen diversas configuraciones problemáticas que pueden estar en la base de los problemas o las dificultades con su maternidad (Al-Halabí y García Haro, 2021; García-Haro et al., 2018). En el caso que nos ocupa, como en todos los problemas de salud mental, están presentes diversos factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, así como la valencia psicológica que la maternidad tenga para cada mujer. Parece razonable pensar que el "valor" de la maternidad no es "absoluto" ni similar para todas las mujeres ni en todas las culturas, sino que, lejos de la idea de que se trata de un periodo de júbilo y de bienestar emocional, dicho "valor" dependerá -en buena medida- de los valores y el significado que tenga para cada mujer, de su situación personal y familiar, del apoyo recibido por la pareja, de su experiencia previa, del apoyo social disponible, de la presencia de problemas de salud, de los recursos económicos disponibles, de sus expectativas sobre cómo será capaz de afrontar sus nuevas obligaciones y la importancia que en su visión del mundo y de ella misma tienen éstas, etc. (Al-Halabí et al., 2019; Rodríguez-Muñoz, 2019).

### EL MITO DE LA MATERNIDAD EN EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD FEMENINA

La maternidad es un hecho (pero también un constructo) que histó-

ricamente ha modulado la construcción de la identidad femenina. El embarazo y el parto implican el nacimiento de una nueva identidad, a menudo asociada a significados rígidos en torno a lo que es ser "buena madre" (Paricio del Castillo y Polo Usaola, 2020). Se refiere al conjunto de discursos sociales en torno a la experiencia materna (típicamente como un periodo de realización personal), la felicidad, la crianza, la abnegación, el cuidado, la entrega, la renuncia, etc., de la madre. Aunque son discursos externos, pueden acabar por "interiorizarse" en forma de autoprescripción personal.

Son muchas las tribulaciones que enfrenta una mujer durante el periodo perinatal. Sin afán de exhaustividad, empezaremos por lo más obvio, que son los cambios biológicos, de imagen y de rol. Nos referimos así a los cambios en la imagen corporal, a los cambios en los ritmos biológicos, a la disminución del rendimiento, a la sobrecarga por doble jornada, etc. Es de especial interés mencionar la situación de baja laboral, la cual puede ser vivida por muchas madres como antesala de la pérdida del proyecto profesional y del sentido de continuidad.

El nacimiento de la identidad de madre implica un modo de ser radicalmente nuevo que va más allá de la mera "idea" de saber que se es madre. Se trata de un proceso íntimo de transformación que recorre todas las dimensiones psicológicas de la subjetividad, desde lo corporal hasta los procesos de identidad. Ello supone un esfuerzo de integración (se deja de ser sólo hija para ser hija y madre, se deja de ser sólo pareja para ser pareja y madre, etc.) y de revisión de modelos anteriores (con la propia madre, con la pareja, etc.) que nunca está libre de dificultad, más aún si no existe un vínculo de cuidado por parte de la pareja y la familia hacia la mujer que está gestando esa nueva experiencia e identidad maternal, o -como parece probable en la sociedad moderna- si los modelos de crianza están cada vez menos disponibles. Respecto de la identidad, pueden existir dificultades para integrar las propias decisiones y el proyecto profesional en la narrativa social de "buena madre", lo que puede originar dilemas y crisis. Por otro lado, ese estereotipo puede estar apuntalado por el posicionamiento de los otros significativos (pareja, familia, amigos, compañeros de trabajo, profesionales sanitarios, etc.) y sus ideas prototípicas en torno a la buena crianza, la lactancia, etc. En este sentido, y desde la experiencia clínica, es habitual comprobar que se realiza un envío preferente a salud mental a aquellas madres que manifiestan una alta preocupación por el hecho de sentirse mal ("no tengo motivos") y culpables por si tal malestar tuviera un efecto colateral perjudicial en el bienestar de su bebé. Parece evidente que todas estas dificultades de adaptación y los dilemas de identidad se acompañan de experiencias de malestar, típicamente en forma de ansiedad, tristeza, fatiga, impotencia, frustración, rabia, indecisión, problemas de concentración, etc. Estas manifestaciones, muchas veces comprensibles por el propio estado biológico del embarazo y del posparto, pueden activar en la mujer estrategias de control y evitación experiencial que, más que ayudarles a salir del malestar, configuran un bucle que sumerge aun más a sus protagonistas en un estado de sufrimiento y soledad, a su vez vivido con culpa y vergüenza, en tanto que confirmación de una supuesta incapacidad o fracaso para ser "buena madre".



Este proceso dinámico de lucha ineficaz contra las emociones y de disonancia con el mandato social de la “buena maternidad” puede llevar a muchas mujeres a una auténtica crisis, acompañada del abandono de las actividades de crianza y hasta del rechazo hacia el propio bebé. Por lo que venimos planteando, lo que se atisba es la existencia de un contexto configurador de problemas psicológicos. Este contexto puede atrapar a las mujeres en unos estados de desesperanza y aflicción tal, que cobran sentido los deseos de muerte y las ideas autolíticas que -como veremos a continuación- son bastante frecuentes en el periodo perinatal (Enătescu et al., 2020). A la luz de este drama existencial, se puede pensar el suicidio de las madres como una huida del sufrimiento o como una autoinculpación por no lograr el ideal materno socialmente prescrito.

Siendo así, se reclama la necesidad de una intervención preventiva profesional en el periodo perinatal. Pero no bastaría con atender sin entender, sabido que sin comprender lo que se activa es la explicación del modelo biomédico (Pérez-Álvarez, 2019). Se precisa ayudar a las madres (y a sus parejas) a elaborar el significado de su experiencia desde una perspectiva más amplia, a manejarse más eficazmente con el malestar, a integrar las diferentes identidades emergentes y a recuperar la autoría y continuidad de su vida. La ayuda psicológica debería llevarse a cabo sin caer en el error de pensar que ahí existe una “enfermedad” mental. Los profesionales de la psicología debemos permanecer atentos a las consecuencias iatrogénicas en la identidad y la autoestima que tienen las atribuciones internas, estables y globales que con frecuencia se practican para dar cuenta de las experiencias problemáticas.

### CONTRA EL TABÚ: SENSIBILIZACIÓN, FORMACIÓN Y CIENCIA

Pongamos los datos encima de la mesa: parece que hay consenso entre los profesionales e investigadores en que durante el período perinatal puede haber amplias fluctuaciones en el estado de ánimo que pueden requerir atención inmediata y urgente para prevenir el riesgo de suicidio o filicidio (Kimmel, 2020; Rodríguez-Muñoz, 2019). Además, contrariamente a la idea errónea de que el embarazo podría tener un efecto protector contra la conducta de suicidio, un creciente cuerpo de conocimiento señala, en la actualidad, que la prevalencia de ideación suicida puede ser incluso mayor entre las mujeres embarazadas que en la población general de mujeres (Enătescu et al., 2020; Khalifeh et al., 2016). Es más, la investigación reciente sugiere que la ideación suicida es un fenómeno relativamente común del embarazo en todo el mundo, con una prevalencia estimada del 5%-20%, aunque algunos estudios en Estados Unidos han informado de cifras hasta del 33% (Gelaye et al., 2016). Por lo tanto, hay apoyo empírico suficiente para afirmar que las mujeres embarazadas tienen mayor ideación suicida que su correspondiente grupo de comparación en la población general, aunque los datos varían considerablemente en función de la edad y el grupo étnico (Enătescu et al., 2020; Gelaye et al., 2016). A pesar de esta elevada prevalencia, seguimos sin disponer de un modelo integral que vertebrase todo el conocimiento disponible sobre la ideación suicida antes del parto. Muchos estudios se han centrado en el periodo del posparto y generalmente han limitado sus objetivos de estudio a los

intentos de suicidio, y no al espectro completo de conductas suicidas. Sin embargo, la variedad de conductas suicidas en el posparto (ideación, tentativa o suicidio consumado) suelen estar precedidas por alguna expresión de la conducta suicida antes del parto. Parece que este “patrón preparto”, que predice los riesgos posparto y persiste más allá del período prenatal, se observaría en el estado de ánimo materno y en la presencia de ansiedad y otros trastornos derivados del estrés (Gavin et al., 2011; Nock et al., 2009). Por tanto, algunos autores sostienen que el período preparto representa un período sensible y una oportunidad importante para la prevención (Onah et al., 2017). Este patrón preparto, como cualquier fenómeno psicológico, no ocurre en un vacío contextual, sino inserto en una vida donde el engranaje de los discursos dominantes, los conflictos identitarios y la falta de apoyo social juega un papel fundamental.

Dicho lo anterior y dado que -no sin cierto debate (Berman y Silberman, 2017; Chiles et al., 2019)-, la ideación suicida se considera uno de los principales predictores de los posteriores intentos de suicidio o del suicidio consumado (WHO, 2014), evaluar la ideación suicida debe constituir un asunto prioritario en la exploración clínica durante todo el periodo perinatal, así como una oportunidad de intervención para prevenir otras conductas suicidas más graves, como el paso a la acción o los actos suicidas de carácter más letal (Orsolini et al., 2016). Autores relevantes han señalado que durante la primera cita clínica debería realizarse una historia de los aspectos esenciales relacionados con la salud mental (ACOG Committee Opinion, 2018; Esscher et al., 2016; Knight et al., 2019). Si la mujer embarazada ha sido diagnosticada previamente de un trastorno afectivo grave o un trastorno psicótico, debe ser derivada a los servicios de salud mental para su seguimiento, incluso aunque en ese momento esté estable y sin tratamiento. Aquí se abre un abanico de preguntas: ¿quién realiza ese cribado en los servicios de ginecología y obstetricia? ¿qué profesional evalúa la presencia de problemas de salud mental en tales contextos? y, ¿qué profesionales se encargan de realizar el seguimiento de estas personas (ya sea en los servicios de salud mental o en otros contextos sanitarios)?

### LOS NECESARIOS FACTORES DE RIESGO Y LOS DESEABLES FACTORES DE PROTECCIÓN

En relación con los factores de riesgo de la conducta suicida, la revisión de Gelaye et al. (2016) enumera la presencia de una historia previa de abuso infantil, violencia doméstica, embarazo no deseado, intención de aborto, falta de apoyo social, nivel académico y socioeconómico bajo, soltería, ausencia de creencias religiosas y presencia de trastorno mental. Si nos centramos específicamente en los intentos de suicidio por su relevancia como predictor para el suicidio consumado, los resultados publicados sugieren que durante el embarazo el riesgo sería mayor para las mujeres jóvenes, especialmente adolescentes, solteras, con bajo nivel educativo y consumo de alcohol. No está claro si una historia previa de aborto espontáneo puede ser un factor de riesgo, ni tampoco el papel que desempeña el consumo de drogas durante el embarazo, ya que hay estudios con resultados opuestos (Gressier et al., 2017). Durante el posparto el principal factor de riesgo para un intento de suicidio sería un nivel educativo bajo, mientras que el estado civil, la edad o las complica-



ciones obstétricas parece que no serían tan relevante. Aunque existe poca investigación al respecto, a los factores de riesgo anteriores habría que añadir, siquiera sea para su consideración, los referidos a los dilemas de identidad y las disonancias entre el ideal materno y la maternidad real (Paricio del Castillo y Polo Usaola, 2020). No obstante, aún debe mejorarse el perfil de las mujeres en riesgo (Gressier et al., 2017). En la tabla 1 se pueden consultar los factores de riesgo específicos para el suicidio durante el periodo perinatal recogidos en la revisión realizada por Orsolini et al. (2016).

Al contrario que la ideación suicida, el suicidio consumado entre las mujeres en el periodo perinatal es un evento menos frecuente que en la población general (Esscher et al., 2016; Fisher, 2016; Lega et al., 2020; Lysell et al., 2018). En general, el dato relevante es que dar a luz estaría asociado a una menor tasa de suicidio. No obstante, y aquí empieza la complejidad, la maternidad, para muchas mujeres, está asociada a un incremento de dificultades, transiciones de rol y dilemas de identidad. Y serían éstos (y no la mera presencia de diagnósticos previos de trastorno mental) los que pueden incrementar la aparición de problemas de salud mental y del riesgo de suicidio (García-Haro et al., 2020; Lysell et al., 2018). Es decir, interesaría no tanto considerar el parto (como acontecimiento) como un periodo de alto riesgo para las mujeres con problemas de salud mental, sino analizar cómo es que la maternidad y sus conflictos acaba por hacer que algunas mujeres acaben desarrollando pro-

blemas psicológicos. En todo caso, sí parece existir consenso en la comunidad científica acerca de que, a diferencia de la población general, estas mujeres tienden a elegir métodos de suicidio con una alta probabilidad letal, principalmente mediante ahorcamientos, defenestración o precipitación desde lugares altos (Khalifeh et al., 2016; Oates, 2003). ¿Quizás esta característica diferencial debería darnos una pista acerca del grado de desesperanza presente en estas mujeres?

En relación con los factores de protección, no se ha descrito ninguno que sea específico para el periodo perinatal, más allá de los conocidos para la población general: relaciones personales sólidas con apoyo social, emocional y financiero, creencias religiosas o espirituales, estabilidad emocional, bienestar, autoestima y optimismo, habilidades personales (resolución de problemas y solución de conflictos), hijos pequeños a los que cuidar, estilo de vida saludable, acceso a intervenciones clínicas y apoyo en la búsqueda de ayuda profesional (Turecki y Brend, 2016; Turecki et al., 2019; WHO, 2014).

Estos factores, solos o en combinación, pueden influir en el aumento o la disminución del riesgo de suicidio y deben manejarse durante la intervención clínica. Tradicionalmente se ha dado más importancia al estudio de los factores de riesgo que a los de protección, desaprovechando, quizás, la posibilidad de anclarse a aspectos importantes como el sentimiento de pertenencia o el sentido de la vida. Es importante considerar y potenciar estos factores que han demostrado aumentar la capacidad de recuperación de las dificultades y de "conexión con la vida" (Al-Halabí y García-Haro, 2021). La investigación futura tendrá que discernir cuáles de estos factores son clave en el proceso suicida de las mujeres durante el periodo perinatal y cuál es el sentido de su funcionamiento. Solo así podrán elaborarse intervenciones preventivas eficaces, efectivas y eficientes (Fonseca-Pedrero et al., 2021).

**TABLA 1**  
**FACTORES DE RIESGO PARA LA CONDUCTA SUICIDA EN EL PERIODO PERINATAL**

Individuales	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Juventud y soltería</li> <li>✓ Historia familiar o personal de trastornos mentales o de conductas suicidas</li> </ul>
Socioeconómicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conflicto familiar</li> <li>✓ Violencia doméstica</li> <li>✓ Soledad y falta de apoyo social, familiar o de la pareja</li> <li>✓ Rechazo de la paternidad por parte de la pareja</li> </ul>
Ambientales	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Desigualdad o discriminación social, racial, religiosa o de género</li> <li>✓ Vivienda abarrotada, inadecuada o en zonas rurales</li> <li>✓ Guerras, conflictos o desastres naturales</li> </ul>
Gestacionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Embarazo no deseado</li> <li>✓ Nuliparidad</li> </ul>
Clínicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Presencia previa o actual de un diagnóstico de trastorno mental</li> <li>✓ Intento de suicidio previos</li> <li>✓ Ideación suicida previa</li> <li>✓ Presencia de una enfermedad de corta evolución</li> <li>✓ Aspectos psicológicos como irritabilidad premenstrual, insomnio, percepción de embarazo complicado, actitudes negativas hacia el embarazo, ansiedad frente al parto, inadecuadas estrategias de afrontamiento, etc.</li> </ul>

Nota. Adaptado de Orsolini et al. (2016)

**¿QUIÉN, CÓMO, CUÁNDO Y DÓNDE SE EVALÚA? NO HAY RESPUESTAS SATISFATORIAS**

A pesar de contar con instrumentos específicos de evaluación de la conducta suicida es infrecuente realizar un cribado específico en las mujeres en el periodo perinatal debido, principalmente, a limitaciones de tiempo en los servicios de salud, la falta de formación en suicidio de los profesionales implicados en el cuidado perinatal y la falta de colaboración entre ginecólogos, pediatras y psicólogos (Rodríguez-Muñoz, 2019). De hecho, la ideación suicida se suele evaluar junto con el cribado de la depresión a través del ítem 10 de la *Escala de Depresión Posparto de Edimburgo* o el *Cuestionario sobre la Salud del Paciente*, en lugar de utilizar herramientas específicamente diseñadas para tal fin (Muñiz et al., 2020). Además, muchas mujeres con ideación suicida durante el embarazo y el posparto no cumplen criterios para un diagnóstico de depresión y pueden no ser detectadas adecuadamente. Más aún, varios autores han señalado que no está clara la relevancia clínica del ítem 10 previamente mencionado para la detección de estos pensamientos y que en muchas ocasiones genera más preocupación que utilidad, ya que muchos profesionales no saben cómo abordar la pregunta ni la posible respuesta, o cómo interpretar la "normalidad" de tener pensamientos



suicidas (Berman y Silverman, 2017; Howard et al., 2011). Así, muchos de ellos temen hacer estas preguntas por miedo a inducir este tipo de pensamientos, lo que evidencia una preocupante existencia de mitos sobre el suicidio entre los profesionales del Sistema Nacional de Salud (Stanley et al., 2020). Por lo tanto, reivindicamos aquí la necesaria presencia de la entrevista clínica y del entrenamiento y la formación de todos los profesionales implicados en la asistencia sanitaria de las futuras o recientes madres (Al-Halabí y García-Haro, 2021; Rodríguez-Muñoz, 2019). Orsolini et al. (2016) plantean incluir un cribado y una evaluación cuidadosa (y preventiva) de la ideación suicida durante todo el periodo perinatal (véase tabla 2). Para ello, a pesar de las dificultades señaladas previamente, proponen instrumentos específicos como la *Escala de Ideación Suicida de Beck*, la *Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio* o la *Escala de Probabilidad de Suicidio* (Al-Halabí et al., 2016; Orsolini et al., 2016).

No obstante, la evaluación a través de cuestionarios autoinformados no está exenta de limitaciones (Berman y Silverman, 2017; Vourilehto et al., 2014). Además, no podemos olvidar el carácter fluctuante de la conducta suicida, que puede no estar presente durante el cribado, desterrando su necesario seguimiento durante todo el periodo perinatal. Para advertir tal extremo, es necesario saber cómo “funcionan” las crisis suicidas, así como contar con modelos dinámicos, sistemas de evaluación ambulatoria y propuestas generales de intervención (Fonseca-Pedrero et al., 2020; Labouliere et al., 2018). De nuevo, la presencia de mitos entre los profesionales de la salud supone una enorme barrera para el adecuado apoyo y seguimiento de estas mujeres. Los cuestionarios autoadministrados son un complemento ideal de la entrevista, pero nunca han de sustituirla. Por ese motivo, volvemos a poner de manifiesto la importancia de la psicología perinatal. La idea implícita, vivida por muchas mujeres como mandato social, de que deberían encontrarse en una de las etapas más felices de su vida puede forjar una enorme culpa y vergüenza que impida expresar sus dudas, sus miedos y sus ideas de muerte. Por lo tanto, es vital que haya un profesional de la psicología delante de esa mujer con ideación suicida, manejando las emociones. Nunca se insistirá lo suficiente en señalar la importancia de las habilidades de la entrevista terapéutica en la evaluación y ayuda a las personas en riesgo suicida (Al-Halabí y García-Haro, 2021). Esto se debe a la propia naturaleza dinámica, interactiva, contextual y existencial del fenómeno suicida. En la crisis suicida hay una gran ambivalencia o conflicto dilemático entre permanecer en la vida y decidir la muerte. Por un lado, las mujeres que luchan contra el acoso de las ideas suicidas pueden sentir que han perdido las riendas de su vida, que se han equivocado en su decisión de ser madres y que ya nada volverá a ser igual. La idea es tan devastadora, que un periodo de llanto continuo del bebé o la obligación de tener que bañarlo puede fulminar un precario equilibrio de la madre, que ya no puede ver más allá de su malestar, de los efectos de su prolongada privación de sueño (Gelaye et al., 2017), y de los cambios en su cotidianidad, en su cuerpo, en su trabajo, en su pareja, en su sexualidad, en definitiva, en su vida y en su identidad. En palabras de Chiles et al. (2019), estas mujeres estarían atrapadas en lo que denominan las “tres íes”, un dolor que ellas consideran Inescapable,

Intolerable e Interminable. Pero, como se dijo anteriormente, más allá de la presencia de un problema psicológico o de la presencia de un trastorno mental, la maternidad entraña dificultades, renuncias y nuevas identidades que pueden resultar conflictivas para algunas mujeres. Es necesario que el psicólogo profesional valide su sufrimiento, cuestionando la consideración social de la maternidad como una etapa “necesariamente” feliz. Ello no significa que se renuncie a la posibilidad de una maternidad gozosa, sobre todo en un tiempo en el que es ya una opción y no un destino.

En todo caso, la estimación del riesgo del suicidio debe hacerse en colaboración con la mujer concreta a la que se está evaluando, considerando las vivencias particulares de su maternidad y escuchando atentamente las razones que le lleva a contemplar el suicidio en vez de la vida (NICE, 2020). Además, siempre se debe evaluar la capacidad para cuidar de su hijo, así como cualquier pensamiento de daño al bebé. Las directrices establecidas por *The Centre of Perinatal Excellence* (COPE) (Austin et al., 2017) pueden consultarse en la tabla 3.

Una vez que el riesgo de suicidio ha sido identificado, Austin et al. (2017) proponen las siguientes consideraciones adicionales:

- ✓ Riesgo bajo: analizar qué eventos precipitan los pensamientos fugaces de suicidio. Si los factores desencadenantes son inherentes a la experiencia actual con la maternidad (por ejemplo, vergüenza por los pensamientos negativos hacia el bebé), es necesario elaborar un plan de seguridad (Stanley y Brown, 2012).

**TABLA 2**  
**EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA EN EL PERIODO PERINATAL**

Historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Manifestación actual sobre suicidio</li> <li>✓ Trastornos mentales</li> <li>✓ Presencia de enfermedades físicas o tratamiento farmacológico</li> <li>✓ Ambiente psicosocial</li> <li>✓ Consumo actual de alcohol y otras drogas</li> <li>✓ Fortalezas y dificultades individuales</li> </ul>
Ideación suicida	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Naturaleza de los pensamientos</li> <li>✓ Frecuencia y duración</li> <li>✓ Persistencia del deseo de muerte</li> <li>✓ Intensidad</li> </ul>
Plan de suicidio	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Letalidad potencial del plan</li> <li>✓ Nivel de detalle y violencia del plan escogido</li> <li>✓ Nivel de acceso a medios potencialmente letales</li> </ul>
Intentos de suicidio previos o actuales	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Frecuencia y duración</li> <li>✓ Intención de muerte</li> <li>✓ Método</li> <li>✓ Consecuencias o daños médicos</li> </ul>
Estimación del riesgo de suicidio	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Factores de riesgo y de protección</li> <li>✓ Métodos para mitigar el sufrimiento, fortalezas o factores protectores del riesgo de suicidio</li> </ul>

*Nota.* Adaptado de Orsolini et al. (2016)



- ✓ **Riesgo medio:** evaluar el contexto general en el que tienen lugar los pensamientos de suicidio (por ejemplo, tentativas previas de suicidio) y establecer los factores que pueden contribuir a la escalada del riesgo (por ejemplo, el llanto del bebé o una discusión). Es necesario contar con personas que puedan cuidar del bebé y la madre.
- ✓ **Riesgo alto:** buscar una persona de apoyo que cuide del bebé. La madre puede negar la intención de suicidarse, pero correr un alto riesgo. Una mujer con un deterioro significativo de su salud mental, incapacidad para dormir, pensamientos distorsionados, incapacidad para cuidarse a sí misma o al bebé, etc., puede tener el mismo riesgo que una mujer con intención declarada de suicidio.




**TIEMPOS DE CAMBIO**

Abordar y prevenir de forma explícita el riesgo de suicidio de estas mujeres es fundamental para reducir las tasas de suicidio en esta población que, como hemos visto, representan la principal causa de muerte durante el periodo perinatal en los países desarrollados (Enătescu et al., 2020). Algunas intervenciones preventivas con apoyo empírico se están realizando en otros países con resultados muy prometedores (Kimmel, 2020). En España se cuenta con algunas iniciativas centradas en la depresión perinatal que podrían constituir un modelo para el abordaje de factores de riesgo del suicidio (Marcos-Najera et al., 2017). Rodríguez-Muñoz et al. (2017) han puesto de manifiesto que, siguiendo las recomendaciones de *The American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG Committee Opinion, 2018), es posible llevar a cabo rutinas de salud y cribados para problemas de salud mental en un entorno hospitalario público y en colaboración con los servicios de obstetricia. Por supuesto, cualquier

iniciativa de prevención pasaría por comenzar con una evaluación y un análisis detallados del fenómeno, algo de lo que, por el momento, aún no disponemos. Así mismo, habría que enfrentar las dificultades de la falta de tiempo en las consultas y la ausencia de unidades especializadas, gestionar los recursos disponibles y construir programas o proponer intervenciones apoyadas empíricamente. Es necesario resaltar la necesidad de utilizar tratamientos psicológicos apoyados empíricamente (Fonseca-Pedrero et al., 2021; Rodríguez-Muñoz y Al-Halabí, 2020). No es objeto de este artículo desarrollar este aspecto (para información detallada puede consultarse Al-Halabí y García Haro, 2021 y Al-Halabí et al., 2021), no obstante, a modo de resumen, los estudios revisados apoyan la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual y de la Terapia Dialéctico Conductual. Este tipo de terapias ofrecen la oportunidad de debatir acerca de problemas existenciales en un ambiente seguro, donde los psicólogos pueden validar el sufrimiento de las mujeres con deseos de morir o que luchan por permanecer vivas a la vez que se reorientan hacia la vida con nuevas estrategias de afrontamiento. Además, se ha desarrollado un cuerpo de intervenciones breves para dar respuesta a las emergencias clínicas de las personas en situación de crisis suicidas. Los contactos de apoyo y seguimiento o el Plan de Seguridad de Stanley y Brown son algunas de las intervenciones más efectivas y pueden combinarse con otro tipo de terapias más comprensivas (Al-Halabí y García Haro, 2021; Al-Halabí et al., 2021).

**RECAPITULACIÓN**

Los problemas de salud mental durante el periodo perinatal suelen requerir de atención urgente debido a las potenciales consecuencias sobre el bienestar del bebé y la propia vida de la mujer. No obstante,

<p><b>TABLA 3</b> <b>PRINCIPIOS GENERALES DE ACTUACIÓN</b></p>		
<p>PREGUNTAR* Ideas de suicidio - Plan - Letalidad - Medios - Historia previa</p>		
<p>Pensamientos fluctuantes de suicidio o autolesión sin planes ni medios letales.</p>  <p>Riesgo bajo</p>	<p>Pensamientos e intenciones de suicidio sin planes.</p>  <p>Riesgo medio</p>	<p>Pensamientos continuos de suicidio, intención, plan y medios.</p>  <p>Riesgo alto</p>
<p>Analizar la disponibilidad de apoyo y las opciones de tratamiento.</p>	<p>Analizar la disponibilidad de apoyo y las opciones de tratamiento. Establecer un seguimiento semanal.</p>	<p>Cerciorarse de la seguridad de la mujer (ambiente controlado y seguro).</p>
<p>Organizar un seguimiento y supervisión adecuadas de acuerdo al juicio clínico.</p>	<p>Realizar un plan de contingencia por si la situación empeora y hay una escalada "suicida".</p>	<p>Establecer un seguimiento en las próximas 24 horas con supervisión y evaluación continua.</p>
<p>Proporcionar el contacto de recursos comunitarios.</p>	<p>Realizar un plan de seguridad.</p>	<p>Controlar el riesgo para el bebé.</p>
<p>Nota. *Considerar siempre la salud mental de la madre y el riesgo para el bebé. Adaptado de Austin et al. (2017)</p>		





te, este tipo de problemas no suelen reconocerse adecuadamente. Muchas mujeres no buscan ayuda por miedo al estigma o a la intervención de los servicios sociales. Además, la propia maternidad puede suponer una barrera, ya que las demandas del bebé pueden interferir con la posibilidad de asistir regularmente a las sesiones de tratamiento. También pueden estar presentes otras murallas, como los problemas financieros, el miedo a tener que interrumpir la lactancia, las prioridades mal administradas o la falta de apoyo de la pareja y de la familia. Sin embargo, si las disonancias y dilemas asociados a la maternidad, así como los problemas de salud mental, no se tratan, éstos pueden afectar al bienestar de las mujeres, al de sus hijos y al de otros miembros de la familia (Al-Halabí et al., 2019; Rodríguez-Muñoz, 2019). Hacemos nuestra la máxima de “más vale un gramo de prevención que un kilo de curación”, especialmente ante desenlaces que suponen la pérdida de la vida de personas debido a un dolor psicológico que no pueden tolerar.

Para finalizar: es necesario contar con modelos comprensivos de carácter psicológico, centrados en estas mujeres y en sus experiencias con la maternidad. De nuevo, reclamamos la presencia estructural del profesional de la psicología en las plantillas y unidades de ginecología y obstetricia para una buena salud mental en la etapa perinatal, tanto de las madres, como de sus bebés en el futuro. Entendemos que prevenir los problemas en las madres es dar una buena salud psicológica a sus hijos. De otra manera, ¿qué relación afectiva establece una madre con ideación suicida con su bebé? No pretendemos dar respuesta a esta pregunta, pero sí queremos invitar a la reflexión y subrayar de nuevo que las ventajas de la prevención van más allá de la mera salud de las madres. Los profesionales de la psicología deben estar formados y preparados para liderar iniciativas destinadas a prevenir y abordar un fenómeno que, entendemos, es genuinamente psicológico. En palabras de la directora de *The Maternal Mental Health Alliance* de Reino Unido, “debemos recordar a cada una de las mujeres y de las familias que hay detrás de las cifras devastadoras de muertes por suicidio y honrar su memoria abordando urgentemente las brechas en la atención de la salud mental perinatal. Para salvar vidas, debemos asegurarnos de que todas las mujeres puedan tener acceso a la atención profesional y al apoyo necesario, cuando y donde lo necesiten”.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren expresar su sincero agradecimiento al profesor José M. Errasti Pérez por la minuciosa revisión de este trabajo.

## CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses.

## REFERENCIAS

ACOG Committee Opinion Number 757(2018). Screening for perinatal depression. *Obstetrics & Gynecology*, 132(5), e208-e212. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/11/screening-for-perinatal-depression>  
Al-Halabí, S. (2019). Infanticidio. En M.F. Rodríguez Muñoz (Coord.). *Psicología Perinatal: Teoría y Práctica* (pp. 499-500). Pirámide.

- Al-Halabí, S., & García Haro, J.M. (2021). Tratamientos psicológicos para la conducta suicida. En E. Fonseca Pedrero (Coord.), *Manual de tratamientos psicológicos. Adultos* (pp. 639-675). Pirámide.
- Al-Halabí, S., García Haro, J.M., & Gutiérrez López, B. (2021). Tratamientos psicológicos para la conducta suicida en adolescentes. En E. Fonseca Pedrero (Coord.), *Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia* (pp. 577-615). Pirámide.
- Al-Halabí, S., Mayoral, M., & Corcoran, P. (2019). Suicidio durante el embarazo y el posparto. En M. F. Rodríguez Muñoz (Ed.), *Psicología Perinatal: Teoría y Práctica* (pp. 259-272). Pirámide.
- Al-Halabí, S., Sáiz, P.A., Burón, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jiménez, E., Cervilla, J., Navarrete, M.I., Díaz-Mesa, E.M., García-Álvarez, L., Muñiz, J., Posner, K., Oquendo, M.A., García-Portilla, M.P., & Bobes, J. (2016). Validation of a Spanish version of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental [Journal of Psychiatry and Mental Health]*, 9, 134-142. doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.02.002
- Austin, M.P, Highet, N., & the Expert Working Group (2017). *Mental health care in the perinatal period: Australian clinical practice guideline*. Centre of Perinatal Excellence.
- Berman, A. L., & Silverman, M. M. (2017). How to ask about suicide? A question in need of an empirical answer. *Crisis*, 38(4), 213-216. doi.org/10.1027/0227-5910/a000501
- Chiles, J. A., Strosahl, K. D., & Roberts, L. W. (2019). *Clinical manual for assessment and treatment of suicidal patients* (2ª ed.). American Psychiatric Association.
- De Beurs, D., Bockting, C., Kerkhof, A., Scheepers, F., O'Connor, R. C., Penninx, B., & van de Leemput, I. (2020) A network perspective on suicidal behavior: understanding suicidality as a complex system. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 00, 1-12. doi.org/10.1111/sltb.12676
- Enătescu, I., Craina, M., Gluhovschi, A., Giurgi-Oncu, C., Hogeia, L., Nussbaum, L. A., & Enătescu, V. R. (2020). The role of personality dimensions and trait anxiety in increasing the likelihood of suicide ideation in women during the perinatal period. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 1-11. doi.org/10.1080/0167482X.2020.1734790
- Esscher, A., Essén, B., Innala, E., Papadopoulos, F.C., Skalkidou, A., Sundström-Poromaa, I., & Högberg U. (2016). Suicides during pregnancy and 1 year postpartum in Sweden, 1980-2007. *British Journal of Psychiatry*, 208(5), 462-469. doi.org/10.1192/bjp.bp.114.161711
- Fisher, J. (2016). Perinatal psychiatric care needs of women who die by suicide. *The Lancet. Psychiatry*, 3(3), 191-192. doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00025-0
- Fonseca Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñiz, J., López-Navarro, E., Pérez de Albéniz, A., Lucas Molina, B., Debbané, M., Bobes-Bascarán, M. T., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Rodríguez-Testal, J. F., González Pando, D., Díez-Gómez, A., García Montes, J. M., García-Cerdán, L., Osmá, J., Peris Baquero, Ó., ... Marrero, R. J. (2021). Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para adultos: Una revisión selectiva [Evidence-Based Psychological



- Treatments for Adults: A Selective Review]. *Psicothema*, 33(2), 188-197. doi.org/10.7334/psicothema2020.426
- Fonseca-Pedrero, E., Díez-Gómez, A., de la Barrera, U., Sebastian-Enesco, C., Ortuño-Sierra, J., Montoya-Castilla, I., Lucas-Molina, B., Inchausti, F., & Pérez-Albéniz, A. (2020). Suicidal behaviour in adolescents: A network analysis. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental [Journal of Psychiatry and Mental Health]*. /doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.04.007
- García-Haro, J., García-Pascual, H., & González González, M. (2018). Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38, 381-400.
- García-Haro, J. M., García-Pascual, H., González González, M., Barrio-Martínez, S., & García-Pascual, R. (2020). Suicidio y trastorno mental: Una crítica necesaria. *Papeles del Psicólogo*, 41, 35-42. doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2919
- Gavin, A. R., Tabb, K. M., Melville, J. L., Guo, Y., & Katon, W. (2011). Prevalence and correlates of suicidal ideation during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 14(3), 239-246. doi.org/10.1007/s00737-011-0207-5
- Gelaye, B., Addae, G., Neway, B., Larrabure-Torrevalva, G.T., Qiu, C., Stoner, L., Luque Fernandez, M.A., Sanchez, S.E., & Williams, M.A. (2017). Poor sleep quality, antepartum depression and suicidal ideation among pregnant women. *Journal of Affective Disorders*, 209, 195-200. doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.020
- Gelaye, B., Kajeepeta, S., & Williams, M.A. (2016). Suicidal ideation in pregnancy: An epidemiologic review. *Archives of Women's Mental Health*, 19, 741-751.
- Gressier, F., Guillard, V., Cazas, O., Falissard, B., Glangeaud-Freudenthal, N. M., & Sutter-Dallay, A. L. (2017). Risk factors for suicide attempt in pregnancy and the post-partum period in women with serious mental illnesses. *Journal of Psychiatry Research*, 84, 284-291.
- Howard, L.M., Flach, C., Mehay, A., Sharp, D., & Tylee, A. (2011). The prevalence of suicidal ideation identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale in postpartum women in primary care: Findings from the RESPOND trial. *BMC Pregnancy Childbirth*, 11, 57. doi.org/10.1186/1471-2393-11-57
- Khalifeh, H., Hunt, I.M., Appleby, L., & Howard, L.M. (2016). Suicide in perinatal and non-perinatal women in contact with psychiatric services: 15 year findings from a UK national inquiry. *The Lancet Psychiatry*, 3, 233-242. doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00003-1
- Knight, M., Bunch, K., Tuffnell, D., Shakespeare, J., Kotnis, R., Kenyon, S., & Kurinczuk, J.J. (Eds.). (2019). *Saving lives, improving mothers' care - Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland confidential enquiries into maternal deaths and morbidity 2015-17*. National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford.
- Hill, N., Robinson, J., Pirkis, J., Andriessen, K., Krysinska, K., Payne, A., Boland, A., Clarke, A., Milner, A., Witt, K., Krohn, S., & Lampit, A. (2020). Association of suicidal behavior with exposure to suicide and suicide attempt: A systematic review and multilevel meta-analysis. *PLoS Medicine*, 17(3), e1003074. doi.org/10.1371/journal.pmed.1003074
- Kimmel, M. (2020). Maternal mental health matters. *North Carolina Medical Journal*, 81, 45-50.
- Labouliere, C. D., Vasan, P., Kramer, A., Brown, G., Green, K., Rahman, M., Kammer, J., Finnerty, M., & Stanley, B. (2018). "Zero Suicide" - A model for reducing suicide in United States behavioral healthcare. *Suicidology*, 23(1), 22-30.
- Leather, J. Z., O'Connor, R. C., Quinlivan, L., Kapur, N., Campbell, S., & Armitage, C. J. (2020). Healthcare professionals' implementation of national guidelines with patients who self-harm. *Journal of Psychiatric Research*, 130, 405-411. doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.08.031
- Lega, I., Maraschini, A., D'Aloja, P., Andreozzi, S., Spettoli, D., Giangreco, M., Vichi, M., Loghi, M., Donati, S., & Regional maternal mortality working group (2020). Maternal suicide in Italy. *Archives of Women's Mental Health*, 23(2), 199-206. doi.org/10.1007/s00737-019-00977-1
- Lindahl, V., Pearson, J. L., & Colpe, L. (2005). Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 8(2), 77-87. doi.org/10.1007/s00737-005-0080-1
- Lysell, H., Dahlin, M., Viktorin, A., Ljungberg, E., D'Onofrio, B. M., Dickman, P., & Runeson, B. (2018). Maternal suicide - Register based study of all suicides occurring after delivery in Sweden 1974-2009. *PLoS One*, 13, e0190133.
- Marcos-Nájera, R., Rodríguez Muñoz, M.F., Olivares, M.E., & Soto Balbuena C. (2017). Depresión perinatal: Rentabilidad y expectativas de la intervención preventiva. *Clínica y Salud*, 28, 49-52.
- Martini, J., Bauer, M., Lewitzka, U., Voss, C., Pfennig, A., Ritter, D., & Wittchen, H. U. (2019). Predictors and outcomes of suicidal ideation during peripartum period. *Journal of Affective Disorders*, 257, 518-526.
- Muñiz, J., Hernández, A., & Fernández-Hermida, J.R. (2020). Utilización de los test en España: El punto de vista de los psicólogos. *Papeles del Psicólogo*, 41(1), 1-15. doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2921
- NICE, National Institute for Health and Care Excellence (2020). *Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance (CG192)*. https://www.nice.org.uk/guidance/cg192
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R. C., Angermeyer, M., Beautrais, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Kovess, V., Levinson, D., ... Williams, D. R. (2009). Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000123. doi.org/10.1371/journal.pmed.1000123
- Oates, M. (2003). Suicide: the leading cause of maternal death. *British Journal of Psychiatry*, 183(4), 279-281. doi.org/10.1192/bjp.183.4.279
- Onah, M. N., Field, S., Bantjes, J., & Honikman, S. (2017). Perinatal suicidal ideation and behaviour: Psychiatry and adversity. *Archives of Women's Mental Health*, 20(2), 321-331. doi.org/10.1007/s00737-016-0706-5
- Orsolini, L., Valchera, A., Vecchiotti, R., Tomasetti, C., Iasevoli, F.,



- Fornaro, M., De Berardis, D., Perna, G., Pompili, M., & Bellantuno, C. (2016). Suicide during perinatal period: Epidemiology, risk factors, and clinical correlates. *Frontiers in Psychiatry, 7*, 138. doi.org/10.3389/fpsyt.2016.00138
- Paricio del Castillo, R., & Polo Usaola, P. (2020). Maternidad e identidad materna: deconstrucción terapéutica de narrativas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 40*(138), 33-54.
- Pérez-Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo, 40*(1), 1-14. doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2877
- Rodríguez-Muñoz, M.F., & Al-Halabí, S. (2020). A pathway to excellence. *Clínica y Salud, 31*, 125-126. doi.org/10.5093/clysa2020a31
- Rodríguez-Muñoz, M. (2019). *Psicología perinatal: Teoría y práctica*. Pirámide.
- Rodríguez-Muñoz, M., Le, H. N., de la Cruz, I. V., Crespo, M., & Méndez, N. I. (2017). Feasibility of screening and prevalence of prenatal depression in an obstetric setting in Spain. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology, 215*, 101-105. doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.06.009
- Rodríguez-Muñoz, M.F., Soto-Balbuena, C., Olivares Crespo, M. E., Marcos-Nájera, R., & Al-Halabí, S. (2021). Tratamientos psicológicos para los trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio. En E. Fonseca Pedrero (Coord.), *Manual de tratamientos psicológicos. Adultos [Psychological treatment Manual. Adults]* (pp. 607-639). Pirámide.
- Rendueles, G. (2018). *Suicidio(s) [Suicide(s)]*. Grupo 5 [Group 5].
- Silverman, M. M. (2006). The language of suicidology. *Suicide and life-threatening behavior, 36*(5), 519-532.
- Silverman, M. M. (2016). Challenges to defining and classifying suicide and suicidal behaviours. In R. O'Connor & J. Pirkis (Eds.), *International handbook of suicide prevention* (2nd ed.) (pp. 11-35). Wiley Blackwell.
- Silverman, M. M., & Berman, A. L. (2014). Suicide risk assessment and risk formulation Part I: A focus on suicide ideation in assessing suicide risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 44*(4), 420-431.
- Silverman, M. M., & DeLeo, D. D. (2016). Why there is a need for an international nomenclature and classification system for suicide. *Crisis, 37*(2), 83-87.
- Stanley, B., & Brown, G.K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(2), 256-264. doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001
- Stanley, B., Labouliere, C. D., Brown, G. K., Green, K. L., Galfalvy, H. C., Finnerty, M. T., Vasan, P., Cummings, A. K., Wainberg, M., Carruthers, J. W., & Dixon, L. B. (2020). Zero suicide implementation-effectiveness trial study protocol in outpatient behavioral health using the A-I-M suicide prevention model. *Contemporary Clinical Trials, 100*, 106224. doi.org/10.1016/j.cct.2020.106224
- Turecki, G., & Brent D.A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet, 387*, 1227-12239.
- Turecki, G., Brent, D.A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B.H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers, 5*, 74.
- van Mens, K., de Schepper, C., Wijnen, B., Koldijk, S. J., Schnack, H., de Looft, P., Lokkerbol, J., Wetherall, K., Cleare, S., C O'Connor, R., & de Beurs, D. (2020). Predicting future suicidal behaviour in young adults, with different machine learning techniques: A population-based longitudinal study. *Journal of Affective Disorders, 271*, 169-177. doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.081
- Vourilehto, M., Valtonen, H. M., Melartin, T., Sokero, P., Souminen, K., & Isometsä, E. T. (2014). Method of assessment determines prevalence of suicide ideation among patients with depression. *European Psychiatry, 29*, 338-344.
- World Health Organization (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. WHO Library.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet. Psychiatry, 3*(7), 646-659. doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X



# ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO DE LAS REVISTAS ESPAÑOLAS DE PSICOLOGÍA INDEXADAS EN EL EMERGING SOURCE CITATION INDEX (2018-2020)

## BIBLIOMETRIC ANALYSIS OF SPANISH PSYCHOLOGY JOURNALS INDEXED IN THE EMERGING SOURCE CITATION INDEX (2018-2020)

Raúl Quevedo-Blasco<sup>1</sup>, Noelia Ruiz-Herrera<sup>2</sup> y Alejandro Guillén-Riquelme<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Granada. <sup>2</sup>Universidad Internacional de La Rioja

El objetivo de este trabajo fue analizar las publicaciones y las revistas españolas de Psicología indexadas en el Emerging Source Citation Index (ESCI) durante los tres últimos años, con el fin de proporcionar información relevante como el indicador de citas de revistas (JCI), el número de documentos publicados, temáticas más estudiadas, análisis de indicadores, colaboraciones, etc. Utilizando el rango temporal de 2018-2020, se filtraron 17 revistas obteniendo un total de 1.247 documentos (1.071 artículos) con 43.697 referencias. Sin contabilizar a España, los países más productivos son México, Brasil y Chile. En cuanto al número de autores, destacan los mismos países en el siguiente orden: Brasil, México y Chile. Las revistas con un mayor JCI y número de citas por documento son la Revista Iberoamericana de Psicología y Salud (1,08 y 5,17 respectivamente) y la International Journal of Educational Psychology (0,70 y 2,14 respectivamente), siendo la primera de estas la única situada en primer cuartil. Las que tienen el índice h y g más elevado son la Revista Iberoamericana de Psicología y Salud (7 y 10) y Papeles del Psicólogo (6 y 9). Las tres "palabras clave" más utilizadas fueron psicoterapia, adolescentes y ansiedad.

**Palabras clave:** Estudio bibliométrico, Psicología, España, Emerging Source Citation Index.

The aim of this work was to analyze the Spanish psychology publications and journals indexed in the Emerging Source Citation Index (ESCI) during the last three years, to provide relevant information such as the journal citation indicator (JCI), the number of published documents, the most studied topics, analysis of indicators, collaborations, etc. Using the time range 2018-2020, 17 journals were screened, and a total of 1,247 documents (1,071 articles) with 43,697 references were obtained. Excluding Spain, the most productive countries were Mexico, Brazil, and Chile. In terms of the number of authors, the same countries predominate, in the following order: Brazil, Mexico, and Chile. The journals with the highest JCI and number of citations per paper were the Revista Iberoamericana de Psicología y Salud (1.08 and 5.17 respectively) and the International Journal of Educational Psychology (0.70 and 2.14 respectively), the former being the only one in the first quartile. Those with the highest h and g indexes were the Revista Iberoamericana de Psicología y Salud (7 and 10 respectively) and Papeles del Psicólogo (6 and 9 respectively). The three most used «keywords» were psychotherapy, adolescents, and anxiety.

**Key words:** Bibliometric study, Psychology, Spain, Emerging Source Citation Index.

Analizar la producción científica es importante para conocer el estado actual de diversas áreas de conocimiento (v. gr., Buela-Casal et al., 2019; Carneiro-Barrera et al., 2019). A través de la realización de análisis bibliométricos se puede obtener una perspectiva detallada de las tendencias de investigación en la literatura existente, así como de cuáles son los documentos y autores más citados (v. gr., Ho y Hartley, 2016; Ioannidis et al., 2019), cuáles son los temas de interés reciente (v. gr., Ertz y Leblanc-Proulx, 2018) o el nivel de internacionalización de una disciplina (v. gr., Begeny et al., 2018; Tortosa-Pérez et al., 2020a, 2020b). La realización de estos estudios es fundamental, por tanto, no solo en el contexto académico e investigador, sino también para las propias revistas científicas, ya que muestran las características necesarias para situarse en las mejores posiciones dentro de las bases de datos de la Web of Science (WoS) y de Scopus (v. gr., Corrales-Reyes et al., 2018; Salas et al., 2017). El interés por el análisis de las revistas

de impacto ha aumentado a nivel internacional y se ha extendido a numerosas áreas de conocimiento, permitiendo así conocer no solo la clasificación y desarrollo de las revistas, sino cómo se encuentra una determinada área de conocimiento (v. gr., González-Sala et al., 2017; Osca-Lluch y González-Sala, 2017; Quevedo-Blasco et al., 2019; Sanmarco et al., 2019; Tortosa et al., 2019; Tortosa-Pérez et al., 2021; Tur-Porcar et al., 2018).

Debido a la magnitud y el impacto que suponen los trastornos mentales en la sociedad (véase Taquet et al., 2021; Tortella-Feliu et al., 2016) y al aumento de casos relacionados con la salud mental desde el inicio de la pandemia por Coronavirus (v. gr., Cénat et al., 2021; Rodríguez-Rey et al., 2020), la investigación en Psicología Clínica refleja uno de los pilares básicos sobre los que se asienta el desarrollo de la disciplina. A este respecto, se han realizado diferentes aportaciones en las que se ha analizado la producción a través de diversos indicadores bibliométricos (v. gr., Franco-Suárez y Quevedo-Blasco, 2017; Viseu et al., 2015).

El Emerging Source Citation Index (ESCI) es un índice de citas de la Colección principal de la WoS creado en 2015, con registros retrospectivos que se remontan hasta 2005. Tiene indexadas revistas de calidad, pero sin Factor de Impacto en el Journal Citation Reports (JCR). Es por ello que el impacto, no parece haber alcanzado los

Recibido: 6 mayo 2021 - Aceptado: 16 agosto 2021

Correspondencia: Raúl Quevedo-Blasco. Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC). Universidad de Granada. C/ del Profesor Clavera, S/N. 18011 Granada. España. E-mail: rquevedo@ugr.es



mismos niveles que en otras bases de datos, aunque el ESCI mejora la cobertura de las revistas de Ciencias Sociales y Humanidades dentro de la WoS (De Filippo y Gorraiz, 2020). Aunque actualmente hay estudios en diversas áreas empleando la información del ESCI (v. gr., Butt et al., 2021; Repiso et al., 2017), los trabajos realizados en revistas de españolas de Psicología son muy escasos (v. gr., Ruiz-Pérez y Jiménez-Conteras, 2019).

Por tanto, el objetivo de este trabajo fue analizar las publicaciones de las revistas españolas de Psicología indexadas en el ESCI durante los tres últimos años (2018-2020). De manera específica, se pretendió no solo aportar información sobre las revistas mejor situadas a través de distintos criterios, sino describir las características de las publicaciones de dichas revistas y analizar las áreas temáticas de los documentos incluidos, mediante el análisis de las palabras clave. Este trabajo pretende aportar información relevante para los investigadores de diferentes áreas de la psicología y de la salud a la hora de tomar decisiones relativas a la publicación de sus resultados de investigación.

## MÉTODO

### Procedimiento

En primer lugar, se identificaron las revistas editadas en España, incluidas en cualquier categoría de Psicología e indexadas en 2021 en el ESCI (información obtenida a través del Master Journal List-MJL) y de forma ininterrumpida en el intervalo temporal de 2018 al 2020. Este periodo ha sido seleccionado a partir de dos criterios: a) ser un rango semejante al empleado para el cálculo de índices de impacto en las revistas científicas, y b) por incluir a todas las revistas indexadas objeto de análisis durante el periodo completo (y sí poder compararlas). Aunque la *European Journal of Education and Psychology* seguía apareciendo como una revista española en el MJL (a fecha de junio de 2021), no se incluye ya que desde 2021 es editada por la Universidad Autónoma de Chile (y por lo tanto es una revista chilena, no española). No se incluyen documentos de 2021 para evitar posibles sesgos, ya que dependiendo de cuando publique cada revista, afectaría a los índices analizados y resultados. Tras ello, se realizó una búsqueda en la Colección Principal de la WoS donde se incluía el nombre de cada revista entre comillas, separando cada uno de ellos por el operador "OR". La búsqueda se realizó del 25 de abril al 3 de mayo y se actualizó en junio de 2021. El resultado se exportó a diversos archivos en formato *BibTex*, atendiendo a las limitaciones de exportación del buscador. De todos ellos se exportó el registro completo, así como las citas y referencias de cada documento. Posteriormente, se unificaron manualmente los documentos obtenidos en un solo archivo con toda la información. Un total de 17 revistas fueron analizadas.

### Análisis de datos

Los resultados no fueron filtrados por año. Se analizaron todos los tipos de documentos, de donde se extrajeron tanto características descriptivas de los documentos como una red de coaparición de términos clave. Además, se registró el *Journal Citation Indicator* (JCI), Un índice de impacto normalizado por la media de la categoría de referencia de la revista. Para su cálculo se emplea un periodo de tres años. El ICN medio de una categoría es 1. Las revistas con un ICN de 1,5 tienen un 50% más de impacto de citas que la media de esa categoría. Puede utilizarse junto con otras métricas para ayudarle a

evaluar las revistas. Los análisis se realizaron mediante el paquete *bi-bliometrix* (Aria y Cuccurullo, 2017), del programa estadístico R 4.0.5 (R Core Team, 2021).

## RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 1.247 documentos publicados entre 2018 y 2020, procedentes de 17 revistas científicas españolas. Respecto a la autoría, se observa que los documentos provienen de un total de 3.004 autores, habiendo 276 de ellos con trabajos con autoría única (9,19% del total). De total de documentos, el 26,14% han sido firmados por un único autor. En las publicaciones con autoría múltiple, la media es de 2,41 autores/documento. Las publicaciones analizadas incluyeron un total de 43.697 referencias. Respecto al tipo de investigación, 64 documentos son trabajos de revisión (5,15% del total), siendo la gran mayoría artículos empíricos (85,89%), siendo el resto otro tipo de documentos (revisiones de libros y películas, editoriales, biografías, etc.). La media de citas para cada documento es de 0,948, siendo una media de 0,293 citas por documento y año.

De los 3.004 autores (con un total de 3.443 apariciones) el país de procedencia en un 57% de los casos es España (véase la Tabla 1). Además, se observa que este es el país con una mayor proporción de publicaciones (0,590), pero, a su vez, es el país con la menor proporción de documentos firmados por autores de diferentes nacionalidades (0,078; véase la Tabla 2). En dicha Tabla también se puede ver que el país con una mayor proporción de documentos con autores de al menos dos países diferentes es Bélgica (0,75). En la Figura 4 se puede ver el mapa de redes de colaboraciones en las publicaciones conjuntas entre países.

