

PAPELES DEL PSICÓLOGO

PSYCHOLOGIST PAPERS

CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES
LA DISFORIA DE GÉNERO A DEBATE



VIGENCIA DEL CONDUCTISMO EN LA CLÍNICA - DESARROLLO DE
LA EMPATÍA - APROXIMACIONES EVOLUTIVAS Y PSICOPATOLOGÍA
- TRASTORNOS MENTALES Y RESPONSABILIDAD CRIMINAL

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

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

Sumario

Contents

REVISTA DEL CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA

JOURNAL OF THE SPANISH PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

Artículos

- 173** Conducta suicida en adolescentes a revisión: creando esperanza a través de la acción
Eduardo Fonseca Pedrero, Alicia Pérez-Albéniz y Susana Al-Halabí
- 185** La psicología ante la disforia de género, más allá de la ideología *queer*
Marino Pérez Álvarez y José Errasti
- 200** En favor de la Psicología Afirmativa, crítica del libro *Nadie nace en un cuerpo equivocado*
Gabriel J. Martín
- 209** Terapia de conducta: raíces, evolución y reflexión sobre la vigencia del conductismo en el contexto clínico
Lorenzo Rodríguez-Riesco, Sebastián Vivas, Antonio Mateos Herrera, Cristina Pérez-Calvo y Ana M. Ruiz-Duet
- 218** Desarrollo de la empatía a través de la Inteligencia Artificial Socioemocional
María Isabel Gómez-León
- 225** Aproximaciones evolutivas y psicopatología: Teoría de historia de vida y sistemas psicobiológicos en el trastorno de personalidad límite
Laura Torres-Cuellar, Elkin M. Puerto-Rojas, Martha J. González-Bernal, Ivonne A. Grau-González y Leonardo A. Ortega
- 235** Trastornos mentales y responsabilidad criminal en el Tribunal Supremo español
Lucía Leal-Palazón, Lidia Lozano-Gutiérrez, Manuel G. Jiménez-Torres y M. Carmen Cano-Lozano

Articles

- 173** Suicidal behavior in adolescents under review: Fostering hope through action
Eduardo Fonseca Pedrero, Alicia Pérez-Albéniz and Susana Al-Halabí
- 185** Psychology and gender dysphoria: Beyond queer ideology
Marino Pérez Álvarez and José Errasti
- 200** In favor of Affirmative Psychology, review of the book "Nadie nace en un cuerpo equivocado" [Nobody is born in the wrong body]
Gabriel J. Martín
- 209** Behavior therapy: roots, evolution, and reflection on the relevance of behaviorism in the clinical context
Lorenzo Rodríguez-Riesco, Sebastián Vivas, Antonio Mateos Herrera, Cristina Pérez-Calvo and Ana M. Ruiz-Duet
- 218** Development of Empathy through Social Emotional Artificial Intelligence
María Isabel Gómez-León
- 225** Evolutionary approaches and psychopathology: Life history theory and psychobiological systems for borderline personality disorder
Laura Torres-Cuellar, Elkin M. Puerto-Rojas, Martha J. González-Bernal, Ivonne A. Grau-González and Leonardo A. Ortega
- 235** Mental disorders and criminal responsibility in the Spanish Supreme Court
Lucía Leal-Palazón, Lidia Lozano-Gutiérrez, Manuel G. Jiménez-Torres and M. Carmen Cano-Lozano

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 Álvarez Jiménez (Univ. de Melbourne, Australia); Imanol Amayra Caro (Univ. de Deusto); Antonio Andrés Pueyo (Univ. de Barcelona); Neus Barrantes Vidal (Univ. Autónoma de Barcelona); Adalgisa Battistelli (Univ. de Bordeaux, Francia); Elisardo Becoña (Univ. de Santiago de Compostela); Amalio Blanco (Univ. Autónoma de Madrid); Carmen Bragado (Univ. Complutense de Madrid); Gualberto Buela (Univ. de Granada); Esther Calvete (Univ. de Deusto); Antonio Cano (Univ. Complutense de Madrid); Enrique Cantón (Univ. de Valencia); Pilar Carrera (Univ. Autónoma de Madrid); Juan Luis Castejón (Univ. de Alicante); Alex Cohen (Louisiana State University, USA); María Crespo (Univ. Complutense de Madrid); 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^a Dolores Hidalgo (Univ. de Murcia); Cándido J. Inglés Saura (Univ. Miguel Hernández); Juan E. Jiménez (Univ. de La Laguna); Barbara Kozusznik (Univ. de Silesia, Polonia); Francisco Labrador (Univ. Complutense de Madrid); Concha López Soler (Univ. de Murcia); Nigel V. Marsh (James Cook University, Singapore); Emiliano Martín (Dept^o. de Familia. Ayuntamiento de Madrid); Vicente Martínez Tur (Univ. de Valencia); Carlos Montes 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^a Carmen Tabernero (Univ. de Salamanca); Antonio Valle Arias (Univ. de A Coruña); Miguel Angel Vallejo (UNED); Oscar Vallina (Hospital Sierrallana de Torrelavega); Carmelo Vázquez (Univ. Complutense de Madrid); Antonio Verdejo (Monash University, Australia); Miguel Angel Verdugo (Univ. de Salamanca)

Diseño y maquetación / Design and layout

Cristina García y Juan Antonio Pez

Administración y publicidad / Management and advertising

Arantxa Sánchez y Silvia Berdullas

Consejo General de la Psicología de España

C/ Conde de Peñalver, 45-3^a planta

28006 Madrid - España

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

Web: <http://www.papelesdelpsicologo.es>E-mail: papeles@cop.es

Depósito Legal

M-27453-1981 / ISSN 0214-7823

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

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



Artículo

Conducta suicida en adolescentes a revisión: creando esperanza a través de la acción

Eduardo Fonseca Pedrero¹, Alicia Pérez-Albéniz¹ y Susana Al-Halabí²

¹Departamento de Ciencias de la Educación, Universidad de La Rioja, España

²Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo, España

INFORMACIÓN

Recibido: Mayo 24, 2022

Aceptado: Junio 23, 2022

Palabras clave

Adolescentes
Conducta suicida
Ideación suicida
Prevención
Revisión narrativa
Intervención psicológica

RESUMEN

La conducta suicida es un problema socio-sanitario de primer orden. El objetivo general de este trabajo es realizar una revisión narrativa de la conducta suicida en adolescentes. Básicamente, se trata de introducir este tópico a los profesionales de la Psicología y a la sociedad en su conjunto de cara a su formación, información, sensibilización y concienciación. Con este fin, en primer lugar, se realiza una delimitación conceptual de la conducta suicida. A continuación, se abordan cuestiones epidemiológicas. En tercer lugar, se introducen los modelos psicológicos más relevantes. En cuarto lugar, se abordan los factores de riesgo y protección de la conducta suicida en adolescentes. Seguidamente, se explican algunas de las herramientas de evaluación disponibles en español para este sector de la población. Posteriormente, se comentan los principales modelos de prevención focalizando el discurso en la importancia de los entornos educativos. También se introducen los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para el abordaje de la conducta suicida en adolescentes. Finalmente, se comentan líneas de investigación futuras y se realiza una breve recapitulación a modo de conclusión.

Suicidal behavior in adolescents under review: fostering hope through action

ABSTRACT

Suicide is a serious public health problem. The main goal of this paper is to carry out a narrative review of suicidal behavior in adolescents. Basically, the aim is twofold: to provide updated information and to introduce mental health professionals and society to this topic for their training and knowledge. To this end, first, a conceptual delimitation of suicidal behavior is produced. Second, epidemiological issues are addressed. Third, psychological models of suicidal behavior are presented, along with the possible explanations underlying this phenomenon. Fourth, the risk and protective factors for suicidal behavior are mentioned. Next, assessment tools for this sector of the population are introduced. Subsequently, prevention strategies are discussed, focusing on the importance of educational environments. Empirically supported psychological treatments for dealing with suicidal behavior are also proposed. Finally, future lines of research are discussed, and a brief summary is made.

Keywords:

Adolescents
Suicidal behavior
Suicidal ideation
Prevention
Narrative review
Psychological intervention

La prevención de la conducta suicida en menores de edad sigue siendo una asignatura pendiente. Si se tiene en cuenta, por un lado, que la conducta suicida se encuentra entre las principales causas de muerte entre personas de 15 y 19 años a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2021a) y, por otro, que la adolescencia es una etapa esencial del desarrollo humano donde se asientan las raíces de la posterior adultez, así como las bases de la sociedad presente y futura, ignorar esta cuestión podría ser considerado una cuestión casi anticonstitucional. Más si cabe, y a tenor de la literatura científica, si se considera que las muertes por suicidio se pueden prevenir con intervenciones oportunas, basadas en evidencia y, a menudo, de bajo costo (p.ej., Mann et al., 2021; Phillips et al., 2014; Walsh et al., 2022; Zalsman et al., 2016). A este respecto, se desea recordar el principio rector de la Constitución española: reconocer el derecho a la protección de la salud, así como organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y los servicios necesarios.