Cuando se analiza el contenido de las publicaciones, en primer lugar, se observa la frecuencia de aparición de las "palabras clave" utilizadas por los autores. En la Figura 1, se muestran los términos más empleados, entre los que destacan "psicoterapia" y "psicología" (45 y 29 apariciones), "adolescentes" y "adolescencia" (42 y 30 apariciones respectivamente), "ansiedad" (40 apariciones), "motivación" (31 apariciones), "educación superior" (30 apariciones),

**TABLA 1**  
**DIEZ PAÍSES CON MAYOR NÚMERO DE AUTORÍAS EN**  
**REVISTAS DE ESPAÑOLAS DE PSICOLOGÍA INDEXADAS EN EL**  
**ESCI (2018-2020)**

Países	Nº de autorías	Porcentaje (%)*
España	1.963	57,01
Brasil	203	5,90
México	202	5,87
Chile	147	4,27
Argentina	142	4,12
Colombia	105	3,05
Portugal	105	3,05
EE.UU.	73	2,12
Perú	51	1,48
Italia	50	1,45

Nota. EE.UU. = Estados Unidos de América.  
\* El % se calculó en función del total de autorías (3.443).



“depresión” (27 apariciones) e “intervención” (27 apariciones). Además, en la Figura 2, se presenta la evolución de la aparición de dichas palabras clave, donde se puede observar a nivel general, un aumento gradual de aparición en la mayoría de los casos.

A partir del uso de palabras clave se efectuó un análisis de coaparición de las mismas, es decir, atendiendo a la frecuencia en la que varios términos aparecen en el mismo documento. Un resumen visual se recoge en la Figura 3, donde se puede ver que las palabras clave se agrupan en cinco áreas temáticas principales. En primer lugar, se recogen conceptos vinculados con “estudiantes y rendimiento” (en color verde; v. gr., Gutiérrez-Ruiz et al., 2020; López-Larrosa et al., 2019; Moreira et al., 2020); en azul todos los relativos a “niños/adolescentes y comportamiento” (v. gr., Aparisi et al., 2019; Espada Largo y Parra Delgado, 2019); en naranja aquellos referentes a “salud, estrés, ansiedad”, en lila relativos a género (v. gr., Cova Solar et al., 2019; Urbiola et al., 2017); y en rojo aspectos relacionados con “validación e instrumentos” (v. gr., Fariña et al., 2020; Pérez-Sánchez et al., 2020; Ruiz et al., 2017; Sánchez-Fuentes et al., 2019). Para ver las colaboraciones entre países, véase la Figura 4.

**TABLA 2**  
**PAÍSES MÁS PRODUCTIVOS CON PUBLICACIONES EN REVISTAS DE ESPAÑOLAS DE PSICOLOGÍA INDEXADAS EN EL ESCI (2018-2020)**

Países	Nº documentos*	%	PPI	PMP	PMP Prop.
España	714	59,0083	658	56	0,0784
México	77	6,3636	65	12	0,1558
Brasil	56	4,6281	46	10	0,1786
Chile	50	4,1322	35	15	0,3
Argentina	47	3,8843	40	7	0,1489
Portugal	34	2,8099	26	8	0,2353
Colombia	33	2,7273	23	10	0,303
Canadá	20	1,6529	12	8	0,4
EE.UU.	18	1,4876	16	2	0,1111
Perú	16	1,3223	14	2	0,125
Italia	15	1,2397	11	4	0,2667
Reino Unido	15	1,2397	12	3	0,2
Bélgica	8	0,6612	2	6	0,75
Ecuador	8	0,6612	7	1	0,125
Finlandia	8	0,6612	6	2	0,25
Alemania	6	0,4959	6	0	0
Turquía	6	0,4959	6	0	0
Indonesia	4	0,3306	4	0	0
Nigeria	4	0,3306	4	0	0
Países Bajos	4	0,3306	4	0	0

Nota. PPI (publicaciones país individual) = número de documentos donde solo hay un autor o todos los autores pertenecen al mismo país; PMP (Publicaciones multi-país) = número de publicaciones cuyos autores son al menos de dos países diferentes; PMP Prop. = del total de documentos de un país, la proporción que tienen con colaboraciones internacionales. EE.UU = Estados Unidos de América.

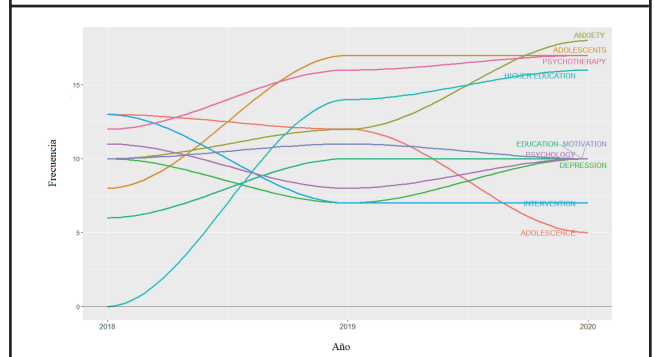
\* Datos ordenados por el número de documentos (y el caso de tener el mismo registro, alfabéticamente por el país).

% = porcentaje.

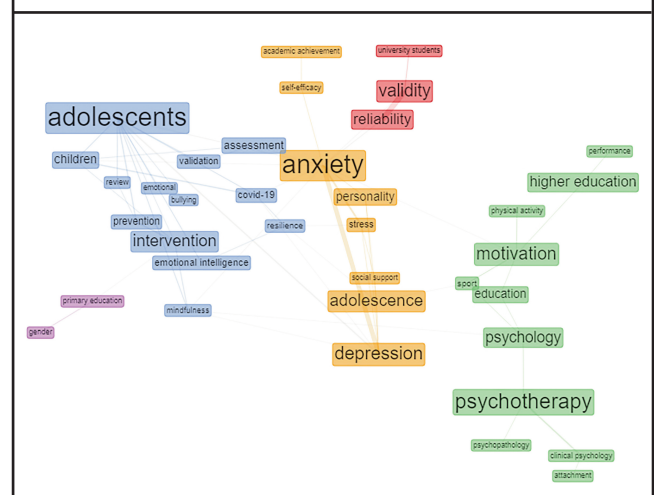
**FIGURA 1**  
**PALABRAS CLAVE MÁS EMPLEADAS POR LOS AUTORES EN LAS PUBLICACIONES EN REVISTAS ESPAÑOLAS DE PSICOLOGÍA INDEXADAS EN EL ESCI (2018-2020)**



**FIGURA 2**  
**EVOLUCIÓN EN LA FRECUENCIA DE APARICIÓN DE LAS PALABRAS CLAVE MÁS USADAS EN LAS PUBLICACIONES EN REVISTAS ESPAÑOLAS DE PSICOLOGÍA INDEXADAS EN EL ESCI (2018-2020)**



**FIGURA 3**  
**RELACIÓN DE LAS PALABRAS CLAVE DE LAS PUBLICACIONES EN REVISTAS ESPAÑOLAS DE PSICOLOGÍA INDEXADAS EN EL ESCI (2018-2020)**





También se analizó el índice *h* de las revistas, así como otros indicadores (v. gr., el número de citas en total o citas por documento) durante el intervalo 2018-2020. En la Tabla 3 se recoge un resumen de todas las revistas analizadas, con el fin de determinar aquellas revistas cuyas publicaciones tienen una mayor repercusión. Se puede ver que la revista con mayor índice *h* (7), índice *g* (10), número de citas (155) y media de citas por documento (5,17) es la *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*. Es llamativo que esta revista destaque en todos los indicadores a pesar de ser la que tiene un menor número de artículos (30 en total). *Papeles del Psicólogo* es la segunda revista destacada en los índices *h* y *g* (6 y 9 respectivamente), y en el número total de citas (140), siendo la cuarta atendiendo a la media de citas por documento (1,47). Aunque el periodo temporal analizado ha sido de tres años para todas las revistas (2018-2020), las indexadas más recientemente en el ESCI, concretamente desde 2017, son la *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* y la *Revista de Psicoterapia* (véase la Tabla 3). En la Tabla 4 se puede ver el ranking de las revistas objeto de estudio, atendiendo al reciente indicador JCI de Clarivate Analytics en el *Journal Citation Reports* (JCR) para todas las revistas, incluyendo las indexadas en el ESCI. La *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud* es la única en primer cuartil, seguida por la *International Journal of Educational Psychology* con 0,38 décimas de diferencia y por *Papeles del Psicólogo* con un tercio de la puntuación respecto a la primera.

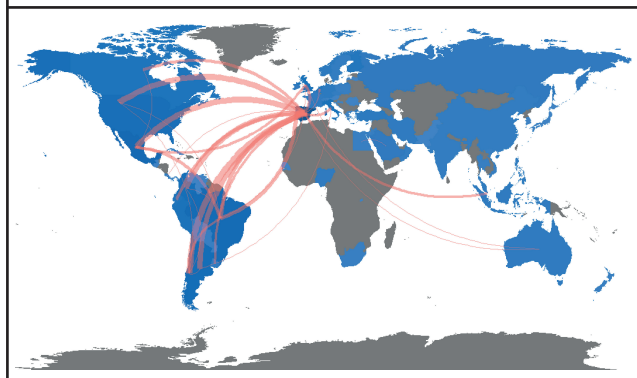
Por último, respecto a la posible influencia del idioma de publicación se ha observado que en español hay 814 documentos, que han recibido 781 citas (es decir tendrían 0,96 citas por artículo); en inglés 375 artículos con 412 citas (1,10 citas/documento); en portugués 54 artículos con 14 citas (0,26 citas/documento) y en catalán hay 4 artículos sin citas.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El objetivo del presente trabajo fue analizar las publicaciones de las revistas españolas de cualquier categoría de Psicología indexadas actualmente en el ESCI durante el rango temporal del 2018 al 2020. Se obtuvieron datos sobre autoría, tipo de publicación, origen del documento por país de procedencia de los autores, palabras clave e índice *h*, entre otros.

Se analizaron un total de 17 revistas, un número similar al de otras áreas (v. gr., Quevedo-Blasco et al., 2019). Si bien el asunto de la multi-autoría desproporcionada, para la evaluación de la actividad investigadora, es un tema de reciente interés en España (Arce et al., 2019), se analizaron los resultados referentes a la autoría, observando que aproximadamente el 26,14% han sido firmados por un único autor y la media es de 2,41 autores/documento. Esto es indi-

**FIGURA 4**  
**MAPA DE REDES DE PUBLICACIONES CONJUNTAS ENTRE PAÍSES EN LAS REVISTAS ESPAÑOLAS DE PSICOLOGÍA EN EL ESCI (2018-2020)**



**TABLA 3**  
**RANKING DE LAS REVISTAS ESPAÑOLAS DE PSICOLOGÍA INDEXADAS EN ESCI, ATENDIENDO DIFERENTES INDICADORES DURANTE EN PERIODO 2018-2020**

Revistas	Índice <i>h</i>	Índice <i>g</i>	Nº citas	Nº documentos	Cit/doc*	Entrada en ESCI
Revista Iberoamericana de Psicología y Salud	7	10	155	30	5,17	2011
International Journal of Educational Psychology	5	8	90	42	2,14	2012
Ansiedad y Estrés-Anxiety And Stress	6	8	109	70	1,56	2016
Papeles del Psicólogo	6	9	140	95	1,47	2005
Psychology, Society & Education	4	6	96	78	1,23	2009
Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte	6	7	113	95	1,19	2006
Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes	5	5	91	78	1,17	2014
ALOMA-Revista de Psicología Ciencias de L'Educacio i delEsport	4	5	46	48	0,96	2010
International Journal of Psychology and Psychological Therapy	4	5	72	80	0,90	2017
Anuario de Psicología	3	5	41	47	0,87	2005
Revista Española de Orientación y Psicopedagogía	3	4	52	82	0,63	2005
Electronic Journal of Research in Educational Psychology	4	5	56	91	0,62	2005
Acción Psicológica	3	3	18	50	0,36	2006
Revista de Psicoterapia	3	3	49	139	0,35	2017
Revista de Historia de la Psicología	2	2	18	59	0,31	2005
Quadernos de Psicología	2	2	24	100	0,24	2010
Revista Clínica Contemporánea	2	2	12	63	0,19	2010

Nota. Cit/doc = citas por documento; ESCI = Emerging Source Citation Index.  
\* Datos ordenados atendiendo a las citas por documento [Cit/doc] de cada revista.



cativo de que la mayoría de trabajos no han sido firmados por un número atípicamente elevado de autores. En cuanto a las categorías de las revistas, el mayor porcentaje (aproximadamente el 52%) están incluidas en Psicología Multidisciplinar. Porcentaje muy semejante al encontrado en estudios previos afines (Franco-Suárez y Quevedo-Blasco, 2017; García-Pereira y Quevedo-Blasco, 2015).

A pesar de la importancia de la realización de revisiones sistemáticas y meta-análisis en Psicología (Boyle et al., 2016) y de la capacidad que estos trabajos tienen de generar un crecimiento de citas recibidas en las revistas, solo aproximadamente el 5% de la producción de estas revistas se trató de revisiones. Queda de manifiesto que, en la investigación en Psicología, prima la producción de estudios empíricos frente a las revisiones.

Los países más productivos fueron España, seguido de México y Brasil, teniendo el 57,01% de los autores como país asignado en la afiliación a España. Sin contar a este país, los porcentajes más elevados de autores provienen de Brasil, México y Chile (aportando entre los tres en total un 16,03%). En cuanto a la proporción de publicaciones con otros países, además de Bélgica, destacan también Canadá y Colombia. En el polo opuesto, países como Alemania o Turquía (entre otros), no tienen ninguna colaboración en sus publicaciones. De la misma forma se observó que el idioma de publicación

inflúa en el número de citas, siendo el inglés el más citado por documento, con una ligera diferencia al español y mayor distancia respecto al resto de idiomas, que además cuentan con un menor número de documentos.

En cuanto al contenido, se observó que entre las palabras clave más utilizadas por los autores destacan *adolescentes/adolescencia, psicología, ansiedad, depresión* y aspectos relacionados con la educación y el rendimiento académico. De estos resultados, cabe destacar que la muestra juvenil es el principal foco objeto de estudio. Así mismo, aspectos relacionados con la salud mental es el objetivo prioritario de los profesionales dedicados a la Psicología, siendo un término se utilizado en diferentes contextos y connotaciones (véase Pilgrim, 2020). A pesar de comentar los conceptos más utilizados, en general se ha observado que hay amplitud de temas de interés en la investigación en Psicología (véanse las Figuras 1 y 3), lo que tal vez refleje la naturaleza firme de dicha área.

Una limitación, al respecto de los análisis realizados, es que no se pudieron identificar los valores *outliers*, lo que podría haber aportado información relevante sobre la publicación en diferentes países y años. Otra cuestión a tener en cuenta es que no fue pertinente analizar un número de años más amplio, para poder comparar revistas y que todas estuvieran presentes en el periodo completo del análisis. Además, no se ha incluido 2021 con el fin de evitar posibles sesgos en los indicadores analizados, ya que el año no ha finalizado en el momento de realizar es estudio.

Como conclusión, este estudio presenta información sobre las revistas españolas de Psicología indexadas en el ESCI, sobre las universidades más productivas y los países que más publican. Aporta asimismo información sobre el número de autores de las publicaciones y los temas específicos de interés reciente, señalando que los estudios originales concentran la mayoría de las publicaciones en el área. Los resultados de este estudio facilitan a los investigadores del campo de la Psicología la elección de las revistas indexadas en el ESCI para publicar sus trabajos (atendiendo tanto a indicadores [como el JCI] e índices [como el h], así como a las temáticas principales de publicación). Además, pone de relevancia la escasez de estudios de revisión en dicho contexto.

**CONFLICTO DE INTERESES**

No existe conflicto de intereses

**REFERENCIAS**

Aparisi, D., Inglés, C. J., García-Fernández, J. M., Torregrosa, M. S., Delgado, B. y Ruiz-Esteban, C. (2019). Estrategias de aprendizaje y nominación sociométrica en estudiantes españoles. *European Journal of Education and Psychology*, 13(1), 269-285. <https://doi.org/10.30552/ejep.v13i1.293>

Arce, R., Selaya, A., Palmer, A. L. y Sanmarco, J. (2019). En busca de una definición empírica de la multi-autoría desproporcionada para la evaluación de la actividad investigadora en Psicología. *Revista de Investigación en Educación*, 17(3), 196-207. <http://reined.webs4.uvigo.es/index.php/reined/article/view/421>

Aria, M. y Cuccurullo, C. (2017). Bibliometrix: An R-tool for comprehensive science mapping análisis [Bibliometrix: Una herramienta R para el análisis completo de la cartografía científica]. *Journal of Informetrics*, 11(4), 959-975. <https://doi.org/10.1016/j.joi.2017.08.007>

**TABLA 4**

**RANKING DE LAS REVISTAS ESPAÑOLAS DE PSICOLOGÍA INDEXADAS EN ESCI, ATENDIENDO AL JOURNAL CITATION INDICATOR (JCI) DE 2020**

Revistas	JCI (2020)*	Cuartil (Q)	Categoría
Revista Iberoamericana de Psicología y Salud	1,08	Q1	Multidisciplinar
International Journal of Educational Psychology	0,70	Q3	Educacional
Papeles del Psicólogo	0,43	Q3	Multidisciplinar
Ansiedad y Estrés-Anxiety And Stress	0,34	Q4	Clínica
Psychology, Society & Education	0,33	Q3	Multidisciplinar
ALOMA-Revista de Psicología Ciencias de L'Educaçio i delEsport	0,32	Q3	Multidisciplinar
International Journal of Psychology and Psychological Therapy	0,31	Q3	Multidisciplinar
Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes	0,22	Q4	Desarrollo
Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte	0,21	Q4	Aplicada
Anuario de Psicología	0,19	Q4	Multidisciplinar
Electronic Journal of Research in Educational Psychology	0,19	Q4	Educacional
Revista Española de Orientación y Psicopedagogía	0,18	Q4	Aplicada
Acción Psicológica	0,16	Q4	Multidisciplinar
Revista de Historia de la Psicología	0,09	Q4	Multidisciplinar
Revista de Psicoterapia	0,06	Q4	Clínica
Quadernos de Psicología	0,05	Q4	Multidisciplinar
Revista Clínica Contemporánea	0,05	Q4	Clínica

Nota. JCI = Journal Citation Indicator.  
\* Datos ordenados atendiendo al JCI (2020) de cada revista (y el caso de tener el mismo registro, alfabéticamente por el título de la revista).





- Begeny, J. C., Levy, R. A., Hida, R., Norwalk, K., Field, S., Suzuki, H., Soriano-Ferrer, M., Scheunemann, A., Guerrant, M., Clinton, A. y Aguirre, C. (2018). Geographically representative scholarship and internationalization in school and educational psychology: A bibliometric analysis of eight journals from 2002-2016. *Journal of School Psychology, 70*, 44-63. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2018.07.001>
- Boyle, J., Connolly, M. y MacKay, T. (2016). Systematic review and meta-analysis. *Educational & Child Psychology, 33*(3), 76-91. <https://strathprints.strath.ac.uk/56596/>
- Butt, N. S., Malik, A. A. y Shahbaz, M. Q. (2021). Bibliometric Analysis of Statistics Journals Indexed in Web of Science Under Emerging Source Citation Index. *SAGE Open, 11*(1), 1-8. <https://doi.org/10.1177/2158244020988870>
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., Díaz-Román, A., Carneiro-Barrera, A. y Quevedo-Blasco, R. (2019). Ranking 2019 de investigación de las universidades públicas españolas. *Psicothema, 31*(4), 351-362. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.238>
- Carneiro-Barrera, A., Ruiz-Herrera, N. y Díaz-Román, A. (2019). Tesis doctorales en Psicología tras la adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior. *Revista de Investigación en Educación, 17*(1), 32-43. <http://reined.webs4.uvigo.es/index.php/reined/article/view/377>
- Cénat, J. M., Blais-Rochette, C., Kossigan Kokou-Kpolou, C., Noorishad, P.-G., Mukunzi, J. N., McIntee, S.-E., Darly Dalexis, R., Goulet, M. A. y Labelle, P. R. (2021). Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research, 295*, 113599. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113599>
- Corrales-Reyes, I. E., Fornaris-Cedeno, Y., y Reyes-Pérez, J. J. (2018). Análisis bibliométrico de la revista Investigación en Educación Médica. Período 2012-2016. *Investigación en Educación Médica, 7*(25), 18-26. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.02.003>
- Cova Solar, F., Grandón Fernández, P., Saldivia Borquez, S., Inostroza Rovegno, C. y Novoa Rivera, C. (2019). Promoción y prevención en salud mental: ¿esperanza fundada, vana ilusión o contrabando psicopatologizador? *Papeles del Psicólogo, 40*(3), 211-216. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2894>
- De Filippo, D. y Gorraiz, J. (2020). Is the Emerging Source Citation Index an aid to assess the citation impact in social science and humanities? *Journal of Informetrics, 14*(4), 101088. <https://doi.org/10.1016/j.joi.2020.101088>
- Ertz, M., y Leblanc-Proulx, S. (2018). Sustainability in the collaborative economy: A bibliometric analysis reveals emerging interest. *Journal of Cleaner Production, 196*, 1073-1085. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2018.06.095>
- Espada Largo, M. y Parra Delgado, M. (2019). Adolescentes con alteraciones graves de conducta. ¿Cómo se interviene a nivel educativo en los Institutos de Enseñanza Secundaria? *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía, 30*(2), 128-144. <https://doi.org/10.5944/reop.vol.30.num.2.2019.25342>
- Fariña, F., Arce, R., Tomé, D. y Seijo, D. (2020). Validación del Cuestionario Actitud ante el Conflicto Parental: Autoinformada y Referenciada (ACPar). *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud, 11*(1), 1-14. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2020.01.031>
- Franco-Suárez, O. y Quevedo-Blasco, R. (2017). Análisis de las revistas iberoamericanas de Psicología y de Educación indexadas en el Journal Citation Reports del 2015. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 9*(4), 1-23. <http://www.psiencia.org/9/4/22>
- García-Pereira, S. y Quevedo-Blasco, R. (2015). Análisis de las revistas iberoamericanas de Psicología y de Educación indexadas en el Journal Citation Reports del 2013. *European Journal of Education and Psychology, 8*(2), 85-96. <https://doi.org/10.1016/j.ejeps.2015.09.003>
- González-Sala, F., Osca-Lluch, J., Tortosa Gil, F. y Peñaranda Ortega, M. (2017). Characterization of Legal Psychology through psychology journals included in Criminology & Penology and Law categories of Web of Science. *Anales de Psicología, 33*(2), 411-416. <https://doi.org/10.6018/analesps.33.2.262591>
- Gutiérrez-Ruiz, K., Paternina, J., Zakzuk, S., Mendez, S., Castillo, A., Payares, L. y Peñate, A. (2020). Las funciones ejecutivas como predictoras del rendimiento académico de estudiantes universitarios. *Psychology, Society, & Education, 12*(3), 161-174. <https://doi.org/10.25115/psye.v12i3.2103>
- Ho, Y. S. y Hartley, J. (2016). Classic articles in psychology in the Science Citation Index Expanded: A bibliometric analysis. *British Journal of Psychology, 107*(4), 768-780. <https://doi.org/10.1111/bjop.12163>
- Ioannidis, J. P. A., Baas, J., Klavans, R. y Boyack, K. W. (2019). A standardized citation metrics author database annotated for scientific field. *PLoS Biology, 17*(8), e3000384. <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.3000384>
- López-Larrosa, S., Barrós-Pérez, C., Amigó, M. F. y Dubra, M. (2019). Immigrant students in Spain compared to Spanish students: Perceived relationships and academic results. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud, 10*(2), 64-74. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2019.02.026>
- Moreira, P., Pedras, S. y Pombo, P. (2020). Students' Personality Contributes More to Academic Performance than Well-Being and Learning Approach-Implications for Sustainable Development and Education. *European Journal of Investigation in Health Psychology and Education, 10*(4), 1132-1149. <https://doi.org/10.3390/ejihpe10040079>
- Osca-Lluch, J. y González-Sala, F. (2017). Evolución de las redes científicas y grupos de investigación. El caso de la psicología educativa en España durante los quinquenios 2004-2008 y 2009-2013. *Anales de Psicología, 33*(2), 356-364. <https://doi.org/10.6018/analesps.33.2.249891>
- Pérez-Sánchez, J., Delgado, A. R. y Prieto, G. (2020). Propiedades psicométricas de las puntuaciones de los test más empleados en la evaluación de la regulación emocional. *Papeles del Psicólogo, 41*(2), 116-124. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2931>
- Pilgrim, D. (2020). *Key Concepts in Mental Health* (5ª ed.). SAGE Publications Ltd.
- Quevedo-Blasco, R., Guillén-Riquelme, A. y Buela-Casal, G. (2019). Análisis bibliométrico de las revistas de Psicología afines al ámbito Jurídico-Forense atendiendo a la WoS y el JCR (2018). *Revista*



- de *Investigación en Educación*, 17(3), 165-178. <http://reined.webs.uvigo.es/index.php/reined/article/view/419/427>
- R Core Team. (2021). *R: A Language and Environment for Statistical Computing* (Version 3.6.2) [Computer software]. R Foundation for Statistical Computing. <https://www.r-project.org/>
- Repiso, R., Jiménez-Contreras, E. y Aguaded, I. (2017). Revistas Iberoamericanas de Educación en SciELO Citation Index y Emerging Source Citation Index. *Revista Española de Documentación Científica*, 40(4), e186. <https://doi.org/10.3989/redc.2017.4.1445>
- Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H. y Collado, S. (2020). Psychological Impact of COVID-19 in Spain: Early Data Report. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(5), 550-552. <https://doi.org/10.1037/tra0000943>
- Ruiz, F. J., García Martín, M. B., Suárez Falcón, J. C. y Odriozola González, P. (2017). The Hierarchical Factor Structure of the Spanish Version of Depression Anxiety and Stress Scale -21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17(1), 97-105. <https://www.ijpsy.com/volumen17/num1/460.html>
- Ruiz-Pérez, R. y Jiménez-Contreras, E. (2019). Los Emerging Sources Citation Index y la internacionalización de las revistas científicas españolas, con especial mención a las de Psicología. *Psicothema*, 31(4), 376-383. <https://doi.org/10.7334/psicothema-2019.59>
- Salas, G., Ponce, F. P., Méndez-Bustos, P., Vega-Arce, M., Pérez, M. A., López-López, W. y Cárcamo-Vásquez, H. (2017). 25 años de Psykhe: un análisis bibliométrico. *Psykhe (Santiago)*, 26(1), 1-17. <http://dx.doi.org/10.7764/psykhe.26.1.1205>
- Sánchez-Fuentes, M. M., Moyano, N., Granados, R., y Sierra, J. C. (2019). Validation of the Spanish Version of the Arizona Sexual Experience Scale (ASEX) Using Self-Reported and Psychophysiological Measures. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 10(1), 1-14. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2018.02.021>
- Sanmarco, J., Vázquez, M. J. y Fariña, F. (2019). Comparación de los índices de citas y clasificación de revistas del Journal Citation Reports y Scopus en el campo de la Psicología. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 10(2), 122-134. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2019.02.030>
- Taquet, M., Luciano, S., Geddes, J. R. y Harrison, P. J. (2021). Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 130-140. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30462-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30462-4)
- Tortella-Feliu, M., Baños, R. M., Barrantes, N., Botella, C., Fernández-Aranda, F., García-Campayo, J., García-Palacios, A., Hervás, G., Jiménez-Murcia, S., Montorio, I., Soler, J., Quero, S., Valiente, M. C. y Vázquez, C. (2016). Retos de la investigación psicológica en salud mental. *Clínica y Salud*, 27(1), 37-43. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.02.001>
- Tortosa, M., Alfaro, E., Martínez-Besteiro, E. y Tortosa, F. (2019). Un análisis sociobibliométrico de la revista profesional *Clínica y Salud*. *Clínica y Salud*, 30, 41-52. <https://doi.org/10.5093/clysa2019a7>
- Tortosa-Pérez, M., González Sala, F., Santolaya-Prego de Oliver, J. y Aguilar-Bustamante, C. (2020a). El papel de la organización colegial-COP en el posicionamiento internacional de la *Psicología Española* (1979-2018). *Anales de Psicología*, 36(1), 12-23. <https://doi.org/10.6018/analesps.388691>
- Tortosa-Pérez, M., González-Sala, F., Aguilar-Bustamante, M. C. y Santolaya-Prego de Oliver, J. (2020b). Estrategia de posicionamiento en bases internacionales de las revistas de psicología editadas y coeditadas por el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. *Universitas Psychologica*, 19, 1-16. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy19.epbi>
- Tortosa-Pérez, M., González-Sala, F., Osca-Lluch, J., Lloret-Sirerol, C. y Alfaro-Ferreres, E. (2021). Análisis bibliométrico de la revista *Anuario de Psicología Jurídica* entre 1991-2019. *Anuario de Psicología Jurídica*, 31(1), 137-145. <https://doi.org/10.5093/apj2021a6>
- Tur-Porcar, A., Mas-Tur, A., Merigó, J. M., Roig-Tierno, N. y Watt, J. (2018). A bibliometric history of the journal of psychology between 1936 and 2015. *The Journal of Psychology*, 152(4), 199-225. <https://doi.org/10.1080/00223980.2018.1440516>
- Urbiola, I., Estévez, A., Iruarrizaga, I. y Jaureguia, P. (2017). Dependencia emocional en jóvenes: relación con la sintomatología ansiosa y depresiva, autoestima y diferencias de género. *Ansiedad y Estrés*, 23(1), 6-11. <https://doi.org/10.1016/j.anges.2016.11.003>
- Viseu, J. N., de Jesus, S. N., Quevedo-Blasco, R., Rus, C. L. y Canavarro, J. M. (2015). Motivação docente: estudo bibliométrico da relação com variáveis individuais, organizacionais e atitudes laborais. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47(1), 58-65. [https://doi.org/10.1016/S0120-0534\(15\)30007-8](https://doi.org/10.1016/S0120-0534(15)30007-8)



# DE COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS A CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS. POSICIONAMIENTO NACIONAL Y PROYECCIÓN INTERNACIONAL

## FROM THE COLLEGE OF PSYCHOLOGISTS TO THE SPANISH PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. NATIONAL POSITIONING AND INTERNATIONAL PROJECTION

Macarena Tortosa-Pérez<sup>1</sup>, Jesús Santolaya Prego de Oliver<sup>2</sup>, Francisco Santolaya<sup>3</sup> y Francisco Tortosa<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universidad Internacional de Valencia-VIU. <sup>2</sup>Universidad Europea de Valencia. <sup>3</sup>Consejo General de la Psicología de España. <sup>4</sup>Universidad de Valencia

La creación del COP tuvo enorme trascendencia para dotar de identidad la psicología española. Esta Corporación destinada a ordenar y representar la profesión no ha dejado de crecer, a pesar de graves problemáticas internas y externas. El artículo ofrece una revisión legislativa y documental, sobre todo desde su revista oficial, *Papeles del Psicólogo*. Analiza la segunda etapa del COP, la de la profesionalización, la descentralización y la reorganización como Consejo General de Colegios, atendiendo a su papel en la proyección interna e internacional de la disciplina en su conjunto.

**Palabras clave:** Psicología española, Colegio Oficial de Psicólogos, Historia, Imagen pública.

The creation of the COP (Spanish College of Psychologists) was of enormous significance in establishing the identity of psychology in Spain. The organization, aimed at organizing and representing the profession, has not stopped growing, despite the serious internal and external issues it has had. This article presents a legislative and documentary review, particularly based on its representative publication, *Papeles del Psicólogo/ Psychologist Papers*. We analyze the second stage of the COP, that of professionalization, decentralization, and reorganization as the Spanish Psychological Association, taking into account its role in the internal and international projection of the discipline as a whole.

**Key words:** Spanish psychology, College of Psychologists, History, Public image.

**E**l desarrollo de la psicología científica y profesional ha estado muy influido por la *circunstancia histórica* en que se promovió su investigación y su aplicación como instrumento de cambio personal e intervención social. Queda lejos la concepción religiosa cristiana de la psicología, que tanto condicionó la investigación, la docencia, e incluso la actuación técnica de quienes aspiraban a convertirse y actuar como psicólogos. La progresiva laicización y positivización propiciaría una investigación experimentalmente anclada, que otorga sentido a una praxis diversificada, y en algunos casos legalmente definida. La tradicional primera fuerza, la psicología experimental, fisiológica y correlacional, desbancó de los lugares de poder, tanto en la Universidad, como en el Colegio Oficial de Psicólogo-COP, a las más débiles epistemológicamente segunda y tercera fuerzas, el psicoanálisis y el humanismo. Esta situación disciplinar ha propiciado que la comunidad psicológica tenga hoy una imagen social y profesional sólida, aunque no exenta de lagunas, y una gran proyección internacional (Tortosa, Santolaya y Civera, 2015).

Ese proceso resulta inentendible sin atender al papel desempeñado por el COP. Tras una primera etapa marcada por la supervivencia y la consolidación, por los primeros intentos de definición

profesional, en plena lucha interna entre Escuelas científico-tecnológicas y profesionales no siempre coincidentes, con una ruptura de la cohesión interna provocada por la proclamación del COP Cataluña, con un enfrentamiento no siempre explícito con la universidad, una segunda etapa comenzaría en 1993 (Padilla, 2008; Tortosa et al., 2021). En ésta se transformará la estructura del COP, se definirán perfiles, y comenzará una reorganización interna y una expansión externa, que desembocará en un Consejo General de Colegios, que desempeñará un papel decisivo en la psicología española.

La historiografía de la psicología no ha prestado una atención excesiva a las organizaciones psicológicas nacionales, como los colegios profesionales, salvo en contados casos (López-López et al., 2021). El presente artículo, desde un presentismo internalista responsable, que se apoya en un análisis de fuentes primarias y un rigor metodológico no ingenuo (Vera, 2008), estudia el papel de la organización colegial en la definición, consolidación y proyección internacional de la psicología española, al tiempo que analiza los principales cambios en la estructura organizativa de esta Corporación de Derecho de Público, que agrupa y representa la comunidad psicológica.

### LA DÉCADA DE 1990. ¡POR FIN LOS ESTATUTOS!

Los primeros años del COP tuvieron su principal centro de poder en Madrid. En la cuarta convocatoria de elecciones a la Junta de Gobierno Estatal, triunfa una candidatura no vinculada a la Delegación de Madrid ni a la Junta de Gobierno que acababa mandato

Recibido: 10 mayo 2021 - Aceptado: 16 junio 2021

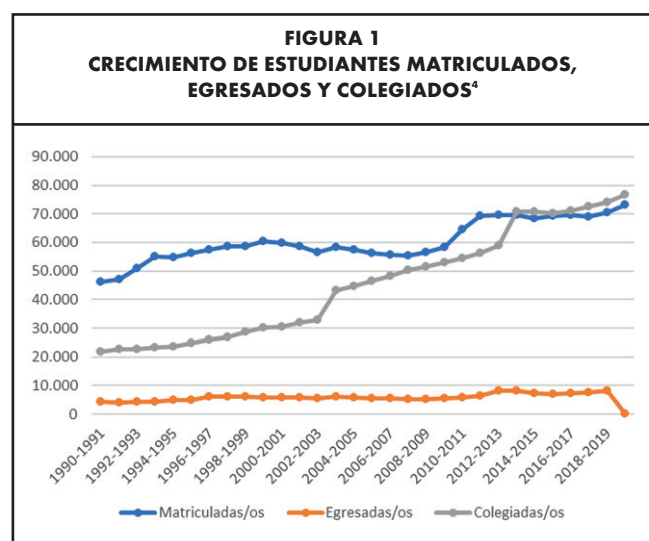
Correspondencia: Macarena Tortosa. *Universidad Internacional de Valencia - VIU*. Email: macarena.tortosap@campusviu.es.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7900-4877>.



(Hernández, 1993). La nueva Junta, vinculada a la estructura representativa territorial del COP, comienza una nueva etapa, descentralizada, en la que, desde una estructura reorganizada, hay una idea fuerza, mejorar la colaboración entre la Junta y las Delegaciones, con el fin de lograr la participación de un mayor número de colegiados en la dinámica colegial (Junta de Gobierno, 1993)<sup>1</sup>.

En el marco de una psicología que crece<sup>2</sup> incesantemente (Figura 1), el nuevo Decano (Santolaya, 1993), junto al perenne objetivo de lograr la aprobación de los Estatutos, asignatura pendiente desde hacía ya una década, plantea varias líneas de acción. Pretende mo-



dernizar y federalizar la estructura colegial para, convirtiendo las Delegaciones en Colegios autonómicos, lograr crear un Consejo General de Colegios que coordine y defienda la profesión a nivel nacional (Vera, 1994). Plantea incrementar la prestación de servicios, mejorando así las condiciones de base de todas las personas colegiadas. Aspira a consolidar el Rol Profesional, para lo cual las Secciones profesionales tendrán que definir los perfiles (de formación y desempeño). Por último, intentará ahondar en una internacionalización dirigida tanto a los países europeos, como a los iberoamericanos.

La proyección internacional del COP discurre en paralelo al esfuerzo hacia dentro. Se potencia su presencia en la Administración pública, en los medios de información, en la Conferencia de Decanos, en las Universidades, en los procesos legislativos que atañen a la profesión, y en todos los lugares en donde se requiera la voz de la psicología. Mientras, se amplía y consolida la internacionalización. El COP consolida una política de creciente presencia en los foros internacionales, y favorece la creación y el desarrollo de organismos y sociedades internacionales que tengan interés por la psicología y sus practicantes, en concordancia con la importancia de su volumen de afiliación y del desarrollo de la propia psicología (Fernández, 1995)<sup>3</sup>.

Reforzará esa política de internacionalización publicando, en inglés y formato electrónico, una "revista de revistas", *Psychology in Spain* (1997-2011), que ofrecía anualmente una selección a partir de jueces independientes de los mejores artículos publicados en las revistas del COP, según criterios de excelencia e interés<sup>5</sup>. Completaba ese esfuerzo con PSICODOC, una Base de Datos con interfaz multilingüe, que inicia-

<sup>1</sup> Universidad y Colegio seguían manteniendo una relación más de forma que de fondo (Blas, 1996). En la remodelación de los Planes de Estudio que tuvo lugar entre 1987 y 1994 el representante del COP participó "en la comisión encargada de elaborar el proyecto, por supuesto con voz (...) pero sin voto, [se dio una] casi completa exclusión del proceso de entidades públicas y privadas, asociaciones o empresas [además de] la ausencia de estudios previos que permitieran conocer (...) la evolución profesional previsible." (Chacon, 1995).

<sup>2</sup> Crece todo. El número de artículos, de libros, de tesis, de congresos, de revistas, de estancias fuera, de participación destacada en eventos, de perfiles profesionales, de profesores universitarios, de personas matriculadas, egresadas y colegiadas, ... Definiendo una realidad plétórica, pero todavía desunida y desdibujada socialmente, con falta de reconocimiento profesional y social (Civera, Santolaya y Tortosa, 2008)

<sup>3</sup> Sobre todo, la EFPPA-Federación Europea de Asociaciones Profesionales de Psicólogos, en cuya estructura organizativa desempeña un papel relevante, y que define un espacio común transnacional en el que potenciar la cooperación, el intercambio científico y profesional, así como la articulación de políticas de definición y defensa de la profesión. En otro nivel, participa en la International Test Commission, y estás presente en la European Association of Work and Organizational Psychology-EAWOP, la International Union of Psychological Science-IUPsyS, o la International Association of Applied Psychology-IAAP. Asignatura pendiente, mejorar las relaciones con la SIP-Sociedad Iberoamericana de Psicología y las psicologías nacionales Iberoamericanas

<sup>4</sup> Los datos de estudiantes matriculados y egresados proceden del Sistema Integrado de Información Universitaria (SIIU). Secretaría General de Universidades. Final del formulario

Los datos de estudiantes matriculados en curso 2019-2020 son provisionales y no constan para estudiantes egresados [acceso jueves 21/01/2021, 10h], los datos de colegiación proceden de los servicios administrativos del Consejo General de la Psicología de España-CGPE.

<sup>5</sup> Pretende "superar las barreras lingüísticas, buscando la mejor diseminación de la información y la mejor comunicación dentro de la comunidad psicológica mundial. Es (...) una ventana para desvelar lo que es, profesional, académica y científicamente, una de las psicologías más avanzadas del continente europeo." (Fernández, 1997)



ba su andadura también en 1997 (Gallardo, 2019)<sup>6</sup>. Formaba parte de un ambicioso programa de comunicación iniciado desde la Secretaría Estatal, a semejanza del que practicara la American Psychological Association (VandenBos, 2018).

Congresos (nacionales e internacionales), guías, documentos de diverso tipo, y sobre todo revistas, muchas revistas<sup>7</sup>, de clara orientación profesional y, en muchos casos, sectorizadas (Tortosa, González, Santolaya y Aguilar, 2019)<sup>8</sup>. Entre estas últimas destaca el *canal oficial de comunicación, Papeles del Psicólogo*, que, desde el nº 58 (1994), iniciaba su III época, viéndose acompañada, desde el nº 68 (1997), del suplemento informativo *Infocop*, que agilizaría el contacto con los colegiados. Pretende ser portavoz de los avances y del desarrollo de la Psicología, al tiempo que sirve de espacio de reflexión técnico-profesional sobre temas de actualidad e interés para el colectivo de la psicología española, sobre todo para el profesional<sup>9</sup>.

Con el objetivo de satisfacer su finalidad última, ordenar el ejercicio profesional, y, al tiempo, luchar contra el intrusismo, la Junta de Gobierno Estatal tomó la iniciativa de definir y delimitar los perfiles de las principales especialidades psicológicas. Pretendía, además, con ello, marcar directrices que orientasen al colectivo respecto de cuáles son sus funciones, procedimientos y técnicas de intervención según el área en la que se desarrollase su actividad, así como orientar sobre contenidos formativos. El fruto de ese proyecto sería un número monográfico sobre *Perfiles del Psicólogo* (Varios, 1995), y el influyente libro *Perfiles Profesionales del Psicólogo* (COP, 1998), que recogía los ocho definidos y los amplios grupos de trabajo que participaron en el proyecto. Complementariamente, el 1/6/1996, la Junta General ratificaba la creación de Divisiones Profesionales<sup>10</sup>, lo que ayudaba a operativizar la estructura del COP. Eran pasos necesarios para definir laboral y socialmente campos de intervención especializados, así como para orientar al colectivo hacia una formación de post-grado adecuada y, en el futuro, a su reconocimiento o acreditación por parte del COP, como experto o especia-

lista en una determinada área profesional (Santolaya, 1996).

El colectivo profesional mostraba diferencias respecto del que había caracterizado Hernández (1984) una década antes. Seguía siendo joven, pero menos, un 30% se situaba por debajo de los 30 años, y un 15,4% superaba los 40, y mayoritariamente femenino (64%). El paro se había reducido a la mitad, un 10,5%, por debajo del de la población general. Trabajan sobre todo por cuenta propia, aunque todavía algo más de una cuarta parte de quienes trabajan, practican la psicología a tiempo parcial o se dedican a actividades que no son propias de la profesión (Quintanilla & Díaz, 1994).

Nuevas elecciones en 1996, que daban paso a una Junta de Gobierno constituida por todos los presidentes de las Delegaciones del COP. Un paso más hacia la consecución de un Consejo General de Colegios, solución organizativa que era una *perenne* pretensión del Colegio. Entre sus objetivos, ahondar en las políticas de comunicación, para incrementar y matizar y positivar la percepción social y política, respecto del papel y conocimientos del colectivo, así como su utilidad para el tejido productivo. Todo ello, sin olvidar la promoción de acciones comunicativas de carácter científico-profesional (Jornadas, Encuentros y Congresos, Revistas representativas de los perfiles, participación en foros y estructuras de toma de decisiones), la defensa y promoción de la profesión, el desarrollo de la estructura colegial, la ampliación y mejora de los servicios a colegiados/os, y la proyección y relaciones internacionales (Berdullas, 1996).

Con motivo del II Congreso Iberoamericano de Psicología, se realizó la I Convención del COP. Reunió a todos los miembros de las Juntas Rectoras de la Delegaciones y a los de la Junta de Gobierno; en ella se realizó un análisis de las futuras líneas de desarrollo político del COP, debatiéndose aspectos tan importantes como las necesidades de formación, la acreditación y la formación continua, la actualización de la estructura organizativa, la integración y el futuro en Europa e Iberoamérica<sup>11</sup>, los aspectos éticos y deontológicos de la profesión, y el nivel de empleo (Santolaya, 2001).

<sup>6</sup> En el año 2002 se publican dos monográficos sobre "Líneas de Investigación en la psicología española" (Varios, 2002a, 2002b). Los artículos se publican a la vez en tres de los idiomas más utilizados: el español (*Papeles del Psicólogo*), el inglés (*The Spanish Journal of Psychology*) y el francés (*Bulletin de Psychologie*). Se pretende difundir la investigación para lograr mayor impacto internacional (Fernández, 2002).

<sup>7</sup> Una de cada cinco revistas españolas que circulan en bases de datos, nacionales e internacionales, proceden de Asociaciones profesionales, sobre todo del COP (Osca et al., 2005).

<sup>8</sup> Se produjo un elevado incremento del gasto en revistas (Pastor, 1989; Egurtza, 1999), que llevó al COP a constituirse como el más importante editor de revistas de psicología de Iberoamérica.

<sup>9</sup> Se ratificaba a Juan Carlos Duro en la dirección, pero se anunciaban cambios de política editorial. Se modifica el formato, y se incluyen nuevas secciones, de máxima actualidad, orientando las Editoriales hacia temas monográficos de vital importancia para el colectivo, así como hacia las actividades y gestiones examinadas al desarrollo profesional, realizadas por el COP. Además, se dota de un Consejo de Redacción formado por psicólogos colegiados de distintos puntos de España, así como de un elenco de colaboradores (Santolaya, 1994). Diez años más tarde, en 2005, iniciaría una cuarta etapa.

<sup>10</sup> El Reglamento Marco de las Divisiones Profesionales se aprobaba en Junta General un 21/6/1997, sufriendo posteriormente varias modificaciones.

<sup>11</sup> Estaba cristalizando la proyección hacia Iberoamérica. El COP, con la SIP, había organizado un I y II Congreso Iberoamericanos de Psicología (Madrid 1992, 1998). Esos congresos, además de cumplir con sus objetivos propios, hicieron explícita la necesidad de establecer una estructura permanente que aglutinara las Asociaciones de Psicología de Iberoamérica, un proyecto que se concretaría en la creación de la Federación Iberoamericana de Asociaciones de Psicología-FIAP (López, et al., 2021).



En esta década de la profesionalización (Santolaya, Berdullas y Fernández, 2001), un hito histórico clave fue la obtención del reconocimiento de la psicología clínica como especialidad sanitaria, a partir de la regulación del título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (RD 2490/1998)<sup>12</sup>, un aspecto por el que llevaba el COP luchando mucho tiempo<sup>13</sup>. La implantación del Sistema de Formación de Psicólogo Interno Residente (PIR) conoció en 1993 una primera convocatoria de 52 plazas con ámbito estatal, tras algún precedente en comunidades autónomas<sup>14</sup>. Como todas las formaciones vía residencia, pertenecen a la llamada Formación Sanitaria Especializada.

La promulgación del RD de la Especialidad parecía culminar un largo proceso de lucha, definiendo la psicología clínica, homolugándola en cuanto a formación y reconocimiento social a cualquier otra especialidad sanitaria. Concurrentemente, servía para proteger las técnicas, los procedimientos e instrumentos propia de ésta especialidad sanitaria. La obtención de la especialidad era un requisito obligatorio para optar a las plazas de las instituciones públicas, aunque no en otras modalidades de intervención profesional, pero no era necesario para el ejercicio de la profesión en el ámbito privado. Levantó una fuerte oposición en algunos colectivos encuadrados en el ámbito de lo psiquiátrico, incluso en el psicológico, que acabó en los tribunales, pero con sentencias favorable para el Colegio<sup>15</sup>.

La década se cerraba con otro hito histórico. Veinte años después de la aprobación de unos Estatutos provisionales, en 1999 se aprobaban por fin los Estatutos Generales del Colegio Oficial de Psicólogos

de España, resolviendo la endémica situación de provisionalidad en su configuración institucional. Viene a coincidir en el tiempo con el replanteamiento de la situación de la universidad en Europa, que anuncian la Declaración de la Sorbona (26/5/1998) y la Declaración de Bolonia (19/6/1999), que plantean, entre otras cosas, "la necesidad de crear un espacio europeo de la enseñanza superior como medio privilegiado para fomentar la movilidad y la empleabilidad", aspectos clave desde una óptica profesional<sup>16</sup>. La psicología española volvía a proyectarse hacia el futuro, ahora menos incierto por su nivel de implantación disciplinar y su penetración social. En cualquier caso, seguía necesitando consolidar una formación, y un reconocimiento legal, que habilitase para trabajar en distintos escenarios, entre ellos el sanitario.

### LA DÉCADA DEL 2000. NACE EL CONSEJO

La primera década del nuevo milenio estaría repleta de cambios y esfuerzos adaptativos. Un primer reto fue la transformación descentralizadora del Colegio (Tabla 1). La Junta de Gobierno, de conformidad con lo establecido en el artículo 21 de sus Estatutos, adopta la decisión de segregar sus Delegaciones territoriales, que fueron convirtiéndose en Colegios autónomos (Real Decreto 1902/2000). El proceso culminó con la Ley 7/2005 que creaba el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos<sup>17</sup>. Los cambios se producen en un contexto de crecimiento constante de la psicología, del que participa plenamente la organización colegial.

El colectivo representado, sigue siendo urbanita y joven, pero cada

<sup>12</sup> El 24/11/1999 se constituyó la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica, que debía actuar como órgano consultivo de los Ministerios de Educación y Cultura y de Sanidad y Consumo (art. 3). El 4 establecía su composición. La Orden PRE/1107/2002 vendría a regular las vías transitorias de acceso al Título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica para las/los profesionales que, con anterioridad a su entrada en vigor, hubieran ejercido como clínicos. En 2005, se publicarían el RD 654, por el que se modifican las disposiciones transitorias del RD 2490/1998, y se abre un nuevo plazo para solicitar dicho título. Finalmente, mediante Resolución de 26/08/2010 se cerraría el proceso de homologación de la especialidad.

<sup>13</sup> Habían pasado 10 años desde la aprobación, en septiembre de 1988, por la Junta de Gobierno del COP del Documento Base para la formación postgraduada de psicólogos especialistas en Psicología Clínica a través de un sistema PIR, elaborado por un grupo de expertos, que expresaba la posición del COP, el primero de varios documentos de consenso (Duro, 2004b; Fernández, 2003; Olabarría, 2018; Varios, 1990).

<sup>14</sup> "Antes de 1998 existían "programas de formación" no reglados oficialmente, en diversas Comunidades Autónomas, que utilizaban el modelo "interno residente" (Fernández, 2003; Varios, 1993). "A la conclusión de esos programas se obtenía un diploma sin validez oficial." (Fernández, Santolaya & Santolaya, 2017, 97). Ahora el artículo 1.3. Del RD 2490, establecía que: "El sistema de formación para la obtención del título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica será el de residencia en centros sanitarios y unidades docentes acreditadas para la formación en la especialidad."

<sup>15</sup> Sentencias del Tribunal Supremo sobre los Recursos contencioso administrativos 43/1999, 48/1999, 49/1999, y 154/1999.

<sup>16</sup> La Universidad se puso manos a la obra con lo primero, el Colegio en lo segundo. Incluso colaboraron: Estudio Delphi llevado a cabo en el marco del programa ALFA para la armonización de los currículos de psicología en las universidades latinoamericanas (Blanco 2001), y proyecto EuroPsi patrocinada por la EFPA (Peiró, 2003).

<sup>17</sup> La Disposición Transitoria primera obligaba la inmediata constitución de una Comisión Gestora compuesta por un representante de cada uno de los Colegios, que debía elaborar unos Estatutos provisionales. Estos se publicaban unos meses más tarde (Orden ECI/2461/2006) La creación del Consejo permitía reincorporar el Colegio de Psicólogos de Cataluña, comenzaba una nueva etapa en la que pretendía conciliar los aspectos propios de cada Colegio con una política general para todo el Estado.



vez menos, un 23% tiene menos de 30 años, pero el 30% supera los 40, y crecientemente feminizado (73%). El paro ha descendido a un 10%, porcentaje por debajo del de la población general. Trabajan sobre todo por cuenta propia (73%) y todavía existen muchos que se dedican a actividades que no son propias de la profesión.

Hay una gran variedad de centros públicos en los que desarrollan alguna actividad profesional. Se dedican sobre todo a la clínica, seguida por educativa, trabajo y organizaciones, social y comunitaria, seguridad vial, jurídica, y deporte. En todos sus perfiles, la orientación mayoritaria es la que definen los modelos de orientación conductual (modificación de conducta), híbridos, en muchos casos, con la perspectiva dominante en entornos universitarios (cognitivism), definiendo la dominante perspectiva cognitivo-conductual. Les siguen en importancia los modelos eclécticos y los inspirados en el psicoanálisis Minoritarios o muy minoritarios los modelos de orienta-

ción sistémica y los de inspiración humanista, los inspirados en el Análisis Transaccional, la Terapia Gestalt y las aproximaciones fenomenológicas y existenciales (Santolaya, Berdullas & Fernández, 2002).

El Consejo, en correspondencia al brutal crecimiento que estaba experimentando la psicología, se fue dotando de una importante infraestructura tanto en la adquisición de locales, como en recursos materiales y humanos, de carácter informático, así como administrativos y contables con el fin de poder desarrollar adecuadamente los fines de la Corporación y mejorar sus vinculaciones y servicios un colectivo colegial, que crecía con un promedio anual de casi 1300 colegiados en los 20 años transcurridos. Un crecimiento que no hubiera sido posible sin una buena gestión de la tesorería, que pasó de unos ingresos de 16 millones en 1980 a 1.320 millones en el 2000 (Santolaya, 2001).