La conducta suicida forma parte de la diversidad humana. Es un fenómeno complejo, poliédrico, multidimensional y multicausal (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2021). Es un problema de la vida, donde la persona trata de buscar una solución a una situación vivida como límite, a una enorme dificultad que le provoca un dolor intolerable que no sabe o no puede resolver de otra forma (Al-Halabí y García Haro, 2021). Su delimitación, clasificación, etiología, tratamiento y prevención es una difícil empresa que no tiene una fácil solución. La conducta suicida todavía no se encuentra bien analizada y comprendida, siendo un tema tabú y plagado de mitos y estigma. Aún en el siglo XXI, muchas cuestiones continúan sin respuesta, siendo, tal vez, la más acuciante la inexistencia de un plan nacional para la prevención de la conducta suicida en España.

En este contexto el objetivo principal de esta revisión narrativa es poner a disposición de los profesionales de la Psicología y de la sociedad en su conjunto información actual sobre la conducta suicida en población adolescente. Se hace necesario desmontar las creencias infundadas asociadas a la conducta suicida, incluso entre los profesionales (Al-Halabí et al., 2021b), pues ello permite mejorar su visión, comprensión y abordaje. Se debe dejar claro que hablar sobre el suicidio como problema de salud pública ayuda a prevenirlo. La información, la formación, la sensibilización y la concienciación sobre conducta suicida, esto es, la alfabetización de diferentes profesionales, familiares y población general es una de las mejores herramientas de las que disponemos para su prevención. A este respecto cabe destacar el objetivo 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2030 referido a “garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”, cuyo indicador 3.4 es la tasa de mortalidad por suicidio (Naciones Unidas, 2018) que tiene por objetivo reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar.

El hilo argumental será el siguiente. En primer lugar, se realiza una delimitación conceptual de la conducta suicida. A continuación, se abordan cuestiones epidemiológicas. En tercer lugar, se introducen los modelos psicológicos más relevantes. En cuarto lugar, se abordan los factores de riesgo y protección de conducta

suicida en adolescentes. Seguidamente, se exponen algunas de los instrumentos de medida existentes en español para evaluación de este sector de la población. Posteriormente, se comentan los principales modelos de prevención focalizando la importancia en los entornos educativos. También se explican los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para el abordaje clínico de la conducta suicida en adolescentes. Finalmente, se comentan líneas de investigación futuras y se realiza una breve recapitulación a modo de conclusión.

Debido al reducido espacio editorial, recomendamos a aquellos lectores interesados en profundizar en la materia consultar manuales sobre la conducta suicida (p.ej., Anseán, 2014; Knapp, 2020; Miller, 2021; O'Connor y Pirkis, 2016; Wasserman, 2021), así como diferentes trabajos en español (p.ej., Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2021; Castellvi-Obiols y Piqueras, 2018; Espada et al., 2021; Fonseca-Pedrero, 2021; Fonseca-Pedrero et al., 2019; Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz, 2020; Pedreira-Massa, 2019) o guías (Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012, 2020).

Conducta suicida: delimitación conceptual

Suicidio, etimológicamente, se refiere el acto de provocarse a sí mismo la muerte, de forma intencional. La conducta suicida es un concepto poliédrico que recoge diferentes expresiones que oscilan desde la ideación suicida (plan suicida, ideas de muerte, deseo de muerte e ideas de suicidio), pasando por la comunicación (amenaza suicida y expresión verbal y no verbal) y el plan suicida, hasta llegar al acto suicida (el propio suicidio, el intento suicida, el intento abortado por otros y las autolesiones) (Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz, 2020).

Desde esta aproximación no se debe entender la conducta suicida como equivalente a la muerte por suicidio (o el mal denominado suicidio consumado). Las diferentes manifestaciones fenotípicas de la conducta suicida oscilan a lo largo de un *continuum* de gravedad (bienestar-muerte por suicidio), donde el nivel de riesgo para una persona concreta será, teóricamente, mayor en función de si se aproxima al polo del suicidio (Al-Halabí y García Haro, 2021). Aunque a nivel fenotípico pueda parecer que las diferentes expresiones siguen una trayectoria lineal a modo de “estaciones de cambio”, ello no quiere decir que puedan existir cambios no lineales o discontinuos en el tiempo. A este respecto, el modelo de catástrofe en cúspide puede explicar diferentes procesos como la aparición repentina de comportamiento suicida sin planificación suicida previa (Bryan et al., 2020). Se debe recordar que la conducta humana se ajusta mal a lo lineal y unilateral.

En la *Tabla 1* se recogen unas breves definiciones de los diferentes términos que se aglutinan dentro de la conducta suicida (Turecki et al., 2019). No obstante, lejos de existir un consenso sobre su nomenclatura en la literatura científica, aún existe una falta de una definición conceptual y taxonomía consensuadas, aspecto que impacta, entre otros, en la comprensión, evaluación, prevención e intervención de la conducta suicida (De Beurs et al., 2021; Goodfellow et al., 2018; Hill et al., 2020; Silverman, 2016; Silverman y Berman, 2014; Silverman y DeLeo, 2016; van Mens et al., 2020).

Tabla 1.
Definiciones de términos comúnmente usados en la investigación de la conducta suicida (tomado de Turecki et al., 2019).

Concepto	Delimitación
Suicidio	Terminar intencionalmente con la propia vida.
Comportamiento suicida	Comportamientos que pueden terminar con la vida de uno, ya sea fatal o no. Este término excluye la ideación suicida.
Intento de suicidio	Comportamiento autodestructivo y no fatal con intención inferida o actual de morir.
Ideación suicida	Cualquier pensamiento sobre el fin de la propia vida. Puede ser activo, con un claro plan de suicidio, o pasiva, con pensamientos sobre el deseo de morir.
Autolisis o autodestrucción	Comportamientos autodestructivos con o sin intención de morir. No distingue entre el intento de suicidio y la autolesión no suicida.
Autolesión no suicida	Conductas autolesivas sin intención de morir.

Tan importante es definir lo que es, como lo que no es el objeto de estudio. A este respecto el espectro de conducta suicida ni se define ni se clasifica como un trastorno mental dentro de los manuales diagnósticos al uso (Clasificación Internacional de las Enfermedades o Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). La conducta suicida puede tener lugar en presencia o en ausencia de un diagnóstico de trastorno mental (p. ej., episodio depresivo) (García-Haro et al., 2020) y, a su vez, es transdiagnóstica, esto es, puede estar presente en diferentes problemas de salud, tanto física como psíquica. Del mismo modo, no se debe confundir la conducta autolítica (*deliberate self-harm behavior*-DSH) con la autolesión no suicida (*non suicidal self-injurious*-NSSI). No obstante, a modo de breve apunte, cabe señalar que las autolesiones no suicidas son un problema importante de salud pública entre los adolescentes (Arensman et al., 2018). Si bien en el plano teórico la distinción entre conductas suicidas y conductas autolesivas es clara (Kuehn et al., 2022), en la realidad clínica de la población adolescente en particular, la separación categorial está más intrincada y existe una alta progresión y solapamiento entre autolesiones y conductas suicidas (Arensman et al., 2018; Brown y Plener, 2017; Gillies et al., 2018).

Epidemiología de la conducta suicida en adolescentes

Las cifras epidemiológicas de la conducta suicida pueden variar en función de diferentes factores como, por ejemplo, la edad, el género, el nivel educativo o el país.

A nivel mundial las tasas de mortalidad por suicidio se estiman en 3,77/100000 personas, siendo en España es de 1,47/100000 personas (Glenn et al., 2020). En un meta-análisis (Lim et al., 2019) se encontró que en adolescentes la prevalencia vital y la prevalencia 12 meses de intento de suicidio fue del 6% (95% Intervalo confidencial (IC): 4,7-7,7%) y del 4,5% (95% IC: 3,4-5,9%), respectivamente. Por su parte, la prevalencia vital y la prevalencia 12 meses de ideación suicida fue del 18% (95% IC: 14,2-22,7%) y del 14,2% (95% IC: 11,6-17,3%), respectivamente. En muestras de adolescentes y adultos jóvenes, las mujeres presentan mayor riesgo de intento de suicidio (*Odds Ratio* 1,96; IC 95% 1,54-2,50), y los hombres de muerte por suicidio (*Hazard ratio* 2,50; IC 95% 1,8-3,6) (Miranda-Mendizabal et al., 2019).