**TABLA 1**  
**TRANSFORMACIÓN DE LAS DELEGACIONES DEL COP EN COLEGIOS**

Nombre original	Constitución de las Delegaciones en Colegios
Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya	Orden 26/06/1985 de creación del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya
Colegio Oficial de Psicólogos de Galicia	Decreto 120/2000, de 19 de mayo, por el que se constituye el Colegio Oficial de Psicólogos de Galicia
Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid	Decreto 1/2001, de 11 de enero, por el que se constituye el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
Colegio Oficial de Psicólogos de la Región de Murcia	Decreto 3/2001, de 19 de enero, por el que se aprueba la Constitución del Colegio Oficial de Psicólogos de la Región de Murcia
Colegio Oficial de Psicólogos de Ceuta	Real Decreto 82/2001, de 26 de enero, por el que se crea el Colegio Oficial de Psicólogos de Ceuta
Colegio Oficial de Psicólogos de Navarra	Decreto Foral 30/2001, de 19 de febrero, por el que se constituye el Colegio Oficial de Psicólogos de Navarra
Colegio Oficial de Psicólogos de Castilla – La Mancha	Decreto 130/2001, de 2 de mayo, por el que se crea el Colegio Oficial de Psicólogos de Castilla – La Mancha
Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Occidental	Decreto 164/2001, de 3 de julio, por el que se crean, el Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Occidental y el Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Oriental.
Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Oriental	Decreto 164/2001, de 3 de julio, por el que se crean el Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Occidental y el Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Oriental.
Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias	Decreto 66/2001, de 12 de julio, del Consejo de Gobierno, de creación del Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias
Colegio Oficial de Psicólogos de Álava	Creado por Decreto 247/2001, de 23 de octubre, por el que se constituyen los Colegios Oficiales de Psicólogos de Alava, Bizkaia y Gipuzkoa
Colegio Oficial de Psicólogos de Bizkaia	Creado por Decreto 247/2001, de 23 de octubre, por el que se constituyen los Colegios Oficiales de Psicólogos de Alava, Bizkaia y Gipuzkoa
Colegio Oficial de Psicólogos de Gipuzkoa	Creado por Decreto 247/2001, de 23 de octubre, por el que se constituyen los Colegios Oficiales de Psicólogos de Alava, Bizkaia y Gipuzkoa
Colegio Profesional de Psicólogos de Castilla y León	Acuerdo de 20 de junio de 2002, de la Junta de Castilla y León, por el que se constituye el Colegio Profesional de Psicólogos de Castilla y León
Colegio Profesional de Psicólogos de Aragón	Ley 19/2002, de 18 de septiembre, de creación del Colegio Profesional de Psicólogos de Aragón
Colegio Oficial de Psicólogos de La Rioja	Decreto 65/2002, de 20 de diciembre, por el que se constituye el Colegio Oficial de Psicólogos de La Rioja



Continúa el programa de comunicación e internacionalización (cursos de formación y actualización profesional<sup>18</sup>, publicaciones, periódicas o no, y jornadas y congresos) destinado a potenciar la promoción y el desarrollo técnico y científico de la profesión, posicionar, delimitar y proyectar la profesión, dar voz a las inquietudes del colectivo, favorecer su movilidad en el nuevo espacio europeo<sup>19</sup>, y propiciar espacios de encuentro entre profesionales, y entre estos y universitarios.

El programa aún diseminación, posicionamiento e internacionalización. El Consejo y los Colegios continúan su activa política editorial. Arrancan el milenio con 19 revistas, editadas o coeditadas, patrocinadas o copatrocinadas, así como con una serie de monográficos que son de carácter gratuito para los colegiados. El modelo de Agencias de Evaluación instaurado en aquella década, dejaba fuera del sistema, sin rentabilidad para el profesorado universitario, cada vez más habitual en las páginas de las revistas colegiales, alrededor del 90% de las revistas (Ruíz, Martín & Delgado, 2015). Para afrontar la creciente demanda de espacio cualificado, y ante la ausencia de revistas con Factor de Impacto internacional, Universidades y Sociedades Científicas también mantuvieron o iniciaron revistas, pero la falta de profesionalización y la endémica carencia de recursos no permitió que muchas de ellas entraran en la Web of Science (Tortosa, Osca, Alfaro, & López, 2019), algo que comenzaría a cambiar con la destacable ayuda de la organización colegial (Tortosa, et al., 2019) (Tabla 2)<sup>20</sup>.

Mientras, la psicología española y la sociedad continuaban cambiando, si bien en un entorno crecientemente globalizado. Uno de los principales motores de la transformación es la organización colegial, que consolida y expande el papel profesional de quienes practican psicología en una sociedad, que es cada vez más consciente de la necesidad de recurrir a aquellos para mejo-

rar sus condiciones de vida y su competitividad. No obstante, continúa viviéndose un contexto de indefinición y lucha por los espacios profesionales. Es cierto que se requiere la intervención psicológica desde un número creciente y diverso de sectores de actividad, como educación, a pesar del fracaso en impedir el registro del título de Psicopedagogía, salud mental, departamentos de recursos humanos, ámbitos jurídicos y forenses, servicios de atención personal y a la comunidad, tanto en el ámbito privado como en las administraciones e instituciones, ... Pero cierto también que los éxitos legislativos no son muchos.

Internamente, para afrontar la situación, funcionaban con regularidad las Coordinadoras Estatales de ámbitos profesionales como Psicología Clínica y de la Salud, Tráfico y la Seguridad, Trabajo y Organizaciones, Jurídica, Drogodependencias, Servicios Sociales, Educación, Deporte, y las Comisiones de Intrusismo y Formación. Además, existían diversos Grupos de Trabajo que de modo más puntual analizan, debaten y potencian temas específicos de interés y otros emergentes<sup>21</sup>. Las Comisiones Deontológicas ejercen, a su vez, una función arbitral entre colegiados y clientes, siendo garantes del correcto ejercicio profesional.

Acabando la década arrancan las Divisiones<sup>22</sup>, muchas con revistas como órganos de expresión. Las Divisiones más numerosas a día de hoy, son las relacionadas con la psicología clínica y de la salud, prácticamente explican el 60% de las personas inscritas (Tabla 3). En poco más de 10 años se ha pasado de 2 a 11, y de menos de 2.000 a más de 13.000 miembros. No obstante, solo poco más del 17% de las personas colegiadas forman parte de ellas, lo que indica que es necesaria una importante labor didáctica por parte del Consejo y los Colegios para incrementar esa afiliación.

En 2003 se promulgaba la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias-LOPS. La Ley define la psicología como profesión

<sup>18</sup> En el año 2008 comienza el Programa de Formación Continua a Distancia (FOCAD). Pretendía promover la actualización científico-profesional de los colegiados, en diferentes campos de intervención. El programa consiste en el estudio, y posterior evaluación, mediante un sistema de cuestionario autocumplimentado, de materiales educativos elaborados por prestigiosos profesionales (Anónimo, 2008). Actualmente existen tres modalidades: Edición en curso, segundas ediciones, cursos para integrantes de Divisiones profesionales (Consejo General de la Psicología de España, 2021)

<sup>19</sup> En 2001, con protagonismo del COP, la EFPA, adoptó el Proyecto EuroPsy, con el objetivo de establecer un referente de calidad para la educación y la práctica en psicología, y facilitar la movilidad de los psicólogos en el entorno europeo, comenzando a estudiar su implantación. El 19 de mayo de 2008 se abría en España el plazo para poder solicitar el Certificado Europeo de Psicología EuroPsy. Quienes posean el Certificado estarán inscritos en el Registro de Psicólogos Europeos (Redacción de Infocop, 2008). El 15 de abril de 2015, se pone en uso una nueva web unificada para todos los certificados EuroPsy (<http://www.EuroPsy.cop.es/>).

<sup>20</sup> En el lado negativo destaca que dejaran de publicarse la Revista de Psicología General y Aplicada (2010, volumen 64) y Psychology in Spain (2011, volumen 15).

<sup>21</sup> A modo de ejemplo, el 8 de mayo de 2000 se firmó un convenio con la Dirección General de Protección Civil, sobre la organización y formación de grupos de psicólogos integrados en la estructura colegial, cuyo objetivo fuera la intervención psicológica en situaciones de catástrofe.

<sup>22</sup> En julio de 2008 se firmaba el acuerdo de integración en el CGPE de la Federación de Asociaciones de Psicología, agrupación pluriterritorial en que había acabado una Sociedad Española de Psicología, en decadencia frente al COP y las asociaciones científicas que florecieron al calor de las áreas de conocimiento universitarias, Nace una División de Psicología Académica, denominada "Sociedad Española de Psicología". Constituyen ante la IUPsyS el Spanish Network of Psychology, con dos miembros en la Asamblea General.





sanitaria, pero sólo en el caso de los Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica, dejaba fuera la Licenciatura en Psicología de la lista de profesiones consideradas sanitarias, un supuesto que generaba una situación de inseguridad jurídica para numerosos profesionales en ejercicio activo, la mayoría en el ámbito privado, que atendían pacientes, pero carecían del título oficial de especialista, algunos tramitando su homologación<sup>23</sup>. La situación, para un colectivo muy orientado hacia la práctica clínica, estaba muy lejos de ser clara<sup>24</sup>.

La publicación en poco más de un mes del RD 1277/2003 de Autorización de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, y de la LOPS, dio un vuelco al pretendido reconocimiento del rol sa-

nitario de los psicólogos, probablemente por presiones de tipo corporativo de otros grupos profesionales (Junta de Gobierno, 2003; Santolaya, 2004). Para intentar revertir la situación y, además, conseguir que la Licenciatura estuviera en la Rama de Ciencias de la Salud, el COP comenzó una serie de acciones (Duro & Martínez, 2004), que se alargaron en el tiempo, de las que se informó al colectivo mediante *Infocop*. Acciones en los medios, en los tribunales, en los despachos, incluso en sede parlamentaria y en las calles con grandes movilizaciones. Un proceso en el que contó con el apoyo explícito y participativo de la Conferencia de Decanos y el colectivo estudiantil, así como de algunos partidos políticos, sindicatos, or-

**TABLA 2**  
**DISTRIBUCIÓN CRONOLÓGICA SEGÚN CUARTILES EN JCR (WOS) Y SJR (SCOPUS) DE LAS REVISTAS COMUNES A AMBOS ÍNDICES, EDITADAS, COEDITADAS, PATROCINADAS O COPATROCINADAS POR LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL**

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
AP													Q4	Q2	Q3	Q3	Q3	Q4	Q3	Q4	Q3	Q3	Q3
APJ																						Q4	Q4
CS																					Q4	Q4	Q4
EJPALC																Q3	Q3	Q2	Q3	Q2	Q1	Q1	Q1
JWOP																					Q3	Q3	Q3
PEd																						Q2	Q4
Pth	Q4	Q4	Q3	Q3	Q4	Q2	Q3	Q3	Q2	Q2	Q2	Q2	Q3	Q3	Q2	Q2	Q2	Q2	Q2	Q2	Q2	Q2	Q1
PInt																					Q2	Q1	Q1
SJP											Q3	Q3	Q3	Q3	Q3	Q3	Q3	Q3	Q4	Q4	Q4	Q4	Q4
AP													Q4	Q3	Q3	Q3	Q3	Q3	Q3	Q2	Q3	Q3	Q2
APJ																		Q4	Q4	Q4	Q3	Q4	Q3
CS																		Q3	Q3	Q4	Q4	Q3	Q4
EJPALC														Q4	Q3	Q2	Q3	Q3	Q3	Q2	Q2	Q1	Q1
JWOP																Q4	Q4	Q4	Q4	Q3	Q3	Q2	Q3
PEd																		Q4	Q4	Q4	Q3	Q3	Q2
Pth			Q3	Q3	Q3	Q3	Q3	Q3	Q3	Q3	Q2	Q2	Q2	Q2	Q2	Q2	Q2	Q2	Q2	Q2	Q2	Q2	Q1
PInt																Q3	Q3	Q3	Q3	Q3	Q3	Q2	Q1
SJP			Q4	Q4	Q4	Q4	Q4	Q3	Q3	Q4	Q3	Q3	Q2	Q3	Q2	Q2	Q3	Q3	Q3	Q3	Q3	Q3	Q3

AP: Anales de Psicología. APJ: Anuario de Psicología Jurídica. CS: Clínica y Salud. EJPALC: European Journal of Psychology Applied to Legal Context. JWOP: Journal of Work & Organizational Psychology. PEd: Psicología Educativa. Pth: Psicothema. PInt: Psychosocial Intervention. SJP: Spanish Journal of Psychology.

<sup>23</sup> Continuaba el controvertido trabajo de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica (Santolaya, 2007), especialmente en el caso de las/los solicitantes por la vía de la transitoria tercera (ejercicio profesional colegiado), hasta el punto de generar una Guía orientativa para solicitantes colegiados sobre procedimientos, alegaciones y recursos (Anónimo, 2007a, 2007b). La definición de la especialidad con su campo de acción, el perfil profesional del especialista en Psicología Clínica y el programa formativo se recogieron en la Orden SAS/1620/2009.

<sup>24</sup> En octubre se había publicado el RD 1277/2003, que establecía las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Ofrecía una definición inapropiada de "Unidad de Psicología Clínica".



ganizaciones sociales, sanitarias y científicas (Consejo General, 2004)<sup>25</sup>.

Mientras en la Universidad, un auténtico sinsentido legislativo venía afectando los planes de estudios<sup>26</sup>. El milenio empezó intentando responder a los planteamientos de un Espacio Europeo de Enseñanza Superior, con la Ley Orgánica 6/2001 de Universidades. Primer documento marco de un aluvión legislativo. Para afrontar los cambios, la Conferencia de Decanos de Psicología, contando con el Consejo, se embarca en el ambicioso proyecto de definir la formación psicológica, aparentemente con el visto bueno del Ministerio. Fruto de ese esfuerzo son las propuestas de Proyecto de Diseño de Plan de Estudios y Título de Grado en Psicología y de Programa Oficial de Postgrado en Psicología, que, finalmente no serían tomadas en cuenta por el Mi-

nisterio de Educación. Fue un esfuerzo baldío en un marco en el que primaban intereses políticos sobre los científico-técnicos, y en los que los juicios de los expertos se orillaban ante los objetivos político-ideológicos. A pesar de todo, la Psicología seguía creciendo. Dadas las carencias de los grados, la formación continua y los postgrados adquirieron protagonismo, si bien con un alto grado de improvisación y sin un modelo definido. No obstante, la colaboración Universidad-Consejo acabó favoreciendo que el Consejo de Coordinación Universitaria decidiese situar los estudios de psicología dentro del marco de las ciencias experimentales y de la salud<sup>27</sup>.

La década finalizaba con la creación de la Fundación Española para la Promoción y el Desarrollo Científico y Profesional de la Psicología-PSICOFUNDACIÓN<sup>28</sup>. Incorpora un decidido compromiso

**TABLA 3**  
**FECHA DE CREACIÓN DE LAS DIVISIONES Y NÚMERO DE MIEMBROS\***

División de	Fecha de aprobación	Inscritos a fecha 12 de diciembre de 2020
Psicología del Trabajo, de las Organizaciones y los Recursos Humanos (PTORH)	Aprobada en Junta General de 14-15/12/2007	775
Psicología Educativa (PsiE)	Aprobada en Junta de Gobierno de 29-30/06/2007	1.047
Psicología Jurídica (PsiJur)	Aprobada en Junta General de 23/06/2012	1.448
Psicología de la Intervención Social (PISoc)	Aprobada en Junta de Gobierno de 27-28/04/2012	1.345
Psicología de la Actividad Física y el Deporte (PACFD)	Aprobada en Junta de Gobierno de 12/09/2009	480
Psicoterapia (dPsiT)	Aprobada en Junta General de 28/06/2014	2.272
Psicología Académica (SEP)	Aprobado en Junta General de 5/07/2008	273
Psicología Clínica y de la Salud (PCyS)	Aprobado en Junta de Gobierno de 29-30/06/2007	3.125
Psicología de la Salud (PsiS)	Aprobado en Junta General de 17/12/2016	1.044
Psicología del Tráfico y de la Seguridad (PsTyS)	Aprobado en Junta General de 16/12/2017	454
División de Neuropsicología [se convierte en] División de Neuropsicología Clínica (NPsiC)	Aprobado en Junta General de 14/12/2019. Cambio aprobado en Junta General de 27/06/2020	901

\*Inscritos a fecha 12 de diciembre de 2020

<sup>25</sup> La problemática y las acciones se recogen en un número extraordinario de Infocop, "La psicología como profesión sanitaria". Consta de varios bloques: el primero recoge unos apuntes históricos sobre la psicología como profesión sanitaria y la cronología del conflicto con las acciones desarrolladas. El segundo presenta las valoraciones y opiniones de sectores afectados por las regulaciones legislativas (COP, Universidad, profesionales del ámbito privado, Asociaciones de profesionales y estudiantes), el tercero las acciones de los distintos actores del conflicto, y el cuarto las propuestas que plantean. Se completa con artículos de reflexión sobre la Psicología como profesión sanitaria (Duro, 2004a). También monográfico el número 22 (Varios, 2005).

<sup>26</sup> Un "A fondo" de Papeles del Psicólogo, además de analizar la plétórica y frustrante situación, discute la inadecuación entre formación y demandas profesionales, la conveniencia de un título europeo, y las bondades de construir los planes de estudios desde el análisis de las competencias (Varios, 2003).

<sup>27</sup> La Ley Orgánica 4/2007 que sentaba las bases para modernizar la Universidad fue desarrollada por el RD 11393/2007. Las Universidades podían elegir las ramas en las que estaban sus titulaciones, y las materias básicas de Psicología podían estar en Ciencias Sociales y Jurídicas y Ciencias de la Salud. Habría una clara predilección por esta segunda opción en la verificación de títulos de Grado, que se produjo en el nuevo marco legislativo.

<sup>28</sup> Constituida originalmente en Madrid por el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, y los Colegios de Madrid, de Murcia, de Navarra, del Principado de Asturias, de Bizkaia y de la Comunitat Valenciana, en Madrid (Orden EDU/2676/2010). En su actual Patronato están representados todos los Colegios.



del Consejo con la investigación, si bien en este caso orientada desde objetivos profesionales, normalmente minimizados en las convocatorias públicas. Fiel reflejo de este propósito, pocos años después, será el cofinanciado Proyecto PsicAP (Cano, Muñoz, Moriana, Ruíz, Medrano, & González, 2021), que ya empieza a arrojar sus frutos en algunas comunidades, y se replica en otros países.

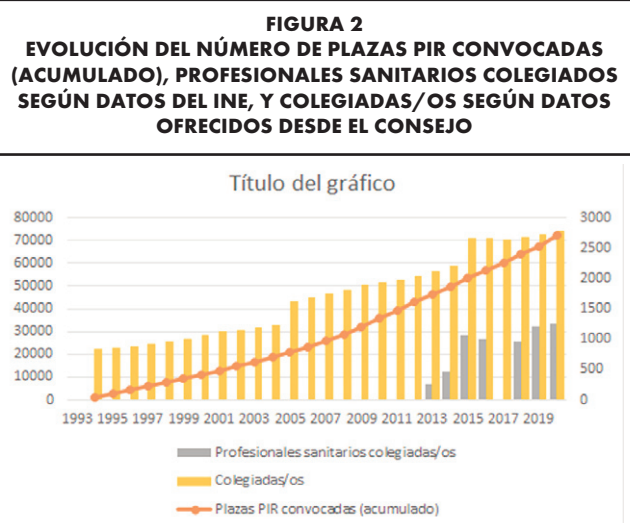
### LA DÉCADA DEL 2010. LA DÉCADA DE LA PSICOLOGÍA SANITARIA

La nueva década comenzaba con buenas noticias. Tras siete años de lucha, se publica la Ley 5/2011 de Economía Social. Su disposición adicional sexta regulaba el ejercicio de actividades sanitarias por titulados universitarios de Licenciado en Psicología o Graduados en el ámbito de la Psicología. Esta disposición venía a paliar, todavía de forma provisional, la extrema situación de precariedad existente en la actividad sanitaria por no especialistas en el ámbito. Vino a crear de facto la profesión sanitaria de psicólogo generalista, y ponía plazo (doce meses) a una solución regulatoria. Los psicólogos ya no deberían tener ningún problema para trabajar en un centro sanitario privado, bien como autónomo o por cuenta ajena (Santolaya, 2011). No obstante, quedaban fuera de la regulación los psicólogos que trabajaban en el Sistema de Salud público o concertado, lo que abría un nuevo frente.

Siete meses después, la Ley 33/2011 General de Salud Pública modificaba la LOPS, creando la profesión de Psicólogo General Sanitario (Disposición Adicional Séptima), reconociéndole la condición de profesional sanitario de nivel de licenciado de acuerdo con el artículo 2 de la LOPS, y estableciendo sus competencias profesionales. Regula, además, las vías de acceso al ejercicio profesional, mediante la creación de un próximo Título Oficial de Master en Psicología General Sanitaria-PGS con directrices propias, al que solo se accederá con el Grado en Psicología. Tras treinta años de lucha se culminaba una muy ansiada meta, la regulación legal del ejercicio profesional en el ámbito sanitario. La Ley regula una diferenciación entre dos tipos de profesionales sanitarios, especialistas en psicología clínica (vía PIR y homologación), y psicólogos generales sanitarios (vía Master PGS y habilitación sanitaria)<sup>29</sup> (Duro, 2021). La Ley situaba la Psicología entre las profesiones que gozan de protección legal, y mantenía su condición de profesión colegiada.

De hecho, en la Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados de 2012, que identifica a quienes tienen una especialidad profesional sanitaria, aparece, por primera vez, el grupo de psicólogos<sup>30</sup>. Desde entonces, las diferencias interprofesionales se han mantenido. La oferta de Psicología se ha mantenido escasa año tras año (Figura 2), por lo que la *ratio* de solicitantes/plaza continúa siendo la más elevada en comparación con el resto de las especialidades (Anónimo, 2020a).

Poco después, con retraso sobre lo legislado, se publicaba la Orden ECD/1070/2013, que establecía los requisitos para verificar el habilitante título universitario oficial de Máster PGS<sup>31</sup>. La orden colmaba las ilusiones de muchos, pero provocó contestación interna. La Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR) interpuso un recurso por vía contencioso-administrativa contra la Orden que regulaba este postgrado. El Consejo y la Conferencia de Decanas/os alineaban objetivos contra el recurso, que sería desestimado tres años más tarde (Anónimo, 2016), pero la sentencia no cerraba el tema, abría otros frentes, como el de los itinerarios formativos, las acreditaciones profesionales, o las funciones profesionales de las figuras y su alcance, lo que ha dado lugar a lecturas contrapuestas de esta parte del proceso y del propio proceso en su con-



<sup>29</sup> La normativa ofrecía una solución transitoria para las/los no especialistas que reuniesen ciertas condiciones estipuladas, entre ellas la cualificación curricular de grado y, sobre todo, de postgrado. Mayoritariamente, las autoridades sanitarias autonómicas delegaron la evaluación de los méritos y su cualificación a los correspondientes Colegios de Psicólogos autonómicos. El procedimiento establecido en la disposición adicional sexta de la Ley 5/2011, confirmado por la Ley 33/2011, se prorroga durante tres años, hasta septiembre 2014. Desde entonces, solo vía Master o PIR se puede acceder a la acreditación.

<sup>30</sup> El criterio incluye a los especialistas en Psicología Clínica, los Psicólogos Generales Sanitarios, los psicólogos pertenecientes al Cuerpo Militar de Sanidad de las Fuerzas Armadas, y a todos aquellos profesionales que, reuniendo los requisitos de formación establecidos en la Disposición Adicional Sexta de la Ley 5/2001, se encontraban inscritos en los registros de centros sanitarios en el momento de la recogida de datos (Anónimo, 2013).

<sup>31</sup> Seguía sin cumplirse el compromiso de regular las condiciones generales a las que deberían ajustarse los planes de estudios del título de Grado en Psicología, según lo establecido en el punto 3 de la Disposición Adicional Séptima de la Ley 33/2011. De hecho el plazo de un año se extendería a siete, hasta la publicación de la Orden CNU/1309/2018 por la que se regulan las condiciones generales a las que se ajustarán los planes de estudio del Grado en Psicología (Anónimo, 2018)



junto (Carrobles, 2013, 2015; Fernández, 2003; Fernández, 2017; Fernández, Santolaya & Santolaya, 2017; Olabarría, 2018; Olabarría & García, 2011; Prado, Sánchez, Gimeno & Aldaz, 2019; Sánchez, Prado y Aldaz, 2013).

La diferencia no sólo está en las convocatorias, y en las ratios por 100.000 habitantes, sino, desde el principio, en el número de especialidades (RD/183/2008). Hasta el presente, a diferencia de Medicina, que cuenta con decenas de especialidades en Formación Sanitaria Especializada, en Psicología solo existe una especialidad con reconocimiento oficial. Se trata, valga el oxímoron, de un especialista generalista, ya que debe ser competente en cualquiera de los ámbitos de su actuación profesional. Para intentar favorecer la existencia de posibilidades de preparación intensiva en áreas específicas pueden plantearse diversas alternativas (Jarné & Pérez, 2020).

Primero hubo una eclosión de oferta de títulos propios (masters, diplomas de especialización profesional, cursos de experto) por parte de las universidades, que se reorientó con la creación del Master PGS. Pronto, la publicación del RD 639/2015, por el que se regulan los Diplomas

de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada orientados a la formación y el desarrollo de la competencia técnica de los profesionales sanitarios abrió algunas posibilidades<sup>32</sup>. También hubo respuesta desde el COP, el Consejo instauró un proceso de nacional de acreditación no oficial sobre áreas funcionales específicas de la psicología, que ya había tenido algún antecedente en el Colegio de Cataluña y de Madrid. La creación de las primeras Divisiones había generado iniciativas de Acreditación Profesional, al contemplar sus Reglamentos internos las figuras de miembros acreditados. La creación de la Comisión Nacional de Acreditación Profesional afrontó el tema<sup>33</sup>, y han venido apareciendo acreditaciones, eso sí, sin la validez administrativa necesaria para especializar (Tabla 4). Dominante siempre, por su peso profesional, la oferta en el ámbito sanitario, pero muy diversificada. El objetivo común era garantizar unos estándares de calidad mínimos, e impulsar, con los cursos del FOCAD, los procesos de formación continuada y especializada. El reconocimiento del Colegio supone un aval de competencia profesional por la institución no académica de mayor prestigio, que puede favorecer un mayor reconocimiento social (Jarne et al., 2012).

**TABLA 4**  
**ACREDITACIONES NACIONALES**

Acreditación Nacional	Fecha inicio acreditación	acreditados a 31/03/2021
Psicólogo/a Experto/a en Neuropsicología Clínica	20 de junio de 2015	767
Psicólogo/a Experto/a en Psicooncología y/o Psicología en Cuidados Paliativos	21 de julio de 2017	361
Psicólogo/a Experto/a en Psicología del Deporte	21 de octubre de 2016	123
Psicólogo/a Experto/a en Psicología Aeronáutica	17 de abril de 2017	26
Psicólogo/a Experto/a en Emergencias y Catástrofes	22 de abril de 2017	415
Psicólogo/a Experto/a en Psicología Educativa	1 de julio de 2017	365
Psicólogo/a Experto/a en Psicología de la Intervención Social	14 de diciembre de 2019	154
Psicólogo/a Experto/a en Psicología Jurídica y/o Psicología Forense	22 de febrero de 2020	74
Psicólogo/a Experto/a en Psicología del Tráfico y de la Seguridad	22 de febrero de 2020	0

<sup>32</sup> Son Acreditaciones que gozan de carácter oficial, reserva de denominación y validez en todo el territorio nacional. Permite a los graduados y especialistas en Ciencias de la Salud certificar su nivel de formación en un área competencial específica o especialidad.

<sup>33</sup> La Junta de Gobierno del COP aprobó el 14 de diciembre de 2012 el documento base que trazaba las líneas generales de lo que debían ser las futuras acreditaciones profesionales. A propósito, se nombró la Comisión Nacional de Acreditaciones Profesionales (CNAP), que sería la encargada de convertir en realidad el proyecto (Anónimo, 2016b).

<sup>34</sup> Tras alegaciones, y negociaciones, el Consejo logra que se incorporen los psicólogos clínicos en el cuerpo de la Ley 35/2015 de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.



Coincide con años de continuo crecimiento y diversificación<sup>34</sup>. La psicología, a pesar del predominio de la psicología sanitaria, continúa diversificándose en todas las facetas del ser humano: actividad social y comunitaria; prevención de riesgos laborales; enseñanza y orientación; trabajo y organizaciones; actividad social y comunitaria; tráfico y seguridad; deporte; relaciones familiares; justicia; instituciones penitenciarias; ejército y cuerpos de seguridad; emergencias, etc. Buena prueba de ello, es el crecimiento de la Universidad (Hernández, 2003; Sánchez et al., 2017), que trata de responder mediante una numerosa y diversificada oferta de postgrados<sup>35</sup>.

En el curso 2003-2004, 23 universidades públicas (48,94%) y 8 privadas (42,11%) ofertaban enseñanzas de Psicología, casi un 47% sobre el total, triplicando la oferta de las públicas a las privadas, produciendo 6.000 egresadas/os (Hernández, 2003). En el curso 2014-2015 son 52 los Centros donde se oferta el Grado, casi un 63%, 29 en universidades públicas (58%) y 23 en privadas (69,70%), auténtica explosión (incremento del 130%), que producen 7.168 egresadas/os (Sánchez et al., 2017). En el curso 2020-2021 son 62 (74,70%) las universidades con grados verificados, 32 de las 50 públicas y 30 de las 33 privadas, que producen 8.246 egresadas/os en 2019<sup>36</sup>.

La oferta de Másteres universitarios y Programas de Doctorado es muy amplia, con ventaja para las universidades públicas, especialmente en doctorado, donde 28 públicas ofertan programas, frente a solo 5 privadas. Junto a los perfiles tradicionales (clínica, educación y trabajo), aparecen temas como: atención temprana; dependencia; intervención/rehabilitación psicosocial; actividad física, deporte y alto rendimiento; todo tipo de adicciones; psicogerontología; psicología jurídica y peritación forense; trastornos del lenguaje y de la voz; neuropsicología y neurociencias; y un largo y diverso etcétera. No obstante, los más ofertados son los másteres regulados. Mención especial merece el Master PGS. Ya en su primer año de implantación posible 30 (18 públicos y 12 privados) de los 48 centros que ofertaban psicología lo iniciaron, en muchos casos extinguiendo masters en psicología clínica y de la salud. En 2021, 60 de las 62 universidades con Grado ofertan Masters PGS. En apenas 5 años se ha doblado la oferta. Es más, el Ministerio de Sanidad acaba de

publicar, fruto de un trabajo intersectorial en el que ha participado el Consejo, una Resolución de 26 de abril de 2019 por la que se publica el “Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria”. Reafirma la necesidad de que la Atención Primaria mantenga un enfoque biopsicosocial, y potencia la figura del psicólogo clínico y la psicóloga clínica en ella, protocoliza los circuitos de derivación, e incluye la formación en este campo en los departamentos o unidades docentes de los centros universitarios de Psicología, creando una nueva vía para el deseado diálogo entre ambas instituciones.

130.000 estudiantes egresaron durante el siglo XXI, con una media de 63.000 matriculados. 7.796 egresadas/os del Master PGS entre el curso 2014-2015 y 2018-2019. Casi 77.000 colegiadas/os; No obstante, continúa presentando una de las tasas más bajas de colegiadas/os no jubiladas/os por 100.000 habitantes (69,71) entre los grupos de profesionales sanitarios, lejos de los de 481,18 y 566,75 de las/los profesionales de la medicina y la enfermería (Tabla 5), y 162 colegiadas/os por 100.000 de población. Son 33.209 psicólogos con especialidad sanitaria en 2019 (Anónimo, 2020b), un 44,75% de los colegiados, pero estamos de acuerdo con Duro (2021) en que existe un “galimatías

**TABLA 5**  
**EVOLUCIÓN DE LA TASA POR 100.000 DE LOS PRINCIPALES GRUPOS PROFESIONALES SANITARIOS COLEGIADOS QUE TRABAJAN CON PERSONAS (FUENTE INE). ESTADÍSTICA DE PROFESIONALES SANITARIOS COLEGIADOS. RESULTADOS DETALLADOS**  
**[ACCESO 2 DE FEBRERO DE 2021]<sup>38</sup>**

Profesionales sanitarios colegiados según profesión	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Enfermeras/os	504,16	505,24	522,26	535,78	549,20	558,32	560,30	566,75
Medicas/os	445,43	450,83	458,23	464,03	467,75	474,00	476,99	481,18
Farmacéuticas/os	129,28	132,45	135,62	138,29	140,51	145,46	147,40	148,38
Fisioterapeutas	81,93	85,11	90,51	95,95	102,47	108,53	114,28	119,41
Dentistas	65,34	68,32	70,14	73,17	75,30	77,43	79,05	80,41
Psicólogos/os con especialidad sanitaria	15,12	26,66	61,70	57,57	53,71	55,16	68,94	69,71
Colegiadas/os no jubiladas/os								

<sup>35</sup> Se aprueba, mediante Resolución de 14 de septiembre de 2015, de la Dirección General de Política Universitaria, la equiparación del título de Licenciado en Psicología al nivel 3 del Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES). Licenciados en Psicología serán reconocidos con formación de nivel de máster, lo que les eximirá de la obligación de tener que cursar un Máster para acceder a estudios académicos, puestos de trabajo, oposiciones en la Administración, concursos públicos, etc., donde se exija tener ese nivel de estudios.

<sup>36</sup> Metodológicamente se ha acudido a la página <http://www.cdpue.es/> (pestaña oferta formativa), y a las webs de las universidades recogidas en el Informe “Datos y Cifras del Sistema Universitario español. Publicación 2019-2020”

<sup>37</sup> Estudios como el suyo, o el de Fernández (2021), ponen un cierto orden, coincidiendo también en señalar la insuficiencia de recursos personales en el Sistema Nacional de Salud El Defensor del Pueblo realiza al respecto la siguiente “RECOMENDACIÓN. Promover a la mayor brevedad posible en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con todas las administraciones sanitarias competentes, la realización de una evaluación de necesidades específicas en materia de atención psicológica dirigida a incrementar progresivamente este tipo de asistencia en los servicios autonómicos de salud.”

<sup>38</sup> INE. Estadística de profesionales sanitarios colegiados. Resultados detallados [acceso 2 de febrero de 2021]



cuantitativo” respecto del número de profesionales sanitarios activos cuando atendemos a sus perfiles de incorporación<sup>37</sup>.

También en comunicación y posicionamiento ha sido una década importante. Se ha incrementado y fortalecido las relaciones internacionales (y las nacionales) con un número creciente de actores. Una dimensión en la que la actividad congresual ha sido clave, y, especialmente, la recuperación, frente a la creciente hiperspecialización de este tipo de eventos, de los Congresos Nacionales, tras un parón de 27 años<sup>39</sup>, y la potenciación de los Iberoamericanos<sup>40</sup>. Además de atender las áreas profesionales y científicas más relevantes en cada *circunstancia*, facilitan la comunicación formal e informal entre académicos, pero también entre universidad y profesión. Todo ello, sin olvidar que proyectan ante los agentes sociales, y la población general, la utilidad y relevancia que la disciplina tiene en muchos campos, contribuyendo así a crear una representación social cada vez más compartida.

Ha continuado impulsando su ya activa política de comunicación con el objetivo de divulgar y promocionar el Colegio, la Psicología y lo psicológico entre los grandes agentes sociales, la población general, y los colegiados. Lo ha hecho a través de los medios de comunicación (prensa tradicional, radios, televisiones, agencias de Información, medios digitales, redes sociales, You Tube, revistas de todo tipo). Ha impulsado su programa de revistas científico-profesionales, siendo responsable total o parcialmente del 52,94% (9 de 17) de las revistas españolas de psicología en JCR, donde participa en tres de las cinco en Q1, y SJR, en tres de las cuatro en Q1, además de tener otras siete en Emerging Source Citation Index (*Ansiedad y Estrés*, *Anuario de Psicología*, *Clínica Contemporánea*, *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, *Papeles del Psicólogo*, *Revista de Historia de la Psicología*, y *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*).

Además, logró que se constituyese la Academia de Psicología de España (RD 378/2015), acontecimiento de múltiples alcances, al menos cultural, social, científico, y profesional. Esta corporación de derecho público de ámbito nacional, tiene como misión general, según sus Estatutos<sup>41</sup>, “la consecución, promoción y mantenimiento del más alto nivel científico, cultural y social en la Psicología, así como el

impulso de su práctica en beneficio de los individuos y la sociedad” (art. 3.1.).

Son cuarenta años caracterizados por un rápido, y tortuoso camino hacia el afianzamiento y la consolidación, repleto de avances y retrocesos, de movimientos de zig-zag, de una no siempre deseada unión, lleno de obstáculos y dificultades de tipo administrativo, y con intereses políticos y corporativos que nada o poco tenían que ver con la calidad asistencial y las verdaderas necesidades y beneficio de la población y los usuarios. Ha habido luces, como el reconocimiento sanitario de la Psicología y el avance hacia la incorporación de los psicólogos en la Atención Primaria, pero también sombras, como el menoscabo a ciertas áreas profesionales, como la educación, o los servicios sociales.

Sus grandes números son desorbitados, parecen mostrar una realidad plétórica, pero no exenta de dudas y problemática interna y externa. Muestran un colectivo necesitado de defensa frente al creciente intrusismo<sup>42</sup>, con unos desmedidos accesos, que generan un elevado fracaso, con paro importante y demasiado subempleo, con carencias en la formación generalista de grado (problemas en los prácticos y en las clínicas universitarias) y muy acusadas respecto de una formación especializada de postgrado, así como falta de una ordenación, legal acorde con sus potencialidades. Todo ello con una representación social todavía débil y difusa, necesitada de contornos. Viene a coincidir con el hecho de que nuestra sociedad atraviesa por una crisis global importante. Todo ello ha agudizado viejas necesidades, y ha generado otras nuevas en todos los sectores, por lo que la organización colegial debe seguir potenciando su labor ordenadora y de defensa del colectivo, así como mejorando su política de comunicación y su posicionamiento.

#### CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses.

#### AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Cristina Molina, Raquel Agueda, Leticia de la Cruz, Arantxa Sánchez, Begoña Alonso, y Raúl Mayor, su ayuda a lo largo de todo el proceso. También queremos agradecer a Xacobo Fernández facilitarnos su artículo todavía en prensa.

<sup>39</sup> III (Oviedo, 2017), IV (Vitoria-Gasteiz 2019), y V (Madrid 2021)

<sup>40</sup> VII (Oviedo, 2010), VIII (São Paulo, 2012), IX (Lisboa, 2014), X (Antigua, 2016), XI (Córdoba, 2018), y XII (Coahuila, 2021).

<sup>41</sup> En el Preámbulo se índice: “Desde finales del siglo XIX, y a un ritmo acelerado en el siglo XX, la Psicología se ha ido configurando a un tiempo como ciencia positiva y como campo de intervención aplicado a problemas individuales y sociales (...) ha logrado una amplia generalidad de técnicas de intervención, con instrumentos en buena medida estandarizados, y con posibilidades muy grandes de aplicación a los diversos campos de la actividad humana, desde la educación y la clínica, a las áreas más específicas del mundo deportivo, el asesoramiento legal, o la intervención en los campos penitenciario, forense, de mediación en conflictos, de marginación y dependencia, y para las organizaciones empresariales y sociales.”

<sup>42</sup> El grupo de trabajo para la Defensa de la Profesión y Contra el Intrusismo Profesional del Consejo lanza la web Stop Intrusismo en la Psicología (<https://www.stopintrusismoenlapsicologia.es/>). El objetivo de esta plataforma es que cualquier persona pueda realizar denuncias ante la organización colegial que serán evaluadas, estableciendo, de esta forma, un procedimiento común de análisis y afrontamiento del intrusismo para que se aplique en todos los colegios de España (Anónimo, 2016). Es algo fundamental no solo internamente, sino por la amenaza que supone para la salud psicológica de la ciudadanía.



## REFERENCIAS

- Anónimo (2006). Acuerdos sobre la propuesta de postgrado en Psicología. *InfocopOnline*. [www.infocop.es/view\\_article.asp?id=543](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=543).
- Anónimo (2007a). Estado de la tramitación de expedientes del Título de Especialista en Psicología Clínica. *InfocopOnline*. [www.infocop.es/view\\_article.asp?id=1380&cat=12](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1380&cat=12).
- Anónimo (2007b). Proceso de tramitación de las solicitudes del título de Especialista en Psicología Clínica – Guía orientativa para los colegiados. *InfocopOnline*. [www.infocop.es/view\\_article.asp?id=1349](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1349).
- Anónimo (2008). Programa de Formación continuada a Distancia en Psicología (FOCAD). *Infocop*, 37. <https://www.cop.es/infocop/pdf/1349&cat=9.pdf>.
- Anónimo (2013). Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados, año 2021. *InfocopOnline*. [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=4675](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4675).
- Anónimo (2016a). La Audiencia Nacional considera que los Psicólogos Generales Sanitarios pueden diagnosticar, evaluar e intervenir en el ámbito privado. *InfocopOnline*. [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=6475](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6475).
- Anónimo (2016b). Novedades sobre las acreditaciones profesionales formativas del COP. Entrevista a Manuel Mariano Vera. *InfocopOnline*. [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=6493&cat=9](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6493&cat=9).
- Anónimo (2018). El Gobierno aprueba la regulación del Grado en Psicología. *InfocopOnline*. [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=7846](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=7846).
- Anónimo (2020a). Escaso aumento de plazas PIR pese a la demanda creciente de atención psicológica en nuestro SNS. *InfocopOnline*. [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=15316](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=15316).
- Anónimo (2020b). Los datos del INE evidencian la escasez de psicólogos clínicos en España -Estadística de profesionales sanitarios colegiados 2019. *Infocop*, 90, 52-53. <http://www.cop.es/infocop/pdf/3305.pdf>.
- Berdullas, M. (1996). Objetivos y propuestas a desarrollar por la Junta de Gobierno Estatal (octubre 1996-2000). *Papeles del Psicólogo*, 66. <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=728>.
- Blanco, A. (2001). Especial: España para la armonización de los currícula de Psicología en las Universidades latinoamericanas. En J.P. Toro y J. Villegas (Eds.), *Problemas centrales para la formación académica y el entrenamiento profesional del psicólogo en las Américas* (391-440). JVE Ediciones.
- Blas, F. (1996). ¿Prepara la Universidad para el ejercicio profesional? *Papeles del Psicólogo*, 66. <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=741>.
- Cano, A., Muñoz, R., Moriana, J., Ruíz, P., Medrano, L., & González, C. (2021). Transdiagnostic group cognitive behavioural therapy for emotional disorders in primary care: the results of the PsicAP randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 1-13. <https://doi.org/10.1017/S0033291720005498>.
- Carrobbles, J.A. (2013). Psicólogo clínico (PIR) y psicólogo general sanitario, todos somos necesarios. *Behavioral Psychology*, 21(1), 189-200. <https://www.behavioralpsycho.com/numeros/volumen-21-numero-1-2013/>.
- Carrobbles, J.A. (2015). Presente y futuro de la Psicología Clínica y Sanitaria en España: Una visión alternativa. *Papeles del Psicólogo*, 36(1), 19-32. <http://www.psychologistpapers.com/pdf/2486.pdf>.
- Chacón, F. (1995). Comentarios sobre el proceso de elaboración de los nuevos planes de estudio de Psicología. *Papeles del Psicólogo*, 62. <http://www2.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=674>.
- Civera, C., Santolaya, F., y Tortosa, F. (2006). Psicología y Profesión en la España contemporánea. En F. Tortosa y C. Civera, *Historia de la Psicología* (pp. 451-469): McGraw-Hill.
- Conferencia de Decanos de Psicología (2005). *Libro Blanco de la Titulación de Grado en Psicología*. [http://www.aneca.es/var/media/150356/libroblanco\\_psicologia\\_def.pdf](http://www.aneca.es/var/media/150356/libroblanco_psicologia_def.pdf).
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2004). LOPS: Cronología de un conflicto. Repercusiones y movilizaciones, *Infocop*, 88. [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=4164&cat=70](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4164&cat=70).
- Consejo General de la Psicología de España (2021). FOCAD (web). <https://www.focad.es/index.asp>.
- Defensor del Pueblo. (2020). Atención psicológica en el Sistema Nacional de Salud. <https://www.defensordelpueblo.es/resoluciones/estudiode-necesidades-e-incremento-de-la-atencion-psicologica-en-el-sistema-nacional-de-salud/>.
- Duro, J.C. (2004a). A modo de presentación. *Infocop*, Num. Extraordinario. La psicología como profesión sanitaria, 2. <http://www.cop.es/extrainfocop/presentacion.pdf>.
- Duro, J.C. (2004b). Apuntes históricos: La Psicología como profesión sanitaria. *Infocop*, Num. Extraordinario. La psicología como profesión sanitaria, 2, 7-11. <http://www.cop.es/extrainfocop/apunteshistoricos.pdf>.
- Duro, J.C. (2021). ¿Sabemos cuántos profesionales especialistas en psicología clínica trabajan en el Sistema Nacional de Salud español? *Papeles del Psicólogo*. En prensa. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2955>.
- Duro, J.C. & Berdullas, M. (2003). Recursos desestimados, especialidad reconocida. *Infocop*, 84. 3-9. <https://www.cop.es/infocop/pdf/1084.pdf>.
- Duro, J.C. & Martínez, P. (2004). Cronología de un conflicto. Num. Extraordinario. La psicología como profesión sanitaria, *Infocop*, 13-26. <http://www.cop.es/extrainfocop/cronologia.pdf>.
- Egurtza, J. (1999). La economía del Colegio en 1998. *Infocop*, 7, 5-9. [www.cop.es/infocop/pdf/1077.pdf](http://www.cop.es/infocop/pdf/1077.pdf).
- Fernández, J. (2002). Presentación. *Papeles del Psicólogo*, 81. <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=880>.
- Fernández, J.R. (1995). Proyección europea del Colegio de Psicólogos en el marco de su política internacional. *Papeles del Psicólogo*, 61. <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=652>.
- Fernández, J.R. (1997). Descripción de la revista. *Psychology in Spain*, 1(1). <http://www.psychologyinspain.com/description.htm>.
- Fernández, J.R. (2017). Cambiar para avanzar. Un análisis del debate sobre el itinerario formativo de la psicología clínica en España. *Papeles del Psicólogo*, 38(2), 81-93. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2827.pdf>.
- Fernández, J.R., Santolaya, F. & Santolaya, J. (2017). La acreditación en psicología clínica en España. *Terapia Psicológica*, 35(1), 95-110. <https://teps.cl/index.php/teps/article/view/156>.
- Fernández, N. (2003). *La Psicología clínica en España*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Fernández, X. (2020, en prensa). Situación de la psicología clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y perspectivas de crecimiento. *Ansiedad y Estrés*.
- Fernández, X., Sánchez, S., Prado, J., Carreras, B., Gimeno, A., &



- Bermúdez, S. (2017). Nuevas controversias en psicología sanitaria: Un análisis libre de ruido. *Behavioral Psychology*, 25(1), 189-200. [https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2018/10/11.Fernandez\\_25-1.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2018/10/11.Fernandez_25-1.pdf).
- Gallardo, C. (2019). Psicodoc, la búsqueda bibliográfica y la difusión científica en Psicología. *Blog de Psicología del Colegio oficial de Psicólogos de Madrid*. <http://www.copmadrid.org/wp/psicodoc-labúsqueda-bibliografica-y-la-difusion-cientifica-en-psicologia/>.
- Hernández, A. (1984). La psicología como profesión. *Papeles del Psicólogo*, 16-17. <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=193>.
- Hernández, A. (1993). Elecciones y cambios. *Papeles del Psicólogo*, 56. <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=583>.
- Hernández, A. (2003). Los estudios universitarios de psicología en España (1). Evolución de centros, alumnos, y relación oferta-demanda. *Papeles del Psicólogo*, 24(86), 13-24. <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=1109>.
- Jarne, A., & Pérez, A. (2020). Recorridos de formación en Psicología Clínica y de la Salud en España. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 77-85. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.407>.
- Jarne, A., Vilalta, R., Arch, M., Guardia, J., & Pérez, A. (2012). Especialidades y acreditaciones en Psicología. *Papeles del Psicólogo*, 33(2), 90-100. <http://www2.papelesdelpsicologo.es/pdf/2097.pdf>.
- Junta de Gobierno (1993). A modo de presentación. *Papeles del Psicólogo*, 57. <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=597>.
- Junta de Gobierno (2003). Comunicado de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Psicólogos ante la normativa que regula el ejercicio de la psicología clínica en España. *Infocop*, 86. [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=4164&cat=70](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4164&cat=70).
- López, W., Tortosa, F., Santolaya, F., Tortosa, M., Santolaya, J., & Aguilar, C. (2021). Historia, dificultades y retos de la Federación Iberoamericana de Asociaciones de Psicología. *Papeles del Psicólogo*, 42(1), 67-78. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2951.pdf>.
- Martínez, J.A. (2011). Desarrollo histórico del espacio europeo de educación superior a través de los documentos, encuentros y declaraciones fundacionales. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, 3(31) <http://www.eumed.net/rev/ced/31/jamg.pdf>
- Martínez, P. (2004). Entrevista a Francisco Santolaya. Decano del Colegio Oficial de Psicólogos. Num. Extraordinario. La psicología como profesión sanitaria, *Infocop*, 3-6. <http://www.cop.es/extrainfocop/entrevistaSantolaya.pdf>.
- Ministerio de Universidades (2020). Datos y Cifras del Sistema Universitario español. Publicación 2019-2020. Ministerio de Universidades. <https://www.educacionyfp.gob.es/servicios-alcidudano/estadisticas/universitaria/datos-cifras-copia.html>.
- Olabarría, B. (2018). La construcción de la especialidad de Psicología Clínica desde el marco de la Reforma Psiquiátrica y construcción de la Red de Servicios de Salud Mental en España. La formación PIR. Pensando el futuro desde la experiencia. *Anales de la Fundación Canis Majoris*, 3, 198-248. <https://canismajoris.es/wp-content/uploads/Revista-Anales-2018-de-la-Fundación-C3%B3n-Canis-Majoris.pdf>.
- Olabarría, B. & García, M. (2011). Acerca del proceso de construcción de la psicología clínica en España como especialidad sanitaria. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(3), 223-245. <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/10363>.
- Osca, J., Civera, C., Tortosa, F., Quiñones, E., Peñaranda, M., & López, J. (2005). Difusión de las revistas españolas de psicología en bases de datos nacionales e internacionales. *Anales De Documentación*, 8, 165-186. <https://doi.org/10.6018/anales-doc.8.0.1471>.
- Pastor, A. (1989). La trayectoria económica del Colegio. *Papeles del Psicólogo*, 36/37, 21-28. <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=376>.
- Peiró, J.M. (2003). La enseñanza de la psicología en Europa. Un proyecto de titulación europea. *Papeles del Psicólogo*, 24(86). <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=1110>.
- Prado, J., Sánchez, S., Gimeno, A., & Aldaz, J.A. (2019). Clinical Psychology in Spain: History, Regulation and Future Challenges. *Clinical Psychology in Europe*, 1(4), e38158. <https://doi.org/10.32872/cpe.v1i4.38158>.
- Quintanilla, I., & Díaz, R. (1994). Some demographic and economic characteristics of practitioners. Special Issue Applied Psychology in Spain. *Applied Psychology: An International Review*, 43(2), 151-155.
- Redacción de Infocop (2008). Abierto el plazo de solicitud del certificado de Psicología EUROPSY. *Infocop*, 38, <http://www.cop.es/infocop/pdf/1604.pdf>.
- Ruiz, R., Martín, A., & Delgado, E. (2015). Las revistas universitarias en el marco de los criterios de evaluación de la actividad investigadora. *Revista Española de Documentación Científica*, 38(2), e081. <http://dx.doi.org/10.3989/redc.2015.2.1191>.
- Sánchez, S., Prado, J., & Aldaz, J.A. (2013). Psicología Clínica y Psicología General Sanitaria: Una aproximación constructiva. *Behavioral Psychology*, 21(1), 189-200. <https://www.behavioralpsycho.com/numeros/volumen-21-numero-1-2013/>.
- Sánchez, S., Prado, J., Inchausti, F., Fernández, X., Losada, C., & Aldaz, J.A. (2017). Del libro blanco del título de grado en psicología al negocio de la desesperación. Análisis cuantitativo de los estudios de psicología en España durante la década 2005-2015. *Papeles del Psicólogo*, 38(3), 185-194. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2841.pdf>.
- Santolaya, F. (1993) Francisco José Santolaya (entrevista). *Papeles del Psicólogo*, 57. <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=598>.
- Santolaya, F. (1996) Convalidación y cambio. *Papeles del Psicólogo*, 64. <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=704>.
- Santolaya, F. (2001) Colegio y profesión. *Papeles del Psicólogo*, 80. <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=879>.
- Santolaya, F. (2007). Entrevista al presidente del Consejo. *Infocop*, 33. [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=4164&cat=70](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4164&cat=70).
- Santolaya, F. (2011). Se reoñe a los psicólogos como profesionales sanitarios (Entrevista). *Infocop*, 54, 10-14. <http://www.cop.es/infocop/pdf/1991.pdf>.
- Santolaya, F., Berdullas, M., & Fernández, J.R. (2002). La década 1989-1998 en la psicología española: análisis del desarrollo de la psicología profesional en España. *Papeles del Psicólogo*, 82, 65-82. <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=890>.
- Tortosa, F., Santolaya, F., & Civera, C. (2015). Psicología Española contemporánea. ¿Una realidad pléórica?. *Informació Psicològica*, 109, 51-71. <http://dx.medra.org/10.14635/IP-SIC.2014.109.8>.





- Tortosa, M., Osca, J., Alfaro, E., & López, W. (2019). International positioning of the Spanish psychology journals. *Anales de Psicología*, 35(2), 332-340. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.35.2.332171>.
- Tortosa, M., González, F., Santolaya, J., & Aguilar, C. (2019). The role of the Association of Psychologists-COP in the international ranking of Spanish Psychology (1979-2018). *Anales de Psicología*, 36(1), 12-23. <https://doi.org/10.6018/analesps.388691>.
- VandenBos, G. (2018). The American Psychological Association's knowledge dissemination program: An overview of 125 years. In W. E. Pickren & A. Rutherford (Eds.), *125 years of the American Psychological Association* (393-433). American Psychological Association.
- Varios (1993). PIR: Formación es especialistas en psicología clínica. *Papeles del Psicólogo*, 43. <http://www.papelesdelpsicologo.es/contenido?num=1043>.
- Varios (2002a). Líneas de investigación en la Psicología española (1ª parte). *Papeles del Psicólogo*, 81. <http://www.papelesdelpsicologo.es/contenido?num=1081>.
- Varios (2002b). Líneas de investigación en la Psicología española (2ª parte). *Papeles del Psicólogo*, 82 <http://www.papelesdelpsicologo.es/contenido?num=1082>.
- Varios (2003). A fondo. La enseñanza de la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 86. <http://www.papelesdelpsicologo.es/contenido?num=1086>.
- Varios (2005). Miles de estudiantes, profesores y profesionales piden al PSOE que cumpla sus promesas. *Infocop*, 22. [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=4164&cat=70](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4164&cat=70).
- Vera, M. (1994). Manuel Mariano Vera (entrevista). *Papeles del Psicólogo*, 59. <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=625>.
- ### NORMATIVA LEGAL
- Audiencia Nacional. 3 de octubre de 2016. Sala de lo Contencioso-Administrativo. Sección sexta. *Sentencia sobre el Recurso contencioso administrativo 361/2013, interpuesto por la Asociación Nacional de Psicólogo Clínicos y Residentes (ANPIR) contra la Orden ECD/1070/2013*. <http://www.infocoponline.es/pdf/SENTENCIA.pdf>.
- Declaración de Bolonia (1999). El Espacio Europeo de la Educación Superior. [http://ehea.info/media.ehea.info/file/Ministerial\\_conferences/06/0/1999\\_Bologna\\_Declaration\\_Spanish\\_553060.pdf](http://ehea.info/media.ehea.info/file/Ministerial_conferences/06/0/1999_Bologna_Declaration_Spanish_553060.pdf).
- Declaración de la Sorbona (1998). Declaración conjunta para la armonización del diseño del Sistema de Educación Superior Europeo. [http://ehea.info/media.ehea.info/file/1998\\_Sorbonne/62-/2/1998\\_Sorbonne\\_Declaration\\_Spanish\\_552622.pdf](http://ehea.info/media.ehea.info/file/1998_Sorbonne/62-/2/1998_Sorbonne_Declaration_Spanish_552622.pdf).
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE núm 280, 22 noviembre, 41442-41458. [http://ics.jccm.es/uploads/media/Ley\\_44-2003\\_LOPS\\_01.pdf](http://ics.jccm.es/uploads/media/Ley_44-2003_LOPS_01.pdf).
- Ley 7/2005, de 13 de mayo, por la que se crea el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. BOE núm 115, 14 mayo, 16345. <https://www.boe.es/boe/dias/2005/05/14/pdfs/A16345-16345.pdf>.
- Ley 5/2011, de 29 de marzo, de Economía Social. BOE núm 76, 30 marzo, 33023-33033. <https://www.boe.es/boe/dias/2011/03/30/pdfs/BOE-A-2011-5708.pdf>.
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. BOE núm 240, 5 octubre, 104593-104626. <https://www.boe.es/boe/dias/2011/10/05/pdfs/BOE-A-2011-15623.pdf>.
- Ley 3/2014, de 27 de marzo, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre. BOE núm 76, 28 marzo, 26967-27004. <https://www.boe.es/boe/dias/2014/03/28/pdfs/BOE-A-2014-3329.pdf>.
- Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. BOE núm 228, 23 septiembre, 84473-84979. <https://www.boe.es/boe/dias/2015/09/23/pdfs/BOE-A-2015-10197.pdf>.
- Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. BOE núm 307, 24 diciembre, 49400-49425. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2001/12/21/6/dof/spa/pdf>.
- Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. BOE núm 89, 13 abril, 16241-16260. <https://www.boe.es/boe/dias/2005/05/14/pdfs/A16345-16345.pdf>.
- Orden de 24 de marzo de 1980 por la que se aprueban los Estatutos Provisionales del Colegio Oficial de Psicólogos. BOE núm 90, 14 abril, 8010-8011. <https://www.boe.es/eli/es/o/1980/03/24/2/dof/spa/pdf>.
- Orden CNU/1309/2018, de 5 de diciembre, por la que se regulan las condiciones generales a las que se ajustarán los planes de estudio del Grado en Psicología. BOE núm 298, 11 diciembre, 121376-121378. <https://www.boe.es/boe/dias/2018/12/11/pdfs/BOE-A-2018-16906.pdf>.
- Orden ECD/1070/2013, de 12 de junio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales de Máster en Psicología General Sanitaria que habilite para el ejercicio de la profesión titulada y regulada de Psicólogo General Sanitario. BOE núm 142, 14 junio, 44948-44953. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-13734-consolidado.pdf>.
- Orden ECI/2461/2006, de 24 de julio, por la que se dispone la publicación de los Estatutos provisionales del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. BOE núm 179, 28 julio, 12968-12980. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-13734-consolidado.pdf>.
- Orden EDU/2676/2010, de 6 de septiembre, por la que se inscribe en el Registro de Fundaciones la Fundación Española para la Promoción y el Desarrollo Científico y Profesional de la Psicología. BOE núm 250, 6 septiembre, 87419-87420. <https://www.boe.es/boe/dias/2010/07/03/pdfs/BOE-A-2010-10542.pdf>.
- ORDEN PRE/1107/2002, de 10 de mayo, por la que se regulan las vías



- transitorias de acceso al título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica en desarrollo de lo dispuesto en el Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre. BOE núm 119, 18 mayo, 17897-17902. <https://www.boe.es/boe/dias/2002/05/18/pdfs/A17897-17902.pdf>.
- Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. BOE núm 146, 17 junio, 51210-51236. [https://www.boe.es/eli/es/o/1980/03/24/\(2\)/dof/spa/pdf](https://www.boe.es/eli/es/o/1980/03/24/(2)/dof/spa/pdf)
- Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre, por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. BOE núm 288, 2 diciembre, 39538-39542. <https://www.boe.es/boe/dias/1998/12/02/pdfs/A39538-39542.pdf>.
- Real Decreto 481/1999, de 18 de marzo, por el que se aprueban los Estatutos Generales del Colegio Oficial de Psicólogos. BOE núm 83, 7 abril, 12968-12980. <https://www.boe.es/boe/dias/1999/04/07/pdfs/A12968-12980.pdf>.
- Real Decreto 1902/2000, de 20 de noviembre, por el que se acuerda la segregación de las Delegaciones del Colegio Oficial de Psicólogos. BOE núm 291, 5 diciembre, 42582-42583. <https://www.boe.es/boe/dias/2000/12/05/pdfs/A42582-42583.pdf>.
- Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. BOE núm 254, 23 octubre, 37893-37902. <https://www.boe.es/boe/dias/2003/10/23/pdfs/A37893-37902.pdf>.
- Real Decreto 654/2005, de 6 de junio, por el que se modifican las disposiciones transitorias del Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre, por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, y se abre un nuevo plazo para solicitar dicho título. BOE núm 142, 15 junio, 20570-20571. <https://www.boe.es/boe/dias/2005/06/15/pdfs/A20570-20571.pdf>.
- Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. BOE núm 240, 7 octubre, 34864-34870. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-18770-consolidado.pdf>.
- Real Decreto 1393/2007, de 29 de Octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. BOE núm 260, 30 octubre, 44037-44048. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-18770-consolidado.pdf>.
- Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. BOE núm 45, 21 febrero, 10020-10035. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2008/02/08/183/dof/spa/pdf>.
- Real Decreto 861/2010, de 2 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. BOE núm 161, 3 julio, 58454-58468. <https://www.boe.es/boe/dias/2010/07/03/pdfs/BOE-A-2010-10542.pdf>.
- Real Decreto 378/2015, de 14 de mayo, por el que se crea la Academia de Psicología de España y se aprueban sus Estatutos. BOE núm 131, 2 junio, 46924-46935. <https://www.boe.es/boe/dias/2015/06/02/pdfs/BOE-A-2015-6104.pdf>.
- Real Decreto 639/2015, de 10 de julio, por el que se regulan los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada. BOE núm 179, 28 julio, 64237-64242. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2015-8442>.
- Resolución de 26 de agosto de 2010, de la Secretaría General de Universidades, por la que se aprueba la convocatoria de la prueba teórico-práctica prevista en el artículo 13 de la Orden PRE/1107/2002, de 10 de mayo, por la que se regulan las vías transitorias de acceso al título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. BOE núm 212, 1 septiembre, 75970-76000. [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-13620](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-13620).
- Resolución de 14 de septiembre de 2015, de la Dirección General de Política Universitaria, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 4 de septiembre de 2015, por el que se determina el nivel de correspondencia al nivel del Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior del Título Universitario Oficial de Licenciado en Psicología. BOE núm 236, 2 octubre, 89583-89586. <https://www.boe.es/boe/dias/2015/06/02/pdfs/BOE-A-2015-6104.pdf>.
- Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que se publica el Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria. BOE núm 109, 7 mayo, 48652-48670. <https://www.boe.es/boe/dias/2019/05/07/pdfs/BOE-A-2019-6761.pdf>.
- Tribunal Supremo. 7 de octubre de 2002. Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Cuarta. *Sentencia sobre el Recurso contencioso administrativo 43/1999, interpuesto por la Asociación Gallega de Psicólogos Clínicos y Psicoterapeutas de la práctica privada contra el Real Decreto 2490/98*. Madrid: Autor. [http://wikipersever.es/public/upload/9/166\\_sentencia-1.pdf](http://wikipersever.es/public/upload/9/166_sentencia-1.pdf).
- Tribunal Supremo. 7 de octubre de 2002. Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección Cuarta. *Sentencia sobre el Recurso contencioso Administrativo 48/1999, interpuesto por la Sociedad Española de Psiquiatría, la Sociedad Española de Psiquiatría Legal y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica contra el Real Decreto 2490/98*. Madrid: Autor. [http://wikipersever.es/public/upload/9/167\\_Sentencia-2.pdf](http://wikipersever.es/public/upload/9/167_Sentencia-2.pdf).
- Tribunal Supremo. 10 de octubre de 2002. Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Cuarta. *Sentencia sobre el Recurso contencioso administrativo 49/1999, interpuesto por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos contra el Real Decreto 2490/98*. Madrid: Autor. [http://wikipersever.es/public/upload/9/168\\_Sentencia-3.pdf](http://wikipersever.es/public/upload/9/168_Sentencia-3.pdf).
- Tribunal Supremo. 10 de octubre de 2002. Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Cuarta. *Sentencia sobre el Recurso contencioso administrativo 154/1999, interpuesto por la Asociación Gallega de Psicólogos Clínicos Privados contra el Real Decreto 2490/98*. Madrid: Autor. [http://wikipersever.es/public/upload/9/169\\_Sentencia-4.pdf](http://wikipersever.es/public/upload/9/169_Sentencia-4.pdf).



# EXPLOTACIÓN SEXUAL COMERCIAL INFANTIL Y ADOLESCENTE: UNA APROXIMACIÓN A LA SITUACIÓN EN ESPAÑA

## COMMERCIAL SEXUAL EXPLOITATION OF CHILDREN AND ADOLESCENTS: AN APPROACH TO THE SITUATION IN SPAIN

Noemí Pereda, Marta Codina y Bárbara Kanter

Universidad de Barcelona

La explotación sexual comercial infantil y adolescente (ESCIA) es un problema especialmente frecuente en niños, niñas y adolescentes con medidas jurídicas de protección. Esta forma de victimización sexual, que recoge otras múltiples formas de violencia, no sólo está presente en países en vías de desarrollo. En España, únicamente contamos con los datos obtenidos por la Comisión de Expertos de Mallorca en 2020. Se presentan las respuestas de 67 adolescentes, entre 13 y 18 años, en centros residenciales del sistema de protección, sobre sus conocimientos y experiencias respecto a la ESCIA. Los resultados indican que se trata de un problema conocido y ante el cual demandan más educación y protección. Aluden a motivos diversos para implicarse en él, pero todos ellos pueden situarse dentro de la pirámide del sexo por supervivencia. El uso de las TIC aparece como un importante factor de riesgo a tener en cuenta en programas de prevención.

**Palabras clave:** Explotación sexual, Adolescencia, Centros residenciales, España, ESCIA.

Commercial sexual exploitation of children (CSEC) is a problem that is highly prevalent in children and adolescents under legal protection. However, this form of sexual victimization, which includes multiple other forms of violence, is not only present in developing countries. In Spain we only have the data obtained by the Expert Commission from Mallorca in 2020. The responses of a sample of 67 adolescents between 13 and 18 years old from residential centers in Mallorca about their knowledge and experiences regarding CSEC are presented. The results indicate that CSEC is a known problem. These adolescents also demand more education and protection. They allude to various reasons for engaging in this type of behavior, although all of them can be placed in the pyramid of survival sex. The use of ICT appears as an important risk factor to take into account in prevention programs.

**Key words:** Sexual exploitation, Adolescence, Residential centers, Spain, CSEC.

**L**a explotación sexual comercial infantil y adolescente (ESCIA) ha sido definida como “el abuso sexual cometido por un adulto que implica una remuneración en dinero o de otro tipo para el niño, niña o adolescente o para terceras personas” en el First World Congress Against Commercial Sexual Exploitation of Children (1996) y es una de las formas de victimización sexual más graves y menos conocidas en nuestro país.

Son diversas las definiciones que se han desarrollado para delimitar este problema social, en el que el niño, niña o adolescente no es sólo utilizado como un objeto sexual sino también como un objeto comercial, configurándose en una forma contemporánea de esclavitud (véase Beddoe, 2015). El Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía (25 de mayo de 2000) define la ESCIA como “la utilización de un niño, niña o adolescente menor de 18 años en actividades sexuales a cambio de remuneración o de cualquier otra retribución”. Así, cada caso de ESCIA supone beneficios máximos para el explotador y la derogación de los derechos básicos de dignidad, autonomía, salud física y mental del niño o niña explotado.

Recibido: 7 marzo 2021 - Aceptado: 10 junio 2021

Correspondencia: Noemí Pereda. Grupo de Investigación en Victimización Infantil y Adolescente (GREVIA). Universidad de Barcelona. Passeig Vall d'Hebron, 171. Barcelona. España.

E-mail: npereda@ub.edu

A su vez, según la concepción recogida en el Instrumento de Ratificación del Convenio del Consejo de Europa para la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual, hecho en Lanzarote el 25 de octubre de 2007 (BOE 274, de 12/11/2010), se especifica que “la expresión ‘explotación y abuso sexual de los niños’ comprenderá los comportamientos a que hacen referencia los artículos 18 a 23 del presente Convenio” (art. 3 b), que incluyen a) abuso sexual (art. 18); b) prostitución infantil (art. 19); c) pornografía infantil (art. 20); d) participación de niños y niñas en espectáculos pornográficos (art. 21); e) corrupción de niños y niñas (art. 22); f) proposiciones a niños y niñas con fines sexuales (art. 23).

La ESCIA se ha reconocido recientemente como una forma de victimización y un grave problema de salud pública (Greenbaum, 2020). Se trata de un fenómeno universal que engloba diferentes formas de victimización contra la infancia y la adolescencia, desde malos tratos físicos, a múltiples tipos de violencia sexual. Tradicionalmente, esta forma de explotación se ha percibido como un fenómeno oculto, vinculado al crimen organizado, que ocurre en países en vías de desarrollo involucrando a niños, niñas y adolescentes vulnerables que son explotados dentro de su propio país y/o transportados a países desarrollados para ser explotados allí sexualmente. Sin embargo, este enfoque limitado ha sido superado por la investigación contemporánea, la cual ya ha comenzado a reconocer y abordar este fenómeno desde una perspectiva multinivel. De este modo, en la actualidad, se reconoce que la explotación sexual infantil y adolescente puede tener lugar dentro o a través de cualquier región o país con diferentes niveles de organización (Greenbaum, 2018).



Si bien puede afectar a niños, niñas y adolescentes de cualquier contexto, la investigación llevada a cabo hasta el momento coincide en afirmar que la mayoría de las víctimas de ESCIA han mantenido contacto con el sistema de protección (Gibbs et al., 2018) debido, en parte, a sus experiencias de victimización, particularmente sexual, en sus familias de origen (Nixon et al., 2002; Tyler et al., 2001). Estos niños, niñas y adolescentes tienen muchas dificultades para identificar diferentes formas de abuso y maltrato, entre los que se encuentra la ESCIA, y no cuentan con las estrategias y recursos para hacerles frente, así que necesitan ser protegidos con medidas especiales una vez ya dentro del sistema de protección (Stativa, 2000).

### EPIDEMIOLOGÍA DE LA ESCIA

Según la International Labour Organization (ILO, 2012), se calcula que la explotación sexual afecta anualmente a un millón de niños, niñas y adolescentes en el mundo. Sin embargo, se presupone que esta cifra es mucho más elevada dado el carácter secreto, delictivo y marginal del fenómeno. Es muy difícil, si no imposible, establecer de forma precisa el número de víctimas de ESCIA ya que la mayoría de ellas son "invisibles" para la sociedad por estar inmersas en contextos inaccesibles para la mayor parte de la población (Miller-Perrin y Wurtele, 2017). Así, la mayoría de los casos de ESCIA no llegan nunca a ser conocidos por las autoridades oficiales, ya que no son detectados ni notificados.

Derivado de esta dificultad, son diversos los estudios en nuestro contexto cultural europeo más próximo que han intentado establecer la prevalencia de la ESCIA, alertando de que se trata de un problema social que también ocurre en países desarrollados (véase la revisión sobre ESCIA en Europa de Benavente et al., 2021). Así, es necesario llevar a cabo estudios en los diferentes contextos culturales dado que, como se ha constatado, las experiencias de explotación deben analizarse dentro de la realidad social y cultural de sus víctimas (Mai, 2011). Sin embargo, en la actualidad se desconoce la extensión real de la ESCIA en España, dado que no se han llevado a cabo estudios con la población general que permitan conocer su prevalencia. Algunos autores subrayan que es más sencillo conocer la extensión de la ESCIA en víctimas internacionales que el problema en el propio país (Brayley y Cockbain, 2014).

Las aproximaciones europeas a este complejo problema social muestran que entre un 1 y un 2,5% de las chicas y entre un 1 y un 2,1% de los chicos menores de edad escolarizados en Suecia, Noruega y Suiza reportan, usando la terminología de estos estudios, "haber comercializado con su sexo".

Por ejemplo, en Suecia, Svedin y Priebe (2007) llevaron a cabo un estudio con adolescentes escolarizados y encontraron que un 1,4% de los participantes había comercializado con sexo (1,0% chicas y 1,8% chicos), principalmente a cambio de dinero. De forma similar, Fredlund et al. (2013, 2018) encontraron una prevalencia de relaciones sexuales comerciales en adolescentes de educación secundaria de Suecia de entre el 0,9 y el 1,5%, sin diferencias significativas en función del sexo. En Noruega, Pedersen y Hegnab (2003) llevaron a cabo un estudio con adolescentes escolarizados en centros públicos y privados, de entre 14 y 17 años, y encontraron que un

1,4% de los participantes (0,6% chicas y 2,1% chicos) reportó haber comercializado con sexo. El reciente estudio de Averdijk et al. (2020) con una muestra de jóvenes de Suiza encuentra que un 2,5% de las chicas y un 1,5% de los chicos reportan haber mantenido relaciones sexuales comerciales entre los 15 y los 17 años.

Si nos centramos en la explotación sexual de los chicos y chicas con medidas de protección, son escasos los estudios al respecto. Uno de los que ha analizado la prevalencia del denominado "sexo por supervivencia" en jóvenes norteamericanos de entre 12 y 21 años, fugados o en refugios, muestra que un 28% de los jóvenes fugados y un 10% de los que viven en refugios se han visto involucrados en situaciones de explotación sexual (Greene et al., 1999). Fugarse y encontrarse sin hogar son dos de los factores de riesgo más frecuentes en la ESCIA. Así, el estudio de Kral et al. (1997) muestra que un 14% de las adolescentes y un 23% de los adolescentes norteamericanos sin hogar han sido explotados sexualmente.

Según los resultados de estos estudios nos encontramos, por tanto, ante un fenómeno que afecta a un número significativo de chicos y chicas de la población general y, especialmente, de poblaciones de riesgo, y que puede conllevar consecuencias importantes para su salud física y mental (Krisch et al., 2019).

### MOTIVACIONES Y FACTORES DE RIESGO EN JÓVENES EUROPEOS

Las conductas autolesivas, el maltrato físico y el abuso sexual, así como problemas de salud mental están vinculados con la implicación en ESCIA (Fredlund et al., 2013). Los problemas de conducta y el consumo de alcohol y drogas también son importantes (Pedersen & Hegnab, 2003). No se pueden obviar, sin embargo, los factores emocionales expuestos por los jóvenes como 'sentirse apreciado', 'buscar cercanía', 'reducir la ansiedad', 'no sentirse bien emocionalmente' y 'el comprador me convenció' (Fredlund et al., 2018).

Respecto a la motivación que puede llevar a un adolescente a implicarse en conductas de este tipo, y a parte de los motivos vinculados con el dinero y la obtención de recompensas materiales, los jóvenes manifiestan al ser encuestados participar en relaciones sexuales comerciales por 'diversión/excitación', 'gustar el sexo', 'estar influido por los iguales', o 'afectado por alcohol o drogas' (Fredlund et al., 2018). Así, hay autores que han puesto en cuestionamiento que el consentimiento se restrinja a una edad cronológica y aluden a que los adolescentes pueden tomar decisiones sobre su sexualidad, teniendo en cuenta otras variables como el grado de desarrollo o la madurez para emitir un consentimiento válido. Se defiende así que, si bien la edad de los sujetos debe tomarse como uno de los referentes para realizar la valoración de los requisitos del consentimiento y evitar la prevalencia, ésta no puede ser el determinante (González Agudelo, 2020).

A su vez, el sexo comercial en adolescentes no es un fenómeno uniforme e incluye un amplio rango de situaciones que difieren en términos de motivaciones, la presencia o ausencia de coerción, o si es una conducta ocasional o más frecuente (van de Walle et al., 2012). Por esta razón, se ha de analizar este fenómeno desde una perspectiva biopsicosocial integrada de la conducta humana que va desde la cognición social al desarrollo, la adaptación y el cambio



de la conducta, concibiendo la influencia personal como parte de la estructura casual dentro de la agencia individual (Bandura, 2006). Conocer las motivaciones reportadas por los adolescentes para implicarse en relaciones sexuales comerciales, así como los factores de riesgo que están vinculados con este fenómeno, es una condición necesaria para poder actuar de forma temprana y prevenir situaciones de explotación sexual y las adversas consecuencias de esta forma de victimización sobre el desarrollo.

## LA EXPERIENCIA DE LA COMISIÓN DE EXPERTOS DE MALLORCA

A finales del año 2019 los medios de comunicación nacionales se hicieron eco de diversos casos de ESCIA en jóvenes menores de edad con medida jurídica de protección de Mallorca. Esto llevó a la creación de una Comisión de Expertos, el 27 de febrero de 2020, por Acuerdo del Consell Executiu del Consell de Mallorca (BOIB de 7 de marzo de 2020), que ha recogido información y evidencia empírica sobre esta compleja problemática en los centros de acogimiento residencial de Mallorca, con el objetivo de proponer medidas eficaces para la prevención, identificación precoz y adecuada atención a las víctimas de ESCIA.

En este artículo se presentan los datos de una de estas medidas, que consistió en encuestar a jóvenes con medida jurídica de protección acerca de sus experiencias y conocimientos sobre la ESCIA, partiendo de una perspectiva de trabajo en la que el niño, niña y adolescente es el centro de interés (child-centered approach) (Toros et al., 2013).

## MÉTODO

Se facilitó el enlace a una encuesta en línea, con 12 preguntas cerradas y 2 abiertas, creada ad hoc para los objetivos del estudio, a todos los chicos y chicas en centros residenciales del Instituto Mallorquín de Asuntos Sociales (IMAS) en mayo de 2020, a la que respondieron, aproximadamente un 49% del total. Mediante una metodología mixta, cuantitativa y cualitativa, se presentan los porcentajes de respuesta totales, así como diferenciados por género y algunas respuestas de los participantes, codificados con la letra A y un número aleatorio.

La muestra quedó configurada por 67 jóvenes (50,7% ( $n=34$ ) de género femenino y 47,8% ( $n=32$ ) masculino). Una persona no indicó su género. Todos tenían entre 13 y 18 años ( $M=15,8$ ;  $DT=2,2$ ) en el momento de responder a la encuesta. Los jóvenes llevaban entre 6 meses y 1 año (23,9%;  $n=16$ ) o entre 1 y 5 años (37,3%;  $n=25$ ) en el centro residencial actual. El 28,4% ( $n=19$ ) llevaba menos de 6 meses y el 9% ( $n=6$ ) más de 5 años.

## RESULTADOS

La mayoría de los jóvenes, un 71,6% ( $n=48$ ) indica saber qué significa estar involucrado en situaciones de explotación sexual comercial, mientras que el 23,9% ( $n=16$ ) lo desconoce. Tres menores no respondieron. Más de la mitad de ellos (65,7%;  $n=44$ ) dijeron que en el centro residencial les habían proporcionado alguna información o indicaciones sobre cómo prevenir o actuar ante estas situaciones. El 28,4% ( $n=19$ ) no recibió este tipo de información del

centro. Cuatro menores no contestaron a este ítem. Indican la importancia que tiene "explicar los riesgos de caer en una red de ESCIA" (A37) y solicitan que desde los centros "que me ayuden a saber qué situaciones pueden ponerme en peligro" (A37), y valoran que una buena manera de prevenir sería "mostrar casos reales y declaraciones de gente que lo haya vivido" (A43). También señalan la necesidad de psicoeducación en temas vinculados a la ESCIA como lo es "hacernos conocer los riesgos de la gente con la que hablamos por Internet" (A8), así como "informar sobre los riesgos de una fuga" (A9), siendo importante realizar "algunos talleres sobre sexualidad" (A11). A su vez, valoran que es importante que se tenga un cierto control sobre ellos, considerando relevante "controlar con quién vamos" (A48) así como "profundizar con el menor en sus relaciones de amistad y de pareja, aceptando que es el menor quien elige sus relaciones" (A65).

En cuanto a los motivos que creyeron que pueden tener aquellos que se involucran en este tipo de situaciones encontramos los que se muestran en la Tabla 1, destacándose la obtención de una recompensa económica. Así, exponen que una buena estrategia para la prevención de esta problemática sería "que los menores tengamos dinero, ropa y móviles para no tener que buscar en la calle" (A65), esto podría ser efectivo mediante "recompensas semanales" (A67). Valoran, a su vez, el establecimiento de un vínculo con los profesionales de los centros "que transmitan confianza" (A1) y piden "darnos un poco más de cariño" (A21). También plantean la necesidad de ofrecer actividades diversas y proponen la realización de "actividades por fuera del centro" (A39), así como "más actividades organizadas y recursos culturales y de ocio por las tardes y los fines de semana" (A65) que podrían servir de distractores en tiempo libre para evitar la involucración en ESCIA.

Cuando se les preguntó por situaciones que podrían suponer un riesgo para la ESCIA destacan, especialmente, el enviar vídeos o imágenes íntimas (79,1%), aceptar ofertas de participar en sesiones fotográficas con adultos (64,2%) y dormir en casas desocupadas (62,7%), como muestra la Tabla 2. Los jóvenes indican que la necesidad de tener amigos "ir siempre con gente que conozcas muy bien y sepas que te podrán ayudar" (A29), evitando "salir de noche solos o con gente que es mayor que ellos" (A29). También alertan que para prevenir las situaciones de ESCIA es necesario "no fugarse" (A29).

Las acciones preventivas que los jóvenes consideran más efectivas para no involucrarse en situaciones de ESCIA, pueden verse en la Tabla 3. Más información sobre explotación sexual comercial (53,7%) y más educación afectivo-sexual (52,2%) son las reportadas con más frecuencia por los adolescentes, seguidas por el conocimiento de más estrategias de protección en los jóvenes (49,3%) y una mayor actuación policial contra los explotadores (49,3%). Los adolescentes han enfatizado la necesidad de tener contacto con la policía ante situaciones que pueden ser peligrosas, "si ves que alguien te lleva siguiendo un buen rato llamar a la policía" (A29), así como "si lo ves, no te quedes callado y ves a avisar a la policía para que sepa lo que está sucediendo" (A32). Consideran importante tanto que haya "más vigilancia policial" (A50) como "tener los teléfonos de policía" (A48) a disposición para hacer los avisos oportunos.



**DISCUSIÓN**

La explotación sexual de niños, niñas y adolescentes es una forma de victimización grave, que se produce en jóvenes de la población general de diferentes países de Europa, con una relativa frecuencia. En España, si bien no hay estudios publicados que permitan hacer una afirmación en este sentido y dar a conocer la realidad epidemiológica de la ESCIA, diversos casos vinculados al sistema de protección han visto la luz recientemente y han supuesto un impacto social importante, especialmente en Mallorca.

La investigación internacional muestra que diversas características de los niños, niñas y adolescentes con medidas jurídicas de protección implican un elevado riesgo de involucrarse en situaciones de explotación sexual. Así, las experiencias previas de victimización, la

presencia de problemas de salud mental y el abuso de sustancias, así como haberse fugado del centro residencial son factores de alto riesgo presentes en estos jóvenes.

Si bien la mayor parte de publicaciones sobre ESCIA son de naturaleza exploratoria y, primordialmente, se basan en información proporcionada por archivos y profesionales que trabajan con víctimas (Rand, 2010), el estudio llevado a cabo por la Comisión de Expertos de Mallorca muestra el problema de la explotación sexual comercial desde la perspectiva de los propios jóvenes, manteniendo el foco en éstos. Así, los resultados muestran que la mayoría de los jóvenes conocen lo que es la ESCIA, gracias a la información facilitada por los centros residenciales, indicando la importancia que tiene esta información para prevenir situaciones de ESCIA. Aluden a la obtención de dinero, seguido de alcohol y otras drogas, bienes materiales, y un lugar para dormir como motivos principales que pueden conducir a un joven a involucrarse en ESCIA (Greene et al., 1999), si bien, más de la mitad también indica que es un medio de diversión o de vivir nuevas experiencias (Fredlund et al., 2018), lo que muestra la multiplicidad de motivaciones y causas vinculadas con esta forma de victimización.

Sin embargo, la perspectiva que debe regir en el estudio y análisis de la ESCIA es la de la pirámide del sexo por supervivencia. Desde esta perspectiva y, basándose en la pirámide de las necesidades de Maslow (1943), se asume que la implicación de un menor de edad en situaciones de sexo con un adulto, sea su motivación económica o cualquier otra, es siempre una situación de explotación dado que responde a la necesidad de un niño, niña o adolescente (ya sea fisiológica, de seguridad, de amor y pertenencia, de autoestima o de actualización y realización personal), de la que se aprovecha una

**TABLA 1  
MOTIVOS PARA INVOLUCRARSE EN SITUACIONES QUE PUEDEN LLEVAR A ESCIA SEGÚN LA MUESTRA DE ADOLESCENTES**

Motivos ESCIA	Total		Por género (%)	
	n	%	Chicos	Chicas
1. Estar enamorado/a de la persona que luego te introduce	33	49,3	40,6	55,9
2. Para obtener alcohol y otras drogas	38	56,7	46,9	67,6
3. Para obtener dinero	45	67,2	59,4	73,5
4. Es un medio para obtener cosas materiales	37	55,2	40,6	70,6
5. Es un medio para tener un sitio en el que dormir	38	56,7	43,8	67,6
6. Es un medio de diversión o una forma de vivir nuevas experiencias	20	54,1	31,3	29,4
7. Es un medio de sentirse bien y no pensar	17	45,9	25	26,5
8. Por ser amenazado si no lo haces	33	49,3	37,5	61,8

**TABLA 2  
SITUACIONES PERCIBIDAS COMO PELIGROSAS POR LA MUESTRA DE ADOLESCENTES**

Situaciones peligrosas	Total		Por género (%)	
	n	%	Chicos	Chicas
1. Enviar un video o imágenes suyas sin ropa, en ropa interior o en situación sexual	53	79,1	78,1	79,4
2. Aceptar una oferta de participar en una sesión fotográfica por parte de un adulto	43	64,2	56,3	70,6
3. Quedar con alguien que sólo ha conocido por redes sociales	39	58,2	46,9	70,6
4. Dormir en casa de alguien que apenas conoce	39	58,2	50	67,6
5. Dormir en casa desocupadas	42	62,7	59,4	64,7
6. Frecuentar lugares a los que van personas mayores	35	52,2	53,1	50
7. Recibir alguna de estas propuestas a través de algún amigo/a o compañero/a	33	49,3	46,9	52,9

**TABLA 3  
ACCIONES PREVENTIVAS ANTE LA ESCIA SEGÚN LA MUESTRA DE ADOLESCENTES**

Acciones preventivas	Total		Por género (%)	
	n	%	Chicos	Chicas
1. Más educación sexo afectiva	35	52,2	53,1	50
2. Más información sobre ESCIA	36	53,7	40,6	64,7
3. Más información sobre los riesgos de las fugas	30	44,8	37,5	50
4. Más información sobre los riesgos del alcohol y otras drogas	24	35,8	37,5	35,3
5. Más alertas sobre zonas a las que no acudir	21	31,3	40,6	23,5
6. Más estrategias de protección para los jóvenes	33	49,3	50	50
7. Más comunicación entre educadores y jóvenes	31	46,3	50	44,1
8. Más afecto y comprensión hacia los jóvenes	29	43,3	37,5	50
9. Más actuación policial contra los exploradores	33	49,3	46,9	52,9
10. Meter en la cárcel a los explotadores	35	52,2	46,9	58,8



persona con mayor experiencia y recursos (McDonald y Middleton, 2019).

Los jóvenes encuestados también saben identificar conductas de riesgo que pueden evitarse para reducir la probabilidad de involucrarse en situaciones de ESCIA. Así el sexting, o envío de material sexual o fotografías y vídeos desnudos, es algo que la mayor parte de la muestra considera una conducta de alto riesgo. Le siguen a ésta las invitaciones a participar en sesiones de fotografía, generalmente a través de las redes sociales como Instagram, TikTok u Onlyfans, y que son especialmente valoradas como peligrosas por las chicas, así como quedar con alguien que sólo se ha conocido por redes sociales. Cabe añadir que las TIC han multiplicado las posibilidades de contacto entre personas que están dispuestas a pagar por mantener relaciones sexuales vía webcam con niños, niñas y adolescentes. Según el informe "Internet Organised Crime Threat Assessment" (IOCTA, 2020), publicado por Europol, existe un incremento anual en la cantidad de material sexual infantil encontrado online, en muchos casos autoproducido por los propios menores. En este sentido, conforme se ha generalizado el uso de las TIC, se han sofisticado los medios para la ESCIA. El empleo de medios de acceso restringido, como foros o sistemas de mensajería, el almacenamiento masivo en la nube, la dificultad de rastrear los contenidos en la Deep Web, los sistemas de intercambio de archivos a través de redes peer to peer (p2p), y la generalización de los dispositivos electrónicos con cámara e Internet han facilitado la distribución de las imágenes que contienen abusos sexuales a menores (Negredo y Herrero, 2016; Soldino y Guardiola-García, 2017). Ofrecer bienes materiales o dinero a través de las TICs puede hacerse de manera explícita para lograr un intercambio sexual (Shannon, 2008), o de forma implícita y sutil a través de regalos en el contexto de una relación de aparente confianza sin solicitar una contraprestación de manera explícita (Webster et al., 2012). Por ejemplo, el uso de obsequios en situaciones de online grooming puede predisponer a los menores a acceder a enviar fotos o vídeos con contenidos sexuales al adulto (De Santisteban et al., 2018).

Fugarse y no tener donde dormir es otro de los factores de alto riesgo detectados por los jóvenes. A su vez, una vez involucrados en la ESCIA es altamente probable que los niños, niñas y adolescentes víctimas vuelvan a fugarse para regresar al contexto explotador (Hershberger et al., 2018). Las fugas, sin embargo, no son un problema actual ni de un país determinado. Las evidencias en este sentido son abundantes. Así, por ejemplo, dos estudios de ámbito nacional llevados a cabo en Estados Unidos en dos momentos concretos de los años 2007 y 2017 encontraron que el 1-2% de la totalidad de menores que en esas fechas debían encontrarse en centros residenciales, estaban fugados en el momento de realizarse el estudio (Child Welfare Information Gateway, 2019). Otro estudio llevado a cabo en Reino Unido encontró que entre un 25% y un 71% de los jóvenes de entre 11 y 16 años en centros residenciales británicos se había fugado en el último año como mínimo una vez (Biehal y Wade, 2000). Las diferencias encontradas entre cifras responden a diferentes zonas del país y a diferentes centros. Así, estas características ambientales deben tenerse en cuenta cuando se cuantifiquen las fugas y valorarse las diferencias que existen en la

elaboración de planes de intervención. En la misma línea, otros trabajos (Lerpiniere et al., 2013) presentan una prevalencia estimada de implicación en la ESCIA de 1 de cada 4.000 niños, niñas y adolescentes ingleses (0,027%), cifra que se incrementa a 1 de cada 20 niños, niñas y adolescentes ingleses fugados (4,7%). Si nos centramos en los niños, niñas y adolescentes atendidos por el sistema de protección, el riesgo es de 1 de cada 40 (2,3%). Y si estos niños, niñas y adolescentes están fugados, el riesgo es de 1 de cada 8 (12,5%). Las cifras son, probablemente, muy similares en España.

Finalmente, los chicos y chicas encuestados por la Comisión de Expertos de Mallorca también hablan de prevención y de la importancia de la educación afectivo-sexual y la información sobre ESCIA para reforzar las capacidades de protección de los jóvenes y disminuir su vulnerabilidad. Algunos centros residenciales en el Reino Unido y los Estados Unidos han desarrollado materiales escritos y audiovisuales de gran interés (McKinnin, 2017).

El papel de los profesionales, especialmente de la policía, también es clave en la prevención de la ESCIA según los jóvenes. Estudios previos indican, no obstante, la existencia de tres actitudes de los profesionales hacia los jóvenes en centros residenciales del sistema de protección que incrementan su riesgo de implicarse en la ESCIA. La primera de ellas es la visión de los niños, niñas y adolescentes como astutos, con experiencia en la calle (*streetwise*), así que asumen que van a saber protegerse solos y no les ofrecen los recursos de protección que ofrecerían a otros niños y niñas. La segunda es la percepción de los menores como problemáticos, en lugar de entender que sus problemas de conducta son consecuencia de su vulnerabilidad subyacente. Por último, la tercera actitud asociada a mayor riesgo de ESCIA está relacionada con la disposición hacia estos niños, niñas y adolescentes de unas expectativas mucho más bajas que hacia menores que no residen en centros de protección, lo que hace que muchas de sus conductas sean asumidas como normales, cuando en otros niños y niñas resultarían alarmantes (Lerpiniere et al., 2013)

## CONCLUSIÓN

En síntesis, si bien son escasos los estudios llevados a cabo sobre ESCIA en Europa y, concretamente, en España, la aproximación realizada por la Comisión de Expertos de Mallorca a los conocimientos y percepciones que tienen los jóvenes con medida jurídica de protección en centros residenciales ilustra que se trata de un problema conocido por éstos y ante el cual demandan más información, educación y protección. Aluden a motivos diversos para implicarse en este tipo de conductas, si bien todas ellas pueden situarse en la pirámide del sexo por supervivencia (McDonald y Middleton, 2019). El uso de las TIC es un medio fácil que tienen los explotadores de acercarse a los niños, niñas y adolescentes quienes, muchas veces sin consciencia del riesgo que supone, entablan relaciones personales en las que acaban autoproduciendo material pornográfico. Los resultados indican que la ESCIA es un problema en España, aun desconocido por una mayoría de la población, sobre el que esperamos que se siga estudiando.

## CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses.



**AGRADECIMIENTOS**

Las autoras agradecen a los miembros de la Comisión de Expertos, Ignacia Arrubarrena, Beatriz Benavente, Pedro Grimalt, Coral Mínguez, Susana Pulido y Cristian Sánchez su trabajo y soporte en la realización de este estudio.

**REFERENCIAS**

- Averdijk, M., Ribeaud, D., & Eisner, M. (2019). Longitudinal risk factors of selling and buying sexual services among youths in Switzerland. *Archives of Sexual Behavior, 49*, 1279-1290.
- Bandura, A. (2006). Toward a psychology of human agency. *Perspectives on Psychological Science, 1*(2), 164-180.
- Beddoe, C. (2015). World congress against the sexual exploitation of children and adolescents. In Bolin, A., Whelehan, P (Eds.), *The international encyclopedia of human sexuality* (pp. 1431-1444). Wiley-Blackwell.
- Benavente, B., Díaz-Faes, D. A., Ballester, L., & Pereda, N. (2021). Commercial sexual exploitation of children and adolescents in Europe: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse, 15*24838021999378.
- Biehal, N., & Wade, J. (2000). Going missing from residential and foster care: Linking biographies and contexts. *British Journal of Social Work, 30*(2), 211-225.
- Brayley, H., Cockbain, E. (2014). British children can be trafficked too: Towards an inclusive definition of internal child sex trafficking. *Child Abuse Review, 23*(3), 171-184.
- Child Welfare Information Gateway. (2019). *Foster care statistics 2017*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau. <https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/foster.pdf>
- De Santisteban, P., Del Hoyo, J., Alcázar-Córcoles, M. Á., & Gámez-Guadix, M. (2018). Progression, maintenance, and feedback of online child sexual grooming: A qualitative analysis of online predators. *Child Abuse & Neglect, 80*, 203-215.
- European Union Agency for Law Enforcement Cooperation (2020). *Internet Organised Crime Threat Assessment (IOCTA) 2020*. European.
- Fredlund, C., Dahlström, Ö., Svedin, C. G., Wadsby, M., Jonsson, L. S., & Priebe, G. (2018). Adolescents' motives for selling sex in a welfare state—a Swedish national study. *Child Abuse & Neglect, 81*, 286-295.
- Fredlund, C., Svensson, F., Svedin, C. G., Priebe, G., & Wadsby, M. (2013). Adolescents' lifetime experience of selling sex: Development over five years. *Journal of Child Sexual Abuse, 22*(3), 312-325.
- Gibbs, D. A., Henninger, A. M., Tueller, S. J., & Kluckman, M. N. (2018). Human trafficking and the child welfare population in Florida. *Children and Youth Services Review, 88*, 1-10.
- González Agudelo, G. (2020). La regla de las equivalencias del art 183 quater y el consentimiento. La sexualidad de los jóvenes ¿en suspenso?. *Revista General de Derecho Penal, 34*, 1-31.
- Greenbaum, J. (2018). Child sex trafficking and commercial sexual exploitation. *Advances in Pediatrics, 65*(1), 55-70.
- Greenbaum, J. (2020). A public health approach to global child sex trafficking. *Annual Review of Public Health, 41*, 481-497.
- Greene, J. M., Ennett, S. T., & Ringwalt, C. L. (1999). Prevalence and correlates of survival sex among runaway and homeless youth. *American Journal of Public Health, 89*(9), 1406-1409.
- Hershberger, A. R., Sanders, J., Chick, C., Jessup, M., Hanlin, H., & Cyders, M. A. (2018). Predicting running away in girls who are victims of commercial sexual exploitation. *Child Abuse & Neglect, 79*, 269-278.
- International Labour Organization (ILO). (2012). *ILO global estimate of forced labour 2012: Results and methodology*. Geneva, Switzerland: Author. Recuperado de [http://www.ilo.org/global/topics/forced-labour/publications/WCMS\\_182004/lang-en/index.htm](http://www.ilo.org/global/topics/forced-labour/publications/WCMS_182004/lang-en/index.htm)
- Kral, A. H., Molnar, B. E., Booth, R. E., & Watters, J. K. (1997). Prevalence of sexual risk behaviour and substance use among runaway and homeless adolescents in San Francisco, Denver and New York City. *International Journal of STD & AIDS, 8*(2), 109-117.
- Krisch, M., Averdijk, M., Valdebenito, S., & Eisner, M. (2019). Sex trade among youth: A global review of the prevalence, contexts and correlates of transactional sex among the general population of youth. *Adolescent Research Review, 4*(2), 115-134.
- Lerpinier, J., Hawthorn, M., Smith, I., Connelly, G., Kendrick, A., & Welch, V. (2013). *The sexual exploitation of looked after children in Scotland. A scoping study to inform methodology for inspection*. Centre for Excellence for Looked after Children in Scotland.
- Mai, N. (2011). Tampering with the sex of 'angels': Migrant male minors and young adults selling sex in the EU. *Journal of Ethnic and Migration Studies, 37*(8), 1237-1252.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review, 50*, 370-396.
- McDonald, A. R., & Middleton, J. (2019). Applying a survival sex hierarchy to the commercial sexual exploitation of children: A trauma-informed perspective. *Journal of Public Child Welfare, 13*(3), 245-264.
- McKinnin, G. (2017). Preventing harmful sexual behaviour and child sexual exploitation for children & young people living in residential care: A scoping review in the Australian context. *Children and Youth Services Review, 82*, 373-382.
- Miller-Perrin, C., & Wurtele, S. K. (2017). Sex trafficking and the commercial sexual exploitation of children. *Women & Therapy, 40*(1-2), 123-151.
- Negredo, L., y Herrero, Ó. (2016). Pornografía infantil en Internet. *Papeles del Psicólogo, 37*(3), 217-223.
- Nixon, K., Tutty, L., Downe, P., Gorkoff, K., & Ursel, J. (2002). The everyday occurrence: Violence in the lives of girls exploited through prostitution. *Violence Against Women, 8*, 1016-1043.
- Office for Standards in Education, Children's Services and Skills (Ofsted) (2013). *Missing children*. Disponible en <https://www.gov.uk/government/publications/missing-children>
- Pedersen, W., & Hegna, K. (2003). Children and adolescents who sell sex: A community study. *Social Science & Medicine, 56*(1), 135-147.





- Rand, A. (2010). It can't happen in my backyard: The commercial sexual exploitation of girls in the United States. *Child & Youth Services, 31*(3-4), 138-156.
- Shannon, D. (2008). Online sexual grooming in Sweden—Online and offline sex offences against children as described in Swedish police data. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention, 9*(2), 160-180.
- Soldino, V., y Guardiola-García, J. (2017). Pornografía infantil: Cambios en las formas de obtención y distribución. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología, 19*, 1-25.
- Stativa, E. (Coord.) (2000). Survey on child abuse in residential care institutions in Romania. Disponible en [http://www.ceecis.org/ccc/publications/Child\\_abuse\\_in\\_residential\\_care\\_institutions\\_in\\_Romania\\_2000\\_ENG.pdf](http://www.ceecis.org/ccc/publications/Child_abuse_in_residential_care_institutions_in_Romania_2000_ENG.pdf)
- Svedin, C. G., & Priebe, G. (2007). Selling sex in a population-based study of high school seniors in Sweden: Demographic and psychosocial correlates. *Archives of Sexual Behavior, 36*(1), 21-32.
- Toros, K., Tiko, A., & Saia, K. (2013). Child-centered approach in the context of the assessment of children in need: Reflections of child protection workers in Estonia. *Children and Youth Services Review, 35*(6), 1015-1022.
- Tyler, K. A., Hoyt, D. R., Whitbeck, L. B., & Cauce, A. M. (2001). The impact of childhood sexual abuse on later sexual victimization among runaway youth. *Journal of Research on Adolescence, 11*, 151-176.
- van de Walle, R., Picavet, C., van Berlo, W., & Verhoeff, A. (2012). Young Dutch people's experiences of trading sex: A qualitative study. *Journal of Sex Research, 49*(6), 547-557.
- Webster, S., Davidson, J., Bifulco, A., Gottschalk, P., Caretti, V., Pham, T., Grove-Hills, J., Turley, C., Tompkins, C., & Ciulla, S. (2012). *European online grooming project final report*. European Commission Safer Internet Plus Programme, Tech. Rep.





## DESAFÍOS ASOCIADOS AL ESTUDIO DE PSICOTERAPEUTAS EXPERTOS

### CHALLENGES RELATED TO THE STUDY OF PSYCHOTHERAPY EXPERTS

Felipe Concha Aqueveque

Universidad Diego Portales, Chile

*El estudio de expertise psicoterapéutica podría contribuir a la comprensión de los efectos del terapeuta sobre el cambio y a la mejora de los métodos de entrenamiento de terapeutas. Sin embargo, este tipo de estudios presenta una serie de problemáticas que limitan su avance. Dentro de éstas es posible identificar desafíos en cuanto a su relevancia, delimitación conceptual, fundamentación teórica-empírica, diseños investigativos y consecuencias políticas de sus resultados. El objetivo del presente artículo es presentar tales desafíos y proponer lineamientos para poder sobrellevarlos en investigaciones futuras.*

**Palabras clave:** Expertise, Psicoterapeutas expertos, Saber experto.

*The study of psychotherapeutic expertise could contribute to the understanding of therapist effects as well as to the improvement of methods of therapist training. However, there are several problems in this field that limit its progress, for example, its relevance, conceptual delimitation, theoretical-empirical foundation, research designs, and the political consequences of the results. The aim of this article is to describe these challenges and propose guidelines to overcome them in future research.*

**Key words:** Expertise, Expert psychotherapist, Expert knowledge.

**E**xiste un conjunto de investigaciones que han puesto en duda la efectividad de los métodos tradicionales de entrenamiento en psicoterapia y que nos demuestran la escasa evidencia con que contamos en esta materia. De esta manera, se ha evidenciado que la experiencia acumulada, el entrenamiento formal en psicoterapia y la supervisión recibida por un terapeuta, no inciden en el efecto que este tiene sobre el proceso de cambio de sus consultantes (Ereksón y cols., 2017; Goldberg y cols., 2016; Rousmaniere y cols., 2016; Whipple y cols., 2020).

Por una parte, es importante subrayar que los elementos mencionados anteriormente constituyen la base de los programas de formación de psicoterapeutas, al menos en modelos universitarios americanos y europeos, por lo que las investigaciones en la materia ponen en jaque un aspecto fundamental de la enseñanza en psicoterapia. Asimismo, la psicoterapia o análisis del terapeuta, que se ha considerado parte tradicional de la enseñanza en ciertas corrientes como el psicoanálisis o la psicología analítica, también ha sido cuestionada desde la investigación y se ha presentado evidencia en contra de su utilidad formativa (Moe y Thimm, 2021).

Por otra parte, existen algunos estudios que afirman que es factible encontrar habilidades psicoterapéuticas de similar nivel entre terapeutas experimentados, otros profesionales de ayuda y personas sin entrenamiento formal en psicoterapia (Atkins y Christensen, 2011; Christensen y Jacobson, 1994). Esto podría avalar la hipótesis de

que para algunas personas sería posible adquirir las competencias psicoterapéuticas de manera previa o paralelamente a los estudios formales en psicoterapia.

Para quienes trabajamos formando terapeutas, ya sea como docentes o supervisores, este tipo de evidencia lleva a cuestionarnos la efectividad de los métodos que utilizamos y preguntarnos por nuevos caminos que permitan aumentar nuestro grado de conocimiento en el tema a través de la investigación.

Ahora bien, la evidencia indica que existen terapeutas cuyo efecto terapéutico sobre sus consultantes es mayor al de sus pares (Brown y cols., 2005;), son más estables en su rendimiento (Nissen-Lie y cols., 2016; Owen y cols., 2019), son mejores y más eficientes al formular casos (Ells y cols., 2011; Hillerbrand y Claiborn, 1990), entre otras habilidades clínicas. Con relación a ellos, cabe preguntarse lo siguiente: si es factible identificar profesionales con un rendimiento superior, ¿será posible que en su desarrollo se encuentren las claves de un entrenamiento efectivo?

Esta interrogante es respondida afirmativamente por un grupo de investigadores de diversos países que se han avocado al estudio de terapeutas expertos con el objetivo de descubrir nuevos y/o mejores métodos de entrenamiento (Hill y cols., 2017; O'Shaughnessy y cols., 2017; Reese, 2017; Ronnestad, 2016). Sin embargo, la investigación en la temática es relativamente nueva y continúa siendo escasa (Norcross y Karpiak, 2017).

El presente estudio consiste en una revisión de la literatura acerca de los desafíos asociados al estudio de expertos en psicoterapia, con el objetivo de servir de mapa de ruta para futuras investigaciones en la materia. En esta revisión se han detectado al menos cinco problemas o desafíos que serán explorados en profundidad. Finalmente, se presentarán algunas sugerencias sobre cómo continuar con el avance del estudio de psicoterapeutas expertos con miras a mejorar los métodos de entrenamiento clínico.

*Recibido: 1 junio 2021 - Aceptado: 20 septiembre 2021*

*Correspondencia:* Felipe Concha Aqueveque. Facultad de Psicología. Universidad Diego Portales. Vergara 275, Santiago, Región Metropolitana. Chile. Email: [lconcha08@facso.cl](mailto:lconcha08@facso.cl)

.....

*Esta investigación ha sido financiada por la Asociación Nacional de Investigación y Desarrollo, Gobierno de Chile, mediante Beca de Doctorado Nacional, adjudicada el año 2020.*





## RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN DE PSICOTERAPEUTAS EXPERTOS/AS

Como se señaló previamente, la relevancia de este tipo de estudios radicaría en su utilidad hipotética para el desarrollo de mejores métodos de entrenamiento para terapeutas (Hill y cols., 2017; O'Shaughnessy y cols., 2017; Reese, 2017; Ronnestad, 2016).