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE1) un total de 3475 menores españoles (desde los 5 hasta los 19 años) han fallecido por suicidio en el periodo temporal de 1980-2020. Y 128.483 personas (de todos los rangos de edad) han sido registradas como muerte por suicidio desde que se recoge este fenómeno por el INE. Además, si por cada muerte por suicido se calculan unos 20 intentos, se estimarían en este periodo temporal un total de 2.569.660 tentativas. Las cifras son desoladoras.

De acuerdo con el INE (2021), en el año 2020 se suicidaron 3.941 personas, de los que 300 eran jóvenes (14 y 29 años). En España la prevalencia vital de ideación suicida en población adolescente es en torno al 30%, mientras que la prevalencia de intentos de suicidio es aproximadamente del 4% (Fonseca-Pedrero et al., 2018; Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz, 2020). En la Figura 1 se muestra la prevalencia de conducta suicida, medida con la escala Paykel de conducta suicida (Paykel et al., 1974), en una muestra representativa de la población adolescente española. En la Figura 2 se recogen datos preliminares de la prevalencia de la conducta suicida, evaluada con la Escala SENTIA (Díez-Gómez et al., 2020), en una muestra de 6050 adolescentes españoles (3224 mujeres, rango de edad 11-19 años) procedente del estudio PSICE (Psicología en Contextos Educativos) coordinado por el Consejo General de la Psicología de España y Psicofundación. Igualmente, en este mismo estudio cuando se les pregunta sobre conducta suicida mediante el *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), versión adolescente, los resultados preliminares indican que el 9,3% de la muestra respondió afirmativamente tanto al ítem “en el último mes, ¿ha habido algún momento en el que has pensado seriamente terminar con tu vida?” como al ítem “en algún momento de tu vida, ¿has tratado de matarte o suicidarte?”.

Modelos psicológicos de conducta suicida

Los modelos teóricos actuales consideran que la conducta suicida se puede encontrar en la compleja interacción dinámica que se establece entre factores biológicos, psicológicos y sociales que son experimentados por una persona determinada en función de una biografía y circunstancias socio-culturales concretas.

Es un fenómeno complejo, radicalmente (de raíz) psicológico, raro (desde un punto de vida estadístico) en cuanto a su prevalencia, multideterminado, dinámico (variable en el tiempo) y dependiente de múltiples parámetros. Desde este acercamiento, el epicentro de la ecuación sería la *P* de Persona, y no la *G* de genética o la *C* de cerebro. Por ende, es necesario comprender las razones, que no las causas, por la que una persona decide suicidarse, pues “nadie se intenta suicidar sin una razón”.

No hay una única causa por la que una persona intenta poner fin a su vida. Esto es, no existe una causa necesaria y suficiente que determine tal conducta. Es una ecuación probabilística de la que forman parte diferentes parámetros, que cambian momento a momento, y entre los que el sufrimiento y el dolor de la persona es un factor esencial. Por el momento la capacidad pronóstica y predictiva de los factores de riesgo de conducta suicida es muy limitada (Chiles et al., 2019; Franklin et al., 2017; Large et al., 2017; McHugh et al., 2019; Mulder et al., 2016; Runeson et al., 2017; Steeg et al., 2018).

¹ Consultado el 21 de mayo de 2022 en la dirección web: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=7947>. Las cifras presentadas en este párrafo son las correspondientes al INE. Estas cifras pueden contener errores y pueden ser consideradas como estimaciones que son siempre el límite inferior, esto es, las muertes por suicidio serían siempre más que el dato indicado pues no consideran casos no registrados, “ocultos”, dudosos, etc. (p.ej., accidentes de coche).

Figura 1.

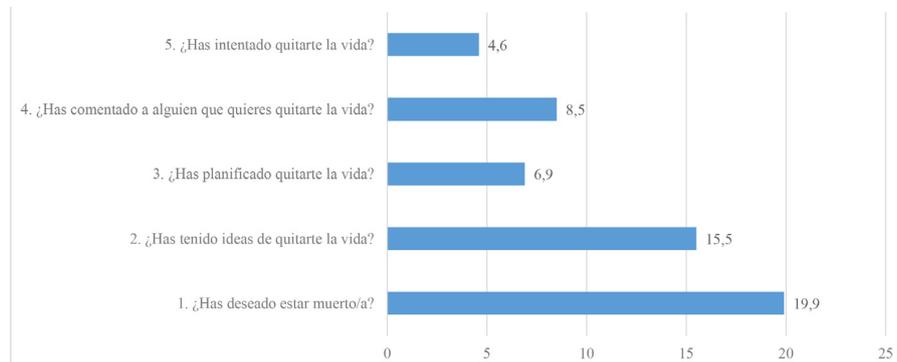
Prevalencia (%) de la conducta suicida en adolescentes españoles (tomado de Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz, 2020).



Nota. Ítems de la escala Paykel de conducta suicida. Muestra de 3.454 adolescentes riojanos (53,4% mujeres, $M=15,91$ años, $DT=1,33$ años).

Figura 2.

Prevalencia (%) de la conducta suicida en adolescentes españoles (Estudio PSICE, Psicología en Contextos Educativos) ($n = 6050$)



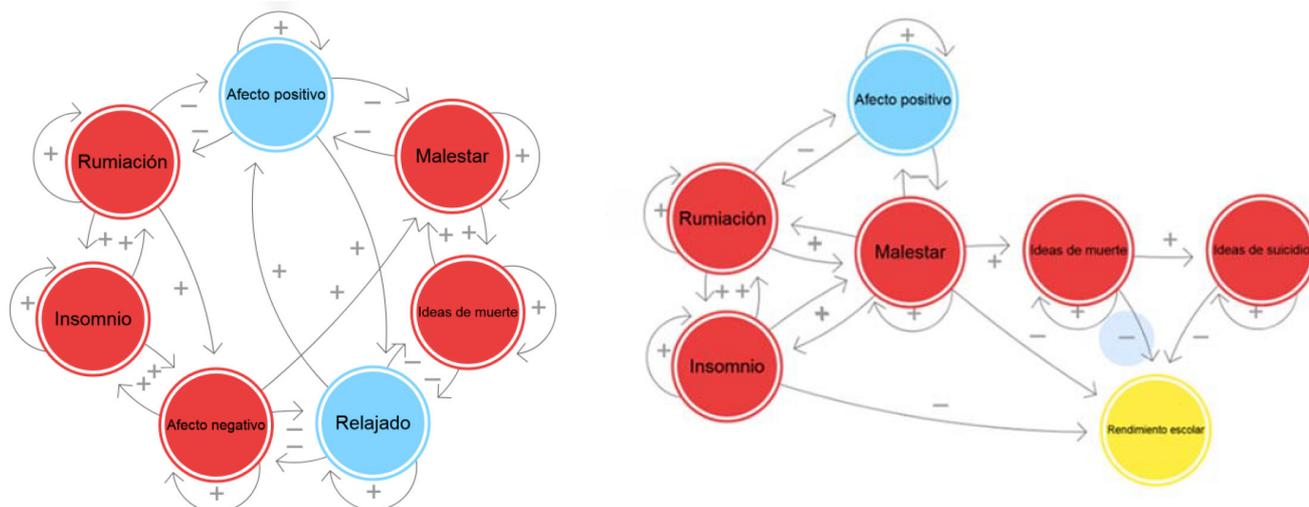
Nota. Los ítems pertenecen a la escala SENTIA-breve.