Sin embargo, esto ha sido puesto en duda por factores ontológicos, éticos, epistemológicos y prácticos. Desde lo ontológico, se ha señalado que no existiría algo así como un 'terapeuta experto', debido a que la mayor parte del cambio psicoterapéutico se debe a variables que no tienen que ver con el terapeuta (Mair, 1998). Por otra parte, también se ha planteado que el concepto de *expertise* no sería aplicable a la psicoterapia debido a las particularidades de esta (Shanteau, 1992).

En cuanto a las críticas éticas referidas a este tipo de estudios, estas advierten que se podría llegar a promover el desarrollo de una élite de terapeutas a la cual sólo podría acceder una élite de pacientes (Caspar, 2017). Ahora bien, desde un plano epistemológico, se ha criticado la relevancia de los estudios que conciben la *expertise* terapéutica como una característica individual, sin considerar que se puede comprender el fenómeno como un emergente relacional entre terapeuta y paciente, más que una cualidad que posea un individuo en particular (Laitila, 2004, 2009; O'Shaughnessy y cols., 2017). Por otro lado, se ha cuestionado la relevancia de aquellos estudios de *expertise* que basan sus investigaciones en situaciones experimentales en las que el estudio de tareas estructuradas o rutinarias ocurre en un ambiente controlado, ya que sus resultados no serían extrapolables a la práctica psicoterapéutica en condiciones habituales (Ronnestad, 2016).

Por último, se considera que algunas investigaciones de expertos carecen de relevancia práctica para el campo disciplinar (Caspar, 2017; Ronnestad, 2016). Un ejemplo de ello serían las investigaciones que se enfocan solo en el resultado y no en el proceso terapéutico, obviando que es en este último aspecto donde se podrían encontrar hallazgos relevantes que permitan mejorar la psicoterapia (Ronnestad, 2016). Asimismo, se ha puesto en duda la investigación que busca entrenar terapeutas expertos en la medida en que la mayoría de los consultantes se benefician de terapeutas competentes o 'suficientemente buenos' y, por ende, la variable 'experto' no contribuiría en mayor medida a cambios clínicamente significativos (Caspar, 2017).

## DELIMITACIÓN DEL CONCEPTO DE EXPERTISE

Si bien es posible encontrar diversas definiciones de *expertise* psicoterapéutica (Caspar, 2017), estas han sido cuestionadas desde variados frentes (Tracey y cols., 2014). Además, se observa una disgregación conceptual que refleja la carencia de un modelo teórico unificado del fenómeno (Hill y cols., 2017).

Según Shanteau y Weiss (2014), la discusión respecto a la definición del concepto podría resumirse en dos posturas: aquellas con énfasis en la coherencia teórica y otras con acento en la correspondencia con lo empírico. En la primera postura se sitúan las investigaciones que han definido la *expertise* de manera indirecta,

basándose en los hallazgos propios de otros dominios. Desde esta perspectiva, se ha entendido el concepto de *expertise* como sinónimo de años de experiencia, credenciales, reputación, habilidades cognitivas, etc. (p.e., Hill y cols., 2017). De igual manera, dentro de esta postura se ha discutido si es que la *expertise* debe definirse como una variable individual o colaborativa. Quienes se inclinan por una definición individual estiman que la clave de la *expertise* estaría en el desarrollo y aprendizaje del terapeuta (Tracey y cols., 2014). Por su parte, aquellos que defienden una concepción colaborativa, entienden la *expertise* como un emergente relacional entre terapeuta y consultante, no como una propiedad de los elementos que constituyen la relación (Laitila, 2004; 2009). Por otro lado, algunos autores plantean que tales posturas no son excluyentes y que habría una influencia entre las competencias individuales y los emergentes relacionales (Betan y Binder, 2010).

En cuanto a la segunda postura desarrollada por Shanteau y Weiss (2014), que enfatiza la correspondencia con lo empírico, en ella se sitúan los planteamientos que buscan definir la *expertise* de acuerdo con la calidad y cantidad de evidencia disponible, como es el caso de Tracey y cols. (2014; Goodyear y cols., 2017). Dentro de esta posición se ha definido a los expertos como "aquellos que presentan evidencia de su mejoría en el tiempo y demuestran un rendimiento superior medido por algo que es a la vez acordado e importante, específicamente los resultados de los clientes" (Goodyear y cols., 2017. p. 6).

Una posición más conciliadora es la que asume Reese (2017), quien no considera que enfocarse en lo teórico o en lo empírico constituyan posturas completamente opuestas, ya que ambas contribuyen al avance del estudio de la *expertise*. En tanto, Shanteau y Weiss (2014) señalan que el énfasis en la coherencia podría ser utilizado para realizar el análisis de una disciplina en general, mientras que poner el foco en la correspondencia empírica debería servir para analizar a los individuos expertos que la representan.

Finalmente, tal como se ha visto, se puede afirmar que la discusión acerca de qué es la *expertise* en psicoterapia no está zanjada y podría ampliarse más en la medida en que se consideren otros conceptos referidos a terapeutas que tendrían un rendimiento superior al de sus colegas, por ejemplo, *Supershinks* (Okiishi y cols., 2003), *Master therapist* (Skovholt y Jennings, 2017), *highly-effective therapist* (Chow y cols. 2015), entre otros. En efecto, este desafío pareciera ser central en la medida en que de ello dependen el resto de los elementos de la investigación, tales como la operacionalización del concepto, el análisis de los resultados, la comparación con otros estudios, etc.

## FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-EMPÍRICA

El tercer desafío que encontramos en una investigación de *expertise* en psicoterapia es su fundamentación teórica y la formulación de hipótesis. Este problema está directamente relacionado a la carencia de una definición de *expertise* propia de la psicoterapia, debido a ello, los autores se han basado en definiciones y teorizaciones pertenecientes a otros campos disciplinares (p.e. Tracey y cols., 2014; Oddli y cols., 2014). Por esta razón, la evidencia resulta contradic-



toria (Prado-Abril y cols., 2017) y aún no es posible determinar si se puede transferir el conocimiento de otras teorías a la psicoterapia.

Por una parte, hay quienes señalan que, tal como ocurre en otras áreas, los terapeutas mejorarían con los años de experiencia (Oddli y cols., 2017) y utilizarían de manera más eficiente la información disponible para diagnosticar una situación (Betan y Binder, 2010; Eells y cols., 2011). Además, en cuanto a su desarrollo profesional, este mejoraría con el entrenamiento deliberado (Chow y cols., 2015) y se beneficiaría de una retroalimentación constante (Lambert y cols., 2002). Sin embargo, hay argumentos que rebaten los puntos anteriores afirmando que los terapeutas no mejorarían con los años de experiencia (Chow y cols., 2015), ni con el entrenamiento (Ereksón y cols., 2017) y que su habilidad de analizar la información no mejoraría sustancialmente una vez aprendidos ciertos elementos técnicos básicos de la tarea (Tracey y cols., 2014). Asimismo, se ha evidenciado la dificultad que tendrían estos profesionales para evaluar sus propias competencias (McManus y cols., 2012).

Una de las posibles causas de la evidencia contradictoria respecto al fenómeno podría ser la falta de una definición común (Prado-Abril y cols., 2017). Otra hipótesis apunta a que las características de las áreas en que se han encontrado aspectos generalizables de la *expertise* no coincidirían con las de la psicoterapia (Betan y Binder, 2010; Laitila, 2004). Concretamente, la *expertise* general habría surgido de tareas rutinarias, competitivas o neutras, de reglas definidas y resultados predecibles, en las que el sujeto interviene sobre un objeto sin mayores consecuencias éticas asociadas al error (Shanteau, 1992).

Al contrario, la psicoterapia se caracteriza por ser una actividad en la que se interviene sobre personas, las cuales van cambiando constantemente y junto con ello el trabajo a realizar (Ronnestad, 2016). Esto implicaría que el terapeuta no requiere de una habilidad estable como en las tareas rutinarias, sino de la capacidad de adaptarse constantemente a la situación, ser creativo en el uso de sus conocimientos y poder trasladarlos a situaciones diversas (Betan y Binder, 2010). Además, el ejercicio de la psicoterapia conlleva consideraciones éticas que no permiten el aprendizaje a partir de ensayo y error, a diferencia de lo que ocurre en otras disciplinas (Shanteau, 1992). Debido a esto, la dinámica del quehacer terapéutico no puede tener un carácter competitivo o neutro, sino que debe ser de tipo colaborativo (Laitila, 2004).

Según señala Reese (2017), es curioso que se intente reducir un fenómeno tan complejo como la psicoterapia a un conjunto mínimo de reglas que definan aquello que es el experto. Aunque es propio de la ciencia intentar replicar estudios y reproducir los hallazgos de otras disciplinas, Ronnestad (2016) advierte que es posible caer en un error epistemológico al no considerar las diferencias entre el tipo de tareas en las se mide la *expertise*.

El problema que se presenta en psicoterapia ha sido tematizado de manera similar en otras áreas disciplinares, en las cuales se ha buscado desarrollar teorías particulares al dominio. Un ejemplo especialmente ilustrativo se encuentra en el campo de la medicina, donde se observa que es posible replicar los hallazgos en tareas rutinarias, como el análisis de radiografías (Reingold y Sheridan

2011), pero no en labores complejas como la atención a consultantes. Aquí el experto individual resulta incluso contraproducente para tareas que requieren de trabajo en equipo (Engestrom, 2018).

## DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

En estrecha relación con los desafíos anteriores se encuentran los retos metodológicos asociados al estudio de psicoterapeutas expertos. En primer lugar, es posible advertir la dificultad para delimitar la muestra de expertos en tanto los métodos basados en credenciales, experiencia, reputación o rendimiento no han demostrado ser indicadores confiables de la *expertise* en este campo (Tracey y cols., 2015). Frente a este problema, se ha sugerido utilizar métodos de selección basados en un conjunto de variables antes que en una sola (Ronnestad, 2016). Un ejemplo de esto lo constituye el método Cochrane-Weiss-Shanteau (Shanteau y Weiss, 2014; Shanteau y cols., 2002) que se basa en las variables de discriminación y consistencia, es decir, en poder identificar al experto del resto del grupo y en que su rendimiento superior sea sostenido en el tiempo. Otro caso que ilustra la propuesta de Ronnestad (2016) sería lo planteado por Hills y cols. (2017) respecto a la posibilidad de identificar expertos de acuerdo a su habilidad, funcionamiento cognitivo, resultado terapéutico, experiencia, competencias relacionales, reputación y autoevaluación.

En segundo lugar, una vez definidas las características de la muestra a seleccionar se presenta el reto de qué diseño elegir. Desde el polo cualitativo uno de los estudios más complejos que se han realizado es el del equipo de L. Jennings y T.M. Skovholt (2016; Skovholt y Jennings, 2017) acerca de lo que ellos han denominado como *Master Therapist*, en esta serie de estudios se han incluido trabajos de terapeutas en distintas partes del mundo. Aún así, este conjunto de investigaciones ha sido criticado debido a sus criterios de selección de muestra, a saber, mediante nominación entre pares (Hill y cols., 2017), el cual, como se señaló previamente, no correlaciona con un mayor rendimiento (Tracey y cols., 2014).

Desde el polo cuantitativo, se plantea el desafío sobre qué tipo de diseño es adecuado para estudiar el fenómeno y cómo conviene realizar el análisis de datos. En el caso de los diseños cuasi-experimentales se ha observado que en terapeutas expertos las habilidades que emergen en situaciones controladas, disminuyen en situaciones no-controladas (Ericsson, 2018). No obstante, también se ha planteado que en estudios no-experimentales se presenta como complicación la gran cantidad de variables involucradas en la psicoterapia (Ronnestad, 2016), lo cual dificulta la obtención de datos aislables.

Por último, al considerar el análisis de los datos en investigaciones de tipo cuantitativo, emerge la dificultad de aislar el efecto del terapeuta sobre el consultante (Firth y cols., 2019). La principal causa de esto radica en que las características del terapeuta que contribuyen al cambio psicoterapéutico están estrechamente ligadas a su interacción con el paciente, tal es el caso del tipo de comunicación, la empatía, el diagnóstico, etc. (Baldwin e Imel, 2013). Por otro lado, para quienes definen al terapeuta experto según el resultado de la terapia se suma la dificultad de que el aporte a la varianza de cam-



bio por parte de este es bastante menor al de las variables que no dependen de él, tales como las características del consultante y su contexto (Wampold e Imel, 2015). Así pues, con relación a esto último, debería agregarse la tarea de analizar los resultados no sólo de manera individual, sino también a nivel de diadas terapéuticas o factores contextuales (Laitila, 2004; O'Shaughnessy y cols., 2017)

### CONSECUENCIAS POLÍTICAS DE LOS RESULTADOS

Respecto a las consecuencias políticas negativas del saber experto en nuestra sociedad, resulta importante considerar lo que advierten O'Shaughnessy y cols. (2017) al señalar que "aquellos que tengan la oportunidad de definir el 'saber' necesario para ser experto tienen un poder enorme" (p.95), el poder de investir de valor tanto a los que serán denominados expertos como a los objetos relacionados a su quehacer (Carr, 2010). En otras palabras, el experto es habilitado por un poder institucional y una comunidad que lo valida para determinar lo verdadero, lo válido y lo valioso (Carr, 2010)

La diferencia que se genera entre expertos y no-expertos en nuestra sociedad genera dinámicas de poder (Carr, 2010). En este sentido, no se debe olvidar que la ciencia puede contribuir a la reproducción de dichas dinámicas. Este poder le otorga un lugar privilegiado a los expertos al momento de participar en decisiones políticas y gubernamentales, lo cual se ha considerado un riesgo para la democracia al no tratar a los ciudadanos como iguales (Turner, 2001). Además, se ha señalado que el uso del saber experto asociado a la psicología por parte de gobiernos, ha contribuido a la psicologización de los problemas sociales y despolitización de las transformaciones sociales al poner el énfasis en las características individuales de las personas (Klein y Mills, 2017).

En línea con lo anterior, conviene subrayar que el poder que implica el saber experto no sólo tiene consecuencias en lo gubernamental, sino también en el gremio de la psicoterapia. Tal como señalaba Tophoff en 1976, el estudio de expertos conlleva el riesgo de generar una tecnocracia dentro de la disciplina. A su vez, cabe recordar que en la medida en que se delimita qué es un experto en psicoterapia y cuáles son sus habilidades y su desarrollo, también se abre la posibilidad de conocer, cuantificar, predecir, controlar y administrar a los sujetos bajo tales reglas (Gentz y Durrheim, 2009). De la misma manera, al momento de considerar el mercado asociado a la psicoterapia (Gimeno y cols., 2018) sería interesante abrir la pregunta acerca de qué implicancias económicas tiene este tipo de estudios.

Las consecuencias políticas antes mencionadas y cualquier otra que pudiera devenir de este tipo de estudios parecieran no ser controlables. Sin embargo, es posible tener en cuenta la experiencia de otros campos temáticos en los que se han realizado propuestas para limitar los efectos posibles asociados a la violencia epistemológica o los usos opresivos de los saberes psi. Un ejemplo de aquello son las acciones críticas dentro de la psicología (Teo, 2011), lo cual invita a pensar en la posibilidad de una psicología crítica de la *expertise* en psicoterapia o en el desarrollo de una actitud crítica necesaria que permita comprender y declarar las dinámicas de poder relacionadas a este tipo de estudios. Otro aporte importante se encuentra

en el campo de las investigaciones culturalmente sensibles o competentes, principalmente en lo referido a su preocupación acerca de cómo referirse adecuadamente a comunidades no hegemónicas para evitar los estereotipos y la reproducción de dinámicas de opresión (Sue, 2001).

### CONTINUIDAD DE LA INVESTIGACIÓN DE EXPERTOS EN PSICOTERAPIA

Frente a los desafíos de la investigación de expertos en psicoterapia es necesario preguntarnos cómo se debe continuar explorando este campo. Dado que algunas posibilidades de avance específicas para cada desafío ya fueron expuestas en los apartados anteriores, en esta sección se abordará la continuidad del estudio de la temática a modo general. Con este objetivo, se utilizará la clasificación de W. Stiles (2015), la cual divide la investigación en psicoterapia en tres grupos: construcción de teorías (*theory-building*), enriquecimiento mediante análisis crítico o de datos periféricos (*enriching*) y recopilación de hechos (*fact-gathering*).

Considerando en su conjunto los desafíos del estudio de *expertise* en psicoterapeutas, pareciera ser que la mayor necesidad se encuentra en la construcción de teoría, es decir, en poder contar con una explicación internamente coherente respecto de lo que es la *expertise* en este campo y que permita comprender la evidencia contradictoria. Por lo visto, de ello dependen varios de los desafíos previamente planteados, tales como la definición y operacionalización del fenómeno, los diseños metodológicos, el análisis de resultados, etc.

A pesar de las dificultades antes mencionadas, el escenario actual no implica una ausencia de investigaciones de este tipo ya que, según se señaló previamente, ha habido varios esfuerzos por definir el concepto y poner a prueba ciertas hipótesis, sobre todo las provenientes de otros campos disciplinares. Sin embargo, al parecer, estos esfuerzos no han sido suficientes en términos conceptuales y metodológicos, lo que lleva a preguntarse si están dadas las condiciones para continuar directamente con el desarrollo de teorías y si es posible proponer esta vía como un camino principal o resulta necesario buscar otros.

Según Stiles (2015), el enfoque de recopilación de datos puede ser un paso previo al de construcción de teorías. Dadas las características de este enfoque, es factible que resulte aplicable al campo de la *expertise* en psicoterapia ya que, tal como señala Norcross y Karpiak (2017), el tema continúa siendo poco explorado y cuenta con escasas publicaciones.

Ahora bien, si se toma el camino de recopilación de datos pareciera ser necesario un cambio en las metodologías en línea con lo señalado por Tracey y cols. (2014). Es decir, considerando lo expuesto sobre cada desafío que emerge del estudio de esta temática, es imperativo evitar caer en errores metodológicos, tales como definir a los expertos por años de experiencia o credenciales, caer en reduccionismos al tomar la psicoterapia como un conjunto de tareas rutinarias o un fenómeno de una sola variable, no tomar en consideración factores contextuales, etc. Por otro lado, sería interesante analizar los datos no sólo de investigaciones en terapeutas ex-



peritos, sino también de los efectos del terapeuta en general y tratarlos a partir de revisiones sistemáticas (p.e. Heionen y Niessen-Lie, 2019) y meta-análisis. De este modo, se estima más factible identificar las características que poseen los terapeutas que obtienen un mejor resultado, aunque este no sea sobresaliente.

Por último, en cuanto a los estudios de enriquecimiento, estos constituirían un nicho desde el cual promover estudios críticos que permitan analizar los efectos de este campo en términos políticos, su historia, relaciones de poder y económicas, etc. Por otra parte, como señala Stiles (2015), el foco en el enriquecimiento de un área investigativa permite también dar cabida a desarrollos no hegemónicos o alternativos. Por lo visto, esto sería de particular relevancia para las nociones de *expertise* colaborativa o contextuales (p.e. Laitila, 2004, 2009; O'Shaughnessy y cols., 2017), las cuales han recibido menos atención que las nociones individualistas de *expertise* psicoterapéutica.

## CONCLUSIÓN

El estudio de expertos en psicoterapia podría beneficiarse de una agenda investigativa que considere las brechas de conocimiento implicadas y las dificultades metodológicas declaradas por los diversos autores y autoras. Actualmente la información generada en este campo de estudio se encuentra dispersa y carece tanto de una sistematización conceptual como de un desarrollo teórico coherente. En este sentido, se evidencia la necesidad de desarrollar teorías, unificadoras o pluralistas, que permitan comprender las particularidades de la *expertise* psicoterapéutica y la evidencia contradictoria. Sin embargo, se considera que para lograr la construcción de modelos teóricos en esta área, la recopilación previa de datos puede ser un camino metodológico a seguir.

Posteriormente, la sistematización de la información y construcción de teorías debería realizarse desde la perspectiva de un análisis crítico de la evidencia disponible, que abarque sus aspectos metodológicos, epistemológicos y políticos. Este último punto resulta fundamental ya que, como se ha visto, entre las consecuencias políticas de este tipo de estudios está el riesgo de contribuir a reproducciones de dinámicas de poder desde el saber experto.

Por otro lado, y en la medida en que se tengan en consideración los desafíos aquí planteados, el estudio de expertos pareciera ser un campo prometedor para el desarrollo de nuevas y/o mejores formas de enseñanza de la psicoterapia, materia en la cual aún desconocemos qué metodologías y herramientas son efectivas (Reese, 2017). Esto cobra particular relevancia en la medida en que los métodos tradicionales de aprendizaje de esta área como asistir a psicoterapia, a supervisión, ganar experiencia y entrenarse en una teoría y técnica particular no han demostrado un mayor efecto sobre el cambio de los consultantes (Alfonsson y cols., 2018; Atkinson, 2006; Chow y cols., 2015; Ereckson y cols. 2017).

Para finalizar, consideramos necesario afirmar, tal como señalan algunos autores (Caspar, 2017; Ronnestad, 2016), que si bien es posible criticar estos estudios como banales o innecesarios cuando solo se abocan a diferenciar quién es experto de quién no, dichas investigaciones adquieren un ribete ético en la medida en que pue-

den contribuir a la necesidad que tiene nuestra disciplina de poder asegurar una atención de calidad a los consultantes que confían en la ayuda que supuestamente un terapeuta puede entregar.

## CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

## REFERENCIAS

- Alfonsson, S., Parling, T., Spännargård, A., Andersson, G. & Lundgren, T. (2018) The effects of clinical supervision on supervisees and patients in cognitive behavioral therapy: A systematic review, *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(3), 206-228. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0486-7>
- Atkinson, P. (2006). Personal therapy in the training of therapist. *European Journal of Psychotherapy & Counseling*, 8(4), 407-410. <https://doi.org/10.1080/13642530601038055>
- Baldwin, S. e Imel, Z. (2013). Therapist effects: Findings and methods. En M. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp.258-297). John Wiley & Sons.
- Betan, E. y Binder, J. (2010). Clinical expertise in psychotherapy: How expert therapist use theory in generating case conceptualizations and interventions. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40, 141-152. <https://doi.org/10.1007/s10879-010-9138-0>
- Brown, G. S., Lambert, M. J., Jones, E. R., & Minami, T. (2005). Identifying highly effective therapists in a managed care environment. *American Journal of Managed Care*, 11, 513-520.
- Carr, E. S. (2010). Enactments of expertise. *Annual Review of Anthropology*, 39, 17-32. <https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.01-2809.104948>
- Caspar, F. (2017). Professional expertise in psychotherapy. En L. Castonguay y C. Hill (Eds.), *How and why are some therapist better than others?* (pp.193-214). American Psychological Association.
- Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A., & Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(3), 337-345. <https://doi.org/10.1037/pst0000015>
- Christensen, A., & Jacobson, N. S. (1994). Who (or what) can do psychotherapy: The status and challenge of nonprofessional therapies. *Psychological science*, 5(1), 8-14. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1994.tb00606.x>
- Eells, T., Lombart, K., Salsman, N., Kendjelic, C., Schneiderman, C. y Lucas, C. (2011). Expert reasoning in psychotherapy case formulation. *Psychotherapy Research*, 21(4), 385-399. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.539284>
- Engstrom, I. (2018). *Expertise in transition. Expansive learning in medical work*. Cambridge University Press.
- Erekson, D. Janis, R., Bailey, R., Cattani, K. y Pedersen, T. (2017). A longitudinal investigation of the impact of psychotherapy training: Does training improve client outcomes? *Journal of counseling psychology*, 64(5), 514-524. <https://doi.org/10.1037/cou0000252>



- Ericsson, K.A. (2018). An introduction to the second edition of The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance: Its development, organization, and content. En K.A. Ericsson, R. Hofmann, A. Kozbelt y A. Williams (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance* (pp. 3-20). Cambridge: Cambridge University Press.
- Firth, N., Saxon, D., Stiles, W. B., & Barkham, M. (2019). Therapist and clinic effects in psychotherapy: A three-level model of outcome variability. *Journal of consulting and clinical psychology, 87*(4), 345-383. <https://doi.org/10.1037/ccp0000388>
- Gentz, S. G., & Durrheim, K. (2009). Psychological expertise and mental health in democratic South Africa: A tracer study of masters graduates from UKZN. *Psychology in Society, 37*, 18-38.
- Gimeno, A., Barrio, A. y Álvarez, M. T. (2018). Psicoterapia: marca registrada. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 38*(133), 131-144. <http://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000100007>
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T., & Wampold, B. E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology, 63*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1037/cou0000131>
- Goodyear, R. K., Wampold, B. E., Tracey, T. J., & Lichtenberg, J. W. (2017). Psychotherapy expertise should mean superior outcomes and demonstrable improvement over time. *The Counseling Psychologist, 45*(1), 54-65. <https://doi.org/10.1177/0011000016652691>
- Heinonen, E., & Nissen-Lie, H. A. (2019). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: a systematic review. *Psychotherapy Research, 30*(4), 417-432 DOI: 10.1080/10503307.2019.1620366
- Hill, C. E., Spiegel, S. B., Hoffman, M. A., Kivlighan Jr, D. M., & Gelfo, C. J. (2017). Therapist expertise in psychotherapy revisited. *The Counseling Psychologist, 45*(1), 7-53. <https://doi.org/10.1177/0011000016641192>
- Hillerbrand, E., & Claiborn, C. D. (1990). Examining reasoning skill differences between expert and novice counselors. *Journal of Counseling & Development, 68*(6), 684-691. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1990.tb01437.x>
- Jennings, L., & Skovholt, T. M. (2016). *Expertise in counseling & psychotherapy: Master therapist studies from around the world*. Oxford University Press
- Klein, E., & Mills, C. (2017). Psy-expertise, therapeutic culture and the politics of the personal in development. *Third World Quarterly, 38*(9), 1990-2008. <https://doi.org/10.1080/01436597.2017.1319277>
- Laitila, A. (2004). *Dimension of expertise in family therapeutic process*. University of Jyväskylä.
- Laitila, A. (2009). The expertise question revisited: Horizontal and vertical expertise. *Contemporary Family Therapy, 31*(4), 239-250.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Hawkins, E. J., Nielsen, S. L., & Goates, M. (2002). Enhancing psychotherapy outcomes via providing feedback on client progress: A replication. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 9*(2), 91-103. <https://doi.org/10.1007/s10591-009-9098-2>
- Mair, K. (1998). The myth of psychotherapy expertise. En W. Dryden y C. Feltham (Eds.), *Psychotherapy and its discontents* (pp. 135-167). Open University Press.
- McManus, F., Rakovshik, S., Kennerley, H., Fennell, M., & Westbrook, D. (2012). An investigation of the accuracy of therapists' self-assessment of cognitive-behaviour therapy skills. *British Journal of Clinical Psychology, 51*(3), 292-306. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2011.02028.x>
- Moe, F. D., & Thimm, J. (2021). Personal therapy and the personal therapist. *Nordic Psychology, 73*(1), 3-28. <https://doi.org/10.1080/19012276.2020.1762713>
- Nissen-Lie, H. A., Goldberg, S. B., Hoyt, W. T., Falkenström, F., Holmqvist, R., Nielsen, S. L., & Wampold, B. E. (2016). Are therapists uniformly effective across patient outcome domains? A study on therapist effectiveness in two different treatment contexts. *Journal of Counseling Psychology, 63*(4), 367. <https://doi.org/10.1037/cou0000151>
- Norcross, J. C., & Karpik, C. P. (2017). Our best selves: Defining and actualizing expertise in psychotherapy. *The Counseling Psychologist, 45*(1), 66-75. <https://doi.org/10.1177/0011000016655603>
- Oddli, H. W., Halvorsen, M. S., & Rønnestad, M. H. (2014). Expertise demonstrated: What does it mean to be an expert psychotherapist? [Web article]. Retrieved from: <http://societyforpsychotherapy.org/expertise-demonstrated>
- O'Shaughnessy, T., Du, Y., & Davis III, C. (2017). Reflections on the power to define psychotherapy expertise. *The Counseling Psychologist, 45*(1), 90-98. <https://doi.org/10.1177/0011000016668414>
- Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L., & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 10*(6), 361-373. <https://doi.org/10.1002/cpp.383>
- Owen, J., Drinane, J. M., Kivlighan III, M., Miller, S., Kopta, M., & Imel, Z. (2019). Are high-performing therapists both effective and consistent? A test of therapist expertise. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87*(12), 1149-1156. <https://doi.org/10.1037/ccp0000437>
- Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S., & Inchausti, F. (2017). En busca de nuestra mejor versión: pericia y excelencia en Psicología Clínica. *Ansiedad y Estrés, 23*(2-3), 110-117. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.06.001>
- Reese, R. J. (2017). The promise and challenge (and reality) of defining therapist expertise. *The Counseling Psychologist, 45*(1), 76-89. <https://doi.org/10.1177/0011000016657161>
- Reingold, E.M., & Sheridan, H. (2011). Eye movements and visual expertise in chess and medicine. En S.P. Liversedge, L.D. Gilchrist, & S. Everling (Eds.), *Oxford Handbook on Eye Movements* (pp. 528-550). Oxford University Press.
- Rønnestad, M.H. (2016). Is expertise in psychotherapy a useful construct. *Psychotherapy Bulletin, 51*(1), 11-13.
- Rousmaniere, T. G., Swift, J. K., Babins-Wagner, R., Whipple, J. L., &



- Berzins, S. (2016). Supervisor variance in psychotherapy outcome in routine practice. *Psychotherapy Research, 26*(2), 196-205. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.963730>
- Shanteau, J. (1992). Competence in experts: The role of task characteristics. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 53*, 252-266. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(92\)90064-e](https://doi.org/10.1016/0749-5978(92)90064-e)
- Shanteau, J., Weiss, D. J., Thomas, R. P., & Pounds, J. C. (2002). Performance-based assessment of expertise: How to decide if someone is an expert or not. *European Journal of Operational Research, 136*(2), 253-263. [https://doi.org/10.1016/s0377-2217\(01\)00113-8](https://doi.org/10.1016/s0377-2217(01)00113-8)
- Shanteau, J. y Weiss, D. (2014). Individual expertise versus domain expertise. *American Psychologist, 69*(7), 711-712. <https://doi.org/10.1037/a0037874>
- Skovholt, T. y Jennings, L. (2017). *Master therapist: Exploring expertise in therapy and counseling*. Oxford University Press.
- Stiles, W. B. (2015). *Theory building, enriching, and fact gathering: Alternative purposes of psychotherapy research*. In O. C. G. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy research: Foundations, process, and outcome* (p. 159-179). Springer-Verlag Publishing.
- Sue, D. W. (2001). Multidimensional facets of cultural competence. *The Counseling psychologist, 29*(6), 790-821. <https://doi.org/10.1177/0011000001296002>
- Teo, T. (2011). Radical philosophical critique and critical thinking in psychology. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology, 31*(3), 193. <https://doi.org/10.1037/a0024708>
- Tophoff, M. (1976). Psychotherapy and the paradox of expertise. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 13*(4), 316-320. <https://doi.org/10.1037/h0086499>
- Tracey, T. J., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal? *American Psychologist, 69*(3), 218-229. <https://doi.org/10.1037/a0035099>
- Turner, S. (2001). What is the Problem with Experts? *Social Studies of Science, 31*(1), 123-149. <https://doi.org/10.1177/030631201031001007>
- Wampold, B. e Imel, Z. (2015). *The great psychotherapy debate*. Routledge.
- Walsh-Bowers, R. (2010). Some social-historical issues underlying psychology's fragmentation. *New Ideas in Psychology, 28*(2), 244-252. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2009.09.018>
- Whipple, J., Hoyt, T., Rousmaniere, T., Swift, J., Pedersen, T., & Worthen, V. (2020). Supervisor variance in psychotherapy outcome in routine practice: A replication. *SAGE Open, 10*(1). <https://doi.org/10.1177/2158244019899047>



# AUTOLESION NO SUICIDA: CONCEPTUALIZACIÓN Y EVALUACIÓN CLÍNICA EN POBLACIÓN HISPANOPARLANTE

## NON-SUICIDAL SELF-INJURY: CONCEPTUALIZATION AND CLINICAL ASSESSMENT IN THE SPANISH-SPEAKING POPULATION

Juan Faura-García, Esther Calvete Zumalde e Izaskun Orue Sola

Universidad de Deusto

La Autolesión No Suicida (ANS) ha variado su conceptualización y evaluación a lo largo de los años. El conocimiento clínico sobre ANS depende de la evaluación y muestra investigada. Sin embargo, la mayoría de revisiones al respecto no cuentan con muestras hispanoparlantes. Este estudio trata de revisar el concepto y la evaluación clínica de ANS en población hispanoparlante desde un punto de vista comprensivo. Mediante revisión sistemática, incluyendo literatura gris, se encontraron 8 instrumentos validados en muestras hispanoparlantes. Se describen en cuanto a su desarrollo, formato, características que mide, aplicabilidad clínica y psicométricos. Siendo mayoría las adaptaciones en adolescentes comunitarios, destaca la creación y adaptación en mexicanos. Aunque con potencial clínico, no son instrumentos suficientemente probados en la intervención de la ANS. Finalmente se discute la evaluación de ANS hispanoparlante y sus posibles mejoras.

**Palabras clave:** Autolesión no suicida, Evaluación, Revisión, Clínica, Instrumentos.

The conceptualization and assessment of non-suicidal self-injury (NSSI) has varied over the years. Clinical knowledge about NSSI depends on the evaluation and the sample investigated. However, the majority of the reviews on this subject do not have Spanish-speaking samples. This study aims to review the concept and clinical assessment of NSSI in the Spanish-speaking population from a comprehensive point of view. Through a systematic review, including the gray literature, 8 validated instruments were found in Spanish-speaking samples. These instruments are described in terms of their development, format, the characteristics that they measure, and their clinical and psychometric applicability. The majority are adaptations for community adolescents, and Mexicans stand out in terms of creation and adaptations. Although they have clinical potential, these instruments have not been sufficiently proven for NSSI intervention. Finally, Spanish-speaking NSSI evaluation and possible improvements are discussed.

**Key words:** Nonsuicidal self-injury, Assessment, Review, Clinical, Instruments.

La Autolesión No Suicida (ANS) se define como el daño de tejido corporal deliberado, autoinfligido, sin intención suicida y sin propósito de ser sancionado social o culturalmente (International Society for the Study of Self-injury, 2006). Sin embargo, el fenómeno autolesivo ha generado muchas definiciones y conceptualizaciones en su abordaje (Sutton, 2007). Así, los términos empleados han evolucionado desde suicidio a parasuicidio y automutilación y a las más comúnmente estudiadas en la actualidad: ANS (Nock & Favazza, 2009) y Autolesión Deliberada (AD), que incluye conducta suicida y de riesgo (Hawton et al., 2015).

Los diferentes prismas han enriquecido el conocimiento sobre la autolesión, pero evidencian la dificultad de su estudio y comprensión. La evaluación de ANS ha de ser adaptada a la población. Sin embargo, la mayoría de revisiones actuales no contemplan la evaluación de ANS en muestras hispanoparlantes (Chávez-Flores et al., 2019; Klonsky & Lewis, 2014). Por ello, el objetivo de este estudio es revisar el concepto y la evaluación clínica de ANS desde un punto de vista comprensivo, con especial foco en población hispanoparlante. Para ello se revisó la literatura actual en relación al concepto y evaluación de ANS. Se identificaron los instrumentos que evalúan

ANS con relevancia clínica que reportan datos sobre su validez y fiabilidad en español con cualquier grupo de edad.

### CONCEPTUALIZACIÓN Y EVALUACIÓN

#### Definición y Magnitud del Problema

Entre los años 60 y 80 del siglo pasado existía la premisa de que quien se autolesionaba, por lo general, tenía un trastorno mental muy incapacitante vinculado a violencia intrafamiliar, más concretamente, a abuso sexual. Pero, en los 90 empieza a informarse de autolesión en pacientes funcionales ambulatorios, seguido de una gran oleada de jóvenes que se iniciaban muy tempranamente (Walsh, 2012). Esta oleada es reportada por la literatura científica y por los medios de comunicación (Trewavas et al., 2010). Tal interés se cristaliza en la consolidación de equipos y líneas de investigación específicas sobre ANS sobre todo en los 2000 (International Society for the Study of Self-injury, 2006). Incluso el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM) recoge la ANS en 2013 como diagnóstico en revisión (DSM 5; APA, 2013).

En los últimos años se han realizado numerosos estudios para conocer la magnitud de las ANS. Se ha propuesto que el número de casos de autolesión va en aumento (Nock, 2014). Un meta-análisis en el que participaron 18 países, incluyendo España, informó de una alta prevalencia internacional de ANS a lo largo de la vida en muestras no clínicas, siendo mayor la prevalencia en adolescentes (17.2%; 10-17 años) y jóvenes (13.4%; 18-24 años) en comparación con población adulta (5.5%) (Swannell et al., 2014). Sin em-

Recibido: 9 diciembre 2020 - Aceptado: 13 mayo 2021

Correspondencia: Juan Faura-García. Universidad de Deusto.

Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico. Avenida de las Universidades, 24. 48007 Bilbao. España.

E-mail: juanfaura@hotmail.com

bargo, las cifras en adolescentes oscilan mucho, en parte por las diversas formas de evaluarla (7.5-46.5%; Cipriano et al., 2017). Los escasos estudios sobre la incidencia de autolesión sugieren el aumento de prevalencia. Por ejemplo, la prevalencia vital de ANS en estudiantes universitarios de primer año aumentó del 16% al 45% entre 2008 y 2015 (Wester et al., 2018). En adolescentes españoles se han encontrado cifras de más de la mitad de ellos informando de alguna ANS en el último año, considerándose graves un tercio (p.ej., cortarse; Calvete et al., 2015), y en pacientes externos adolescentes aproximadamente uno de cada cinco realizó ANS al menos una vez en la vida (Neira et al., 2015).

Las distintas conceptualizaciones, poblaciones estudiadas y sistemas de evaluación han complicado un consenso más afinado de la prevalencia de ANS. Además, al no permitir una clara representación de la prevalencia real dificultan conocer su incidencia. Se ha encontrado que los factores metodológicos contribuyen en la mitad (51.6%) de la heterogeneidad de las prevalencias (Swannell et al., 2014). Así, la forma de evaluar puede aumentar o disminuir la estimación de la prevalencia, asociándose las prevalencias más altas a la evaluación mediante lista de verificación (vs. formato de respuesta sí o no; Morales et al., 2018), a especificar un mayor número de métodos, a incentivos por participar, al anonimato, al formato autoadministrado (vs. entrevista) y al foco en ANS o AD (vs. otro constructo).

Aunque se trata de una conducta que se inicia en la adolescencia (13-16 años; Muehlenkamp et al., 2018) y disminuye en los adultos jóvenes (Plener et al., 2015), no se debería obviar su intervención pues un solo episodio de ANS correlaciona significativamente con condiciones comórbidas como suicidio y distress psicológico (Whitlock et al., 2006). Incluso aquellos adolescentes con menos frecuencia y repetición inestable también se han asociado con niveles más altos de estrés, ansiedad, ANS, y dificultades en regulación emocional en la vida adulta (Daukantaitė et al., 2020).

Los factores de riesgo que predicen en mayor medida la ANS son la historia previa de ANS, pertenecer al grupo de personalidad b (antisocial, límite, histriónico y narcisista) y la desesperanza, así como pensamientos y comportamientos suicidas previos, exposición a ANS de los pares, diagnóstico de depresión, síntomas depresivos, trastorno alimentario, género femenino, psicopatología externalizante, psicopatología internalizante, disregulación afectiva, variables relacionadas con la familia, victimización por los pares y autoconcepto negativo (Fox et al., 2015; Valencia-Agudo et al., 2018). Aunque la comorbilidad psiquiátrica no es común en jóvenes comunitarios, la ANS también se observa en trastorno de estrés posttraumático, de ansiedad, disociativos, obsesivo-compulsivo y de personalidad antisocial (Walsh, 2012).

Un aspecto importante que ha sido objeto de estudio es la relación entre ANS y suicidio. Según la teoría interpersonal de suicidio, la conducta autolesiva podría aumentar la probabilidad de cometer suicidio (Joiner et al., 2012). Por otro lado, la ANS puede servir como conducta para evitar el suicidio (Klonsky, 2007; Kraus et al., 2020; Suyemoto, 1998). Si bien se ha sugerido que la ANS y el suicidio forman parte de una dimensión, los relatos de ambos con-

ceptos difieren consistentemente a lo largo de las investigaciones (Walsh, 2012): en la ANS el daño físico es pequeño, repetitivo y suele utilizarse más de un método; se estima que la ANS es 40 veces más prevalente y su intencionalidad es modificar la consciencia, pero no eliminarla; el dolor psicológico se considera intermitente e incómodo en lugar de duradero e insoportable, se encuentran otras opciones y es una solución temporal. Por tanto, la evaluación para el suicidio difiere del de la ANS por sus características definitorias.

### La Evaluación Determina la Evidencia

Se han desarrollado numerosos modelos para explicar ANS, con énfasis en diferentes aspectos tales como factores interpersonales (Suyemoto, 1998), suicidio (Joiner et al., 2012), cognición y emoción (Hasking et al., 2017), neurológicos (Liu, 2017) e integración de factores (p.ej., Nock, 2014). Sin embargo, el episodio autolesivo suele describirse de forma similar en la mayoría de los modelos. A grandes rasgos, se inicia con un creciente malestar que no es resuelto ni soportado. El impulso de autolesión aumenta hasta realizar la autolesión, momento en el cual la tensión psicológica disminuye aliviando a la persona. La evidencia más consensuada actualmente explica que de este modo se refuerza la ANS como estrategia de modulación emocional (Nock, 2014).

Los instrumentos de evaluación actuales son sensibles a las diferentes conceptualizaciones de la autolesión. De tal forma que la investigación de autolesión ha ido generando instrumentos de evaluación diferentes fruto de la combinación de (1) las distintas formas de medir (p.ej., autoreporte/entrevista o dicotómico/Likert), (2) la ocurrencia (p.ej., último año/vital), (3) el concepto de autolesión (p.ej. ANS/AD), (4) aspectos específicos del espectro autolesivo con interés investigador (p.ej., funciones o urgencia) y (5) tipo de población (p.ej., clínica/comunitaria o en determinada cultura). Por tanto, contamos con un gran número de instrumentos para medir autolesión, de los cuales gran parte miden ANS. Sin embargo, la mayoría no han puesto a prueba su validez y muchos de ellos tampoco su fiabilidad (Faura-García et al., 2021).

### Evaluar para Intervenir

Una correcta evaluación debe medir aquello que pretende medir (validez) y debe hacerlo de forma precisa, estable y consistente (fiabilidad). Además, no debe perjudicar. Este miedo ha derivado en propuestas éticas para la investigación de la ANS con menores (Hasking et al., 2019; Singhal & Bhola, 2017). Un meta-análisis informa que preguntar a adolescentes sobre ANS no aumenta la frecuencia o la urgencia, más bien las posibilidades de ayuda (Polihronis et al., 2020).

La evaluación, intervención y conceptualización de la ANS también se han visto influidas mutuamente. La terapia grupal de regulación emocional para ANS (Gratz, 2007) aparece tras la investigación del modelo de evitación experiencial (Chapman et al., 2006) con instrumentos creados previamente por los mismos autores (*Deliberate Self-Harm Inventory*; Gratz, 2001). Contrariamente, la terapia dialéctico-conductual (Linehan, 1993) propició la creación del *Suicide Attempt Self-Injury Interview* (Linehan et al., 2006). Más reciente, tras la aproximación de la recuperación de



la ANS mediante etapas de cambio (Kruzan & Whitlock, 2019), sus autores están creando las oportunas *Scales to assess Decisional Balance, Processes of Change, and Self-Efficacy* para ANS (Kruzan et al., 2020). En otros casos los resultados de otros instrumentos han generado un modelo y este a su vez un nuevo instrumento, por ejemplo la factorización del *Functional Assessment of Self-Mutilation* (Lloyd, 1997), propició el modelo de 4 funciones de ANS (Nock & Prinstein, 2004) y posteriormente el diseño del *Self-Injurious Thoughts and Behaviors Questionnaire-Nonsuicidal* (Nock et al., 2007).

### INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN EN ESPAÑOL

Se realizó una búsqueda en MEDLINE, EMBASE, PsycTESTS, PsycINFO 1806 - actualidad, ProQuest Psychology Database, Psychology Database y PsycARTICLES 1894 – actualidad, hasta agosto de 2020. El filtro de búsqueda fue: («autolesión no suicida» or «comportamiento autodestructivo» or «comportamiento autolesivo» or «autolesión» or «autolesión deliberada» or «heridas autoinflingidas» or «automutilación») and («evaluación» or «instrumento» or «medida» or «medición» or «prueba» or «cuestionario» or «entrevista» or «escala») and («reproducibilidad» or «metodos» or «validez» or «válido» or «fiabilidad» or «fiable» or «sensibilidad» or «psicométrica\*» or «teoría de respuesta al ítem»). En relación a la literatura gris, se buscó en ProQuest Dissertations & Theses Global, OpenGrey y Google académico, así como en los manuales de referencia en relación a autolesión, su evaluación, intervención y clínica.

De la búsqueda realizada se seleccionaron 8 instrumentos. Aunque la mayoría de ellos se crearon con fines de investigación básica, se han seleccionado aquellos con potencial clínico y datos sobre su validez y fiabilidad en hispanoparlantes: Cédula de Autolesiones sin intención suicida basada en el DSM-5 – Métodos, Cédula Diagnóstica de Autolesiones, Cuestionario de Riesgo de Autolesión, *Functional Assessment of Self-Mutilation*, *Inventory of Statements About Self-Injury*, *Impulse, Self-harm and Suicide Ideation Questionnaire for Adolescents*, *Self Harm Questionnaire*, y *Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview*. No se ha incluido la versión mexicana del *Deliberate Self-Harm Inventory* (Castro Silva et al., 2017) por no disponer de suficientes datos sobre validez y fiabilidad.

#### **Cédula de Autolesiones sin intención suicida basada en el DSM-5 - Métodos (CA-M)**

La Cédula de Autolesiones (Albores-Gallo et al., 2014) se desarrolló en una muestra de adolescentes mexicanos y se basa en el diagnóstico DSM-5 de ANS, incluyendo 63 ítems. Aunque no reportaron suficientes datos psicométricos, más tarde Vilchez (2019) validó únicamente la sección de métodos de autolesionarse (CA-M) en universitarios ecuatorianos. El CA-M es un autoinforme con 12 ítems. Mide método y frecuencia al preguntar «¿Alguna vez tú mismo te has hecho daño intencionalmente hasta provocar sangrado o dolor de la siguiente manera?» a través de 12 métodos (p.ej., *cortándote la piel*) con respuesta likert-5 de *nunca a siempre*. Cuenta con dos dimensiones: autolesiones debajo de la piel y por encima de la piel. La evidencia sobre su consistencia interna es positiva pero limitada, y, aunque encontró dos factores, no se encuentran datos suficientes

para valorar su validez (Faura-García et al., 2021). Una limitación es que la sección métodos por sí misma no distingue ANS de la autolesión con intención suicida, cuya diferenciación requiere del instrumento completo (Albores-Gallo et al., 2014), que por otra parte no ha sido validado.

#### **Cédula Diagnóstica de Autolesiones (CDA)**

La CDA es un autoinforme desarrollado y validado por Emiliano (2014) con una muestra comunitaria y clínica de adolescentes mexicanos. Se planteó para la identificación de autolesión suicida y no suicida a través de un algoritmo diagnóstico basado en la propuesta para el DSM-5 de ANS. La mayoría de sus 84 ítems tienen formato si/no y su administración conlleva de 10 a 15 minutos. Se trata de uno de los instrumentos en español que más características evalúa sobre ANS: funciones, frecuencia, método, historia, urgencia, suicidio, drogas, asistencia médica y psicológica, primera vez, ideación, revelación, práctica grupal, previo y post episodio, interferencia de la ANS, cese, afecto, área y conductas de riesgo. Propone tres dimensiones (métodos, pensamientos y disfunción) capaces de discriminar entre la muestra clínica y comunitaria, que cuentan con puntos de corte con adecuada sensibilidad y especificidad. Mostró una consistencia interna excelente y correlaciones favorables a su validez concurrente y divergente. A pesar de unos psicométricos favorables, no pasan el cribado exhaustivo, tan solo se ha validado en una ocasión y no se encuentran otros estudios que utilicen el instrumento (Faura-García et al., 2021).

#### **Cuestionario de Riesgo de Autolesión (CRA)**

Diseñado recientemente mediante revisión bibliográfica, el CRA tiene como propósito evaluar el riesgo de autolesión midiendo la intención de iniciar la conducta de autolesión, función, frecuencia, método, primera vez, intención e intento de suicidio, dificultad para parar e influencia grupal (Solis-Espinoza & Gómez-Peresmitré, 2020). Sus 17 ítems autoinformados fueron validados en estudiantes adolescentes mexicanos con intención de autolesionarse. Además de disponer de respuesta abierta, evalúa cuatro métodos y 9 motivos para autolesión. La ocurrencia de autolesión alguna vez en la vida se mide a través de cuatro ítems diferentes que permiten clasificar la autolesión como ANS. Se encontraron tres subdimensiones: frecuencia (número de episodios y Likert-4 de 0 veces a más de 6), efecto adictivo (Likert-5 de *nada a mucho*) y contagio social (*si/no*). Con una sola prueba a prueba, su consistencia interna ha mostrado una evidencia positiva limitada y una evidencia negativa limitada para validez estructural (Faura-García et al., 2021).

#### **Evaluación Funcional de la Automutilación (Functional Assessment of Self-Mutilation; FASM)**

Se trata de un autoinforme desarrollado a través de revisión bibliográfica en población clínica y normativa (Lloyd, 1997). Ha sido validada en muestras clínicas norteamericanas de adolescentes y adultos (Klonsky et al., 2015; Nock & Prinstein, 2004). Se trata de un instrumento muy evaluado con el objetivo de conocer sus subdimensiones para clasificar las funciones de la ANS. Fue validado en adolescentes



y jóvenes adultos españoles comunitarios (Calvete et al., 2015), encontrando cuatro sub-dimensiones (reforzamiento automático negativo y positivo, y reforzamiento social negativo y positivo), que se agrupan en dos (reforzamiento automático y social). Los 37 ítems de la adaptación española miden, primero a través de diez formas de autolesión, su ocurrencia, obtención de tratamiento médico y frecuencia del último año mediante Likert-5 (0 veces, 1 vez, 2-5 veces, 6-10 veces y > 11 veces), tras lo cual pregunta cuánto tiempo se contempla previamente la conducta, edad en el primer episodio, ocurrencia alguna vez en la vida, ocurrencia bajo influencia de drogas o alcohol, grado de dolor físico durante el episodio autolesivo, y si tiene intención suicida. Por último, evalúa las funciones preguntando la frecuencia de 22 razones por las que se autolesiona (*nunca, raramente, algunas veces y bastantes*). Ha mostrado evidencia positiva y limitada en cuanto a su validez estructural y consistencia interna (Faura-García et al., 2021).

### **Inventario de Declaraciones sobre Autolesión (Inventory of Statements About Self-Injury; ISAS)**

El ISAS fue diseñado en formato autoinforme a partir de la revisión bibliográfica sobre las funciones de ANS (Klonsky & Glenn, 2009). Ha mostrado una fuerte evidencia positiva sobre la prueba de hipótesis de la validez de constructo, una evidencia positiva moderada para su consistencia interna, y una evidencia limitada positiva para su validez de criterio. Se ha validado en españoles adolescentes y adultos con desorden alimenticio (Pérez et al., 2020) y mexicanos universitarios con historia de ANS (Castro Silva et al., 2016). A través de 39 ítems evalúa, primero, la frecuencia (número de veces) de 12 métodos autolesivos realizados intencionalmente sin intención suicida a lo largo de la vida, tras lo cual mide urgencia, historia, dolor, práctica grupal, primera vez e intención de parar, seguido de 13 funciones con escala de tres puntos (*no relevante, algo relevante y muy relevante*). Mientras que en españoles se detectaron los dos subdimensiones reportadas por sus creadores (funciones interpersonales e intrapersonales), en mexicanos se detectaron siete. Ambas versiones han mostrado una evidencia positiva limitada respecto a su consistencia interna y prueba de hipótesis de la validez de constructo, mientras que la española también lo hace para validez estructural y fiabilidad (Faura-García et al., 2021). Además se ha adaptado a adolescentes chilenos (Castro & Kirchner, 2018), pero no cuentan con los datos psicométricos suficientes para ser valorado.

### **Impulsividad, Autolesión No Suicida e Ideación Suicida en Adolescentes (Impulse, Self-harm and Suicide Ideation Questionnaire for Adolescents; ISSIQ-A)**

El ISSIQ-A es una versión para adolescentes del ISSQ (Carvalho et al., 2015), creado mediante revisión bibliográfica. Incluye 56 ítems con respuesta escalar de cuatro puntos (*nunca me sucede a me sucede todo el tiempo*). Se divide en cuatro partes que miden impulso, autolesión, conducta de riesgo e ideación suicida. Evalúa frecuencia, método, función, primera vez, práctica grupal, parar y dolor. Si bien mide el concepto amplio de autolesión (conceptualizada como AD), la sección sobre intención suicida permite valorar ANS. Además, recientemente se ha adaptado una versión mexicana del ISSQ validada en estudiantes adolescentes y jóvenes adultos

(Chávez-Flores et al., 2018). Esta versión mostró evidencia positiva limitada respecto a su validez estructural, consistencia interna y prueba de hipótesis de la validez de constructo, y evidencia negativa limitada de su fiabilidad (Faura-García et al., 2021).

### **Cuestionario de Autolesionismo (Self Harm Questionnaire; SHQ)**

El SHQ es un autoinforme enfocado a identificar conducta e idea autolesiva y evaluar el último episodio autolesivo (Ougrin & Boege, 2013). Cuenta con una adaptación en adolescentes mexicanos (García-Mijares et al., 2015). Sus 15 ítems se completan en aproximadamente 15 minutos. Las primeras tres preguntas de tamizaje determinan presencia y frecuencia de conducta autolesiva suicida y no suicida, mientras que las siguientes evalúan el último episodio autolesivo en relación a cuando sucedió el último, método, motivación, vivencia durante la autolesión, su finalidad, consumo de sustancias, planeación, consecuencias, ejecución y revelación. Si bien pregunta sobre AD, es capaz de informar sobre ANS ya que pregunta la intención suicida. La versión mexicana tiene una sensibilidad para detectar autolesión del 97.96% y una especificidad de 54.39%. Los valores predictivos fueron similares a los originales (VPP: 64.86%, VPN: 96.88%).

### **Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas (Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview; SITBI)**

La SITBI es una extensa entrevista estructurada de 169 ítems (Nock et al., 2007) que evalúa pensamiento y conducta ANS en sus dos últimos módulos (ideación suicida, plan suicida, gestos suicidas, intentos de suicidio). El pensamiento y luego la conducta ANS se evalúan respecto a presencia (funcionando de tamizaje para continuar o no la entrevista), frecuencia (número de episodios en la vida, año, mes, semana), 11 métodos, edad de inicio, cuatro funciones, 10 precipitantes, gravedad del episodio, consumo de drogas durante, tratamiento médico, influencias sociales, intensidad y la probabilidad estimada por el encuestado de futuras ANS. La mayoría se contestan con un número o mediante escala de cinco puntos. Ha sido ampliamente utilizada y cuenta con adaptaciones validadas en español, alemán e italiano, además de las versiones corta, corta autoreportada y hebrea, a cuyos psicométricos no hemos podido acceder. La versión española validada en adultos hospitalizados en psiquiatría (García-Nieto et al., 2013) ha mostrado una evidencia positiva limitada de prueba de hipótesis de la validez de constructo y una evidencia negativa limitada de su fiabilidad (Faura-García et al., 2021).

### **CONSIDERACIONES SOBRE LA EVALUACIÓN DE ANS HISPANOPARLANTE**

La revisión muestra que la mayoría de estos instrumentos son adaptaciones de otros creados con muestras no hispanoparlantes de adolescentes comunitarios y tienen menos de cinco años. Destaca la creación (y adaptación) con participantes mexicanos, quizá debido a la atención investigadora y mediática sobre autolesión de la última década en este país. No obstante, algunas son investigaciones con baja difusión e impacto científico. Si bien hay evidencias positivas sobre la validez y fiabilidad de la mayoría de los instrumentos, son necesarios más estu-



dios que examinen sus propiedades psicométricas. En cuanto a su aplicabilidad clínica, destacan el cribaje y diagnóstico, pero carecen de propiedades adecuadas para la evaluación durante la intervención clínica. Aunque no miden todo el abanico de características evaluadas por los instrumentos específicos para ANS con relevancia clínica, cuentan con la mayoría de ellas, como son su función, frecuencia, método, historia previa de ANS y urgencia o impulso para realizarla (Faura-García et al., 2021).

Existen instrumentos con potencial clínico creados recientemente con población hispana, pero no son instrumentos suficientemente probados para la intervención (p.ej., sin sensibilidad al cambio o a la identificación) ni se han diseñado para la intervención específica en ANS. Sin embargo, es importante señalar que tampoco parece haber instrumentos que hayan mostrado ser suficientemente adecuados para la intervención en ANS en otros idiomas (Lengel & Denise, 2019).

Siendo la mayoría de instrumentos autoinformados, es posible que la evaluación de ANS sea susceptible de sesgo de reporte, pues depende de la honestidad, memoria, conciencia y comprensión de los ítems del encuestado (Fliege et al., 2006). Por otro lado, la escasa petición de ayuda y el estigma comunes en la autolesión (Rowe et al., 2014) pueden aumentar la fiabilidad del autoreporte en comparación con la entrevista.

### **La Evaluación Depende de la Muestra y País Investigador**

Los escasos estudios transculturales sobre autolesión han encontrado algunas diferencias culturales y entre países (Brunner et al., 2014; Madge et al., 2011). Parece por tanto necesaria una evaluación que considere no solo la edad de la muestra si no también su país y cultura. Aproximadamente una de cada seis validaciones de instrumentos para ANS ha sido en español (Faura-García et al., 2021).

Históricamente la AD ha sido más estudiada en Europa y Australia y la ANS en Estados Unidos y Canadá. Aunque la reciente entrada de nuevos países ha difuminado ambos bloques (Mannekote Thipaiyah et al., 2020), se ha sugerido que la menor prevalencia de ANS en Reino Unido se relaciona con su metodología (Swannell et al., 2014).

Un elemento de complejidad yace en el hecho de que un mismo instrumento suele evaluar autolesión informando sobre AD, ANS y suicidio al mismo tiempo. De tal manera que queda a criterio del investigador la decisión de qué casos, de los detectados por el instrumento de evaluación, se corresponden con qué concepto de autolesión. Y es que tales decisiones pueden no ser conscientes, y resultar difíciles y/o opacas para el lector. Esto cuestionaría la replicabilidad de los resultados y también podría explicar algunas disparidades entre estudios similares (Washburn, 2019). Para poder interpretar correctamente los resultados de las investigaciones parece indispensable la estandarización de la evaluación, un profundo conocimiento sobre la evaluación y el correcto reporte de los resultados.

### **Posibles Mejoras**

Es importante favorecer la creación de instrumentos que no se basen en la mera descripción de la conducta, su relación con el suicidio

o clasificación diagnóstica, como hacen los instrumentos más antiguos (Faura-García et al., 2021). En lugar de ello, podrían generarse desde conceptualizaciones explicativas bien definidas, creación *ad hoc* o mejora de los instrumentos ya validados. Otro hándicap que se deberá sortear es el escaso estudio de sus psicométricos, la utilización indiscriminada (p.ej., no adecuarse a la muestra) o la creación de nuevos instrumentos fruto de amalgamas instrumentales sin justificación.

Además, sería necesario investigar cómo la diferencia de formato determina la medición. Para conocer la incidencia del sesgo de reporte en los formatos autoinformados y, por otro lado, las desventajas de la entrevista, proponemos la comparativa de ambos formatos junto a otras fuentes de información (p.ej., tutores) durante la validación. También deberá evitarse la tendencia a evaluar psicométricamente solo algunas partes del instrumento. Se propiciaría la mejora de la evaluación y tratamiento de ANS mediante otros campos de investigación (p.ej., nuevas tecnologías), el diseño de instrumentos específicos para la intervención y prevención, así como la comparativa entre instrumentos y a lo largo del tiempo.

En resumen, las futuras direcciones sobre la mejora en la evaluación de ANS en población hispanoparlante deberían apuntar a la tan demandada estandarización (Klonsky & Lewis, 2014), conociendo las limitaciones actuales de los instrumentos y a través de la puesta a prueba de los conceptos y definiciones para autolesión, la validación y conocimiento de las propiedades psicométricas, y su adecuación o creación para el uso en el ámbito de la intervención y prevención.

### **FINANCIACIÓN**

Esta investigación ha contado con una beca del Gobierno de España (Ref. FPU17 / 05831), del Gobierno del País Vasco (Ref. IT982-16) y la Fundación Alicia Koplowitz.

### **CONFLICTO DE INTERESES**

No existe conflicto de intereses.

### **REFERENCIAS**

- Albores-Gallo, L., Méndez-Santos, J. L., Luna, A. X.-G., Delgadillo-González, Y., Chávez-Flores, C. I., & Martínez, O. L. (2014). Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(4), 159–168.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5TM*, 5th ed. American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C. W., Wasserman, C., Sarchiapone, M., Resch, F., Apter, A., Balazs, J., Barzilay, S., Bobes, J., Corcoran, P., Cosmann, D., Haring, C., Iosuec, M., Kahn, J.-P., Keeley, H., ... Wasserman, D. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(4), 337–348. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12166>
- Calvete, E., Orue, I., Aizpuru, L., & Brotherton, H. (2015). Prevalence



- and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. *Psicothema*, 27(3), 223–228. <https://doi.org/10.7334/psicothema2014.262>
- Carvalho, C. B., Nunes, C., Castilho, P., da Motta, C., Caldeira, S., & Pinto-Gouveia, J. (2015). Mapping non suicidal self-injury in adolescence: Development and confirmatory factor analysis of the Impulse, Self-harm and Suicide Ideation Questionnaire for Adolescents (ISSIQ-A). *Psychiatry Research*, 227(2–3), 238–245.
- Castro, K., & Kirchner, T. (2018). Coping and Psychopathological Profile in Nonsuicidal Self-Injurious Chilean Adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 74(1), 147–160. <https://doi.org/10.1002/jclp.22493>
- Castro Silva, E., Benjet, C., Juárez García, F., Jurado Cárdenas, S., Lucio Gómez-Maqueo, M. E., & Valencia Cruz, A. (2016). Adaptación y propiedades psicométricas del Inventory of Statements About Self-injury en estudiantes mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica*, 6(3), 2544–2551. <https://doi.org/10.1016/j.aiprr.2016.08.004>
- Castro Silva, E., Benjet, C., Juárez García, F., Jurado Cárdenas, S., Lucio Gómez-Maqueo, M. E., & Valencia Cruz, A. (2017). Non-suicidal self-injuries in a sample of Mexican university students. *Salud Mental*, 40(5), 191–200. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2017.025>
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 371–394. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005>
- Chávez-Flores, Hidalgo-Rasmussen, C. A., & Yanez-Peñúñuri, L. Y. (2019). Assessment tools of non-suicidal self-injury in adolescents 1990-2016: a systematic review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(8), 2871–2882. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.18502017>
- Chávez-Flores, Y., Hidalgo-Rasmussen, C., & González-Betanzos, F. (2018). Adaptación transcultural del cuestionario ISSIQ-A para evaluar Impulsividad, Autolesión No Suicida e Ideación Suicida en adolescentes mexicanos. *Terapia Psicológica*, 36(2), 91–99. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082018000200091>
- Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 8, 1946. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01946>
- Daukantaitė, D., Lundh, L.-G., Wångby-Lundh, M., Claréus, B., Bjärehed, J., Zhou, Y., & Liljedahl, S. I. (2020). What happens to young adults who have engaged in self-injurious behavior as adolescents? A 10-year follow-up. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01533-4>
- Emiliano, I. (2014). *Validación de una cédula diagnóstica de autolesiones en un hospital psiquiátrico infantil de la Ciudad de México*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Faura-García, J., Orue, I., & Calvete, E. (2021). Clinical assessment of non-suicidal self-injury: A systematic review of instruments. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, cpp.2537. <https://doi.org/10.1002/cpp.2537>
- Fliege, H., Kocalevent, R.-D., Walter, O. B., Beck, S., Gratz, K. L., Gutierrez, P. M., & Klapp, B. F. (2006). Three assessment tools for deliberate self-harm and suicide behavior: evaluation and psychopathological correlates. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(1), 113–121. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.006>
- Fox, K. R., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Bentley, K. H., & Nock, M. K. (2015). Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clinical Psychology Review*, 42, 156–167. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.09.002>
- García-Mijares, J. F., Alejo-Galarza, G. de J., Mayorga-Colunga, S. R., Guerrero-Herrera, L. F., & Ramírez-GarcíaLuna, J. L. (2015). Validación al español del Self-Harm Questionnaire para detección de autolesionismo en adolescentes. *Salud Mental*, 38(4), 287–292. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.039>
- García-Nieto, R., Blasco-Fontecilla, H., Paz Yepes, M., & Baca-García, E. (2013). Traducción y validación de la Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview en población española con conducta suicida. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6(3), 101–108. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.07.001>
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 253–263.
- Gratz, K. L. (2007). Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1091–1103. <https://doi.org/10.1002/jclp.20417>
- Hasking, P., Lewis, S. P., Robinson, K., Heath, N. L., & Wilson, M. S. (2019). Conducting research on nonsuicidal self-injury in schools: Ethical considerations and recommendations. *School Psychology International*, 40(3), 217–234. <https://doi.org/10.1177/0143034319827056>
- Hasking, P., Whitlock, J., Voon, D., & Rose, A. (2017). A cognitive-emotional model of NSSI: using emotion regulation and cognitive processes to explain why people self-injure. *Cognition and Emotion*, 31(8), 1543–1556. <https://doi.org/10.1080/02699931.2016.1241219>
- Hawton, K., Witt, K. G., Taylor Salisbury, T. L., Arensman, E., Gunnell, D., Townsend, E., van Heeringen, K., & Hazell, P. (2015). Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012013>
- International Society for the Study of Self-injury. (2006). *What is self-injury?* <https://itriples.org/what-is-self-injury/>
- Joiner, T. E., Ribeiro, J. D., & Silva, C. (2012). Nonsuicidal Self-Injury, Suicidal Behavior, and Their Co-occurrence as Viewed Through the Lens of the Interpersonal Theory of Suicide. *Current Directions in Psychological Science*, 21(5), 342–347. <https://doi.org/10.1177/0963721412454873>
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226–239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the Functions of Non-suicidal Self-injury: Psychometric Properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 215–219. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>
- Klonsky, E. D., Glenn, C. R., Styer, D. M., Olino, T. M., & Washburn,



- J. J. (2015). The functions of nonsuicidal self-injury: Converging evidence for a two-factor structure. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0073-4>
- Klonsky, & Lewis. (2014). Assessment of Nonsuicidal Self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *Handbook of suicide and self-injury* (pp. 337–351). Oxford University Press.
- Kraus, L., Schmid, M., & In-Albon, T. (2020). Anti-Suicide Function of Nonsuicidal Self-Injury in Female Inpatient Adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 490. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00490>
- Kruzan, K. P., & Whitlock, J. (2019). Processes of Change and Nonsuicidal Self-Injury: A Qualitative Interview Study With Individuals at Various Stages of Change. *Global Qualitative Nursing Research*, *6*, 233339361985293. <https://doi.org/10.1177/2333393619852935>
- Kruzan, K. P., Whitlock, J., & Hasking, P. (2020). Development and initial validation of scales to assess Decisional Balance (NSSI-DB), Processes of Change (NSSI-POC), and Self-Efficacy (NSSI-SE) in a population of young adults engaging in nonsuicidal self-injury. *Psychological Assessment*, *32*(7), 635–648. <https://doi.org/10.1037/pas0000821>
- Lengel, G. J., & Denise, S. (2019). Comprehensive Assessment of Nonsuicidal Self-Injury. In J. J. Washburn (Ed.), *Nonsuicidal Self-Injury: Advances in Research and Practice* (First). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315164182>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder* (1st ed.). Guilford Publications. <https://books.google.es/books?id=UZim3OAPwe8C>
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Brown, M. Z., Heard, H. L., & Wagner, A. (2006). Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): Development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychological Assessment*, *18*(3), 303–312. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.18.3.303>
- Liu, R. T. (2017). Characterizing the course of non-suicidal self-injury: A cognitive neuroscience perspective. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *80*(6), 159–165. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.05.026>
- Lloyd, E. E. (1997). *Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents*. LSU Historical Dissertations and Theses
- Madge, N., Hawton, K., McMahon, E. M., Corcoran, P., Leo, D. De, Wilde, E. J. De, Fekete, S., Heeringen, K. Van, Ystgaard, M., & Arensman, E. (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *20*(10), 499.
- Mannekote Thippaiah, S., Shankarapura Nanjappa, M., Gude, J. G., Voyiazakis, E., Patwa, S., Birur, B., & Pandurangi, A. (2020). Non-suicidal self-injury in developing countries: A review. *The International Journal of Social Psychiatry*, 20764020943627. <https://doi.org/10.1177/0020764020943627>
- Morales, J. J., Buser, T. J., & Farag, M. S. (2018). Comparison of brief measures of the prevalence of nonsuicidal self-injury in a nonclinical sample of young adults. *Journal of Mental Health Counseling*, *40*(2), 156–171. <https://doi.org/10.17744/mehc.40.2.05>
- Muehlenkamp, J. J., Xhunga, N., & Brausch, A. M. (2018). Self-injury Age of Onset: A Risk Factor for NSSI Severity and Suicidal Behavior. *Archives of Suicide Research*, *0*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1486252>
- Neira, M. D. De, García-Nieto, R., León-Martínez, V. De, Fominaya, M. P., Baca-García, E., & Carballo, J. J. (2015). Prevalencia y funciones de los pensamientos y conductas autoagresivas en una muestra de adolescentes evaluados en consultas externas de salud mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, *8*(3), 137–145. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2013.09.003>
- Nock, M. K. (2014). *The Oxford handbook of suicide and self-injury*. Oxford University Press.
- Nock, M. K., & Favazza, A. R. (2009). Nonsuicidal self-injury: definition and classification. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, Assessment, and Treatment* (pp. 9–18). American Psychological Association.
- Nock, M. K., Holmberg, E. B., Photos, V. I., & Michel, B. D. (2007). Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: Development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment*, *19*(3), 309–317. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.3.309>
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*(5), 885–890. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>
- Ougrin, D., & Boege, I. (2013). Brief report: The self harm questionnaire: A new tool designed to improve identification of self harm in adolescents. *Journal of Adolescence*, *36*(1), 221–225. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.09.006>
- Pérez, S., García-Alandete, J., Cañabate, M., & Marco, J. H. (2020). Confirmatory factor analysis of the Inventory of Statements About Self-injury in a Spanish clinical sample. *Journal of Clinical Psychology*, *76*(1), 102–117. <https://doi.org/10.1002/jclp.22844>
- Polihronis, C., Cloutier, P., Kaur, J., Skinner, R., & Cappelli, M. (2020). What's the harm in asking? A systematic review and meta-analysis on the risks of asking about suicide-related behaviors and self-harm with quality appraisal. *Archives of Suicide Research*, *1*(1), 1–23. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1793857>
- Rowe, S. L., French, R. S., Henderson, C., Ougrin, D., Slade, M., & Moran, P. (2014). Help-seeking behaviour and adolescent self-harm: A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *48*(12), 1083–1095. <https://doi.org/10.1177/0004867414555718>
- Singhal, N., & Bhola, P. (2017). Ethical practices in community-based research in non-suicidal self-injury: A systematic review. *Asian Journal of Psychiatry*, *30*, 127–134. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.08.015>
- Solis-Espinoza, M., & Gómez-Peresmitré, G. (2020). Cuestionario de Riesgo de Autolesión (CRA): propiedades psicométricas y resultados en una muestra de adolescentes. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, *6*(1), 123–141. <https://doi.org/10.22402/j.rdi.2020.06.1.123-141>
- Sutton, J. (2007). *Healing the Hurt within: Understand Self-injury and*



- Self-harm, and Heal the Emotional Wounds*. (3rd ed.). How to books Ltd.
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531–554. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(97\)00105-0](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(97)00105-0)
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury in Nonclinical Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 273–303. <https://doi.org/10.1111/sltb.12070>
- Trewavas, C., Hasking, P., & McAllister, M. (2010). Representations of Non-Suicidal Self-Injury in Motion Pictures. *Archives of Suicide Research*, 14(1), 89–103. <https://doi.org/10.1080/13811110903479110>
- Valencia-Agudo, F., Burcher, G. C., Ezpeleta, L., & Kramer, T. (2018). Nonsuicidal self-injury in community adolescents: A systematic review of prospective predictors, mediators and moderators. *Journal of Adolescence*, 65(1), 25–38. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.02.012>
- Vilchez, J. (2019). Validation in Ecuadorian Population of a Self-injury Questionnaire Without Suicide - Intention Based on the DSM-5. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 2(51), 163–169. <https://doi.org/10.21865/RIDEP51.2.12>
- Walsh, B. W. (2012). *Treating self-injury: A practical guide*. Guilford Press.
- Washburn, J. J. (2019). *Nonsuicidal Self-Injury*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315164182>
- Wester, K., Trepal, H., & King, K. (2018). Nonsuicidal Self-Injury: Increased Prevalence in Engagement. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(6), 690–698. <https://doi.org/10.1111/sltb.12389>
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117(6), 1939–1948. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2543>



# LA REORGANIZACIÓN DE UN SERVICIO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL INFANTIL Y JUVENIL ANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

## THE REORGANIZATION OF A COMMUNITY MENTAL HEALTH CENTER FOR CHILDREN AND YOUTH DUE TO THE COVID-19 PANDEMIC

Patricia Escalona-Zorita<sup>1</sup>, Áurea Moreno-Mayós<sup>1</sup>, Gloria Bellido-Zanin<sup>1</sup>, Raül Vilagrà-Ruiz<sup>1</sup>, Núria Junyent-Freixenet<sup>1</sup>, Juan José Franco<sup>2</sup> y Mercè Teixidó<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de Les Corts y Sarrià-Sant Gervasi. Associació Centre d'Higiene Mental Les Corts, Grup CHM Salut Mental, Barcelona. <sup>2</sup>Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de Santa Coloma de Gramanet. Fundació Vidal i Barraquer, Barcelona

La crisis sanitaria causada por la COVID-19 ha forzado una reorganización de los servicios de salud mental. El presente artículo describe una propuesta de reorganización aplicada en una unidad de salud mental infanto-juvenil (atención ambulatoria y comunitaria). Se exponen las estrategias concretas de intervención desarrolladas en las distintas fases de la pandemia según las medidas de restricción sanitarias y los distintos niveles de intervención requeridos (prevención, atención primaria y atención especializada). Además, se compara el número de visitas hechas durante el periodo de Marzo-Julio de 2020 con el mismo periodo en 2019. Concluimos que se ha producido una rápida adaptación del marco asistencial presencial a la metodología telemática mediante una reorganización flexible. Sin embargo, la disminución de la asistencia presencial y la cancelación de grupos terapéuticos han incrementado la presión asistencial notablemente. Se ha observado un incremento de conductas autolíticas y de problemas relacionados con la conducta alimentaria que deberán ser investigados en futuros estudios.

**Palabras clave:** Psicología clínica infanto-juvenil, Salud mental, COVID-19, Salud mental infanto-juvenil, Organización servicios.

The health crisis caused by COVID-19 has required a reorganization of mental health centers. This article describes the reorganization proposal that was applied in a child and adolescent mental health unit (outpatient and community care). The specific intervention strategies developed in the different phases of the pandemic are presented according to the sanitary restriction measures and the different levels of intervention required (prevention, primary care, and specialized care). In addition, the number of visits made during March-July 2020 is compared to the same period in 2019. We conclude that there has been a rapid adaptation from the face-to-face care framework to a telematic approach through a flexible reorganization. However, the decrease in face-to-face assistance and the cancellation of therapeutic groups have significantly increased the pressure of care. A rise in autolytic behaviors and eating pathologies has been observed that should be investigated in future studies.

**Key Words:** Clinical child and adolescent psychology, Mental health, COVID-19, Child and adolescent mental health, Services organization.

**E**l efecto en la salud mental de la población general de la pandemia COVID-19 y del confinamiento llevado a cabo como medida de contención ha sido ya tema de estudio en la literatura, por ejemplo Brooks et al. (2020). Sobre la repercusión en la salud mental que pueden producir las situaciones de pandemia, se sabe que la mayor parte de la población tendrá recursos de afrontamiento suficientes (Taylor, 2019). Inchausti, García-Poveda, Prado-Abril y Sánchez-Reales (2020) señalan, sin embargo, algunos grupos de población con especial riesgo de presentar consecuencias psicológicas, siendo la población con antecedentes de haber sufrido algún problema de salud mental uno de los más relevantes. Al respecto, The Lancet en su editorial (2020) o Yao, Chen y Xu (2020) llaman a una adecuada atención a esta población.

La atención en salud mental infanto-juvenil en concreto cobra especial relevancia, ya que se conoce que la mayor parte de los trastornos mentales se desarrollan en esta etapa vital y que una intervención precoz es decisiva (Vyas, Birchwood y Singh, 2014). En cuanto a los efectos psicológicos de la pandemia en los menores, Marques de Miranda, da Silva Athanasio, Sena Oliveira y Simoes-Silva (2020) encuentran que estos han experimentado ansiedad, depresión y síntomas posttraumáticos esperables tras cualquier desastre. Para un estudio más pormenorizado, cabe tener en cuenta los efectos del cierre de las escuelas, el aislamiento social y los cambios en las dinámicas familiares.

El cierre de las escuelas ha supuesto que familias en situación de vulnerabilidad social hayan podido brindar menos recursos educativos a sus hijos (Oxfam Intermón, 2019). Por otro lado, el posterior retorno a las aulas ha podido reactivar angustia de separación por la ruptura de las dependencias familiares y la adaptación a las nuevas rutinas (Pelaez y Novak, 2020). Además, los menores vieron eliminadas sus fuentes regulares de conexión social, siendo probable que los efectos negativos del distanciamiento social sean particularmente profundos en los adolescentes (Blakemore, Orben y Tomova, 2020). Una reciente revisión (Loades et al., 2020) relaciona la situación de aislamiento social de los menores con mayores tasas de

Recibido: 26 febrero 2021 - Aceptado: 20 septiembre 2021

Correspondencia: Patricia Escalona-Zorita Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de Les Corts y Sarrià-Sant Gervasi. Associació Centre d'Higiene Mental Les Corts, Grup CHM Salut Mental. Calle Montnegre 21, 3a planta. 09029 Barcelona. España. Email: patricia.escalona@chmcorts.com

sintomatología ansiosa y depresiva. Además, Liu et al (2020) señalan las consecuencias concretas de la separación de los padres en casos de aislamiento para evitar contagios, encontrando que un 30% de niños desarrollarán un trastorno por estrés postraumático.

Las medidas de contención supusieron también en muchos casos la convivencia intensiva de familias no acostumbradas a ello, con elevada conflictiva relacional o en condiciones precarias de vivienda. Save The Children (2020) encontró un aumento de las situaciones de conflicto entre padres e hijos durante el confinamiento en un 31% de las familias. A esto hay que añadir que los progenitores por su parte han presentado elevados niveles de estrés relacionados con la combinación del teletrabajo con la crianza de los hijos, la pérdida de trabajo e ingresos económicos, preocupaciones por el riesgo de contagio o afectación por la muerte de familiares (Fegert, Vitello, Plener y Clemens, 2020).

Para prevenir la futura aparición de trastornos mentales de más gravedad, varios artículos y guías, entre ellos la propia Organización Mundial de la Salud sugieren un posible aumento de los problemas de salud mental y la necesidad de políticas concretas e inversión en los servicios de salud especializados, sobre todo en edades tempranas (Pierce et al., 2020; World Health Organisation, 2020).

Sin embargo, la red pública de salud mental se ha visto afectada no solo por la reducción de la actividad ambulatoria presencial sino también por la indicación de evitar las consultas a urgencias y la clausura temporal de unidades de hospitalización psiquiátrica para su dedicación a la atención médica de pacientes COVID-19. Como consecuencia, los centros ambulatorios han tenido que atender a los pacientes que ya estaban siendo visitados, a los pacientes graves que no podían ser atendidos en unidades de hospitalización y a las nuevas demandas llegadas en relación con la crisis.

Por estas razones, ha sido fundamental haber podido adaptar los servicios de salud mental infanto-juveniles para garantizar la atención. Pocas son las recomendaciones claras que se han encontrado en la literatura sobre cómo llevarla a cabo y aquí se mencionan algunas de ellas:

- ✓ Planificación y coordinación de las intervenciones psicológicas aplicadas en distintos niveles y por distintos profesionales (Inchausti, MacBeth, Hasson-Ohayon y Dimaggio, 2020; Zhang, Wu, Zhao y Zhang, 2020)
- ✓ Información a la población sobre manejo del estrés y la incertidumbre, abordando el miedo al contagio y la posible sintomatología derivada de la situación de confinamiento (Zhang et al., 2020).
- ✓ Cribado desde atención primaria de los casos más vulnerables re-

lacionados con factores estresantes asociados a la COVID-19 (Pfefferbaum y North, 2020).

Los objetivos del presente artículo consisten en la descripción de la reorganización de un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ), siguiendo estas recomendaciones y según criterios acordados entre el equipo profesional y la institución de la que forma parte. Los CSMIJ son servicios de atención ambulatoria especializada en Salud Mental dirigidos a las personas menores de 18 años y a sus familias. En concreto, el CSMIJ de Les Corts y Sarrià - Sant Gervasi, de la Associació CHM Les Corts (Barcelona), tiene una población de referencia de 41.020 menores de hasta 18 años (Ajuntament de Barcelona, 2020) y su metodología y visión asistencial comunitaria contempla una atención integral de la persona (en la vertiente individual, familiar, educativa y social) y un trabajo en red multidisciplinar.

### REORGANIZACIÓN ASISTENCIAL

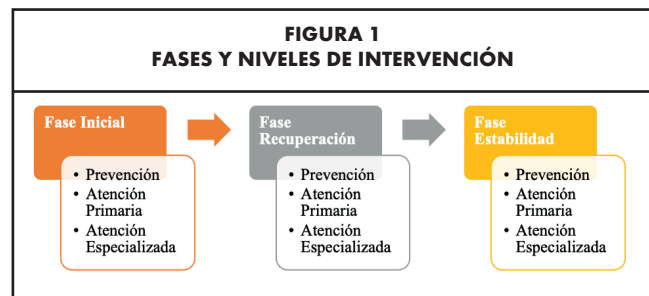
El 14 de marzo de 2020 se declaró el estado de alarma (RD 463/2020; publicado en el BOE núm. 67, de 14/03/2020) por parte del Gobierno de España que se prolongó hasta el 21 de junio de 2020. El estado de alarma conllevó la aplicación de medidas especiales como la limitación de la libre circulación de las personas, la suspensión de actividades educativas presenciales y el refuerzo del sistema nacional de salud. A principios de mayo, tras el confinamiento estricto, se inició una desescalada progresiva, hasta llegar a finales de junio. Posteriormente y como respuesta a los rebrotes epidémicos, nuevas medidas temporales se han ido llevando a cabo para la contención de contagios. En este contexto, se procede a detallar la reorganización de la asistencia en el centro de salud mental infanto-juvenil anteriormente mencionado. Para que fuera posible, ha resultado fundamental el apoyo institucional en el nivel informático y en la flexibilidad en la gestión de los equipos. Asimismo, el apoyo transversal entre profesionales de diferentes servicios de la institución ha sido clave en los momentos de mayor fragilidad de los equipos.

Desde un inicio, la reorganización se planteó de forma dinámica y fue adaptándose a cada uno de los estadios de la crisis, combinando medidas a corto y a largo plazo para garantizar la atención y continuidad asistencial en los diferentes momentos de la pandemia y ante posibles reagudizaciones de la misma. Se realizó una revisión de la literatura acerca de las distintas estrategias empleadas en otros países para la intervención en salud mental. Se optó por una reorganización basada en distintas fases, según medidas de restricción, teniendo en cuenta distintos niveles de intervención (prevención, atención primaria y atención especializada), estableciendo estrategias concretas en cada uno de ellos (ver figura 1).

#### Fase inicial

La fase inicial se desarrolló durante las primeras semanas de confinamiento estricto e implicó un cese de la actividad presencial ordinaria. En cumplimiento de las recomendaciones gubernamentales sobre el seguimiento de medidas de prevención, la disminución de la movilidad y la facilitación del teletrabajo, los objetivos del servicio fueron reorganizar la actividad asistencial pasando a ser en su mayoría telemática, proteger a pacientes y profesionales evitando desplazamientos, mantener el contacto con los agentes de la red comunitaria de atención a familias (sanidad, educación, servicios sociales) y dar información a la población general.

**FIGURA 1**  
**FASES Y NIVELES DE INTERVENCIÓN**



A continuación se detallan en cada uno de los niveles de intervención las estrategias concretas llevadas a cabo (ver figura 2).

**Nivel I. Prevención y promoción de la salud mental.**

Las estrategias desarrolladas se dirigieron a dar información a la población general y la red comunitaria sobre la COVID-19 adaptada a mayores, el manejo del estrés, el miedo y la incertidumbre, reacciones adaptativas habituales en población infantil y adolescente, promoción de hábitos saludables y asesoramiento para progenitores.

- ✓ Estrategia 1: elaboración de infografías con material psicoeducativo difundido a través de la página web de la institución, redes sociales y distribuido a la red comunitaria.
- ✓ Estrategia 2: línea de atención telefónica y e-mail en el marco de un programa preexistente (Ajuntament de Barcelona, 2020), dirigido a jóvenes de entre 12 y 22 años que sufren malestar emocional, a sus familias y a los profesionales que trabajan con adolescentes. El programa tiene como objetivos la promoción de hábitos saludables y la detección y atención precoz inmediata. La actividad se realiza a través de una consulta abierta una tarde por semana y el contacto vía teléfono o e-mail.
- ✓ Estrategia 3: video cápsulas psicoeducativas de hábitos de promoción de la salud física y mental durante el confinamiento para adolescentes a través de los centros educativos. Reconversión de un programa de talleres de alfabetización en salud mental (Casañas, Mas-Expósito, Teixidó y Lalucat-Jo, 2020) para alumnos de secundaria dirigido a la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, la erradicación del estigma y la mejora en la búsqueda de ayuda.

**Nivel II. Intervención psicológica especializada en Atención Primaria de Salud.**

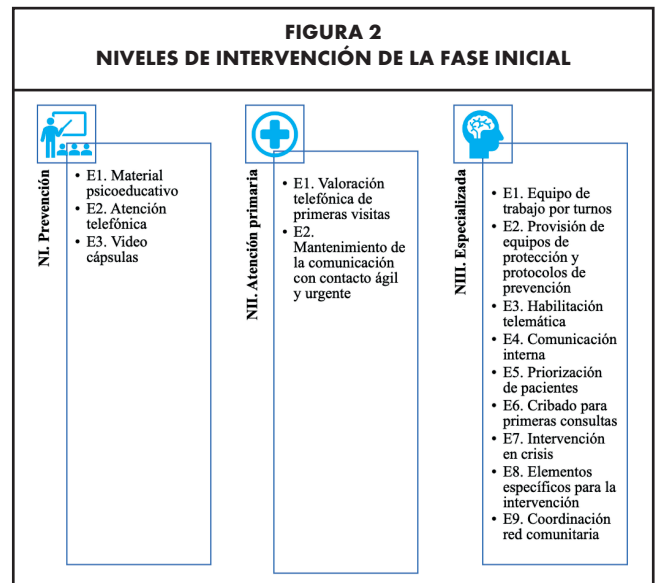
Se cesó la presencialidad de los profesionales de salud mental y se anuló la actividad ordinaria.

- ✓ Estrategia 1: valoración telefónica de las primeras visitas programadas.
- ✓ Estrategia 2: mantenimiento de la comunicación con los profesionales de atención primaria, agilizando la interconsulta y derivación en situaciones reactivas y de urgencia.

**Nivel III. Intervención especializada en CSMIJ.**

La actividad se reorganizó de forma mayormente telemática con el fin de dar continuidad a los tratamientos y atender a las nuevas demandas.

- ✓ Estrategia 1: establecimiento de equipos de trabajo por turnos para disminuir presencialidad y asegurar cobertura de consultas urgentes.
- ✓ Estrategia 2: provisión de equipos de protección y revisión de protocolos de prevención.
- ✓ Estrategia 3: atención telemática a pacientes con la instalación remota del programa de gestión clínica, el uso de llamadas telefónicas y de videoconferencias y la revisión de procedimientos de protección de datos.
- ✓ Estrategia 4: comunicación inter equipos a través de reuniones telemáticas semanales para actualización de informaciones.
- ✓ Estrategia 5: análisis y priorización de pacientes con mayor riesgo de desestabilización psicopatológica. Mantenimiento de la atención presencial para visitas de post alta hospitalaria, clínica autolítica o psicótica, agitaciones en el domicilio o dispensación de tratamientos psicofarmacológicos inyectables.
- ✓ Estrategia 6: cribado inicial de primeras consultas. Según lo descrito en Pfefferbaum et al. (2020), la evaluación inicial incluyó una exploración de factores estresantes relacionados con COVID-19, adversidades secundarias, efectos psicosociales e indicadores de vulnerabilidad (ver tabla 1).
- ✓ Estrategia 7: exploración clínica telefónica e intervención en situaciones de crisis en el domicilio. Se estableció un procedimiento específico.



**TABLA 1**  
**ÍTEMS DE CRIBADO PARA EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA INICIAL**

Factores estresantes relacionados con COVID-19	Adversidades secundarias	Efectos psicosociales	Indicadores de vulnerabilidad
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ¿Algún familiar ha sido infectado?</li> <li>✓ ¿Algún familiar ha fallecido?</li> <li>✓ ¿Algún familiar ha tenido que estar aislado por COVID-19?</li> <li>✓ ¿El menor ha podido mantener contacto con sus seres queridos y amistades?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ¿Algún progenitor presenta preocupaciones por pérdida de trabajo?</li> <li>✓ ¿La familia presenta problemas económicos?</li> <li>✓ ¿Han tenido que acudir a servicios sociales para solicitar ayudas económicas o de alimentos?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ¿El menor ha presentado síntomas de ansiedad o depresión?</li> <li>✓ ¿El menor ha presentado alteraciones en ingesta o sueño?</li> <li>✓ ¿Algún progenitor ha presentado síntomas de ansiedad o depresión?</li> <li>✓ ¿Se han dado situaciones de violencia intrafamiliar?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ¿Había antecedentes somáticos o psicológicos previos en el menor?</li> <li>✓ ¿Había antecedentes somáticos o psicológicos previos en los progenitores?</li> </ul>

co que incluía: i) análisis del contexto y manifestación de la crisis, ii) descripción de elementos precipitantes y mantenedores y iii) generación de un plan de intervención con la familia. Se consideraron determinados perfiles clínicos y situaciones ambientales de más riesgo, como los pacientes con diagnósticos del espectro psicótico y autista, de inestabilidad emocional, obsesivo-compulsivo, ansioso-depresivo-evitativo, abuso y dependencia de tóxicos, menores en régimen de retirada, hijos de adultos con trastorno mental severo, hijos de progenitores en procesos de separación judicializada, o hijos en situación de violencia intrafamiliar.

- ✓ Estrategia 8: elementos específicos para la intervención. Se identificaron algunas herramientas como claves en la intervención psicológica:
  - Validación y contextualización de reacciones adaptativas normales.
  - Autoconsciencia de reacciones de estrés y entrenamiento en identificación de factores cognitivos, emocionales y corporales.
  - Identificación y desarrollo de habilidades de afrontamiento.
  - Intervención en duelo.
- ✓ Estrategia 9: coordinación constante con la red comunitaria (como equipos de atención psicopedagógica, servicios sociales, programas de atención a la infancia y adolescencia, centros de acogida y residenciales entre otros).

**Fase de recuperación**

La fase de recuperación de la actividad se inició con el aumento de la presencialidad de los profesionales en el centro en un formato

de equipos alternos durante la semana y la recuperación progresiva de visitas presenciales al 50% (ver figura 3).

**Nivel I. Prevención y promoción de la salud mental.**

Mantenimiento de las estrategias iniciadas en la fase inicial, con el incremento de la presencia en redes sociales y la implementación de encuestas de valoración.

**Nivel II. Intervención psicológica especializada en Atención Primaria de Salud.**

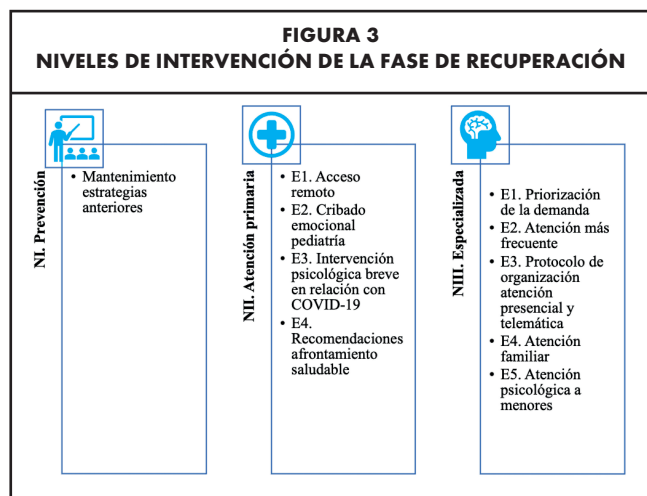
Recuperación del funcionamiento normalizado del programa de forma telemática.

- ✓ Estrategia 1: habilitación de accesos remotos a los programas de historia clínica de Atención Primaria.
- ✓ Estrategia 2: cribado emocional para consultas de pediatría (ver tabla 2).
- ✓ Estrategia 3: intervención telemática breve y focal en situaciones reactivas a la pandemia en relación con malestar emocional, abuso de tecnologías y duelo.
- ✓ Estrategia 4: recuperación de interconsultas individuales y en reunión. Se trabajó con los equipos de pediatría pautas para favorecer el afrontamiento familiar de la pandemia (Jiao et al., 2020): incrementar la comunicación entre padres e hijos, preguntar activamente sobre la situación y redirigir preocupaciones, realizar juegos colaborativos en familia, mantener hábitos de alimentación, sueño y ejercicio físico, incentivar una actitud positiva y productiva, o emplear métodos de relajación.

**Nivel III. Intervención especializada en CSMIJ.**

Ante el posible aumento de conflictividad en las familias, estrés, irritabilidad, tristeza y miedos tanto en progenitores como en menores se desarrollaron intervenciones preventivas específicas.

- ✓ Estrategia 1: priorización de lista de espera de primeras visitas.
- ✓ Estrategia 2: priorización de usuarios atendidos para aumento de intensidad de tratamiento en casos de mayor fragilidad.
- ✓ Estrategia 3: organización de actividad presencial y actividad telemática a través de protocolos específicos: i) criterios clínicos de atención telemática y atención presencial (ver tabla 3), ii) medidas de seguridad en visitas presenciales, iii) intervención telemática con consentimientos de protección de datos.
- ✓ Estrategia 4: atención a la sintomatología de ansiedad y depresión de los padres desde una orientación sistémica familiar como abordaje previo a la sintomatología presentada por los menores, así como la consciencia de sus propias reacciones al miedo, la incertidumbre, la tristeza o al estrés. Se fomentaron conversaciones



**TABLA 2**  
**ÍTEMES DE CRIBADO PARA EXPLORACIÓN PEDIÁTRICA**

Factores estresantes relacionados con COVID-19	Situación psicosocial	Síntomas psicológicos
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ¿Algún familiar ha sido infectado?</li> <li>✓ ¿Algún familiar ha fallecido?</li> <li>✓ ¿El menor ha podido mantener contacto con sus seres queridos y amistades?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ¿La familia es usuaria de servicios sociales?</li> <li>✓ ¿Tiene dificultades económicas?</li> <li>✓ ¿Hay sospecha de violencia intrafamiliar?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alteración patrón sueño</li> <li>✓ Alteración patrón ingesta</li> <li>✓ Dificultad de concentración</li> <li>✓ Irritabilidad</li> <li>✓ Hiperactividad y/o hipoactividad</li> <li>✓ Preocupaciones</li> <li>✓ Miedo a las infecciones</li> <li>✓ Tristeza</li> <li>✓ Mayor dependencia</li> </ul>



abiertas entre padres e hijos con el objetivo de mejorar la comprensión de los síntomas y el desarrollo de habilidades de afrontamiento.

Una situación de especial atención fue la sobreexposición a dinámicas familiares distócicas y a violencia intrafamiliar sin la presencia de otros entornos que anteriormente ofrecían alternativas vinculares más saludables como la escuela. Para ello, se aumentó la sensibilidad y capacidad de detección hacia posibles situaciones de riesgo, y se ofreció mayor disponibilidad en aquellos casos identificados.

Estrategia 5: atención psicológica a menores. Desde un enfoque ideográfico y con el fin de diseñar un plan de intervención individualizado, se realizó una historización de cada caso para analizar experiencias previas de pérdidas y estilo de afrontamiento junto con la detección de necesidades, factores de riesgo y factores de protección. Se consideró clave el análisis y promoción de la flexibilidad cognitiva como determinante de la capacidad de adaptación.

*Fase de estabilización*

La **fase de estabilización** de la actividad posterior al confinamiento severo a partir de finales de junio conllevó el mantenimiento de la actividad telemática como opción terapéutica estable y la elaboración de un plan de reorganización asistencial ante nuevos rebotes. Esta fase se ha dilatado en el tiempo con la aparición de las nuevas olas de contagios de la enfermedad. Pese a que la comercialización de las primeras vacunas para la COVID-19 en diciembre de 2020 plantea un escenario más favorable, cabe esperar una continuidad en las medidas de prevención y la necesidad del mantenimiento a medio y largo plazo.

A nivel metodológico, se han consolidado las estrategias implementadas y se han recuperado actividades que se habían visto interrumpidas.

Nivel I. Prevención y promoción de la salud mental

En el momento de reapertura de los centros educativos se han reiniciado los talleres de alfabetización en salud mental con formato presencial y *on-line* abordando de forma transversal los efectos de la pandemia en adolescentes. También se están realizando cursos *on-line* de formación en primeros auxilios emocionales para profesionales que trabajan con jóvenes.

Nivel II. Intervención psicológica especializada en Atención Primaria de Salud

El protagonismo en esta tercera fase de la Atención Primaria de Salud como agente en la detección y tratamiento de COVID-19 impide en muchas áreas básicas de salud la realización de visitas presenciales de especialistas. Así, se sigue manteniendo la actividad asistencial y las interconsultas de forma telemática. Se están organizando sesiones interequipos permitiendo una formación conjunta en todo el territorio de influencia para mejorar la detección precoz de psicopatología en menores.

Nivel III. Intervención especializada en CSMUJ

El equipo continúa dividido por turnos con una presencialidad del 50% teniendo las visitas presenciales y telemáticas una proporción de igualmente el 50%. La inmersión en el uso de herramientas telemáticas para la intervención ha sido un desafío y ha supuesto una capacidad de adaptación tanto en los pacientes como los profesionales durante estos meses. La definición de una cartera de servicios telemáticos, el desarrollo de procedimientos concretos y la formación de los profesionales en su manejo será un reto para los próximos meses.

*Descripción cuantitativa de la actividad asistencial telemática en el CSMUJ*

Se llevó a cabo un análisis de los datos cuantitativos relativos al número de visitas realizadas durante el período comprendido entre el 16 de marzo y el 31 de julio de 2020 y también la comparativa respecto al mismo período del año 2019.

De la actividad asistencial total realizada en el período de 2020 el 86,25% fue telemática y el 13,75% presencial. El desglose de las visitas por tipología es el siguiente: 54% de primeras visitas telemáticas respecto 46% presencial, 86% de visitas individuales telemáticas respecto 14% presencial, 90% de visitas con progenitores o tutores telemáticas respecto 10% presencial y 82% de visitas familiares telemáticas respecto 18% presencial. En cuanto a las coordinaciones e interconsultas entre profesionales del mismo equipo y de otros servicios, el 100% se realizó de forma telemática (ver tabla 4).

De la actividad asistencial total realizada durante el mismo período de 2019 el 11,18% fueron visitas telefónicas y el 88,82% fueron visitas presenciales. En cuanto a las coordinaciones e inter-

**TABLA 3  
CARACTERÍSTICAS Y OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN  
PRESENCIAL Y TELEMÁTICA**

Intervención presencial	Intervención telemática
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evaluación que requiera la realización de pruebas psicodiagnósticas específicas</li> <li>✓ Reagudización psicopatológica</li> <li>✓ Altas hospitalarias o de urgencias</li> <li>✓ Riesgo suicida y conductas autolesivas</li> <li>✓ Alteraciones conducta alimentaria de gravedad moderada</li> <li>✓ Sospecha de riesgo del menor en el domicilio</li> <li>✓ Dudas respecto confidencialidad del tratamiento telemático</li> <li>✓ Pacientes graves con riesgo de aislamiento social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tratamiento pacientes ya conocidos y estables</li> <li>✓ Tratamiento pacientes en confinamiento</li> <li>✓ Tratamiento pacientes o familiares de riesgo por patología orgánica</li> <li>✓ Primeras visitas de progenitores para recogida de motivo de consulta y anamnesis</li> <li>✓ Pacientes con dificultad gestión emocional y conductual que no puedan seguir medidas de seguridad aún con acompañante</li> <li>✓ Adolescentes con dificultades de vinculación presencial</li> <li>✓ Reuniones de coordinación en red</li> </ul>

**TABLA 4  
PORCENTAJE DE VISITAS TELEMÁTICAS Y PRESENCIALES EN  
PERÍODO DEL 16 DE MARZO AL 31 DE JULIO DE 2020**

Tipo de visita	% Visitas telemáticas	% Visitas presenciales
Primeras visitas	54%	46%
Visitas individuales	86%	14%
Visitas progenitor/tutor	90%	10%
Visitas familiares	82%	18%
Visitas grupales	100%	0%
Interconsultas	100%	0%
Total	89%	11%



consultas, el 58,23% fueron telefónicas y el 63,20% presenciales (ver tabla 5).

Comparando los mismos períodos temporales de 2020 respecto a 2019 observamos cómo se pasó de una presencia testimonial de visitas telemáticas a la práctica totalidad. El número total de primeras visitas realizadas independientemente del formato en 2020 respecto a 2019 fue de un 30,32% menos.

En el análisis de datos cabe destacar también la supresión de todos los tratamientos terapéuticos grupales en curso. Se realizaron algunas sesiones de tratamiento grupal telemático. Estos tratamientos son de forma habitual un eje fundamental del abordaje terapéutico del CSMIJ habiendo representado un 36.19% del total de tratamientos en el período comprendido entre el 16 de marzo y el 31 de julio de 2019. Durante el período de 2020, se observa un incremento del 38,85% de los tratamientos no grupales respecto a 2019.

### CONCLUSIONES

El presente artículo sintetiza una propuesta de reorganización asistencial aplicada en el CSMIJ de Les Corts y Sarrià - Sant Gervasi (Barcelona) sustentada, fundamentalmente, en las diferentes recomendaciones sanitarias estatales e internacionales durante la crisis de la COVID-19, y en la metodología y la visión asistencial comunitaria que caracterizan a esta institución.

A nivel institucional, el diseño y la puesta en marcha de esta reorganización asistencial ha tenido por delante dos grandes objetivos complementarios: dotarla de una estructura sólida y aplicable en el muy corto plazo, que llegara rápidamente a todos los estratos del servicio, y que a su vez tuviera una flexibilidad y/o adaptabilidad al cambio en constante interacción con la evolución de esta crisis sanitaria, incluyendo la futura fase "post-COVID". Esto último ha sido crítico dada la naturaleza cambiante y novedosa de esta pandemia, las medidas urgentes para luchar contra la misma, así como las necesidades presentes y futuras de los usuarios de los servicios de salud mental. Para garantizar lo anterior, se ha requerido de la estrecha colaboración de todo el personal, con una comunicación directa y semanal entre la dirección, los cargos de gestión intermedios y todo el equipo asistencial. Se han reestructurado los horarios y los turnos de los profesionales teniendo en consideración la diversidad de necesidades y conciliación laboral de estos, y naturalmente, la adaptación del marco asistencial presencial a uno de tipo telemático. Si bien muchas de las medidas tomadas tienen un carác-

ter temporal, ha resultado fundamental que estas formen parte de los protocolos habituales y ya existentes del servicio de atención en salud mental, con el fin de reactivarse de la forma más rápida, eficiente y flexible posible. En este sentido, los datos muestran una rápida implementación y adaptación de la metodología telemática entre los profesionales, dentro de un marco de intervención comunitaria en distintos niveles. En suma, se ha podido mantener una intervención asistencial adecuada. Sin embargo, la imposibilidad de llevar a cabo tratamientos grupales se ha tenido que compensar mediante intervenciones individuales. Otro dato preocupante es la disminución de primeras visitas durante los primeros meses de pandemia. Este hecho podría explicarse por una mayor retención y aguante de los motivos de consulta y por la menor accesibilidad a los agentes de detección precoz y derivación al CSMIJ como son atención primaria, servicios sociales y las escuelas. Para contrastar esta hipótesis, se estudiará la evolución de los datos asistenciales durante el 2021, nuevas olas y futura fase post-COVID.

A nivel de demandas de los usuarios, en la primera fase de la pandemia se pudo delinear un incremento percibido de insomnio, irritabilidad, rabietas, crisis de ansiedad, incremento del uso de pantallas, miedo al contagio y añoranza de amistades, vínculos escolares y relaciones familiares significativas. En el momento de finalización del presente artículo en enero de 2021, en la red hospitalaria y comunitaria de salud mental del territorio se ha reportado un incremento respecto a niveles previos de primeras visitas de adolescentes con ideación y conductas autolíticas y patologías alimentarias. Estas observaciones requerirían ser contrastadas empíricamente en futuras investigaciones descriptivas.

En lo concerniente a la asistencia prestada a los usuarios, ha sido complejo combinar lo anterior expuesto con una visión integral del menor y de los padres y/o familiares (individual y grupal), y por supuesto, el irrenunciable trabajo multidisciplinar en red. La planificación y continuidad de la intervención en salud mental ha tenido como prioridad la coordinación con los diferentes servicios sanitarios, comunitarios, y en especial con los educativos. La ausencia del marco estructurador y socializador que ejerce la escuela ha sido central en muchas de las intervenciones realizadas.

Respecto a las intervenciones psicológicas mediante vía telemática, si bien se describe que gozan de efectividad, además de su innegable polivalencia en un contexto tan cambiante de crisis sanitaria, éstas han dificultado la realización de las valoraciones clínicas y/o diagnósticas que requerían el uso de métodos y herramientas presenciales o los tratamientos grupales donde el juego y la interacción real resultan fundamentales. Se considera que la videollamada no podría suplir en igualdad el contacto presencial con el usuario, el cual puede encontrar en él el espacio seguro y confidencial necesario, especialmente para aquellas personas que no disponen de acceso telemático o que viven en situaciones de riesgo o de negligencia.