Se han desarrollado varios modelos que tratan de explicar la conducta suicida. Nótese que los modelos y las teorías psicológicas sobre la conducta suicida proveen un contexto idóneo para organizar los hechos y los conceptos, confirmar o refutar las predicciones propuestas, así como identificar y comprender la compleja interacción de variables psicológicas ligadas al desarrollo y mantenimiento de la conducta suicida. En la actualidad, los modelos más relevantes pretenden discriminar los factores que influyen en el desarrollo de la ideación suicida y los que hacen que se pase desde la ideación al intento (Klonsky et al., 2018). Dentro de estas teorías se han integrado las siguientes: a) *teoría interpersonal del suicidio (interpersonal theory of suicide, IPTS)* (Joiner, 2005), que ha demostrado su utilidad particular en la explicación del comportamiento suicida en la población infanto-juvenil tanto comunitaria como clínica; b) *modelo volitivo-motivacional integrado (integrated motivational-volitional model, IMV)* (O'Connor, 2011); c) *Teoría de los tres pasos (three-step theory, 3ST)* (Klonsky et al., 2021); y d) *teoría de la vulnerabilidad fluida (fluid vulnerability theory, FVT)* (Rudd, 2006). Según estos modelos, de forma somera, el foco de atención debería estar en factores como los siguientes: a) la

percepción de ser una carga para sí mismo, para las amistades o para la familia; b) la pertenencia frustrada, esto es, la experiencia de sentirse solo o desconectado de amistades, familia u otros círculos sociales valiosos; c) el atrapamiento o la percepción de estar bloqueado, sintiéndose sin escape, sin posibilidad de rescate e impotente para cambiar aspectos de sí mismo; y d) la desesperanza (atribuciones negativas sobre el futuro y la posibilidad de que las cosas cambien).

También se pueden considerar otros, como el modelo de redes (Borsboom, 2017; Fonseca-Pedrero et al., 2022) o los modelos fenomenológicos o contextuales (García-Haro et al., 2018). El primero concibe la conducta suicida como un sistema dinámico complejo cuyo resultado se debe a la múltiple interacción (o no) que se establece en el paso del tiempo entre los diferentes elementos o variables que conforman la red (véase Figura 3). En segundo, desde una óptica contextual-existencial, las crisis y conductas suicidas se entienden como soluciones-límite a situaciones de crisis, ruptura y atrapamiento existencial, del yo con el mundo, con los otros y consigo mismo. El núcleo fenomenológico del suicidio consiste en un sufrimiento límite vivido como "intolerable, inescapable e interminable" y para el cual la persona no vislumbra

Figura 3.
Modelos de redes hipotéticos para la comprensión de la conducta suicida.



Nota. La figura de la izquierda representa una red de experiencias, estados y afectos (conducta en su sentido amplio) de una persona concreta en un momento particular. La figura de la derecha representa una red de “estados mentales” de una persona en el paso del tiempo, de momento a momento. Las figuras corresponden a modelos hipotéticos. Los valores positivos (+) se refieren a relaciones positivas, mientras que los negativos (-) a relaciones negativas. Por ejemplo, en la figura de la izquierda el afecto positivo impacta de forma positiva en el estado relajado, pero de forma negativa en la rumiación. Gráficos realizados con <http://ncase.me/loopy/>

mejor solución que poner fin a una vida que no considera aceptable (Al-Halabí y García Haro, 2021; Chiles et al., 2019). Para la persona que se suicida el objetivo no es la muerte, es dejar de sufrir.

Factores de riesgo y protección en conducta suicida adolescente

Uno de los abordajes clásicos en la prevención de problemas de salud pública es la reducción de factores de riesgo y la potenciación de factores de protección. Esto es, reducir las variables asociadas con su incremento de aparición y, al mismo tiempo, fomentar las variables asociadas con su decremento. Un factor de riesgo no necesariamente tiene que ser un buen factor predictivo, ni tampoco indica necesariamente causalidad. La modificación de los factores de riesgo mediante intervenciones puede afectar a la prevalencia de conductas suicidas. A este respecto, de acuerdo con Castellvi-Obiols y Piqueras (2018) estudios de revisión meta-analítica recientes sobre factores de riesgo para el suicidio señalan que según el Riesgo Atribuible Poblacional (una medida que representa la cantidad de incidencia que puede ser atribuida al factor de riesgo en la población general), si se realiza una intervención 100% eficaz para la ideación suicida se podría evitar el 33% de suicidios totales en adolescentes, si se realiza una intervención 100% eficaz para el abandono escolar se podría evitar un 28% de suicidios totales (si fuera el acoso escolar un 22%), y si se realiza una intervención 100% eficaz para los trastornos del estado de ánimo se podría evitar un 26% de suicidios totales.

Los factores de riesgo y protección en conducta suicida han sido ampliamente estudiados tanto en población adulta (Franklin et al., 2017) como adolescente (Ati et al., 2021; Wasserman et al., 2021). En la revisión llevada a cabo por Ati et al. (2021), se ha encontrado que los factores de riesgo de la conducta suicida en adolescentes se pueden agrupar en dos categorías. Por un lado,

estarían los factores de riesgo “internos” o más vinculados a las rutinas y a la conducta de la persona, tales como la falta de habilidades para resolver problemas, afrontamiento ineficaz de las dificultades, abuso del tiempo dedicado a utilizar los *smartphones* y los problemas de salud o estilos de vida poco saludables (desequilibrio nutricional, problemas menstruales o patrones de sueño y descanso alterados). Por otro lado, los factores de riesgo “externos” consisten en problemas familiares y sociales, como los antecedentes de problemas de salud mental y la presencia de conflicto familiar u otros estresores, como las dificultades económicas en las familias (situaciones de desempleo, por ejemplo). Por su parte, los problemas sociales estarían vinculados a factores económicos, laborales, escolares (acoso escolar, por ejemplo) y políticos. Tanto unos como otros, son factores que pueden tener una influencia significativa en la conducta suicida durante la adolescencia. En esa misma revisión, entre los factores protectores para la prevención de la conducta suicida destacan la reformulación de una vida con sentido (incluyendo la espiritualidad), buenos hábitos de salud y la calidad de las interacciones entre padres/madres e hijos/as: buena comunicación familiar, relaciones cariñosas y una adecuada supervisión de los y las adolescentes, que permita su desarrollo y autonomía al tiempo que establece límites. Asimismo, las actividades de ocio como el uso de los *smartphones* con fines “saludables” (contactar con amistades, consultar información), la lectura de libros y el interés por el cine son factores protectores de conducta suicida (Ati et al., 2021).

En otra revisión, Castellvi-Obiols y Piqueras (2018) destacan también el rol de los trastornos afectivos, los intentos de suicidio, el abuso de alcohol o sustancias o la ideación suicida como predictores bien establecidos de nuevos intentos de suicidio en el futuro. Igualmente, se mencionan los diferentes problemas de ajuste escolar (p.ej., abandono escolar, absentismo escolar, acoso escolar) como factores de riesgo de conducta suicida en jóvenes (Wyman et al., 2019).

Evaluación de la conducta suicida en adolescentes

La evaluación de la conducta suicida no puede formularse en el vacío de una abstracción clínica, sino que debe ir ligada a los contextos y prácticas reales donde los profesionales prestan su ayuda. La mejor herramienta para la evaluación es la entrevista clínica orientada a una evaluación comprensiva. En la valoración, importa tanto la identificación de los factores de riesgo, como de los factores de protección, incluyendo las razones para vivir que tiene la persona. Las escalas o cuestionarios pueden servir como complemento a la entrevista, si bien es cierto que no existe ningún instrumento psicométrico para evaluar la conducta suicida que tenga una capacidad predictiva fiable. Como hemos señalado previamente, la conducta suicida es una conducta plural y dinámica, variable en el tiempo y muy dependiente de elementos contextuales (incluyendo la relación profesional), por lo que es muy difícil establecer una predicción fiable en el futuro. Teniendo todo esto en cuenta, dentro del marco de la conducta suicida, la evaluación y la intervención son procesos indisociables, siendo el momento de la valoración especialmente crucial para que la persona, el adolescente en este caso, sienta que está en un entorno seguro, de confianza y en el que no va a ser juzgado, lo cual va a favorecer la petición de ayuda. De hecho, la investigación muestra que preguntar y hablar con la persona sobre la presencia de pensamientos suicidas, disminuye el riesgo de cometer el acto. Estudios previos indican que preguntar mediante herramientas adecuadas sobre ideación suicida no causa pensamientos suicidas ni distrés (Berman y Silverman, 2017). Lejos de ser así, estos acercamientos permiten aumentar la probabilidad de realizar una correcta detección temprana en un 600% de los casos (Bryan et al., 2008). En general, se recomienda evitar todo tipo de actitudes negativas hacia las personas con conducta suicida reiterada, favoreciendo una atención profesional basada en el respeto, la humanidad y la comprensión hacia estas personas.

En todo caso, y como complemento al uso de una entrevista empática y comprensiva, una adecuada evaluación, prevención e intervención de la conducta suicida pasa por disponer de herramientas de medición con adecuadas propiedades psicométricas a partir de las cuales se puedan tomar decisiones fundamentadas (p. ej., cribado de participantes). Igualmente, los test son herramientas importantes para la comprensión del fenómeno objetivo de estudio (p. ej., clasificación, epidemiología, factores de riesgo y protección), pero también para comprobar la eficacia y utilidad de las intervenciones psicológicas. Además, la mayoría de los adolescentes que intentan suicidarse comunican sus pensamientos antes de llevarlo a cabo, por lo que su detección es un asunto literalmente vital.