Otro aspecto relevante es que la intervención telemática puede generar un cambio en la responsabilidad sobre el proceso terapéutico, siendo el profesional en lugar de la familia quien inicia el contacto. Asimismo, puede también fomentar la idea de que mediante esta vía se van a resolver problemáticas diagnósticas, relacionales y familiares complejas. Es, por tanto, importante aclarar y especificar en los protocolos las oportunidades y limitaciones de esta metodología.

Tipo de visita	% Visitas telemáticas	% Visitas presenciales
Primeras visitas	0%	100%
Visitas individuales	11%	89%
Visitas progenitor/tutor	0%	100%
Visitas familiares	0%	100%
Visitas grupales	0%	100%
Interconsultas	8%	92%
Total	89%	11%



Como ganancia, el marco telemático presenta posibilidades en las intervenciones no asistenciales como coordinaciones intra equipo en situaciones de dispersión territorial, inter equipos y en actividades formativas entre otros.

Finalmente, y en suma, esta crisis, con sus indeseables consecuencias, es también un heurístico que ha aportado cohesión, polivalencia y mayor diversidad de posibilidades asistenciales que bien organizadas pueden redundar en beneficio de los usuarios y la promoción de los recursos comunitarios actuales. La puesta en marcha de esta reorganización asistencial ha demostrado la gran flexibilidad y permeabilidad del equipo asistencial a las demandas y necesidades urgentes del contexto, aunque sin perder de vista los recursos necesarios que los profesionales requieren para, al menos, seguir proporcionando un servicio en salud mental que sume calidad.

### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

### REFERENCIAS

Ajuntament de Barcelona (2020). Departament d'Estadística i Difusió de Dades. Disponible en: <http://www.bcn.cat/estadistica/catala/dades/tpob/pad/padro/a2020/edat/edat02.htm>

Ajuntament de Barcelona (2020). Sanidad y salud. Recuperado de: <https://ajuntament.barcelona.cat/sanitat/salut/es/canal/konsultam>

Blakemore, S.-J., Orben, A. y Tomova, L. (2020). The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *Lancet Child Adolesc Health*, 4, 634–674. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30186-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30186-3)

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Casañas, R., Mas-Expósito, L., Teixidó, M. y Lalucat-Jo, L. (2020, January 1). Programas de alfabetización para la promoción de la salud mental en el ámbito escolar. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 39–47. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.010>

Fegert, J. M., Vitiello, B., Plener, P. L. y Clemens, V. (2020, May). Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: A narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14, 20. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00329-3>

Inchausti, F., García-Povedaa, N., Prado-abril, J. y Sánchez-Reales, S. (2020). La psicología clínica ante la pandemia COVID-19 en España. *Clínica y Salud*, 31, 105–107. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a11>

Inchausti, F., MacBeth, A., Hasson-Ohayon, I. y Dimaggio, G. (2020). Psychological intervention and COVID-19: What we know so far and what we can do. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(4), 243–250. <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09460-w>

Jiao, W. Y., Wang, L. N., Liu, J., Fang, S. F., Jiao, F. Y., Pettoello-Mantovani, M. y Somekh, E. (2020). Behavioral and emotional disorders in

children during the COVID-19 epidemic. *Journal of Pediatrics*, 221, 264–266.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013>

Liu, J. J., Bao, Y., Huang, X., Shi, J. y Lu, L. (2020). Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 4, 347–349. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30096-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30096-1)

Loades, M. E., Chatburn, E., Higgs-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., ... Crawley, E. (2020). Rapid Systematic review: The impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59, 1218–1239.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009>

Marques de Miranda, D., da Silva Athanasio, B., Sena Oliveira, A. C. y Simoes-e-Silva, A. C. (2020). How is COVID-19 pandemic impacting mental health of children and adolescents? *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 51, 101845. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2020.101845>

Pelaez, M. y Novak, G. (2020). Returning to school: Separation problems and anxiety in the age of pandemics. *Behavior Analysis in Practice*, 13, 521–526. <https://doi.org/10.1007/s40617-020-00467-2>

Pfefferbaum, B. y North, C. S. (2020). Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *New England Journal of Medicine*, 383(6), 510–512. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>

Pierce, M., Hope, H., Ford, T., Hatch, S., Hotopf, M., John, A., ... Abel, K. M. (2020). Mental health before and during the COVID-19 pandemic: A longitudinal probability sample survey of the UK population. *The Lancet Psychiatry*, 7(10), 883–892. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30308-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30308-4)

Save The Children (2020). Más me duele a mi. La violencia que se ejerce en casa. Recuperado de: [https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/mas\\_me\\_duele\\_a\\_mi.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/mas_me_duele_a_mi.pdf)

Oxfam Intermón. (2019). Equidad y educación en España. Recuperado de: [https://www.oxfamintermon.org/es/publicacion/Equidad\\_y\\_educacion\\_en\\_Espana](https://www.oxfamintermon.org/es/publicacion/Equidad_y_educacion_en_Espana)

Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics. Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Cambridge Scholars Publishing.

The Lancet (2020). *Facing up to long COVID*, 396(10266), 1861. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32662-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32662-3)

Vyas, N. S., Birchwood, M. y Singh, S. P. (2014). Youth services: Meeting the mental health needs of adolescents. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 32(1), 13–19. <https://doi.org/10.1017/ipm.2014.73>

World Health Organisation. (2020). The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services. In *World Health Organization*. Recuperado de: <https://www.who.int/publications/i/item/978924012455>

Yao, H., Chen, J.-H. y Xu, Y.-F. (2020). *Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic*. *Lancet Psychiatry*, 7(4), e21. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30090-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30090-0)

Zhang, J., Wu, W., Zhao, X. y Zhang, W. (2020). Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine*, 3(1), 3–8. <https://doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa006>





# ANÁLISIS COMPARATIVO DE INSTRUMENTOS DESTINADOS A LA EVALUACIÓN DEL ACOSO ESCOLAR

## A COMPARATIVE ANALYSIS OF BULLYING ASSESSMENT INSTRUMENTS

María Victoria González Laguna y María Arrimada García

Universidad de León

El aumento en la incidencia del acoso escolar justifica la creciente necesidad de contar con instrumentos fiables para su evaluación. Este estudio presenta un análisis comparativo de 9 cuestionarios de detección del acoso escolar destinados a alumnos del último ciclo de Educación Primaria y adolescentes. Se realizaron tres análisis diferenciados para detectar tanto las fortalezas y debilidades de los cuestionarios que componían la muestra, como las tipologías y manifestaciones de acoso evaluadas con mayor frecuencia. Los resultados muestran que el acoso físico y el verbal son los evaluados con mayor frecuencia, y que las manifestaciones más evaluadas se relacionan con agresiones físicas o verbales, humillación pública, invasión de intimidad y coacción. Asimismo, el análisis de fortalezas y debilidades revela la necesidad de considerar a los distintos agentes pertenecientes al contexto de acoso evaluado. Este estudio ofrece una perspectiva global a orientadores y psicólogos educativos, útil para detectar el acoso escolar.

**Palabras clave:** Acoso escolar, Cuestionario, Evaluación, Tipos de acoso, Manifestaciones de acoso.

The increase in the incidence of bullying justifies the growing need for reliable instruments for its assessment. This study presents a comparative analysis of 9 questionnaires for the detection of school bullying aimed at pupils in the last stage of primary education and adolescents. Three different analyses were carried out to detect both the strengths and weaknesses of the questionnaires that made up the sample, as well as the typologies and manifestations of bullying most frequently evaluated. The results show that physical and verbal harassment are the most frequently evaluated, and that the most evaluated manifestations are related to physical or verbal aggression, public humiliation, invasion of intimacy, and coercion. Likewise, the analysis of strengths and weaknesses reveals the need to consider the different agents pertaining to the context of harassment assessed. This study offers a global perspective to counselors and educational psychologists, useful for the detection of bullying.

**Key words:** Bullying, Questionnaire, Assessment, Types of harassment, Harassment manifestations.

**E**l acoso escolar o *bullying* se define como aquella situación en la que un individuo es sometido reiteradamente a acciones negativas intencionadas, sin existir provocación previa y habiendo un desequilibrio de poder entre los implicados (Olweus, 1999). Pese a tratarse de un fenómeno que siempre ha estado presente en la sociedad, informes como *Behind the numbers: ending school violence and bullying* (UNESCO, 2019) o *Yo a eso no juego* (Save the Children, 2016), indican que su incidencia ha aumentado durante los últimos años. A nivel internacional, uno de cada tres estudiantes ha sufrido acoso escolar, mientras que en España la cifra pasa a ser de uno de cada cinco, siendo especialmente frecuente en el último ciclo de Educación Primaria y en la adolescencia (Save the Children, 2016; UNESCO, 2019). Este aumento de la incidencia puede deberse a la aparición del *cyberbullying* o intimidación mediante nuevas tecnologías (Álvarez-García et al., 2014; Del Rey et al., 2015; Ortega et al., 2008; Garaigordobil y Martínez-Valderrey, 2018). En cualquier caso, como consecuencia, el acoso escolar se ha convertido en una de las temáticas más reconocidas por la comunidad científica, siendo el objeto de estudio de disciplinas como la sociología (Gil, 2020), la pedagogía (Augusto, 2020) y la psicología (García et al., 2020).

En respuesta a esta situación, existen numerosos programas orientados a erradicar el acoso escolar, tales como el Método KiVa (Salminen et al., 2013), aplicado en el ámbito internacional, o el *Cyberprogram 2.0* (Garaigordobil y Martínez-Valderrey, 2016), implementado en centros educativos españoles. Sin embargo, el éxito de estos programas exige una detección efectiva de la situación de acoso, lo que, a su vez, requiere el diseño y validación de instrumentos de detección que cumplan estos requisitos: a) tener en cuenta el entorno, ya que el acoso escolar no se desarrolla de forma aislada, sino que está influido por el entorno escolar, familiar, personal y social de los implicados (Cortés-Pascual et al., 2020; Sampén-Díaz et al., 2017); b) abarcar los distintos tipos de acoso escolar con el fin de detectar tanto las acciones directas como las indirectas, ya que estas últimas tienden a pasar desapercibidas (Arruabarrena et al., 2018; Gutiérrez, 2019); c) presentar criterios objetivos para medir el desequilibrio de poder entre la víctima y el/los agresores (Alckim-Carvalho et al., 2014); d) medir la frecuencia de las situaciones de acoso (Alckim-Carvalho et al., 2014); y e) poseer un número de ítems suficiente que represente adecuadamente el *bullying* (Thomas et al., 2019).

De acuerdo con estos criterios, existen numerosos instrumentos de evaluación del acoso escolar basados en técnicas como la observación (Hamodi-Galán y Benito-Brunet, 2019), la nominación por pares (Rivera, 2018) o el uso de cuestionarios (Campuzano et al., 2020; Ruiz et al., 2015). La investigación sugiere que los cuestionarios constituyen la técnica más eficaz, porque permiten obtener información sobre la frecuencia de las acciones evaluadas y medir factores cognitivos y emocionales difíciles de observar a simple vista

Recibido: 18 enero 2021 - Aceptado: 10 junio 2021

Correspondencia: María Arrimada García. Universidad de León. Departamento de Psicología, Sociología y Filosofía. Facultad de Educación. Universidad de León. Campus de Vegazana s/n. León. España. E-mail: marrg@unileon.es







(Higuíta-Gutiérrez y Cardona-Arias, 2017; Ramos-Jiménez et al., 2018; Vera et al., 2017).

Si bien existen numerosos estudios centrados en la validación de cuestionarios de evaluación del acoso escolar (Caballo et al., 2012; Gascón-Cánovas et al., 2017; González-Cabrera et al., 2019; Lambe y Craig, 2020; López y Orpinas, 2012; Magaz et al., 2016), la mayor parte se centran exclusivamente en el cálculo de valores estadísticos que determinen las propiedades psicométricas del cuestionario, sin ofrecer un análisis cualitativo en profundidad que reflexione sobre la importancia otorgada en el cuestionario a factores como las tipologías de acoso escolar o el ámbito familiar. La ausencia de esta información, derivada de un análisis puramente psicométrico, podría arriesgar la eficacia de estos instrumentos a la hora de detectar el acoso escolar. Por otro lado, la mayor parte de estudios se centran en el análisis de un único instrumento, existiendo escasos meta-análisis y revisiones sistemáticas que ofrezcan una comparativa de varios de ellos y, por tanto, una visión global de las posibilidades de evaluación del acoso escolar.

La información derivada de revisiones sistemáticas relacionadas con los instrumentos de evaluación del acoso escolar existentes, yendo más allá del análisis de sus propiedades psicométricas, es esencial para la figura del psicólogo educativo. Sobre él recae la responsabilidad de desempeñar funciones relacionadas con la prevención, intervención y orientación dentro del contexto educativo (De la Fuente, 2017). Desde el enfoque preventivo, tiene la labor de evaluar y analizar la realidad educativa desde el conocimiento de la evidencia científica psicológica, con el fin de detectar posibles problemas educativos, dentro de los cuales se encuentran los posibles casos de acoso escolar. Asimismo, entre sus funciones preventivas, destaca la colaboración y el asesoramiento, a familias y docentes, en la elaboración de programas para prevenir problemas escolares que puedan afectar al bienestar psicológico (Campos, 1995; De la Fuente, 2017). Por otro lado, la labor del psicólogo educativo también se realiza desde un enfoque de intervención, ofreciendo apoyo y orientación tanto a docentes como a familiares para atajar conjuntamente los problemas detectados en el clima escolar (De la Fuente, 2017; Tenorio-Maldonado, 2017). Por tanto, el psicólogo educativo se encargará de detectar situaciones de acoso escolar, a fin de ofrecer orientación tanto al profesorado como a las familias de las víctimas/agresores y desarrollar programas específicos para erradicarlas. Contar con información comparativa sobre diversos instrumentos de detección del acoso escolar amplía las posibilidades de acción del psicólogo educativo, contribuyendo al desempeño eficaz de sus funciones.

Desde nuestro conocimiento, solo cinco estudios han revisado de forma sistemática diversos instrumentos de evaluación del acoso escolar analizándolos de modo comparativo. Todos ellos señalan que la mayor parte de los instrumentos analizados están destinados a alumnado de los últimos cursos de Educación Primaria y a adolescentes (Alckim-Carvalho et al., 2014; Berne et al., 2013; Gutiérrez, 2019; Lucas-Molina et al., 2016; Vera et al., 2017). Además, los instrumentos empleados son, frecuentemente, traducciones o adaptaciones de otros previamente validados, encontrando muy pocos realizados *ad hoc* (Alckim-Carvalho et al., 2014; Gutiérrez, 2019; Vera et al., 2017). Ligado a esto, Alckim-Carval-

ho et al. (2014) y Berne et al. (2013), señalan que los instrumentos más utilizados para detectar el acoso escolar son los cuestionarios basados en escalas tipo Likert como modo de respuesta. Berne et al. (2013), Lucas-Molina et al. (2016) y Vera et al. (2017), destacan la ausencia de una definición de los aspectos a evaluar en los cuestionarios, defendiendo que debería incluirse al inicio de los instrumentos. No obstante, ninguno de estos estudios analiza las manifestaciones del acoso escolar evaluadas con mayor frecuencia ni el porcentaje de ítems destinados a cada tipología de acoso, aunque dos de ellos incluyen una reflexión general sobre las acciones incluidas en los cuestionarios analizados (Gutiérrez, 2019; Lucas-Molina et al., 2016).

Por último, existen dos estudios adicionales que recogen un inventario de diversos instrumentos de detección del acoso escolar, ya sea presentándolos de forma aislada con una breve descripción de cada uno de ellos (Hamburger et al., 2011) o mediante un listado sin ofrecer su descripción (Save the Children, 2016). Sin embargo, no se establece ningún análisis comparativo de dichos instrumentos.

En base al estado de la cuestión, este estudio pretende realizar un análisis comparativo de diversos cuestionarios destinados a la detección del acoso escolar en estudiantes del último ciclo de Educación Primaria y adolescentes. Para ello, se analizarán las características generales de los instrumentos seleccionados, los tipos de acoso escolar a los que hacen referencia y las manifestaciones de acoso escolar más frecuentes. Esta investigación difiere significativamente de estudios previos de naturaleza similar en que va más allá de las propiedades psicométricas de los instrumentos comparados, analizando el peso de cada tipología de acoso escolar en dichos instrumentos y las manifestaciones evaluadas con mayor frecuencia.

## MÉTODO

### Procedimiento de búsqueda documental

La búsqueda inicial se realizó mediante las bases de datos Dialnet, ERIC y Scopus, empleando las palabras clave *bullying*, *assessment*, *bullying assessment*, *education*, *questionnaire* y *school*, en inglés y en español. Con el fin de obtener documentos en los que se abordara la temática del acoso escolar conjuntamente con un cuestionario específico para su detección, utilizando el booleano AND en la sintaxis de búsqueda. Se seleccionaron exclusivamente documentos ajustados a los siguientes criterios: a) texto completo; b) incluir el cuestionario completo analizado en el estudio; c) destinado al alumnado de Educación Primaria o adolescentes; d) diseñado desde la perspectiva de la Educación, las Ciencias Sociales o la Psicología. Tras esto, ante el limitado número de instrumentos de detección del acoso escolar encontrados, se realizó una segunda búsqueda en otras fuentes bibliográficas y mediante el motor de búsqueda *Google Scholar*, utilizando los mismos criterios de selección. La muestra final del estudio estuvo formada por 9 cuestionarios, recogidos en la Tabla 1.

### Procedimiento de análisis

Tras la búsqueda y la selección de documentos, se realizaron tres análisis diferenciados sobre los cuestionarios seleccionados. En el primer análisis, se detectaron las fortalezas y debilidades de los cuestionarios a partir de sus características generales, las cuales se presentan de forma sintética en la Tabla 1.

Un segundo análisis estuvo centrado en determinar la frecuencia



**TABLA 1**  
**ANÁLISIS GENERAL DE LOS CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN DEL ACOSO ESCOLAR SELECCIONADOS**

Instrumento	Destinatarios	Tipologías de bullying evaluadas	Otras variables evaluadas	Evaluación	Puntuación mínima y máxima	Fiabilidad
Cuestionario de acoso entre iguales (CAI) (Magaz et al., 2016)	Adolescentes entre 9 y 16 años	Físico, verbal, social, psicológico y cyberbullying	Contexto, desequilibrio de poder entre implicados, afrontamiento, confidentes, relación entre conductas de acoso y género, frecuencia y estrés postraumático.	En la Escala de Conductas de Acoso (CAI-CA) y la Escala de Conductas de Acoso según el Género (CAI-CAG) se da valor numérico a las escalas Likert (1=nunca, 2= pocas veces y 3=muchas veces), se suman las puntuaciones y se halla la media. No muestra el baremo.	43-129	Alfa de Cronbach 0.91
Cuestionario de Cibervictimización (CBV) (Álvarez-García et al., 2015)	Alumnado de 11 a 19 años	Cyberbullying	Frecuencia del acoso	Se da valor numérico a las escalas Likert (1=nunca, 2=pocas veces, 3=muchas veces, 4=siempre), se suman las puntuaciones y se hace la media. No se muestra al baremo.	26-104	Alfa de Cronbach 0.85
Cuestionario para la Exploración del Bullying (CEBU) (Estrada y Jaik, 2011)	Adolescentes	Físico, verbal, social y psicológico	Víctima, agresor, testigos y frecuencia del acoso	Se da valor numérico a las escalas Likert (1=nunca, 2=casi nunca, 3=con frecuencia, 4=casi siempre, 5=siempre), se halla el promedio general y por escala. La frecuencia del bullying se interpreta por el siguiente baremo: 1-1.6 baja, 1.7-3.3 media y 3.4-5 alta.	70-350	Alfa de Cronbach 0.93
Cuestionario sobre Intimidación y Maltrato entre Iguales (CIMEI) (Ortega et al., 2006)	Alumnos de 12 a 16 años	Físico, verbal y social	Ámbito familiar, clima escolar, relación con docentes, contexto, situación académica, frecuencia del acoso, confidentes, implicados, opinión del acoso	Preguntas de respuesta múltiple, de respuesta simple y una pregunta abierta. No muestra ni las pautas de evaluación ni el baremo.	No se especifica	Alfa de Cronbach 0.82
Cuestionario Multimodal de Interacción Escolar (CMIE-IV) (Caballo et al., 2012)	Alumnos de 10 a 15 años	Cyberbullying, físico, verbal, social y psicológico	Acosador, acosado, observador pasivo, observador defensor, contexto y frecuencia del acoso	Se da valor numérico a las escalas Likert (1=nunca, 2=pocas veces, 3=bastantes, 4=muchas). No muestra más pautas de evaluación ni el baremo. Tampoco muestra cómo evaluar la pregunta de opción múltiple.	36-144	Alfa de Cronbach 0.86
Cuestionario de Cyberbullying (Ortega et al., 2007)	Alumnos de 12 a 18 años	Cyberbullying	Acceso a internet, uso de móvil e internet, agresión, victimización, afrontamiento, opinión sobre el cyberbullying, desequilibrio de poder entre implicados, situación escolar y frecuencia del acoso	Preguntas de respuesta múltiple, una de respuesta simple y una abierta. No muestra ni las pautas de evaluación ni el baremo.	No se especifica	Alfa de Cronbach 0.94
European Bullying Intervention Project Questionnaire (EBIP-Q) (Ortega-Ruiz et al., 2012)	Alumnos de 12 a 19 años	Físico, verbal y social	Agresión, victimización y frecuencia del acoso	Se da valor numérico a las escalas Likert (0=nunca, 1=algunas veces, 2=bastantes veces, 3=muy a menudo, 4=siempre) y se suman los puntos de cada escala. No muestra más información sobre la evaluación. No muestra el baremo.	En ambas escalas 0-28	Alfa de Cronbach 0.84 y 0.83
European Cyberbullying Intervention Project Questionnaire (ECIP-Q) (Del Rey et al., 2015)	Alumnos de 12 a 19 años	Cyberbullying	Ciberagresión, cibervictimización y frecuencia del acoso	Se da valor numérico a las escalas Likert (0=nunca, 1=algunas veces, 2=bastantes veces, 3=muy a menudo, 4=siempre) y se suman los puntos de cada escala. No muestra más información sobre la evaluación. No muestra el baremo.	En ambas escalas 0-28	Alfa de Cronbach 0.84 y 0.83
Escalas de Agresión y Victimización (López y Orpinas, 2012)	Alumnos de 12 a 17 años	Físico, verbal y psicológico	Agresión, victimización y frecuencia del acoso	Escalas Likert con siete opciones (0-6 veces). No especifica ni cómo se evalúa y ni el baremo.	0-66	Alfa de Cronbach 0.86



con que se evalúan las diferentes tipologías de acoso escolar (físico, verbal, social, psicológico, sexual y *cyberbullying*). Para ello, se revisaron los ítems presentados en los cuestionarios, con la finalidad de obtener el porcentaje de ítems destinados a evaluar cada tipología. La Tabla 2 recoge de forma sintética los resultados de este análisis.

El tercer análisis consistió en identificar las manifestaciones del acoso escolar evaluadas con mayor frecuencia (coaccionar, pelear, etc.), revisando nuevamente los ítems de los cuestionarios atendiendo a las distintas tipologías de acoso escolar. Los resultados de este análisis aparecen recogidos en la Tabla 3. La Figura 1 recoge el procedimiento de búsqueda, selección y análisis de documentos.

**RESULTADOS**

A continuación, se presentan los resultados específicos derivados de cada uno de los análisis realizados.

**Debilidades y fortalezas**

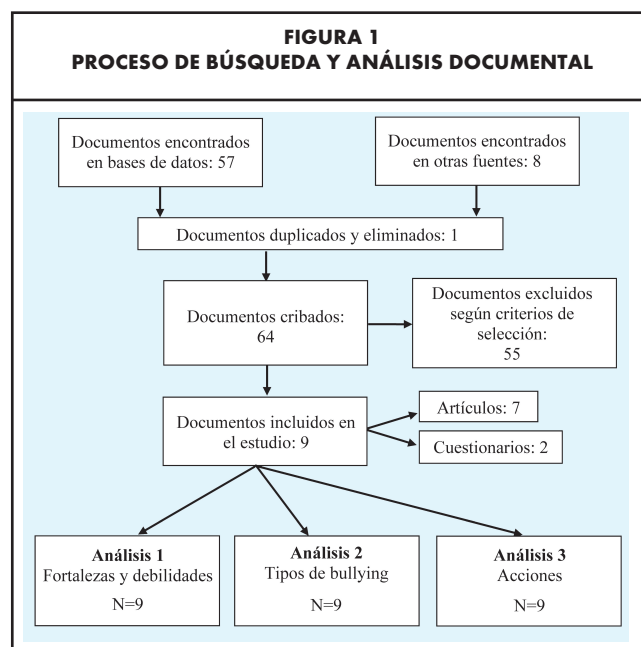
Tras realizar un análisis general de los cuestionarios, el cual aparece reflejado en la Tabla 1, se llevó a cabo una comparación de los mismos, determinando sus principales fortalezas y debilidades.

De todos los cuestionarios analizados, el CAI (Magaz et al., 2016) resulta el más completo, evaluando las conductas de acoso escolar y la frecuencia de las mismas en función del género. Ello, resulta de utilidad para corroborar si existen diferencias entre sexos, como sugieren Saneleuteiro y López (2017).

En relación a las fortalezas detectadas a nivel general, todos los cuestionarios tienen como destinatarios estudiantes del último ciclo de Educación Primaria y adolescentes, coincidiendo con las edades en las que el acoso escolar se desarrolla en mayor medida (Save the Children, 2016; UNESCO, 2019). Además, todos tienen en cuenta la frecuencia de las acciones evaluadas, siendo uno de los requisitos fundamentales para diseñar cuestionarios destinados a la detección del acoso escolar (Widiharto et al., 2019). Otra fortaleza, es que los cuestionarios CEBU (Estrada y Jaik, 2011), CIMEI (Ortega et al., 2006), CMIE-IV (Caballo et al., 2012), EBIP-Q (Ortega-Ruiz et al.,

2012), ECIP-Q (Del Rey et al., 2015) Y Escalas de Agresión y Victimización (López y Orpinas, 2012) tienen en cuenta a los implicados, cumpliendo el primer requisito para la elaboración de cuestionarios de detección del acoso escolar, es decir, atender al entorno en el que se desarrolla. Por último, a nivel psicométrico todos los instrumentos muestran una buena consistencia interna, con un Alfa de Cronbach superior a .80.

No obstante, los cuestionarios analizados presentan ciertos aspectos deficitarios. En primer lugar, solo uno de ellos incluye los baremos de evaluación e interpretación de los resultados (CEBU, Estada y Jaik, 2011). La ausencia de esta información puede dificultar la



**TABLA 2  
TIPOS DE ACOSO ESCOLAR EVALUADOS EN LOS CUESTIONARIOS**

Cuestionario	Número de ítems que lo analizan							Ítems analizados
	Acoso físico	Acoso verbal	Acoso social	Acoso psicológico	Acoso sexual	Cyberbullying	Otros aspectos	
CAI	14	10	10	6	0	4	0	44
CBV	0	0	0	0	0	26	0	26
CEBU	27	26	9	8	0	0	0	70
CIMEI	1	1	1	0	0	0	27	30
CMIE-IV	7	12	2	7	0	3	5	36
Cuestionario de Cyberbullying	0	0	0	0	0	27	0	27
EBIP-Q	4	8	2	0	0	0	0	14
ECIP-Q	0	0	0	0	0	22	0	22
Escalas de Agresión y Victimización	10	8	0	1	0	0	2	21
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>65</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>0</b>	<b>82</b>	<b>34</b>	<b>290</b>



detección del acoso escolar, ya que la evaluación sería incompleta. Por otro lado, pese a que los cuestionarios seleccionados incluyen ítems relacionados con el entorno, únicamente se hallaron referencias al ámbito familiar en el CAI (Magaz et al., 2016) y en el CIMEI (Ortega et al., 2006). Además, este solo es analizado en profundidad dentro del CIMEI (Ortega et al., 2006), mientras que en el CAI

solo se hace referencia al mismo como confidente, es decir, conocer si el alumnado habla del acoso escolar con su familia. Otro dato llamativo es que, pese a que en los cuestionarios se atiende a los distintos implicados, existen menos referencias sobre los testigos, apareciendo solo en el CEBU (Estrada y Jaik, 2011), CIMIE-IV (Caballo et al., 2012) y CIMEI (Ortega et al., 2006). Otra debilidad es que el *cyberbullying* suele evaluarse de forma aislada, mediante cuestionarios centrados exclusivamente en esta tipología, ya que solo es evaluado junto al resto de tipologías dentro del CAI (Magaz et al., 2016) y del CMIE-IV (Caballo et al., 2012). Por último, el CIMEI (Ortega et al., 2006) y el Cuestionario de *Cyberbullying* (Ortega et al., 2007) pueden no corresponderse con la situación actual del acoso escolar debido a su antigüedad.

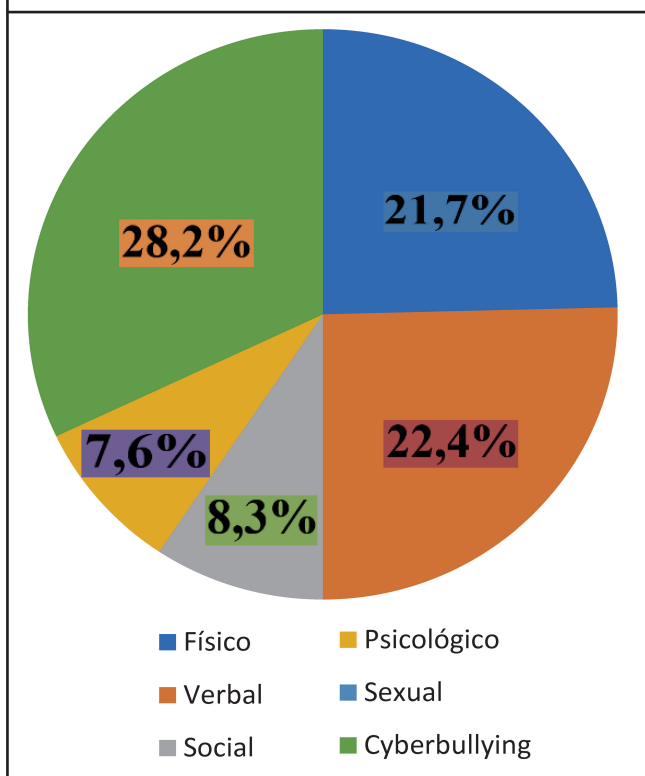
**Tipologías evaluadas con mayor frecuencia**

Tras la comparación general de los cuestionarios, se realizó un análisis más exhaustivo de los mismos, observando cuáles son las tipologías de acoso escolar evaluadas con mayor frecuencia. Para ello, se analizaron todos los ítems de los cuestionarios, excepto en el caso cuestionario CAI (Magaz et al., 2016), del cual solo se analizaron los 44 ítems de las escalas CAI-CA (Conductas de Acoso) y CAI-CAG (Conductas de Acoso según el Género), por ser las únicas que hacen referencia a los distintos tipos de acoso escolar. Dicho análisis se centró en seis tipologías de acoso escolar (físico, verbal, social, psicológico, sexual y *cyberbullying*), siguiendo la clasificación de Arruabarrena et al. (2018). Los datos obtenidos se recogen en la Tabla 2.

Se analizaron un total de 290 ítems, 34 de los cuales no hacían referencia a ninguna de las tipologías señaladas, sino a otros aspectos como, por ejemplo, los contextos en los que se suele desarrollar el acoso escolar. A partir de los datos reflejados en la Tabla 2, se calculó la frecuencia con la que suele evaluarse cada tipología de acoso escolar, tal y como refleja la Figura 2.

Los resultados mostraron que el *cyberbullying* es la tipología más evaluada con un 28,2% de los ítems centrándose en él. Esto puede asociarse con la afirmación de que el aumento del acoso escolar se debe a la aparición del *cyberbullying* (Garaigordobil y Martínez-

**FIGURA 2**  
**PORCENTAJE DE TIPOLOGÍAS DE ACOSO ESCOLAR EVALUADAS EN LOS CUESTIONARIOS**



**TABLA 3**  
**MANIFESTACIONES DE ACOSO ESCOLAR EVALUADAS CON MAYOR FRECUENCIA EN LOS CUESTIONARIOS**

Cuestionario	Acciones negativas evaluadas																				
	Acoso físico					Acoso verbal					Acoso social		Acoso psicológico		Cyberbullying						
	Pelearse	Puñetazos	Patadas	Empujar	Robo/daño de bienes	Insulto	Amenaza	Crítica	Broma	Apodo	Rumor	Ignorar	Aislar/no participar	Humillar	Coacción	Insulto y/o amenaza en mensaje	Insulto y/o amenaza en llamada	Video y/o foto	Suplantar	Rumor/información falsa	Expulsar de redes
CAI		X	X	X	X	X	X			X	X	X	X		X		X				
CBV																X	X	X	X	X	X
CEBU	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
CIMEI		X	X	X			X					X									
CMIE-IV	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X				
Cuestionario de <i>cyberbullying</i>															X	X	X				
EBIP-Q	X	X	X	X	X	X	X	X				X									
ECIP-Q																X		X	X	X	X
Escala de Agresión y Victimización	X	X	X	X		X	X			X	X			X							



Valderrey, 2018). Sin embargo, tres de los cuestionarios evaluados se centran exclusivamente en el análisis del *cyberbullying* (CBV, Álvarez-García et al., 2015; Cuestionario de *Cyberbullying*, Ortega et al., 2007; ECIP-Q, Del Rey et al., 2015), sin tener en cuenta otras tipologías. Esto explicaría el elevado porcentaje de ítems destinados a su evaluación. Así, si no se tienen en cuenta dichos instrumentos, los tipos de acoso escolar más evaluados en los cuestionarios analizados son el verbal, con un 22,4% y el físico con un 21,7%.

Los siguientes tipos de acoso escolar más evaluados son el social (8,3%) y el psicológico (7,6%), aunque con porcentajes muy inferiores a los hallados para el acoso verbal y físico. Si bien estas tipologías de acoso escolar suelen manifestarse mediante acciones indirectas, no observables a simple vista, los cuestionarios permiten su medición. Por tanto, resulta llamativo el poco peso que conceden a estas tipologías los cuestionarios analizados.

Por último, no se han encontrado referencias al acoso sexual en ninguno de los instrumentos analizados.

### **Acciones evaluadas con mayor frecuencia**

Un tercer análisis permitió determinar las manifestaciones de acoso escolar evaluadas con mayor frecuencia en los cuestionarios analizados, tal y como se recoge en la Tabla 3.

Respecto al acoso físico se observó que las acciones más evaluadas son pelearse, dar puñetazos, dar patadas y empujar. Si bien el acoso físico es aquel realizado contra el cuerpo del individuo y/o de sus bienes (Otopa, 2016), los cuestionarios analizados evalúan, mayoritariamente, acciones directas contra el cuerpo, existiendo pocos ítems referidos a acciones realizadas contra los bienes del individuo.

En segundo lugar, los resultados muestran que el acoso verbal suele evaluarse mediante tres conductas negativas directas: insultar, amenazar y poner motes ofensivos. Sin embargo, también destaca la utilización de la crítica y la difusión/creación de rumores como manifestaciones de acoso escolar frecuentes.

Por otro lado, los cuestionarios seleccionados muestran que el acoso social suele evaluarse mediante dos acciones: ignorar y no dejar participar en actividades, juegos o tareas. Cabe destacar que, según el estudio de Medina et al. (2017), ignorar es una acción indirecta y, por tanto, más difícil de detectar.

En cuanto al acoso psicológico, las acciones evaluadas con mayor frecuencia son humillar públicamente y coaccionar, bien sea mediante amenazas o manipulación. Ambas acciones son indirectas y tienen graves consecuencias para la víctima, ya que dañan su autoestima y son difíciles de detectar.

Por último, el análisis demostró que las acciones de *cyberbullying* más evaluadas son insultar y/o amenazar mediante mensajes o llamadas y realizar vídeos y/o fotografías de una persona con fines negativos. Por otro lado, las manifestaciones evaluadas con menor frecuencia son suplantar la identidad, crear información/difundir rumores y expulsar a alguien de un sitio web.

### **CONCLUSIONES**

Este estudio presenta un análisis comparativo de 9 cuestionarios destinados a la detección del acoso escolar en estudiantes de los últimos cursos de Educación Primaria y adolescentes. Dicho análisis resulta fundamental para el correcto desempeño de las labores

propias del psicólogo educativo referidas a la prevención, intervención y orientación dentro del contexto educativo.

Una vez identificadas las fortalezas de los cuestionarios, se observa que cumplen tres de los requisitos establecidos para el diseño de instrumentos de detección del acoso escolar: atender al entorno en el que se desarrolla el acoso, abordar los distintos tipos de acoso y considerar la frecuencia de las acciones, siendo esta una de las características fundamentales que permite determinar la existencia del acoso escolar (Widiharto et al., 2019). Además, los resultados coinciden con los obtenidos en estudios previos, mostrando que todos los cuestionarios tienen una buena consistencia interna (Vera et al., 2017), con un Alfa de Cronbach superior a .80. Asimismo, los cuestionarios analizados tienen como destinatario al alumnado de Educación Primaria y adolescentes, coincidiendo con el rango de edad donde más se manifiesta el acoso escolar (UNESCO, 2019). Se sugiere que la mayor prevalencia del acoso escolar en estas edades puede deberse a problemáticas propias de esta etapa del desarrollo, especialmente a nivel social (Gairín et al., 2013). Sin embargo, en línea con informes previos (Save the Children, 2016), la labor de detección y prevención del acoso debería realizarse desde edades más tempranas para evitar el establecimiento de relaciones basadas en la violencia o el desequilibrio de poder. Por ello, se enfatiza la importancia de evaluar, en investigaciones futuras, las condiciones que pueden promover situaciones de acoso en edades tempranas, tales como las variables socio-psicológicas del alumnado.

Respecto a las debilidades, los resultados sugieren la necesidad de incluir ítems acerca del entorno familiar, dada su influencia sobre el acoso escolar y su rol como agente socializador primario (Saneleuteiro y López, 2017). Asimismo, el análisis demuestra que la evaluación del acoso escolar se centra mayoritariamente en la víctima, existiendo menos ítems sobre el acosador y los testigos. Sin embargo, la intervención del acoso debe realizarse atendiendo a los tres implicados, a fin de detectar, no solo a la víctima sino también a los posibles agresores. Además, la observación de conductas violentas puede fomentar en los testigos el aprendizaje y desarrollo de las mismas, pudiendo agravar la situación (Cortés-Pascual et al., 2020; León et al., 2011). Por ello, deben incluirse ítems que aborden variables personales, familiares y escolares de los testigos y los acosadores, a fin de descubrir el porqué de la conducta agresiva (Enríquez y Garzón, 2015).

Este estudio sugiere que la tipología de acoso escolar más evaluada es el *cyberbullying*, pudiendo corresponder con un creciente interés sobre la misma, al considerar que la mayor prevalencia del acoso escolar puede deberse a su aparición (Del Rey et al., 2015). Sin embargo, su porcentaje puede relacionarse con su evaluación aislada en tres cuestionarios. Asimismo, las tipologías evaluadas con menor frecuencia son el acoso social y el psicológico. Esto puede deberse a que, según la UNESCO (2019), el acoso suele manifestarse mediante acciones físicas, por lo que los cuestionarios tienden a priorizarlas, como muestran los resultados de este estudio. Sin embargo, ha de tenerse en cuenta la capacidad de los cuestionarios para detectar conductas indirectas, siendo estas las propias del acoso social y psicológico. Por tanto, se sugiere que estudios futuros aprovechen esta potencialidad de los cuestionarios incluyendo más ítems sobre el acoso social y psicológico, a fin de detectar variables psico-sociales que influyen en el acoso escolar (Genain y Lenord,



2017). Por otro lado, no se hallaron referencias al acoso sexual en ninguno de los instrumentos, pudiendo deberse a que dicha tipología se manifiesta, en mayor medida, en el ámbito universitario y laboral (Larrea, 2018). Finalmente, en relación a las acciones propias del acoso escolar, los resultados obtenidos coinciden con los de Domínguez y Manzo (2011), mostrando que las manifestaciones de acoso social más frecuentes son ignorar y no permitir la participación en actividades. Además, resultan llamativas las escasas referencias a acciones realizadas contra los bienes de la persona dentro de los ítems que evalúan el acoso físico. Se enfatiza, por tanto, la necesidad de incluir más ítems sobre ese aspecto, ya que esta tipología no solo supone ataques contra el cuerpo de la persona, también contra sus bienes (Otopa, 2016).

En conclusión, este análisis comparativo de instrumentos de evaluación del acoso escolar permite profundizar tanto en las manifestaciones del acoso escolar evaluadas con mayor frecuencia como en el peso de cada tipología de acoso, aspectos deficitarios en estudios previos. A nivel científico, el presente estudio amplía la investigación en torno a las propiedades cualitativas de los instrumentos de evaluación del acoso escolar, yendo más allá del análisis psicométrico de los mismos. Por otro lado, a nivel educativo, ofrece una perspectiva global a orientadores y psicólogos educativos útil para detectar el acoso escolar. No obstante, los resultados obtenidos han de ser interpretados con cautela debido a limitaciones referidas al análisis de instrumentos exclusivamente en español y al rango de edad de los destinatarios. Por ello, se enfatiza la necesidad de plantear estudios comparativos futuros que consideren instrumentos válidos para diferentes contextos socio-lingüísticos y cubran un rango de edad más amplio.

#### CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses.

#### REFERENCIAS

- Alckim-Carvalho, F., Izbicki, S., Barufi, L. F., y Da Silva, M. H. (2014). Estratégias e instrumentos para a identificação de bullying em estudos nacionais. *Avaliações Psicológicas*, 13(3), 343-350.
- Álvarez-García, D., Dobarro, A., y Núñez, J. C. (2014). Validez y fiabilidad del Cuestionario de Cibervictimización en estudiantes de Secundaria. *Aula Abierta*, 43(1), 32-38. <https://dx.doi.org/10.1016/j.aula.2014.11.001>
- Arruabarrena, A., Zalduegi, A., y Flores, J. (2018). Violencia y acoso escolar. Bullying, cyberbullying y ciberconvivencia. En J. Escudero y F. González. (eds.), *El acoso escolar, bullying y cyberbullying* (pp. 27-43). Tirant Humanidades.
- Augusto, C. (2020). Jogos antibullying. A perceção dos professores e educadores portugueses. *Pedagogia Social: Revista Interuniversitaria*, 35, 47-59. [https://doi.org/10.7179/PSRI\\_2020.35.04](https://doi.org/10.7179/PSRI_2020.35.04)
- Berne, S., Frisén, A., Schultze-Krumholz, A., Scheithauer, H., Naruskov, K., Luik, P., Katzer, C., Erentaite, R., y Zukauskienė, R. (2013). Cyberbullying assessment instruments: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 18, 320-334. <https://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2012.11.022>
- Caballo, V. E., Calderero, M., Arias, B., Salazar, I. C., y Iruña, M. J. (2012). Development and validation of a new self-report assessment measure of bullying. *Behavioral Psychology*, 20(3), 625-647.
- Campos, F. (1995). El rol del psicólogo de la educación. *Papeles de Psicólogo*, 63
- Campuzano, M. E., Libien, Y., y Olmos, E. (2020). Frecuencia del acoso escolar (bullying) en jóvenes bachilleres. *Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa*, 7(14), 1-14.
- Cortés-Pascual, A., Cano-Escoranza, J., Elboj-Saso, C., y Iñiguez-Berrozpe, T. (2020). Positive relationships for the prevention of bullying and cyberbullying: a study in Aragón (Spain). *International Journal of Adolescence and Youth*, 25(1), 182-199. <https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1602064>
- De la Fuente, J. (2017). Relevancia del psicólogo educativo como profesional especializado: funciones específicas. *Padres y Maestros*, 389, 7-13. <https://doi.org/pym.i369.y2017.001>
- Del Rey, R., Casas, J. A., Ortega-Ruiz, R., Schultze-Krumholz, A., Scheithauer, H., Smith, P., Thompson, F., Burkoukis, V., Tsobatzoudis, H., Brighi, A., Guarani, A., Pyzalski, J., y Plichta, P. (2015). Structural validation and cross-cultural robustness of the European Cyberbullying Intervention Project Questionnaire. *Computers in Human Behavior*, 50, 141-147. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.03.065>
- Domínguez, F., y Manzo, M. M. (2011). Las manifestaciones del bullying en adolescentes. *Revista de Psicología*, 8(17), 19-33.
- Enríquez, M. F., y Garzón, F. (2015). El acoso escolar. *Saber, ciencia y libertad*, 10(1), 19-33.
- Estrada, M. A., y Jaik, A. (2011). Cuestionario para la Exploración del Bullying. *Revista Visión Educativa IUANES*, 5(11), 45-49.
- Gairín, J., Armengol, C., y Silva, B. P. (2013). El "Bullying" escolar. Consideraciones organizativas y estrategias para la intervención. *Educación XXI*, 16(1), 19-38. <https://doi.org/10.5944/educXXI.16.1.715>
- García, L., Quintana-Orts, C., y Rey, L. (2020). Cibervictimización y satisfacción vital en adolescentes: la inteligencia emocional como variable mediadora. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(1), 38-45. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.07.1.5>
- Garaigordobil, M., y Martínez-Valderrey, V. (2016). Impact of Cyberprogram 2.0 on Different Types of School Violence and Aggressiveness. *Frontiers in Psychology*, 7(428), 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00426>
- Garaigordobil, M., y Martínez-Valderrey, V. (2018). Technological Resources to Prevent Cyberbullying During Adolescence: The Cyberprogram 2.0 Program and the Cooperative Cybereduca 2.0 Videogame. *Frontiers in Psychology*, 9(745), 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00745>
- Gascón-Cánovas, J. J., Russo, J. R., Cózar, A., y Heredia, J. M. (2017). Adaptación cultural al español y baremación del Adolescent Peer Relations Instrument (APRI) para la detección de la victimización por acoso escolar: Estudio preliminar de las propiedades psicométricas. *Anales de Pediatría*, 87(1), 9-17. <https://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.12.003>
- Genain, L., y Lenord, M. (2017). *Los test psicológicos de aptitud y personalidad*. Parkstone International.
- Gil, F. (2020). Mitologías del bullying: falsos perfiles de víctimas y



- agresores. *Journal of Research in Social Pedagogy*, 35, 21-32. [https://doi.org/10.7179/PSRI\\_2020.35.02](https://doi.org/10.7179/PSRI_2020.35.02)
- González-Cabrera, J., Sánchez-Álvarez, N., Calvete, E., León-Mejía, A., Orue, I., y Machimbarrena, J. M. (2019). Psychometric properties of the triangulated version of the European Bullying Intervention Project Questionnaire: Prevalence across seven roles. *Psychology in the Schools*, 57, 78-90. <https://doi.org/10.1002/pits.22320>
- Gutiérrez, N. (2019). *Revisión de los instrumentos de evaluación del bullying y del cyberbullying empleados en los últimos siete años* [sesión de conferencia]. Congreso Iberoamericano La Educación Ante El Nuevo Entorno Digital.
- Hamburguer, M. E., Basile, K. C., y Vivolo, A. M. (2011). *Measuring Bullying Victimization, Perpetration and Bystander Experiences: A Compendium of Assessment Tools*. Atlanta.
- Hamodi-Galán, C., y Benito-Brunet, Y. (2019). Bullying: Detección mediante el test sociométrico y prevención a través de experiencias basadas en el método socioafectivo. *Revista Electrónica Educare*, 23(3), 1-25. <https://doi.org/10.15359/ree.23-3.3>
- Higueta-Gutiérrez, L. F., y Cardona-Arias, J. A. (2017). Validación de una escala de bullying en adolescentes de instituciones educativas de Medellín, Colombia. *Educación y Educadores*, 20(1), 9-23. <https://doi.org/10.5294/edu.2017.20.1.1>
- Lambe, L. J. y Craig, W. M. (2020). Peer defending as a multidimensional behavior: Development and validation of the Defending Behaviors Scale. *Journal of School Psychology*, 78, 38-53. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2019.12.001>
- Larrea, M. L. (2018). *¿Cómo se mide el acoso sexual?*. Arcoiris Producción Gráfica.
- León, B., Felipe, E., Gómez, T., y López, V. (2011). Acoso Escolar en la Comunidad de Extremadura vs. Informe español del Defensor del Pueblo (2006). *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9(2), 565-586.
- López, V. y Orpinas, P. (2012). Las escalas de agresión y victimización: validación y prevalencia en estudiantes chilenos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(2), 109-124.
- Lucas-Molina, B., Pérez-Albéniz, A., Giménez-Dasí, M. (2016). La evaluación del cyberbullying: situación actual y retos futuros. *Papeles del Psicólogo*, 37(1), 27-35.
- Magaz, A. M., Chorot, P., Santed, M. A., Valiente, R. M., y Sandín, B. (2016). Evaluación del bullying como victimización: Estructura, fiabilidad y validez del Cuestionario de Acoso entre Iguales (CAI). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(2), 77-95. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.2.2016.16990>
- Medina, H., Fontanilla, N., Mercado, Z., y Arias, D. (2017). Orientaciones teóricas para el abordaje del bullying en Educación. *Investigación Arbitraria*, 70, 669-678.
- Olweus, D. (1999). *The nature of school bullying. A cross-national perspective*. Routledge.
- Ortega, R., Mora-Merchán, J. A., y Mora, J. (2006). Cuestionario sobre intimidación y maltrato entre iguales [Manuscrito no publicado]. Junta de Andalucía, Universidad de Sevilla.
- Ortega, R., Calmaestra, J., y Mora-Merchán, J. A. (2007). Cuestionario de Cyberbullying [manuscrito no publicado]. Junta de Andalucía, Universidad de Córdoba.
- Ortega, R., Calmaestra, J., y Mora-Merchán, J. A. (2008). Cyberbullying. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(2), 183-192.
- Ortega-Ruiz, R., Del Rey, R., y Casas, J. A. (2016). Evaluar el bullying y cyberbullying validación española del EBIP-Q y del ECIP-Q. *Psicología Educativa*, 22(1), 71-79. <https://dx.doi.org/10.1016/j.pse.2016.01.004>
- Otopa, K. (2016). Types of bullying in the Senior High Schools in Ghana. *Journal of Education and Practice*, 7(36), 131-138.
- Ramos-Jiménez, A., Esparza, O., Castro-Valles, A., Hernández-Torres, R. P., Murguía-Romero, M. y Villalobos-Molina, R. (2018). Systematic Validation of a Self-Administered Questionnaire to Assess Bullying: From Elementary School to High School and by sex. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 20(1), 26-37.
- Rivera, R. (2018). Funciones ejecutivas y cognición social en adolescentes agresores, víctimas y espectadores en contexto de bullying. *Revista de Psicología*, 8(1), 41-66.
- Ruiz, R., Rioró, M., y Tesouro, M. (2015). Estudio del bullying en el ciclo superior de Primaria. *Educación XXI*, 18(1), 345-368. <https://doi.org/10.5944/educXXI.18.1.12384>
- Salmivalli, C., Poskiparta, E., Ahtola, A., y Haataja, A. (2013). The implementation and effectiveness of the KiVa antibullying program in Finland. *European Psychologist*, 18(2), 79-88. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000140>
- Sampén-Díaz, M. N., Aguilar-Ramos, M. C., y Tójar-Hurtado, J. C. (2017). Teaching social competence in Peru. A Bullying Prevention Program. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 19(1), 46-57.
- Saneleuteiro, E., y López, R. (2017). Violencia escolar: derechos y deberes para la convivencia. *Tendencias Pedagógicas*, 30, 267-280.
- Save the children. (2016). Yo a eso no juego. <https://www.savethechildren.es/publicaciones/yo-eso-no-juego>
- Tenorio-Maldonado, P. J. (2017). Algunas consideraciones de la psicología en el ámbito educativo. *Polo del Conocimiento*, 2(6), 1269-1277. <https://doi.org/10.23857/pc.v2i6.210>
- Thomas, H. J., Scott, J. G., Coates, J. M. y Connor, J. P. (2019). Development and validation of the Bullying and Cyberbullying Scale for Adolescents: A multi-dimensional measurement model. *British Journal of Educational Psychology*, 89, 75-94. <https://doi.org/10.1111/bjep.12223>
- UNESCO. (2019). Behind the numbers: Ending school violence and bullying. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000366483>
- Vera, C. Y., Vélez, C. M., y García, H. J. (2017). Medición del bullying escolar: Inventario de instrumentos disponibles en idioma español. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9(1), 1-16. <https://doi.org/10.5872/psiencia/9.1.31>
- Widiharto, C., Yulianti, P. D., y Wahyuni, S. (2019). Bullying among Javanese Ethnic Senior High School Students. *International Journal of Engineering and Advanced Technology*, 8(653), 468-472. <https://doi.org/10.35940/ijeat.F1086.09865319>



# MEETING IN THE MIDDLE: LURIA'S APPROACH AND COGNITIVE APPROACH TO SPOKEN LANGUAGE IMPAIRMENT IN APHASIA

## ENCUENTRO EN EL MEDIO: ENFOQUE DE LURIA Y ENFOQUE COGNITIVO PARA EL DETERIORO DEL LENGUAJE HABLADO EN LA AFASIA

Markashova E.I.<sup>1</sup>, Skvortsov A.A.<sup>1</sup>, Baulina M.E.<sup>1,3</sup>, Kovyazina M.S.<sup>1,2</sup> y Varako N.A.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Lomonosov Moscow State University, Faculty of Psychology. <sup>2</sup>Research Center of Neurology, Moscow, Russia.

<sup>3</sup>Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russia

El objetivo de este artículo es comparar y analizar dos enfoques de la afasia: La teoría de localización dinámica sistémica de las funciones mentales superiores desarrollada por A.R. Luria y modelo neurocognitivo de doble ruta. Hasta donde sabemos, nunca antes se había realizado un análisis comparativo de estas dos teorías. Encontramos similitudes entre estas dos teorías, así como diferencias entre ellas. Una de las diferencias clave es que, si bien el enfoque de Luria ve varios síntomas como consecuencias sistémicas de un impedimento primario, el modelo de ruta dual ve estos síntomas como independientes y no relacionados. Esta gran diferencia entre dos enfoques puede explicarse: el enfoque de Luria está en línea con el clásico «análisis del síndrome» de la afasia, al contrario del enfoque cognitivo, que asume que los síndromes clásicos son incapaces de explicar toda la diversidad de síntomas clínicos.