En la literatura previa existe una amplia gama de instrumentos de medida para la evaluación de la conducta suicida en adultos y menores (Batterham et al., 2015; Runeson et al., 2017; Saab et al., 2021). La escala que cuenta con mayor respaldo científico (Interian et al., 2018) es la escala Columbia para evaluar el riesgo de suicidio (Columbia suicide severity rating scale, C-SSRS) (Posner et al., 2011) que ha sido validada al español (Al-Halabí et al., 2016). En población adolescente también se han desarrollado y validado diferentes instrumentos de medida. Aquí se comentarán únicamente aquellos que disponen de baremos en población española y que han sido debidamente validadas en muestras representativas, como son la escala Paykel de conducta suicida (Paykel suicide scale,

PSS) (Paykel et al., 1974) o la escala de conducta suicida en adolescentes (SENTIA) (Diez-Gómez et al., 2020) y su versión breve (Diez et al., 2021). Los ítems de la PSS y la SENTIA-breve se presentan en las Tablas 2 y 3, respectivamente.

Tabla 2.

Ítems de la escala SENTIA (versión breve) para la evaluación de la conducta suicida en adolescentes (Diez et al., 2021).

Ítem	
1	¿Has deseado estar muerto?
2	¿Has tenido alguna vez la idea de quitarte la vida?
3	¿Has planificado quitarte la vida?
4	¿Has comentado a alguien que quieres quitarte la vida?
5	¿Has intentado quitarte la vida?

Nota. Puntuación general “riesgo de conducta suicida”: suma de los ítems con respuesta afirmativa.

Ítems referidos al subtipo “acto/planificación”: ítems 5 y 3.

Ítems referidos al subtipo “comunicación”: ítem 4.

Ítems referidos al subtipo “ideación/desesperanza”: ítems 1 y 2.

Tabla 3.

Ítems de la versión española de la escala Paykel de conducta suicida (Fonseca-Pedrero y Pérez-Albéniz, 2020).

Ítem	
1	¿Has sentido que la vida no merece la pena?
2	¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarte
3	¿Has pensado en quitarte la vida aunque realmente no lo fueras a hacer?
4	¿Has llegado al punto en el que considerarías realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías?
5	¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?

La PSS es un instrumento de autoinforme que valora diferentes expresiones de la conducta suicida mediante cinco ítems con un formato de respuesta dicotómico. Las puntuaciones de la PSS que han mostrado adecuadas propiedades psicométricas en adolescentes españoles (Fonseca-Pedrero y Pérez-Albéniz, 2020). Por su parte, la escala SENTIA es un autoinforme de evaluación de la conducta suicida con formato de respuesta dicotómico (sí/no). Consta de 16 ítems que miden un factor general de conducta suicida y tres factores específicos (acto/planificación suicida, comunicación e ideación/desesperanza). La versión breve de SENTIA se ha desarrollado a partir de la versión de 16 ítems, y consta de un total de 5 ítems. Las dos versiones de SENTIA han mostrado adecuadas propiedades psicométricas en adolescentes españoles (Diez-Gómez et al., 2020; Diez et al., 2021). La PSS y SENTIA son herramientas de evaluación breves, sencillas y con adecuada calidad métrica que permiten evaluar la conducta suicida (ideación, planificación, intención, comunicación y conducta) en la adolescencia.

Los instrumentos de evaluación mencionados se pueden utilizar como cribado para tomar decisiones tales como intervenciones psicológicas, educativas o de detección precoz con la finalidad de realizar una evaluación psicológica y comprensiva más exhaustiva. Igualmente, estudios previos han demostrado la eficacia de los programas de identificación y detección temprana en conducta suicida en jóvenes mediante herramientas psicométricas (Carli et al., 2021; Fonseca-Pedrero et al., 2019). En este sentido, una de las líneas de actuación tiene que ser la detección precoz mediante test de cribado.

Prevención de la conducta suicida

La evidencia empírica pone de relieve que el suicidio es prevenible. Se disponen de medidas de intervención y recursos eficaces para su prevención (p.ej., Mann et al., 2021; Riblet et al., 2017; Phillips et al., 2014; Zalsman et al., 2016). Obviamente, para que las respuestas nacionales o internacionales sean eficaces, se necesita una estrategia integral y multisectorial de prevención del suicidio (Platt et al., 2019). En niños y adolescentes la restricción de acceso a medios letales, los programas de formación de habilidades y concienciación basados en la escuela, e intervenciones realizadas en entornos clínicos y comunitarios han demostrado su eficacia en la prevención de la conducta suicida (Wasserman et al., 2021).

La OMS ha desarrollado el enfoque LIVE LIFE (OMS, 2021b) para la prevención del suicidio donde se recomiendan las siguientes intervenciones basadas en la evidencia: a) limitar el acceso a los medios de suicidio (por ejemplo, pesticidas, armas de fuego, ciertos medicamentos) (*Limit access to means of suicide*); b) interactuar con los medios de comunicación para informar responsablemente sobre el suicidio (*Interact with the media on responsible reporting*); c) fomentar habilidades socioemocionales para la vida en los adolescentes (*Foster life skills of young people*); y d) identificar, evaluar, manejar y hacer un seguimiento temprano de cualquier persona que manifieste conductas suicidas (*Early identify and support everyone affected*). Este modelo puede servir como base para desarrollar una estrategia nacional integral de prevención del suicidio.

En la literatura previa se pueden encontrar un amplio elenco de estrategias y programas diseñados para la prevención de la conducta suicida (Reifels et al., 2022). La prevención se puede realizar desde la comunidad, los centros educativos, los centros sanitarios, etc. En términos generales, y sabiendo que las estrategias de intervención son heterogéneas, diferentes formas de prevención han demostrado su eficacia y utilidad (Mann et al., 2021; Riblet et al., 2017; Zalsman et al., 2016). No obstante, hay áreas como pudieran ser los entornos laborales, las universidades o la atención primaria en las que aún existe evidencia insuficiente. También se pueden encontrar en la literatura modelos para la prevención del suicidio en la práctica clínica cotidiana como pudiera ser el Modelo AIM-SP (*Assess, Intervene, Monitor for Suicide Prevention*) (Brodsky et al., 2018) (véase Tabla 4).

Tabla 4.
Modelo AIM-SP para la prevención del suicidio en la práctica clínica cotidiana (tomado de Brodsky et al., 2018).

AIM-SP	Pasos y descripción
Evaluar	Preguntar explícitamente sobre ideación y conducta suicida en el pasado y en el presente. Identificar factores de riesgo que están presentes. Centrarse de forma continua en la seguridad de la persona.
Intervenir	Plan de Seguridad de Stanley y Brown (2012). Elaborar estrategias de afrontamiento. Integrar tratamientos psicológicos específicos para el suicidio basados en la evidencia empírica (TCC, TDC o CAMS).
Monitorizar	Aumentar la flexibilidad y la disponibilidad del clínico. Aumentar la supervisión en los períodos de alto riesgo. Involucrar a la familia y a otras redes de apoyo social. Solicitar apoyo a otros clínicos y fomentar la discusión de casos.

Nota. AIM-SP: *assess, intervene, monitor for suicide prevention* (evaluar, intervenir y monitorizar para la prevención del suicidio); TCC: terapia cognitivo conductual; TDC: terapia dialéctica conceptual; CAMS: *collaborative assessment and management of suicidality*.

Prevención de la conducta suicida en los centros educativos

Los centros educativos son el lugar “natural” e idóneo para desarrollar e implementar actuaciones para la promoción del bienestar emocional y, en concreto, para la prevención de la conducta suicida. La mayoría de los adolescentes pasan amplios periodos temporales en las aulas, siendo los centros educativos uno de los principales agentes involucrados en la socialización, así como en la formación y la promoción de un desarrollo óptimo. Igualmente, mantener un entorno escolar seguro y de apoyo es una parte esencial de la misión general de los centros educativos. A este respecto, la *Guidelines on School Health Services* (OMS, 2021c) resalta que el entorno escolar es un ambiente propicio para el aprendizaje de conocimientos y para la adquisición de competencias socioemocionales.

Los programas para la prevención de la conducta suicida en centros educativos se pueden agrupar dentro de la prevención universal o selectiva (Fonseca-Pedrero et al., 2019). Los programas que, por el momento, han mostrado eficacia son: a) concienciación y educación vía currículo; b) entrenamiento de liderazgo de pares; c) entrenamiento de competencias; d) entrenamiento del personal del centro; y e) cribado de alumnado de riesgo. No obstante, la evidencia científica de estos programas es aún limitada ya que existe una elevada heterogeneidad de propuestas y escasos ensayos controlados aleatorizados que concedan un nivel alto de evidencia y, por lo tanto, recomienden su uso (Carli et al., 2021; Gijzen et al., 2022). Las últimas revisiones sistemáticas indican que las intervenciones educativas, por ejemplo *Youth Aware of Mental health* (YAM) y *Signs of Suicide* (SOS), son eficaces en la prevención de la ideación suicida e intentos de suicidio (Carli et al., 2021). A este respecto, en el meta-análisis que llevaron a cabo Gijzen et al. (2022) encontraron que el tamaño del efecto en el postest fue pequeño tanto para la ideación suicida ($g = 0,15$) como para la tentativa suicida ($g = 0,30$). Además, parecen mantener sus efectos positivos a medio plazo (3-12 meses) y no causan daño (Pistone et al., 2019; Robinson et al., 2018). En otro meta-análisis realizado por Walsh et al. (2022), las intervenciones en contextos educativos, en comparación con los controles, se asociaron con una reducción del probabilidad del 13% para ideación (OR = 0,87, IC del 95% [0,78, 0,96]) y de un 34% para tentativas (OR = 0,66, IC del 95% [0,47, 0,91]). En esencia, estos hallazgos respaldan la prevención del suicidio en centros educativos como una estrategia clínicamente relevante.

A nivel internacional aún son escasos los estudios que han demostrado científicamente que los programas de prevención son eficaces, eficientes y efectivos en los centros escolares, siendo esta realidad más acuciante, si cabe, en España. En nuestro contexto únicamente se conocen resultados del proyecto multicéntrico SEYLE (Wasserman et al., 2015), cuyas intervenciones preventivas fueron llevadas a cabo con adolescentes del Principado de Asturias (Wasserman et al., 2012).

Tratamientos psicológicos con apoyo empírico para el abordaje de la conducta suicida en adolescentes

Los profesionales deben utilizar aquellos procedimientos de intervención que cuentan con apoyo empírico en función de las características de las personas, en este caso menores de edad, que demandan ayuda (Fonseca-Pedrero, 2021). En términos generales, los tratamientos psicológicos han mostrado ser eficaces, efectivos

y eficientes para el abordaje de los trastornos psicológicos, así como para diferentes dificultades de ajuste socioemocional que pueden ocurrir durante los periodos de la infancia y la adolescencia (p. ej., Fonagy et al., 2015; Weisz y Kazdin, 2017).

En el campo de la conducta suicida en adolescentes existen diferentes tratamientos psicológicos empíricamente apoyados (Al-Halabi et al., 2021a) (véase Tabla 5). De acuerdo con los niveles de evidencia y grados de recomendación de las guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud de España (Fonseca-Pedrero et al., 2021), en el abordaje de la conducta suicida la terapia dialéctico-conductual para adolescentes destaca como el único tratamiento psicológico bien establecido y con un grado de recomendación A (Kothgassner et al., 2021). Con un grado de recomendación B se encuentran la psicoterapia interpersonal para adolescentes, la TCC integrada, la terapia basada en la mentalización para adolescentes, el programa para padres/madres y adolescentes (*resourceful adolescent parent program*), la intervención familiar integrada (*safe alternatives for teens & youths*), la psicoeducación (*youth-nominated support*), las intervenciones breves (p. ej., *teens options for change; as safe as possible*), y la intervención familiar para la prevención de suicidio (*family intervention for suicide prevention*).

Tabla 5.
Niveles de evidencia y grados de recomendación de las intervenciones psicológicas para la conducta suicida en la infancia y la adolescencia (modificado de Fonseca-Pedrero et al., 2021).

Intervención	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
Terapia dialéctico conductual para adolescentes	1++	A
Psicoterapia interpersonal para adolescentes	1+	B
Terapia cognitivo conductual integrada	1+	B
Terapia basada en la mentalización para adolescentes	1+	B
Programa para padres/madres y adolescentes	1+	B
Intervención familiar integrada	1+	B
Psicoeducación (<i>Youth-nominated support</i>)	1+	B
<i>Teens options for change</i>	1+	B
<i>As safe as possible</i>	1+	B
Intervención familiar para la prevención de suicidio	1+	B

Los componentes comunes de las intervenciones eficaces son (Al-Halabi y García Haro, 2021): abordaje familiar, entrenamiento en habilidades (p. ej., regulación emocional, tolerancia al estrés, *mindfulness*, eficacia interpersonal y resolución de problemas) e intensidad y duración del tratamiento. En resumen, la psicoterapia parece ser el tratamiento de elección para menores que refieren las diferentes manifestaciones de conducta suicida. En palabras de Knapp (2020): “*good psychotherapy saves lives*”.

Perspectivas futuras

La investigación en conducta suicida es una temática compleja que se halla en continuo progreso. Aquí únicamente, y a modo de ejemplo, se van a comentar algunas de las líneas de progreso más prometedoras en el estudio de la conducta suicida, a saber: a) desarrollar y validar programas de intervención psicológica

basados en la evidencia; b) determinar qué componentes de los tratamientos son efectivos y para quién; c) proporcionar pautas prácticas de actuación a educadores, familiares y profesionales sanitarios, sociales, etc.; d) difundir información veraz, científica, disminuyendo el tabú y el estigma asociados a la conducta suicida; e) favorecer el acceso a las intervenciones psicológicas para la población general y para subgrupos específicos (p. ej., fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado; minorías étnicas); f) desarrollar y validar instrumentos de medida específicos de conducta suicida y constructos relacionados; g) mejorar el estudio de los factores protectores, así como de variables mediadoras y moderadoras; h) incorporar nuevas metodologías (p.ej., evaluación ambulatoria), procedimientos y modelos psicológicos; h) promover la prevención de la conducta suicida basada en la evidencia empírica; i) desarrollar políticas, planes y actuaciones conjuntas: coordinación, cooperación y corresponsabilidad; y j) formar y coordinarse con los medios de comunicación para informar responsablemente sobre el suicidio.

Recapitulación

La conducta suicida en adolescentes es un problema de salud pública tanto por su prevalencia como por las consecuencias personales, familiares, educativas y socio-sanitarias que conlleva asociadas. En concreto, en población infanto-juvenil, este fenómeno es relevante por varios motivos, entre los que destacan que las conductas suicidas han aumentado en las últimas décadas, cada vez se registran más suicidios a edades más tempranas, la mayoría de las personas que han considerado o intentado suicidarse lo hicieron por primera vez durante su juventud, típicamente antes de los veinte años, y está asociado a discapacidad y carga de enfermedad (Asarnow y Ougrin, 2019; Cha et al., 2018; Glenn et al., 2020).

La conducta suicida genera un claro impacto tanto en la sociedad presente como futura. Por ello, se hace necesario abordar este desafío social mediante investigación que permita tomar decisiones informadas. No obstante, la ausencia de recursos a múltiples niveles supone un verdadero problema a tenor de las cuestiones mencionadas anteriormente. Huelga decir que ante este paisaje es necesario actuar. Dada la importancia del fenómeno objeto de estudio para la sociedad en su conjunto, no queda otro camino que seguir trabajando bajo la premisa de que la conducta suicida es prevenible y que las personas y las familias necesitan de una psicología fundamentada en la evidencia empírica que permita desarrollar sistemas de prevención holísticos, inclusivos, multisectoriales, personalizados, accesibles y de calidad.

En esencia, el suicidio se puede prevenir, solo hacen falta políticas y programas de prevención. Eso sí, hay que hacerlos (Platt et al., 2019). Todas estas actuaciones se tienen que enmarcar en la necesidad de implementar una verdadera estrategia nacional de promoción de la salud mental y el bienestar emocional, en general, y en un plan nacional para la prevención del suicidio, en particular, que mejore la calidad de vida de las generaciones presentes y futuras, siempre sobre la base de una investigación de vanguardia que permita tomar decisiones informadas para la prevención del suicidio.

Recuerde que promover, proteger y cuidar la salud mental de toda la población, pero en particular de los más vulnerables, es un deber constitucional. Las personas merecemos una atención

psicológica accesible, inclusiva, pública y de calidad. Todos somos corresponsables y podemos cumplir un papel importante para escuchar y apoyar a nuestros adolescentes, ayudándoles a construir una buena sensación de pertenencia y una vida que merezca la pena ser vivida. Es hora de actuar, generando esperanza a través de la acción.