**Palabras clave:** Afasia, Luria, Modelo de doble ruta, Habla, Neuropsicología.

The aim of this paper is to compare and analyze two approaches to aphasia: The systemic dynamic localization of higher mental functions theory developed by A.R. Luria and neurocognitive dual-route model. To our knowledge, comparative analysis of these two theories was never done before. We found similarities between these two theories, as well as differences between them. One of the key differences is that while Luria's approach views various symptoms as systemic consequences of a primary impairment, the dual-route model sees these symptoms as independent and unrelated. This major difference between two approaches can be explained: Luria's approach is in line with classic "syndrome analysis" of aphasia, contrary to the cognitive approach, which assumes that classic syndromes are unable to explain all diversity of clinical symptoms.

**Key words:** Aphasia, Luria, Dual-route model, Speech, Neuropsychology.

**A**phasiology is one of the main branches of neuropsychology. It made a significant contribution to our understanding of mental functions. Analysis of aphasic deficits allows to conclude which psychological components are essential for speech processing. Luria's classification of aphasias is one of the most popular approaches of aphasia diagnostics in Russia, but it is also well known and used in the countries of Latin America, Mexico, Australia and others. One of the most common approaches in the European Union and in the United States of America are the spread activation theories, the module approach, as well as the symbol approach. The dual-route model is based on symbol approach and was chosen for the present analysis as one of the most influential models of speech processing in cognitive neuropsychology. It was developed in line with the so-called symbolic approach in cognitive psychology. The dual-route model is related to the classic structuralist approach Wernicke-Lichtheim Model of Aphasia. Luria's theory was based on accomplishments of functionalist approach, which investigated the structure of mental functions (Luria, 1962, 2002).

The aim of this paper is to conduct a comparative analysis between syndromes of aphasia, described by Luria, and elements of spoken speech described in the dual-route model. Such a comparison

is possible, since both dual-route model and Luria's neuropsychological approach define speech as a complex process which includes different elements. Thus, investigating the structure of speech processing is one of the main aims of both approaches.

### THE DUAL-ROUTE MODEL

Based on the computer metaphor, the dual-route model defines speech as a complex system, which includes preassigned elements which interact with each other (Coltheart, 2017). Blocks of information processing and storage are one of these elements. All these elements are interrelated, which is why it is possible to describe speech processes in terms of their interactions. Words are the main elements of information, which are processed in the cognitive system. More general speech elements are not examined in this model.

The basic principles of symbolic neurocognitive approach were formulated as (Caramazza, 2006; Coltheart, 2017; Whitworth et al., 2014): 1) universality of cognitive architecture (cognitive system is organized in a similar way among different individuals and includes basic cognitive processes and representations); 2) transparency (patients with brain lesions have a similar cognitive system, except for some singular impaired elements, which express themselves in the way how patients perform different tasks). If standard components, responsible for a particular speech process, are impaired, the patient is still able to complete the task, relying upon other elements of the cognitive system. This does not signify that a new cognitive structure is developing, to the contrary, it means that other, already existing speech processing systems are activated. This principle was also

Recibido: 20 septiembre 2020 - Aceptado: 11 marzo 2021

Correspondencia: Markashova E.I. Faculty of Psychology by Lomonosov Moscow State University. ul. Mokhovaya d. 11, str. 9, 125009, Moscow, Russian Federation.

E-Mail: markaliza@yandex.ru





formulated by Max Coltheart in 2001 (Coltheart, 2001): damages of a cognitive system can express themselves in impairments of its elements, but not in the development of new elements.

The first stage of information processing in the dual-route model includes the process of stimulus perception and primary analysis of its physical acoustic characteristics (Block 1 in Figure 1). The second stage includes phonological input buffer (Block 2). This block is a storage of separate phonemes, which are stored as perceptive images. Auditory stimulus which is processed in this block, is compared to different phonematic elements. This allows to transform the primary auditory stimulus in a sequence of phonemes, which represent a system of speech codes. Phonological input buffer also acts as a short-term memory, which keeps a sequence of coded phonemes (Jacquemot et al., 2006). The next stage of processing includes a phonological input lexicon (Block 3), which contains stable auditory images of words: a sequence of phonemes, which is contained in the phonematic input buffer, is compared to a holistic auditory image of words. As a result of this processing, cognitive system concludes whether this auditory stimulus is a sequence of speech sounds or an existing lexeme. Next, a selected auditory image is processed in the block of semantic system (Block 4), which is a storage of meanings. During this stage of processing, a perceived lexeme is compared to a meaning which is associated with it. The process of speech processing terminates.

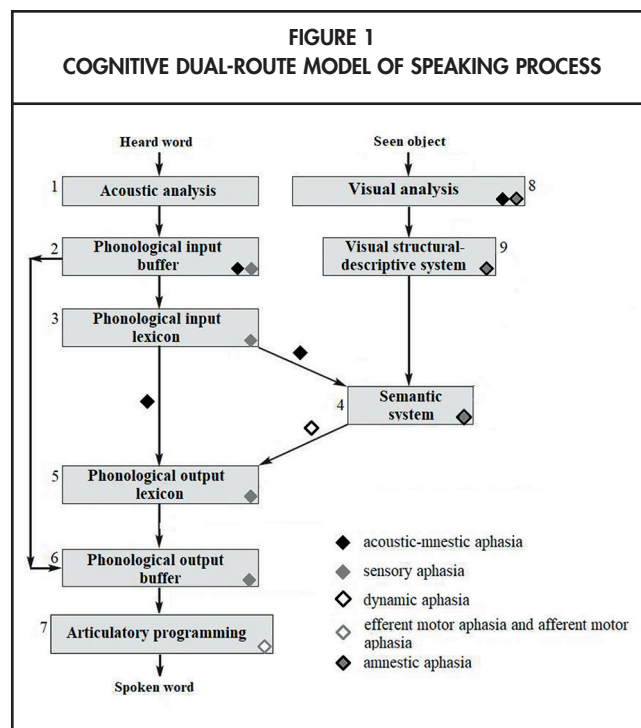
The process of speech production begins in the semantic system (Block 4). The information is processed in a phonological output lexicon (Block 5). The information is processed in a phonological output lexicon, which also stores auditory images of words (Block 5). Similarly to other blocks, this lexicon is called an "output" lexicon, because it takes part in processes of expressive, but not impressive speech. This block is similar to the phonological input lexicon, however it compares activated semantic meanings with lexemes which express them. The next step is the phonological output buffer (Block 6), where a holistic lexeme is once again split up in a sequence of phonemes. Similar to a phonetic input buffer, this buffer also acts as a short-term memory, as it stores a sequence of phonemes. Such a differentiation of a holistic auditory image into separate phonematic elements, while storing their sequence, is essential for the spoken speech processing: we consistently pronounce every phoneme, which constitutes a word as a whole. Finally, prepared sequence of phonemes is processed in the block of articulatory programming (Block 7), which stores articulatory schemes. Every phoneme is connected to a corresponding motor pattern, which allows motor implementation of spoken language. It should be mentioned that some researchers assume that the block of articulatory execution should not be included in the cognitive scheme of the dual-route model. They assume that this process is not cognitive in its nature, but motor (Coltheart et al., 2001).

Describing sequence of processes above, we analyzed the first cognitive pathway: lexical-semantic pathway (Beeson et al., n.d.; Caramazza, 2012; Coltheart et al., 1993). This pathway is related to semantic system and phonological lexicons. Thus, it is responsible for speech perception and spoken language. However, this model also includes a second pathway: non-lexical (Coltheart et al., 1993). It is directly linked to the input (Block 2) and output phonematic buffers (Block 6). This pathway is related to operating speech sounds which do not connect in holistic words. The assumption that this pathway exists is necessary in order to explain such processes as perception

and pronunciation of syllables, unknown words and meaningless sequences of speech sounds. Elements of speech which were processed in the system are not further processed in the blocks of phonematic input and output lexicons.

Despite its traditional historic title, the dual-route model includes one more route: lexical non-semantic route (Raymer, 2001; Caramazza, 1991; Coltheart et al., 1993; Patterson, 1986). This route is connected to the input lexicons (phonological and graphemic) with corresponding output lexicons, bypassing the semantic system block. The assumption that this route exists allows to explain the phenomena of repeating a word without understanding its meaning. In this case, each word is perceived as a holistic entity, however, its understanding is impaired, because the connection between input lexicon and semantic system is disrupted. Because of this, patient is unable to detect the meaning of the perceived word, although he or she is able to correctly repeat the word.

Moreover, the dual-route model describes the process of recognition and naming of objects. This process also begins with the visual analysis of a stimuli via its physical characteristics (Block 8). Next, there is a connection with the block of visual structural-descriptive system (Block 9). This block contains stable visual images of different objects. These images are stable standard images of all objects which were perceived earlier. Initially non-recognized stimuli are compared to these images and identified as familiar objects. Further, visual objects are connecting to particular meanings in the semantic system (Block 4) and thus become meaningful. The next stage of information processing can be described in line with already described schemes: via the corresponding structures of spoken language. Object naming can be also executed through the lexical-semantic processing – through the semantic system (Block 4) to the phonological output lexicon



(Block 5), phonematic output buffer (Block 6) and, finally, to the articulatory coding block (Block 7).

### LURIA'S CLASSIFICATION OF APHASIAS

We will now compare the syndromes of aphasia, described by Luria, with the impairments of different components of speech processing and connections between them in the dual-route model.

Luria's neuropsychological approach defines speech as one of the complex functional systems, which includes many different elements and relies on joint activation of different brain regions. When any of these regions is impaired, the whole speech processing suffers, but every time this impairment is specific: it depends on the function, which was related to this particular impaired brain region, and on the secondary systemic impairments which were induced by this initial impairment, as well as on the functional reconstructions which developed because of it. Such a qualitative structural analysis allows to investigate the mechanism which underlies the impairment, as well as to investigate the mechanism of the normal, unimpaired function (Akhutina, 2014; Luria, 1962, 2002).

Depending on the primary impairment, Luria defines different types of aphasia. Each of these types of aphasia is related to a specific impairment of speech processing. Luria defined the following types of aphasia:

#### 1. Sensory aphasia

The primary impairment in sensory aphasia is the inability to conduct phonematic analysis, which causes inability to understand spoken language, as well as the so-called "word salad" speech impairments (Luria, 2008). Because of the unstable phonematic structure of a word, the patients' speech is incoherent, as well as its grammatical form. The ability to repeat spoken language is severely impaired as well. Because of the disintegration of auditory structure of the word, the connections between this word and the object which it designates interrupts.

According to the dual-route model, the block of phonematic input buffer is responsible for the phonematic hearing. Consequently, in line with the dual-route model, the symptoms of sensory aphasia can be explained as a result of an inability to transform auditory signal into a phoneme, because the storage of phonematic perceptive standards is impaired.

Moreover, in order to explain the impairment of expressive speech in sensory aphasia in line with the dual-route model, it is essential to assume an impairment of the phonological output lexicon, as well as its connection to a phonematic output buffer and semantic system block. This can explain literal and verbal paraphasias develop in spoken language. Literal paraphasias in expressive speech are consequences of the phonological output lexicon impairment, as the latter contains auditory images of words. Impaired auditory images of words essentially cause distortions in pronunciations of different words. In this case, a transition between a holistic auditory image of a word and its phonematic analysis is impaired, which causes the impairment of the word's structure and pronunciation of incorrect syllables. Moreover, literal paraphasias can develop because connection between phonological output lexicon and phonematic output buffer is impaired.

Verbal paraphasias are related to a disruption of the connection between semantic system block and phonological output lexicon.

Auditory images of words are intact, as well as their meanings, but the connection between them is impaired. As a result, patient replaces a required word sounding, which corresponds to a particular meaning, with a different word sounding, which is intact in its structure, but is connected to a completely different meaning. Difficulties in naming different objects are explained in a similar way.

Alienation of the word's meaning assumes an impairment of connections between phonological input lexicon and semantic system block, which contains the words meanings. In this case, even using lexical-nonsemantic pathway, it is not possible to avoid difficulties while repeating words. Because, as it was already mentioned above, phonological output lexicon and its connection to phonematic output buffer are impaired.

#### 2. Acoustic-mnestic aphasia

The core impairment of acoustic-mnestic aphasia is related to the auditory-speech memory impairment (Luria, 1962). Because of it, the following symptoms develop: difficulties of spoken language understanding and verbal paraphasias.

The second mechanism, which underlies acoustic-mnestic aphasia, is related to the impairment of images and representations of the objects. This impairment causes inability to activate a correct word which corresponds to these objects, and results in the nominative difficulties described above.

In line with the dual-route model, the first mechanism of acoustic-mnestic aphasia is related to phonematic input buffer. As mentioned above, this block is responsible not only for perception and storage of phonemes, but acts as a short-term memory. The second mechanism which underlies acoustic-mnestic aphasia is related to the impairment of the visual descriptive system (Block 9). Degradation of images and representations of the objects in this case is the reason of the verbal paraphasias described above.

Disruption of the connection between phonological input lexicon and semantic system block explains the "alienation of the meaning of the word", which develops although the ability to repeat the word is intact. However, patient can still rely on lexical-nonsemantic pathway: a direct transition from phonological input lexicon to the output, bypassing the semantic system. Thus, patient is able to perceive and correctly repeat the word, but unable to define its meaning. It still cannot be concluded that connection between two lexicons is fully intact, because these patients have difficulties repeating sequences of words.

#### 3. Amnestic aphasia

The main cause of amnestic aphasia, according to A.R. Luria, is the impairment of internal semantic web of notions (Luria, 1962, 2008). Difficulties in object naming are the leading symptom, which develops as a result of the parietal-occipital lesions in the left hemisphere. However, a hint (e.g., the first syllable of the forgotten word) is sufficient to help the patient with amnestic aphasia to name the object correctly, which is not the case for patients with acoustic-mnestic aphasia. Impairment of nominative function of speech causes verbal paraphasias. In line with the dual-route model, such a disruption in the web of the meanings probably corresponds to the disruption of the semantic system, which is the storage of all word meanings and their interconnections.



The second mechanism which might underly the amnesic aphasia, according to A.R. Luria, corresponds to the one already described for the acoustic-mnesic aphasia (Luria, 1962, 2008). Trying to explain the difficulties of object naming, the author refers to the impairment of internal images-representations of these objects. Unable to rely on the image-representation of the object, the patient is unable to detect the key characteristics of the object and, subsequently, to detect the meaning which corresponds to it. In line with the dual-route model, a similar mechanism can be observed in the block of visual structural-descriptive system: the holistic image of the object is developing as a result of synthesis of visual impressions. In this case, amnesic aphasia can be defined as an impairment of this block, which causes the disruptions of images-representations of the objects. Thus, patient is unable to rely on them in order to switch to the next block of semantic system.

#### **4, 5. Efferent motor aphasia and afferent motor aphasia**

According to A.R. Luria, efferent motor aphasia and afferent motor aphasia are both related to the motor type of aphasia. However, the primary impairment of these two aphasias is different: kinetic analysis and synthesis and kinetic organization of subtle speech processes aphasia (Luria, 1962, 2008).

Afferent motor aphasia causes inability to articulate appropriate sounds of speech. Speech of these patients is characterized by literal paraphasias and mixing speech sounds, which have different acoustic traits, but have similar articulation.

Efferent motor aphasia causes difficulties in switching from one articulated speech sound to another, which disrupts pronunciation of words. At the same time, pronunciation of isolated speech sounds can be intact. However, previously automatically executed sequences of efferent operations, which switch smoothly and result in a correctly articulated scheme of the word, are impaired (Akhutina, 2014; Luria, 1962).

Such a distinction between two types of motor aphasias is impossible in line with the dual-route model. As we already mentioned above, some researchers consider that motor component should not be included in the structure of the cognitive system (Coltheart et al., 2001), because it is not cognitive, but motor in its nature. However, other researchers consider the block of articulatory coding (Coltheart, 2006; Whitworth et al., 2014; Wilshire, 2008), which is situated after the phonematic output buffer and before the process of spoken speech production. Accordingly, the mechanism of motor aphasic impairments in line with the dual-route model is related to the deterioration of articulatory schemes, which are stored in the articulatory coding block. Luria considered that earlier theories did not differentiate these two mechanisms of motor aphasia as two distinct mechanisms, which is also the case of the dual-route model (Luria, 1962).

#### **6,7. Dynamic aphasia and semantic aphasia**

According to A.R. Luria, dynamic aphasia is related to the impairment of speech coding which causes difficulties of active spoken language development (Luria, 1962, 2008). In line with the dual-route model, a similar mechanism impairs the connection between semantic system block and phonological output lexicon. Patients with dynamic aphasia have intact speech elements, however the active dynamic speech production process is impaired. Thus,

speaking (e.g., repeating) is available for these patients, but not as an active productive process.

Syndrome of dynamic aphasia is characterized by a phenomenon of agrammatism (Akhutina, 2014, 2002). However, such an impairment of grammatical aspect of speech cannot be explained in line with the dual-route model. As mentioned above, the dual-route model attempts to explain speech processing on the level of words and phonemes. Thus, agrammatical impairments, which are related to different levels of speech processing, cannot be explained on the level of words and phonemes. To explain these impairments, other approaches can be used. For example, N. Chomsky's conception of generative grammar (Caplan & Marshall, 1976; Garraffa & Fyndanis, 2020).

The same applies to the syndrome of semantic aphasia: according to Luria, speech is impaired at the syntagms level. Thus, this aphasia cannot be explained in line with the dual-route model. Patients with semantic aphasia do not have difficulties with articulation or phonematic hearing. Understanding of distinct words and simple phrases is intact as well. Considerable impairments appear in more complex processes of speech: logical grammatical constructions, which express spatial and other complex relations (for example, comparative or attributive relations).

#### **CONCLUSION**

We compared syndromes of aphasia according to Luria and the dual-route model. It is possible to compare these two models, because both of them define speech as a complex process. At the same time, there is an important distinction between those two models: various symptoms of speech impairment are described by Luria as systematic consequences of one primary impairment, they are thus included in one particular syndrome of aphasia. The same symptoms can be viewed as distinct impairments of speech in line with the dual-route model.

This distinction between two models can be explained. Luria's model was developed in the middle of XX century, when syndrome analysis principle (initially developed in medicine) was one of the major principles of aphasiology. In line with this principle, various symptoms were explained as a result of one primary impairment. As a result of this approach, the well-known aphasic syndromes were described: the Wernicke-Lichtheim's syndromes, Goodglass's syndromes, Head's syndromes, etc. Luria's approach to aphasia was made in a similar way.

However, as time passed by, many case studies described patients which had a dissociation of symptoms, which were earlier considered as related to one syndrome. This fact stimulated cognitive approach in neuropsychology to detail our understanding of speech processes. As a result, syndromes described by Luria and other researchers were considered as a set of symptoms, which are not necessarily connected to one singular primary impairment. This fact can explain the differences between the Luria's approach and the dual-route model, described in this paper.

Finally, we can conclude that the dual-route model does not reject the classic syndromes of aphasia, but details them. The double-route model analyzes the same aphasic syndromes as the Luria's model does. However, it considers different mechanisms of impairment. The advantage of the dual-route model is a more detailed investigation of the impairments which underly the symptoms, as well as mode



detailed description of impairments and dissociations. For example, according to the dual-route model, various impaired speech mechanisms underlie the sensory aphasia. While in line with Luria's model, one single factor's impairment underlies sensory aphasia. At the same time, Luria includes the feedback component in his analysis of the mechanisms of speech impairments, which is lacking in the dual-route model. We attempted to reveal these and other differences between two approaches which attempt to explain the same types of aphasia: Luria's approach and the dual-model route.

The mutual enrichment of both models by achievements of each of them is one of the main results of this paper. Comparing these two models contributes to clarifying and identifying the mechanisms which underlie speech impairments. Moreover, it contributes to our understanding of these impairments and allows to identify the advantages and disadvantages of both approaches. In its turn, clarification and investigation of mechanisms which underlie the impairments will contribute to our understanding of rehabilitation processes. In line with Luria's syndrome approach, the primary and secondary symptoms are identified, which allows to develop an adequate rehabilitation program in line with human centered approach. Compared to the dual-route model of aphasias, Luria's approach also allows to overcome its limitations, related to its applicability uniquely on the level of words. Luria's classification of aphasias explains the speech impairments on the level of words, but also on the level of sentences and texts – more general speech units. The dual-route model, in its turn, identified detailed speech mechanisms which can more flexibly explain symptoms and dissociations, which are rarely explained in line with Luria's syndrome approach. At the same time, the dual-route model did not develop the idea of the interplay between the impairments. In line with the dual-route model, all effects of impairments pointed in one direction, while in line with Luria's model all effects have different directions (according to his mechanism of feedback). Consequently, comparing these two approaches may enlarge psychological discussion, dedicated to our understanding of the structure of speech processing. Moreover, it builds the bridge between two neuropsychological schools, overcoming theoretical disconnection and leading to collaboration.

#### CONFLICT OF INTERESTS

There is no conflict of interests

#### REFERENCES

- Akhutina, T.V. (2002). Neyrolingvisticheskiy analiz dinamicheskoy afazii: O mekhanizmax postroyeniya vyskazyvaniya [Neurolinguistic analysis of dynamic aphasia: On the mechanisms of constructing an utterance.]. – M.: Terevinf. – 144 c.
- Akhutina, T.V. (2014). Neyrolingvisticheskiy analiz leksiki, semantiki i pragmatiki [Neurolinguistic analysis of vocabulary, semantics and pragmatics]. – M.: Yazyki slavyanskoy kul'tury. – 424 c.
- Beeson, P. M., & Henry, M. L. (2012). Comprehension and production of written words. In Chapey, R. (Ed.), *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders: Fifth edition* (pp. 654-688). Wolters Kluwer Health Adis (ESP).
- Caplan, D., & Marshall, J. (1976). Generative grammar and aphasic disorders: A theory of language representation in the human brain. *Foundations of Language*, 13, 583-596.
- Caramazza, A. (1984). The logic of neuropsychological research and the problem of patient classification in aphasia. *Brain and Language*, 21(1), 9-20. [https://doi.org/10.1016/0093-934X\(84\)90032-4](https://doi.org/10.1016/0093-934X(84)90032-4)
- Caramazza, A. (2012). *Issues in reading, writing and speaking: A neuropsychological perspective* (Vol. 3). Springer Science & Business Media.
- Caramazza, A., & Coltheart, M. (2006). Cognitive neuropsychology twenty years on. *Cognitive Neuropsychology*, 23(1), 3-12. <https://doi.org/10.1080/02643290500443250>
- Coltheart, M. (2001). Assumptions and methods in cognitive neuropsychology. In B. Rapp (Ed.), *The handbook of cognitive neuropsychology: What deficits reveal about the human mind*. (pp. 3-21). Psychology Press.
- Coltheart, M. (2006). Dual route and connectionist models of reading: An overview. *London Review of Education*, 4(1), 5-17.
- Coltheart, M. (2017). The assumptions of cognitive neuropsychology: Reflections on Caramazza (1984, 1986). *Cognitive Neuropsychology*, 34(7-8), 397-402. <https://doi.org/10.1080/02643294.2017.1324950>
- Coltheart, M., Curtis, B., Atkins, P., & Haller, M. (1993). Models of reading aloud. *Psychological Review*, 100(4), 589-608. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.100.4.589>
- Coltheart, M., Rastle, K., Perry, C., Langdon, R., & Ziegler, J. (2001). DRC: A dual route cascaded model of visual word recognition and reading aloud. *Psychological Review*, 108(1), 204-256. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.108.1.204>
- Garraffa, M., & Fyndanis, V. (2020). Linguistic theory and aphasia: An overview. *Aphasiology*, 34(8), 905-926. <https://doi.org/10.1080/02687038.2020.1770196>
- Jacquemot, C., Dupoux, E., Decouche, O., & Bachoud-Lévi, A. C. (2006). Misperception in sentences but not in words: Speech perception and the phonological buffer. *Cognitive Neuropsychology*, 23(6), 949-971. <https://doi.org/10.1080/02643290600625749>
- Luriya, A. R. (1962). *Vysshie korkovye funkcii cheloveka i ih narusheniya pri lokal'nyh porazheniyah mozga [Higher cortical functions of a person and their disturbances in local brain injuries]*. Moskva: Izdatel'stvo Moskovskogo universiteta
- Luriya, A. R. (2002). *Pis'mo i rech': Neyrolingvisticheskiye issledovaniya [Writing and Speaking: Neurolinguistic Research]*. M.: Izdatel'skiy tsentr «Academia».
- Luriya, A. R. (2008). *Osnovy neyropsikhologii*. M.: Izdatel'skiy tsentr «Academia».
- Patterson, K. (1986). Lexical but Nonsemantic Spelling? *Cognitive Neuropsychology*, 3(3), 341-367. <https://doi.org/10.1080/02643298608253363>
- Raymer, A. M. (2001). Cognitive approaches to impairments of word comprehension and production. In Chapey, R. (Ed.), *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders*. pp. (524-550). Wolters Kluwer.
- Whitworth, A., Webster, J., & Howard, D. (2014). *A cognitive neuropsychological approach to assessment and intervention in aphasia*. Psychology Press.
- Wilshire, C. E. (2008). Cognitive neuropsychological approaches to word production in aphasia: Beyond boxes and arrows. *Aphasiology*, 22(10), 1019-1053. <https://doi.org/10.1080/02687030701536016>

## ¿POR QUÉ HABRÍA QUE PRIORIZAR UNA MAYOR PRESENCIA DE PROFESIONALES DE LA PSICOLOGÍA EN LA SANIDAD PÚBLICA?

### Cátedra UCM-Grupo 5 Contra el Estigma

Desde que comenzó la pandemia causada por el SARS-CovV-2 o Covid-19 en marzo de 2020, la sanidad española se ha visto desbordada por la gran presión asistencial que han tenido que soportar sus profesionales. Esta presión no ha sido menor en el caso del ámbito de Salud Mental, que además sufre una evidente carencia tanto de medios como de número de profesionales. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2020 la ratio de psicólogos por cada 1000 habitantes en España es del 0,73. Esto es, no hay ni siquiera un psicólogo por cada 1000 habitantes. Aun teniendo en cuenta que la tasa más alta de psicólogos con especialidad sanitaria se encuentra en Madrid (1,74 por 1000 habitantes), está claro que sigue siendo una ratio insuficiente.

El estudio longitudinal Psi-Covid-19 de la Cátedra UCM-Grupo 5 Contra el Estigma (González-Sanguino et al., 2021) junto a otros estudios nacionales (Valiente et al., 2020) e internacionales (Cénat et al., 2021; Mazza et al., 2020; Tanoue et al., 2020) han reflejado un empeoramiento preocupante de sintomatología psicológica agravada por la pandemia de Covid-19. Entre otros aspectos, destaca un aumento de la sintomatología ansioso-depresiva, así como un aumento de problemas de sueño y de sintomatología postraumática en la población general, además de un aumento en los sentimientos de soledad y un aumento en la percepción de discriminación de algunos grupos poblacionales.

El Colegio Oficial de la Psicología de Madrid estima que, en el último año, las peticiones de consulta han crecido entre un 20% y un 30% en la Comunidad de Madrid, debido a las consecuencias de la Covid-19 (extraído de El País, 5 de abril de 2021). Por otro lado, la Agencia Española de Pediatría expone que la pandemia de Covid-19 ha afectado de forma importante a la salud mental de los jóvenes, dato que se ve reflejado en las urgencias pediátricas de los hospitales españoles (extraído de Agencia EFE, 2021). El estudio longitudinal Psi-Covid-19 analizó el uso de los servicios de salud mental por parte de la población española entre marzo de 2020 y marzo de 2021, encontrando que el 40% de la muestra reveló haber tenido algún problema de salud mental en los últimos 12 meses. De ese 40%, solo el 23% señaló haber recibido algún tipo de tratamiento presencial o a distancia. Los que no solicitaron ayuda, reflejaron no haberlo hecho por considerar que podían manejar los problemas por sí mismos (40%), que sus problemas mejoraron solos (20%), o por no poder permitirse pagar un tratamiento (20%). Un dato a tener en cuenta es que la muestra refleja haber recibido mayoritariamente psicoterapia presencial o a distancia, en su conjunto en torno al 62% de la atención. Por otro lado, los tratamientos psiquiátricos o farmacológicos están presentes en torno al 25% de los casos.

Estos datos señalan cómo la pandemia ha tenido efectos devastadores en la salud mental de la población española, siendo necesario un acceso más sencillo a los servicios de atención psicológica, y una mayor presencia de la psicología tanto a nivel hospitalario como en los servicios de Atención Primaria. Débora Kestel, responsable de Salud Mental y Uso de Sustancias de la

Organización Mundial de la Salud, expuso el pasado 5 de julio en el Curso de Verano del Escorial titulado "El Estigma en tiempos de Pandemia", que la inclusión de servicios de Salud Mental en Atención Primaria y Secundaria es necesaria para cubrir de forma universal la salud de las personas, salvando así innumerables vidas. En este mismo curso, Kestel expuso la necesidad de hacer llamadas a la acción y de dejar claro que la salud mental es una prioridad.

Por tanto, en un futuro próximo sería importante incluir un mayor número de profesionales de la psicología en la Sanidad Pública, en concreto en Atención Primaria, área que se ha visto especialmente afectada por la pandemia de Covid-19. El aumento de plazas para Psicólogos/as Internos Residentes, así como una mayor presencia de psicólogos/as en centros sociosanitarios públicos y privados debe ser una prioridad de cara a afrontar el empeoramiento de la salud mental de la población general española.

Para más información de la Cátedra, visite [www.contraelestigma.com](http://www.contraelestigma.com)

### REFERENCIAS

- Cátedra UCM-Grupo 5 Contra el Estigma (2021). Conviviendo un año con la Covid-19: estudio longitudinal del impacto psicológico de la Covid-19 en la población española (Psi-Covid-19). Madrid: Autor.
- Cénat, J. M., Blais-Rochette, C., Kokou-Kpolou, C. K., Noorishad, P. G., Mukunzi, J. N., McIntee, S. E., Dalexis, R. D., Goulet, M. A., & Labelle, R. P. (2021). Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 295(June 2020). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113599>
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M. A., Saiz, J., & Muñoz, M. (2021). Mental health consequences of the Covid-19 outbreak in Spain. A longitudinal study of the alarm situation and return to the new normality. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 107, 110219. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110219>
- INE. (2021). Profesionales Sanitarios Colegiados Año 2020. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C., & Roma, P. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the covid-19 pandemic: Immediate psychological responses and associated factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3165. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093165>
- Tanoue, Y., Nomura, S., Yoneoka, D., Kawashima, T., Eguchi, A., Shi, S., Harada, N., & Miyata, H. (2020). Mental health of family, friends, and co-workers of COVID-19 patients in Japan. *Psychiatry Research*, 291, 113067. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113067>
- Valiente, C., Vázquez, C., Peinado, V., Contreras, A., Trucharte, A., Bentall, R., & Martínez, A. (2020). Síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático ante el COVID-19: prevalencia y predictores [Anxiety, depression, and posttraumatic stress symptoms facing COVID-19: prevalence and predictors]. *VIDA-COVID-19. Estudio Nacional Representativo de Las Respuestas de Los Ciudadanos de España Ante La Crisis de Covid-19: Respuestas Psicológicas*, 19, 1-19.



**FUNDAMENTOS Y APLICACIONES CLÍNICAS DE FACT.  
UNA INTERVENCIÓN PARA ABORDAR EL SUFRIMIENTO  
HUMANO A TRAVÉS DE LA TERAPIAS CONTEXTUALES**

Juan José Macías Morón y Luis Valero Aguayo  
Madrid: Pirámide. 2021

**Rafael Ferro García**  
Centro de Psicología Clínica C.E.D.I. Granada

Este libro expone de forma sencilla y precisa una intervención novedosa en la que se combinan dos de las terapias de tercera generación más representativas, la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) y La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Ambas terapias están basadas filosóficamente en el contextualismo funcional, comparten los mecanismos que subyacen al cambio terapéutico que están basados en las leyes del aprendizaje y ambas tienen apoyo experimental que demuestra su evidencia. A esta combinación se le ha denominado FACT (*Functional-Analytic Acceptance and Commitment Therapy*). Aunque fue propuesta hace algún tiempo (Callaghan et al., 2004), hasta este momento no se había publicado ningún libro que abarcara estos contenidos, y en este sentido se considera novedosa esta aportación. Además, como indica Marino Pérez Álvarez en el prólogo, la propia FACT es innovadora dentro de unas terapias ya innovadoras. Se ha establecido como un sistema breve y eficaz para mejorar la calidad de vida de las personas a través de investigaciones y revisiones. Esta forma de intervención se basa en los principios del aprendizaje, el análisis funcional y la relación terapéutica como contexto donde se produce el cambio.

Este libro se podría dividir en tres secciones o partes. Una primera sección sería introductoria y agruparía los capítulos del 1 al 8. Los cuatro primeros explican en qué consiste el malestar psicológico y el sufrimiento humano, se desmantelan filosóficamente y funcionalmente los sistemas de clasificación sindrómica, junto al modelo biomédico de psicopatología, y se propone como alternativa la dimensión funcional de la inflexibilidad psicológica y de la evitación experiencial. Los dos siguientes capítulos exponen de forma didáctica las bases filosóficas del contextualismo funcional, y una descripción de la Teoría de los Marcos Relacionales. El capítulo 7 trata de la exposición sencilla de la ACT, de sus principios, de sus procesos centrales y de la abundante evidencia que tiene esta terapia. En el capítulo 8 se exponen las características de la FAP, la relación terapéutica como mecanismo de cambio, la importancia de la historia y del yo en los problemas psicológicos, y su eficacia en diferentes contextos y condiciones. En una segunda sección se expone la FACT en los capítulos 9, 10 y 11, donde se plantea la integración de ambas terapias y las características y los procesos de FACT, y se revisan sus aplicaciones. En la última sección, el capítulo 12 se dedica a hacer un análisis de la terapia basada en los procesos de cambio y pone como un ejemplo de esto la propia FACT y también al análisis funcional como uno de los procesos básicos. Los capítulos 13 y 14, exponen respectivamente, FACT como una terapia basada en las relaciones íntimas y en las relaciones humanas. Los capítulos 15 y 16 describen ejemplos de casos con diálogos y moldeamiento reales de los propios terapeutas. El último capítulo plantea de una forma va-

liente el futuro de la psicoterapia y algunas de las contradicciones en las que caen las terapias contextuales.

Las terapias basadas en procesos es algo muy de moda actualmente y como mantienen los autores, podrían ser considerada como la cuarta ola de la terapia de conducta. Esta propuesta pretende agrupar todos los procesos de cambio desde distintas posiciones teóricas (Hayes & Hofmann, 2020), en línea con las intervenciones trans-diagnósticas. Los autores proponen la FACT como una terapia basada en procesos.

Se ha echado en falta desde sus orígenes más publicaciones de esta terapia y también alguna referencia de esta combinación en las últimas publicaciones de ACT y FAP (Holman et al., 2017; Levin et al 2020) y en especial como se ha dicho, de un manual de la misma, algo que este libro suplir.

El lector de este libro encontrará de forma documentada y asequible, una exposición sobre una terapia breve desconocida aún en este país y que puede ser considerada como una intervención transdiagnóstica aplicada tanto en forma individual como en grupo. También, ejemplos de intervención y de las habilidades para ser un buen terapeuta y unas recomendaciones prácticas para el trabajo; y algo que no se suele encontrar en estos manuales, los datos que indican que el psicólogo no es un superhéroe, ni tampoco infalible, proponiendo la colaboración y el apoyo entre profesionales como alternativa a la formación y supervisión terapéutica.

Es un libro escrito por autores expertos en estas terapias y en la FACT, con años de experiencia en la misma. Es más que recomendable para cualquier clínico que quiera estar al día y que esté interesado en una forma de intervención breve y eficaz de los problemas psicológicos.

**REFERENCIAS**

Callaghan, G.M., Gregg, J.A., Mark, B.P., Kohlenberg, B.S. & Gifford, E. (2004). FACT: The utility of an integration of functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy to alleviate human suffering. *Psychotherapy: theory, Research, Practice, & Training*, 41, 195-207: <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.3195>

Hayes, S.C. & Hofmann, S.C. (2018). *Process-based CBT. The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavioral Therapy*. Context Press

Holman, G., Kanter, J., Tsai, M., & Kohlenberg, R. (2017). *Functional Analytic Psychotherapy made simple: A practical guide to therapeutic relationships*. New Harbinger.

Levin, M.E., Twohig, M.P. & Krafft, J. (2020). *Innovations in Acceptance & Commitment Therapy. Clinical Advancements and Applications in ACT*. Context Press

*Correspondencia:* Rafael Ferro García. Centro de Psicología Clínica C.E.D.I. Avda. de la Constitución 25, 7º Izqda. 18014 Granada. España. E-mail: [rferro@cop.es](mailto:rferro@cop.es)



## CIENCIA Y PSEUDOCIENCIA EN PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

Marino Pérez Álvarez  
Madrid: Alianza Editorial. 2020

¿ADAPTAMOS LA PSICOLOGÍA A LA CIENCIA O  
LA CIENCIA A LA PSICOLOGÍA?

José Errasti y Susana Al-Halabi  
Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo

Mirando de reojo a otras disciplinas, intentando ganar una credibilidad que le ha sido esquiva durante buena parte de su historia, la Psicología ha abrazado más fuerte que ninguna otra de las Humanidades la etiqueta de “ciencia”, en un intento de ganar el prestigio asociado a otros conocimientos prototípicamente científicos, como la física, la medicina o la computación. Pocos son los psicólogos que no remarquen su carácter científico, pocos los manuales de Psicología que no destacan en sus primeras páginas la naturaleza científica del texto que se va a leer.

Ahora bien, este interés por incluirse dentro de las disciplinas científicas no suele ir acompañado por un interés semejante a la hora de estudiar filosofía de la ciencia. Así como hay ciencias que estudian las células, otras, los planetas, otras, las moléculas, no hay ninguna ciencia que tome a las ciencias como objeto de estudio. Dicho de otra manera: qué es la ciencia no es una pregunta científica sino filosófica, y la obcecación en considerarse científicos que tienen la gran mayoría de los psicólogos sólo resulta comparable al desinterés por adquirir la menor formación en epistemología, que les permitiría tener una idea de ciencia más allá del fundamentalismo, el mito, la moda y la ideología que encontramos a nivel popular acerca de lo que hacen las personas con bata blanca en sus laboratorios.

Por esto, el reciente libro “Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría” resulta ser especialmente relevante, y es una muestra más de la capacidad que tiene Marino Pérez Álvarez para tratar temas cruciales que están hirviendo en el campo de la Psicología sin perder en ningún momento el nivel académico que ya caracteriza al que es —vamos a ser moderados en nuestro juicio— una de las más extraordinarias e indiscutibles figuras punteras de la Psicología nacional desde hace varias décadas. Una vez más, Pérez Álvarez ha firmado un texto a la vez divulgativo y riguroso, de plena actualidad e intemporal, claro en la exposición de posturas necesariamente complejas. Que nadie espere encontrar en “Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría” ni un entusiasmo por una visión mundana y vulgar de la Psicología como ciencia —positivismo de los años 50, método hipotético-deductivo, falsabilidad popperiana, énfasis en el cuantitativismo... tan habituales en los que se dicen “divulgadores científicos”— ni una refutación de todo rigor y criterio llevado por pragmatismos o metafísicas.

Ni lo uno ni lo otro. Antes bien, Marino Pérez Álvarez, subido a los hombros del gigante filósofo Gustavo Bueno, intenta colocar a la Psicología en su sitio, y aclarar qué estatuto científico corresponde a tal espacio. El lugar de la Psicología no es el de la medicina ni el del individualismo humanista, no es el de la neurociencia ni el del bluff de la llamada “psicología positiva”. El autor nos ha enseñado a lo largo de toda su carrera que tan importante como contestar a las preguntas es plantearlas correctamente, y este principio pasa por presentar al lector en la primera parte de la obra toda una teoría de la ciencia, desde luego, más allá de la corriente principal, en donde el objeto de estudio no se recorte, como el lecho de Procasto positivista nos acostumbró, a la medida de un método que es ajeno a la Psicología y se adopta por mero

papanatismo fiscalista. Por el contrario, cabría entender que la epistemología no puede ser ajena a la ontología sino dependiente de ella, y que la ciencia de la Psicología sólo podrá desarrollarse de forma cabal sobre una construcción sólidamente filosófica de su objeto de estudio, centrada en su carácter funcional.

No es la obra de Marino Pérez Álvarez una obra “contra el método”, pero sí es una obra “contra los pre-juicios metodológicos”. Y el primer banco de pruebas contra el que se mide cualquier teoría de la ciencia es el de la definición de su objeto de estudio, es decir, el de la demarcación entre la ciencia y otro tipo de prácticas que quedarían excluidas de tal rango. En particular, la demarcación entre ciencia y pseudociencia parece ser especialmente relevante en este momento. Todos somos capaces de poner ejemplos de ciencias y de pseudociencias, pero no resulta tan sencillo formular con precisión el criterio que corta entre ambas. Los intentos que tradicionalmente se han propuesto han dado protagonismo a los aspectos metodológicos, dando a entender que existe “un” método científico que unificaría a la paleontología, la mecánica cuántica, la lingüística comparada, la química inorgánica... y que la Psicología debiera practicar. En particular, en el campo de la Psicología y la psiquiatría, ese método se basaría en los ensayos clínicos aleatorizados, un tipo de estudio tomado de la medicina y que se ha convertido en el estándar dorado de la investigación en psicoterapia.

Marino Pérez Álvarez aplica este criterio de los ensayos clínicos aleatorizados a una de las psicoterapias más controvertidas, la EMDR —Eye Movement Desensitization and Reprocessing—, estableciendo una comparación entre ella y la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)—el estándar de terapia psicológica en la actualidad, avalada científicamente desde la visión fiscalista y metodológica de la ciencia imperante—. Los resultados son cuando menos ambiguos, y la EMDR puede presentar a su favor los ensayos clínicos aleatorizados y los metaanálisis que la colocarán en la misma categoría que la TCC. Éste es justamente el problema: los análisis meramente cuantitativos de resultados resultan opacos a los procesos que están funcionando en la terapia. La investigación biomédica trabaja con procesos mecánicos paratéticos que habitualmente pueden ser directamente inferidos a partir del registro de sus efectos biológicos, pero éste no es el caso de la psicoterapia, en donde la relación terapéutica, apotética e interactiva, se vincula de forma mucho más indirecta con el recuento de ítems artificiosos en un cuestionario creado justamente para poder ser analizado según la estadística biomédica.

El cuantitativismo que le es propio a muchas medidas biomédicas no parece apropiado para los asuntos de los que se ocupa la psicoterapia. La ciencia no tiene una única frontera, la que le separa de la pseudociencia, sino que también ha de establecer criterios de demarcación respecto del cientifismo y el fundamentalismo científico, errores igualmente graves en los que no debemos caer. Las ciencias humanas son demasiado complejas como para reducir las a criterios positivistas. Una vez más: necesitamos una idea de ciencia que se ajuste al objeto y la lógica que le es propia a la Psicología, y no una idea de Psicología que se ajuste al objeto y la lógica de otras disciplinas, por mucho que éstas superen en prestigio y aplicaciones a la Psicología.

Rechazar el método positivista como el método al que deba plegarse la Psicología permite igualmente colocarse en un punto de vista privilegiado para entender la trampa que se encierra en el *coaching*, la neurocharlatanería, la inteligencia emocional, la psicología positiva, y otras muchas psicologías formales que se apoyan en unos supuestos datos objetivos, dados en el mundo tal cual ellas los muestran, fingiendo que no se los está construyendo desde presupuestos teóricos o ideológicos —a menudo, desapercibidos para el propio “psicólogo científico”—. Y, por otro lado, aclarar conceptualmente qué es la Psicología despeja de forma muy importante el camino para enten-

der de forma cabal qué es un trastorno psicológico y qué es la psicoterapia como intervención sobre dicho problema.

A ello se dedica la parte final de esta obra, que comienza por un cuestionamiento radical acerca de la posibilidad de que las intervenciones farmacológicas sobre los problemas psicológicos puedan ser considerados realmente como tratamientos, al estar dados aquéllas y éstos a escalas incompatibles. La propia noción de efecto placebo —otro asunto clásico en la investigación biomédica que la investigación en psicoterapia ha pretendido incorporar a sus diseños de forma simplista— es reinterpretada por Marino Pérez Álvarez desde un punto de vista holístico-conceptual, del que sale ampliada e inherentemente asociada a la intervención psicoterapéutica, sin que cupiera distinguir ponderalmente el efecto placebo de otros efectos específicos debido a los elementos concretos que incorpora la intervención. Finalmente, los conceptos de persona y de situación permiten al autor proponer una concepción contextualista de los trastornos y sus terapias, alejada de “dentros” y “fuera”, en donde los aspectos personales, biográficos y sociales quedan inte-

grados y no meramente yuxtapuestos, como es habitual entre los defensores del mantra biopsicosocial.

“Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría” es una obra académica que, por ello, no está pensada para ser defendida o invalidada, sino para ser debatida, y su lectura resulta inexcusable para todos los que se interesan por la naturaleza de la Psicología, los problemas psicológicos y la psicoterapia más allá de los simplismos y lugares comunes habituales. No haría falta ver el nombre de Marino Pérez Álvarez en la portada para identificarle como su autor, dada la coherencia que esta obra mantiene con la bibliografía anterior del catedrático asturiano, caracterizada por la lucidez, la excelencia, la heterodoxia y la sólida argumentación, que sin duda continuarán en su producción futura. Si el que sólo sabe de Psicología ni siquiera sabe de Psicología, el que quiera practicar la psicoterapia sólo desde apriorismos científicos positivistas ni siquiera va a estar practicando la psicoterapia. “Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría” puede ayudarle a empezar a hacerlo.

### INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GRUPAL EN DOLOR CRÓNICO

Jesús Rodríguez-Marín, Sonia Couceiro y Carlos J. van-der Hofstadt  
Madrid: Ediciones Pirámide. 2021

**José Pedro Espada**

*Catedrático de Tratamientos Psicológicos. Universidad Miguel Hernández*

¿Cómo puede la psicología contribuir al manejo del dolor crónico? Esta es una de las principales cuestiones que se abordan en la monografía “Intervención psicológica grupal en dolor crónico”, recientemente publicada en Ediciones Pirámide, y con clara vocación de servir como herramienta para el trabajo aplicado en el ámbito de la psicología hospitalaria.

El problema que aborda el libro es especialmente relevante por sus efectos visibles en forma de malestar físico. El dolor es uno de los síntomas más comunes que llevan a las personas a solicitar ayuda médica. Se calcula que en España una de cada seis personas padece dolor crónico. Siendo un fenómeno de base orgánica, la experiencia dolorosa supone una vivencia individual. Como señala el maestro Ramón Bayés, dolor y sufrimiento no son sinónimos. Sin embargo, son fenómenos frecuentemente aparejados, dependiendo precisamente de los aspectos psicológicos. Más allá del propio malestar físico, el dolor es una señal que puede interpretarse como distintos tipos de amenaza, con distintos recorridos y significados, y con mayor o menor posibilidad de cierto control. Indudablemente vivir con dolor crónico implica dificultad o incapacidad para llevar una vida adaptada y con suficiente calidad. También es de reseñar su elevada frecuencia. Que el dolor, pese a ser un síntoma físico, es un fenómeno muy vinculado a aspectos psicológicos, supone una premisa de partida avalada por la ciencia psicológica. Como disciplina que analiza y predice el comportamiento de las personas, aporta conocimiento para comprender mejor el proceso que atraviesa quien experimenta dolor, y un arsenal de estrategias dirigidas a una mejor adaptación a todo tipo de situaciones de la vida que ha de vivirse a pesar del dolor.

La psicología de la salud es una especialidad de extensa tradición en la psicología aplicada. Aprovecho para decir que vendría bien una mayor consolidación aún en el sistema hospitalario español. El papel de la psicología

en los procesos de enfermedad, su afrontamiento y manejo, es crucial para entender los procesos en marcha y en el bienestar del sujeto. Porque alivia el sufrimiento emocional aparejado al físico, y por el rol de la regulación de los estados emocionales en problemas físicos como el dolor.

En este libro se presenta un programa planteado para su aplicación de forma grupal, que integra una diversidad de técnicas psicoeducativas y cognitivo-conductuales. El programa persigue fundamentalmente generar y mejorar en el paciente la percepción de control sobre el dolor que experimenta, y enseñarle a influir en sus sensaciones y emociones. Es un programa estructurado en seis sesiones que en el libro se describen paso a paso, y que supone para el profesional una guía detallada para su la intervención.

La lectura de esta monografía es recomendable por sus bondades, de las que señalaré aquí sólo algunas. La primera es que se trataba de un libro necesario. Aunque existen excelentes publicaciones en este campo, los autores aportan su experiencia profesional acumulada en muchos años de trayectoria y cubren un vacío de publicaciones que ofrezcan recursos para la intervención. Es un libro práctico concebido como un instrumento para los profesionales. El programa ha sido ya testado en el ámbito hospitalario y está manualizado para su aplicación. En la parte final del libro se incluyen todos los materiales necesarios para la aplicación del programa, con documentos de lectura para el participante, guiones para la aplicación de técnicas concretas, cuadernos para el paciente, modelos de registro, y otros materiales útiles para su uso con grupos de pacientes.

No puede concluirse esta reseña sin destacar el perfil de sus autores. Jesús Rodríguez-Marín es uno de los padres de la psicología de la salud española y una figura muy destacada en esta disciplina. Sonia Couceiro está especialmente dedicada a la psicooncología, y Carlos van-der Hofstadt es responsable desde hace años de la Unidad de Psicología Hospitalaria del Hospital General Universitario de Alicante. El equipo aún amplia experiencia en el campo de la psicología de la salud, en su desarrollo en el ámbito hospitalario, y una alta especialización en la disciplina. Durante años han integrado la investigación y el trabajo aplicado desarrollando su trabajo asistencial.

Los autores logran hacer atractivo un tema sin duda duro como es el de la psicología del dolor, y aportan un protocolo útil y riguroso, interesante para su lectura por parte de estudiantes y profesionales. Es de agradecer su iniciativa al publicar esta obra y su generosidad por compartir su experiencia, transmitida además de forma amena y orientada a la práctica. Ojalá sigan haciéndolo.






**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](http://www.focad.es)



# 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!*




## 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](http://www.papelesdelpsicologo.es) / [www.psychologistpapers.com](http://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](mailto:secop@cop.es) • Web: [www.cop.es](http://www.cop.es)

Teléf.: 91 444 90 20 • Fax: 91 309 56 15

## COLEGIOS OFICIALES DE PSICÓLOGOS

### COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE ÁLAVA



Creado por Decreto 247/2001 de 23/10/2001  
Álava  
C/ Cercas Bajas, 7 - pasadizo - oficina 16- 1ª planta  
01001 Vitoria - Gasteiz  
E-mail: [copalava@cop.es](mailto:copalava@cop.es) • Web: [www.cop-alava.org](http://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](mailto:servicioscentrales@copao.es) • Web: [www.copao.es](http://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](mailto:copao@cop.es) • Web: [www.copao.com](http://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](mailto:daragon@cop.es) • Web: [www.coppa.es](http://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](mailto:bizkaia@cop.es) • Web: [www.copbizkaia.org](http://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](mailto:dcantabria@cop.es) • Web: [www.copcantabria.es](http://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](mailto:copclm@copclm.com) • Web: [www.copclm.com](http://www.copclm.com)

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

### COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA CASTILLA Y LEÓN



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

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

### COLEGI OFICIAL DE PSICOLOGIA DE CATALUNYA



Creado por Orden 26/06/1985  
Barcelona, Gerona, Lerida y Tarragona  
C/ Rocafort, 129  
08015 Barcelona  
E-mail: [copcb@copc.cat](mailto:copcb@copc.cat) • Web: [www.copc.cat](http://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](mailto:copce@cop.es) • Web: [www.copceuta.org](http://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](mailto:copcv@cop.es) • Web: [www.cop-cv.org](http://www.cop-cv.org)

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

### COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE EXTREMADURA



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

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

### COLLEGI OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE LES ILLES BALEARS



Creado por Decreto 134/2001 de 14/12/2001  
Islas Baleares  
Manuel Sanchís Guarner, 1  
07004 Palma de Mallorca  
E-mail: [dbaleares@cop.es](mailto:dbaleares@cop.es) • Web: [www.copib.es](http://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](mailto:copmadrid@cop.es) • Web: [www.copmadrid.org](http://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 Aizpúru, 3  
52004 Melilla  
E-mail: [copmelilla@cop.es](mailto:copmelilla@cop.es) • Web: [www.copmelilla.org](http://www.copmelilla.org)

Teléf.: 952 68 41 49

### COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE NAVARRA



Creado por Decreto Foral 30/2001 de 19/02/2001  
Navarra  
Monasterio de Yarte, 2 - Bajo Trasera  
31011 Pamplona  
E-mail: [dnavarra@cop.es](mailto:dnavarra@cop.es) • Web: [www.colpsinavarra.org](http://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](mailto:dpalmas@cop.es) • Web: [www.coplaspalmas.org](http://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  
Ildelfonso Sánchez del Río, 4 - 1ºB  
33001 Oviedo  
E-mail: [dasturias@cop.es](mailto:dasturias@cop.es) • Web: [www.cop-asturias.org](http://www.cop-asturias.org)

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

### COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA 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](mailto:dmurcia@cop.es) • Web: [www.colegiopsicologos-murcia.org](http://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](mailto:drioja@cop.es) • Web: [www.copsrioja.org](http://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](mailto:copstenerife@cop.es) • Web: [www.copstenerife.es](http://www.copstenerife.es)

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