Agradecimientos

En el texto en español: Esta investigación ha sido financiada a través de las Ayudas de la Fundación BBVA a Equipos de Investigación Científica, año 2017, por el Ministerio de Ciencia e Innovación y La Agencia Estatal de Investigación (Proyecto PID2021-127301OB-I00 financiado por MCIN /AEI /10.13039/501100011033), así como por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional de la Unión Europea.

Conflicto de Intereses

No existe conflicto de intereses.

Referencias

- Al-Halabí, S., y García Haro, J. M. (2021). Tratamientos psicológicos para la conducta suicida. En E. Fonseca-Pedrero (Ed.), *Manual de tratamientos psicológicos. Adultos* (pp. 639–675). Pirámide.
- Al-Halabí, S., y Fonseca-Pedrero, E. (2021). Suicidal behavior prevention: The time to act is now. *Clinica y Salud*, 32(2), 89–92. <https://doi.org/10.5093/CLYSA2021A17>
- Al-Halabí, S., García Haro, J. M., y Gutiérrez López, B. (2021a). 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., García-Haro, J., Rodríguez-Muñoz, M. F., Fonseca-Pedrero, E. (2021b). Conducta suicida y periodo perinatal: entre el tabú y la incompreensión. *Papeles del Psicólogo*, 42(3), 161-169. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2963>
- 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., Muñoz, J., Posner, K., Oquendo, M. A., García-Portilla, M. P., y Bobes, J. (2016). Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 134–142. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.02.002>
- Anseán, A. (2014). *Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*. Fundación Salud Mental España.
- Arensman, E., Corcoran, P. y McMahon, E. (2018). The iceberg model of self-harm: New evidence and insights. *The Lancet. Psychiatry*, 5, 100-101.
- Asarnow, J. R. y Ougrin, D. (2019). Editorial: Suicide and self-harm: Advancing from science to preventing deaths. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(10), 1043-1045. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13131>
- Ati, N. A. L., Paraswati, M. D., y Windarwati, H. D. (2021). What are the risk factors and protective factors of suicidal behavior in adolescents? A systematic review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 34(1), 7-18. <https://doi.org/10.1111/jcap.12295>
- Batterham, P. J., Ftanou, M., Pirkis, J., Brewer, J. L., Mackinnon, A. J., Beautrais, A., Fairweather-Schmidt, A. K., y Christensen, H. (2015). A systematic review and evaluation of measures for suicidal ideation and behaviors in population-based research. *Psychological Assessment*, 27(2), 501–512. <https://doi.org/10.1037/pas0000053>
- Berman, A. L., y Silverman, M. M. (2017). How to ask about suicide? A question in need of an empirical answer. *Crisis*, 38(4), 213-216. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000501>
- Brown, R. C. y Plener, P. L. (2017). Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Current Psychiatry Reports*, 19, Artículo 20. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0767-9>
- Bryan, C. J., Butner, J. E., May, A. M., Rugo, K. F., Harris, J., Oakey, D. N., Rozek, D. C., y Bryan, A. O. (2020). Nonlinear change processes and the emergence of suicidal behavior: A conceptual model based on the fluid vulnerability theory of suicide. *New Ideas in Psychology*, 57, Artículo 100758. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2019.100758>
- Bryan, C. J., Corso, K. A., Rudd, M. D. y Cordero, L. (2008). Improving identification of suicidal patients in primary care through routine screening. *Primary Care and Community Psychiatry*, 13(4), 143-147. <https://doi.org/10.1080/02640410500131670>
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16(1), 5–13. <https://doi.org/10.1002/wps.20375>
- Brodsky, B. S., Spruch-Feiner, A., y Stanley, B. (2018). The zero suicide model: Applying evidence-based suicide prevention practices to clinical care. *Frontiers in Psychiatry*, 9, Artículo 33. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00033>
- Carli, V., Iosue, M., y Wasserman, D. (2021). Universal suicide prevention in schools. En D. Wasserman (Ed.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention (2 ed.)* (pp. 653–664). Oxford University Press.
- Castellvi-Obiols, P., y Piqueras, J. A. (2018). El suicidio en la adolescencia: Un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. *Revista de Estudios de Juventud*, 121, 45–59.
- Cha, C. B., Franz, P. J., Guzmán, E. M., Glenn, C. R., Kleiman, E. M. y Nock, M. K. (2018). Annual Research Review: Suicide among youth - epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(4), 460-482. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12831>
- Chiles, J. A., Strosahl, K. D., y 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., y van de Leemput, I. (2021). A network perspective on suicidal behavior: Understanding suicidality as a complex system. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 51(1), 115-126. <https://doi.org/10.1111/sltb.12676>
- Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Ortuño-Sierra, J., y Fonseca-Pedrero, E. (2020). SENTIA: An adolescent suicidal behavior assessment scale. *Psicothema*, 32(3), 382–389. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.27>
- Díez, A., Enesco, C., Pérez de Albéniz, A., y Fonseca-Pedrero, E. (2021). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: Validación de la escala SENTIA-Breve. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 49(1), 24-34.
- Espada, J. P., Méndez, X., Orgilés, M., y Morales, A. (2021). Conducta suicida. En Fernández-Hermida, J.R. y Villamarín-Fernández, S. (Eds.), *Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil* (pp. 32–37). Consejo General de la Psicología de España.
- Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). *Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia*. Pirámide.

- Fonseca-Pedrero, E., Díez, A., Pérez, A., Inchausti, F., Enesco, A., y Pérez, M. (2019). Prevención del suicidio en los centros educativos. En B. Lucas-Molina y M. Jiménez-Dasi (Eds.), *Promoción de la salud a través de programas de intervención en contexto educativo* (pp. 157–184). Pirámide.
- Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Pérez, L., Aritio, A., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-García, A., Lucas-Molina, B., Domínguez, C., Fonseca, D., Espinosa, V., Gorriá, A., Urbiola-Merina, E., Fernández, M., Merina, C., Gutiérrez, C., Aures, M., Campos, M. S., Domínguez-Garrido, E., y Pérez de Albéniz, A. (2018). Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2), 76–85. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.07.004>
- Fonseca-Pedrero, E., y Pérez de Albéniz, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la escala Paykel de Suicidio. *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 106–115. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>
- Fonseca-Pedrero, E., Al-Halabí, S., Pérez-Albéniz, A., y Debbané, M. (2022). Risk and Protective Factors in Adolescent Suicidal Behaviour: A Network Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1784. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031784>
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., López-Navarro, E. R., Muñiz, J., Lucas-Molina, B., Pérez-Albéniz, A., Rivera, R. B., Cano-Vindel, A., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., González-Menéndez, A., Valero, A. V., Priede, A., González-Blanch, C., Ruiz-Rodríguez, P., Moriana, J. A., Gómez, L. E., ... Montoya-Castilla, I. (2021). Empirically supported psychological treatments for children and adolescents: State of the art. *Psicothema*, 33(3), 386–398. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.56>
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., y Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- García-Haro, J., García-Pascual, H., y González González, M. (2018). Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio A contextual-phenomenological approach to suicide. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 381–400. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352018000200003>
- García-Haro, J., García-Pascual, H., González González, M., Barrio-Martínez, S. y García-Pascual, R. (2020). Suicidio y trastorno mental: Una crítica necesaria. *Papeles del Psicólogo*, 41(1), 35–42. <https://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2919>
- Gijzen, M. W. M., Rasing, S. P. A., Creemers, D. H. M., Engels, R. C. M. E., y Smit, F. (2022). Effectiveness of school-based preventive programs in suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 298(Part A), 408–420. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2021.10.062>
- Gillies, D., Christou, M. A., Dixon, A. C., Featherston, O. J., Rapti, I., Garcia-Anguita, A., Villasis-Keever, M., Reebye, P., Christou, E., Al Kabir, N., y Christou, P. A. (2018). Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990–2015. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(10), 733–741. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.018>
- Glenn, C. R., Kleiman, E. M., Kellerman, J., Pollak, O., Cha, C. B., Esposito, E. C., Porter, A. C., Wyman, P. A., y Boatman, A. E. (2020). Annual Research Review: A meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 61(3), 294–308. <https://doi.org/10.1111/JCPP.13106>
- Goodfellow, B., Kølves, K., y de Leo, D. (2018). Contemporary nomenclatures of suicidal behaviors: A systematic literature review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(3), 353–366. <https://doi.org/10.1111/sltb.12354>
- Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012. (2020). *Revisión de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012) del Programa de GPC en el SNS*. Ministerio de Sanidad.
- Hill, N., Robinson, J., Pirkis, J., Andriessen, K., Krysinaka, K., Payne, A., Boland, A., Clarke, A., Milner, A., Witt, K., Krohn, S., y 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), Artículo e1003074. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003074>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2021). *Estadística de defunciones según la causa de muerte. Notas de prensa (10.11.2021)*.
- Interian, A., Chesin, M., Kline, A., Miller, R., St Hill, L., Latorre, M., Shcherbakov, A., King, A., y Stanley, B. (2018). Use of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) to classify suicidal behaviors. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 22(2), 278–294. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1334610>
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Klonsky, E. D., Saffer, B. Y., y Bryan, C. J. (2018). Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update. *Current Opinion in Psychology*, 22, 38–43. <https://doi.org/10.1016/J.COPSYC.2017.07.020>
- Klonsky, E. D., Pachkowski, M. C., Shahmaz, A., y May, A. M. (2021). The three-step theory of suicide: Description, evidence, and some useful points of clarification. *Preventive Medicine*, 152(Pt 1), Artículo 106549. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106549>
- Knapp, S. J. (2020). *Suicide Prevention: An Ethically and Scientifically Informed Approach*. American Psychological Association.
- Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscava, M. M., Schmahl, C., y Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51(7), 1057–1067. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001355>
- Kuehn, K. S., Dora, J., Harned, M. S., Foster, K. T., Song, F., Smith, M. R., y King, K. M. (2022). A meta-analysis on the affect regulation function of real-time self-injurious thoughts and behaviours. *Nature Human Behaviour*, 6, 964–974. <https://doi.org/10.1038/s41562-022-01340-8>
- Large, M., Galletly, C., Myles, N., Ryan, C. J., y Myles, H. (2017). Known unknowns and unknown unknowns in suicide risk assessment: evidence from meta-analyses of aleatory and epistemic uncertainty. *BJPsych Bulletin*, 41, 160–163. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.116.054940>
- Lim, K., Wong, C., McIntyre, R., Wang, J., Zhang, Z., Tran, B., Tan, W., Ho, C., y Ho, R. (2019). Global lifetime and 12-month prevalence of suicidal behavior, deliberate self-harm and non-suicidal self-injury in children and adolescents between 1989 and 2018: A meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), Artículo 4581. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224581>
- Mann, J. J., Michel, C. A., y Auerbach, R. P. (2021). Improving suicide prevention through evidence-based strategies: A systematic review. *The American Journal of Psychiatry*, 178(7), 611–624. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.2020.20060864>
- McHugh, C. M., Corderoy, A., Ryan, C. J., Hickie, I. B., y Large, M. M. (2019). Association between suicidal ideation and suicide: meta-analyses of odds ratios, sensitivity, specificity and positive predictive value. *BJPsych Open*, 5, Artículo e18. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.88>

- Miller, D. N. (2021). *Child and Adolescent Suicidal Behavior. School-Based Prevention, Assessment, and Intervention (2nd ed.)*. Guilford Press.
- Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marín, J., Roca, M., Soto-Sanz, V., Vilagut, G., y Alonso, J. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: Systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Public Health, 64*(2), 265–283. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>
- Mulder, R., Newton-Howes, G. y Coid, J. W. (2016). The futility of risk prediction in psychiatry. *The British Journal of Psychiatry, 209*(4), 271–272. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.184960>
- Naciones Unidas. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible*.
- O'Connor, R. C., y Pirkis, J. (2016). *The international handbook of suicide prevention (2nd edition)*. Wiley-Blackwell.
- O'Connor, R. C. (2011). Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. En R. C. O'Connor, S. Platt y J. Gordon (Eds.), *International handbook of suicide prevention: research, policy and practice* (pp. 181-198). John Wiley & Sons.
- Organización Mundial de la Salud (2021a). *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2021b). *LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2021c). *WHO guideline on school health services*. Organización Mundial de la Salud.
- Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J., y Tanner, J. (1974). Suicidal feelings in the general population: A prevalence study. *The British Journal of Psychiatry, 214*, 460–469.
- Pedreira-Massa, J. L. (2019). Conductas suicidas en la adolescencia: Una guía práctica para la intervención y la prevención. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 24*(3), 217–237. <https://doi.org/10.5944/RPPC.26280>
- Phillips, M., Ajdacic-Gross, V., Carli, V., Corcoran, P., Crosby, A., Leo, D. D., y Bramley, D. (2014). Epidemiología mundial del suicidio y de los intentos de suicidio [Global epidemiology of suicide and suicide attempts]. En World Health Organization (Ed.), *Prevención del suicidio, un imperativo global [Preventing Suicide - a global imperative]* (pp. 14-27). World Health Organization Press.
- Pistone, I., Beckman, U., Eriksson, E., Lagerlöf, H., y Sager, M. (2019). The effects of educational interventions on suicide: A systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Social Psychiatry, 65*(5), 399–412. <https://doi.org/10.1177/0020764019852655>
- Platt, S., Arensman, E., y Rezaeian, M. (2019). National Suicide Prevention Strategies - Progress and Challenges. *Crisis, 40*(2), 75–82. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000587>
- Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L., Shen, S., y Mann, J. J. (2011). The Columbia-suicide severity rating scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry, 168*(12), 1266-1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
- Reifels, L., Krishnamoorthy, S., Kølves, K., y Francis, J. (2022). Implementation science in suicide prevention. *Crisis, 43*(1), 1–7. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000846>
- Riblet, N. B. V., Shiner, B., Young-Xu, Y., y Watts, B. V. (2017). Strategies to prevent death by suicide: Meta-analysis of randomised controlled trials. *British Journal of Psychiatry, 210*(6), 396–402. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187799>
- Rudd, M. D. (2006). Fluid vulnerability theory: a cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk. En T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research and therapy* (pp. 355-368). American Psychological Association.
- Robinson, J., Bailey, E., Witt, K., Stefanac, N., Milner, A., Currier, D., Pirkis, J., Condron, P., y Hetrick, S. (2018). What works in youth suicide prevention? A systematic review and meta-analysis. *EclinicalMedicine, 4–5*, 52–91. <https://doi.org/10.1016/J.ECLINM.2018.10.004>
- Runeson, B., Odeberg, J., Pettersson, A., Edbom, T., Jildevik Adamsson, I., y Waern, M. (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PloS One, 12*(7), e0180292. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180292>
- Saab, M. M., Murphy, M., Meehan, E., Dillon, C. B., O'Connell, S., Hegarty, J., Heffernan, S., Greaney, S., Kilty, C., Goodwin, J., Hartigan, I., O'Brien, M., Chambers, D., Twomey, U., y O'Donovan, A. (2021). Suicide and self-harm risk assessment: A systematic review of prospective research. *Archives of Suicide Research*. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1938321>
- Silverman, M. M. (2016). Challenges to defining and classifying suicide and suicidal behaviours. En R. C. O'Connor y J. Pirkis (Eds.), *International handbook of suicide prevention (2nd ed.)* (pp. 11-35). Wiley Blackwell.
- Silverman, M. M., y 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. <https://doi.org/10.1111/sltb.12065>
- Silverman, M. M., y DeLeo, D. D. (2016). Why there is a need for an international nomenclature and classification system for suicide. *Crisis, 37*(2), 83-87. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000419>
- Steege, S., Quinlivan, L., Nowland, R., Carroll, R., Casey, D., Clements, C., ... Kapur, N. (2018). Accuracy of risk scales for predicting repeat self-harm and suicide: A multicentre, population-level cohort study using routine clinical data. *BMC Psychiatry, 18*, Artículo 113. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1693-z>
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., y Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews. Disease Primers, 5*(1), Artículo 74. <https://doi.org/10.1038/S41572-019-0121-0>
- van Mens, K., de Schepper, C., Wijnen, B., Koldijk, S. J., Schnack, H., de Looft, P., Lokkerbol, J., Wetherall, K., Cleare, S., O'Connor, R. C., y 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. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.081>
- Walsh, E. H., McMahon, J., y Herring, M. P. (2022). Research Review: The effect of school-based suicide prevention on suicidal ideation and suicide attempts and the role of intervention and contextual factors among adolescents: A meta-analysis and meta-regression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 63*(8), 836-845. <https://doi.org/10.1111/JCPP.13598>
- Wasserman, D. (2021). *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. Oxford University Press.

- Wasserman, C., Hoven, C. W., Wasserman, D., Carli, V., Sarchiapone, M., Al-Halabí, S., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., Cosman, D., Farkas, L., Feldman, D., Fischer, G., Graber, N., Haring, C., Herta, D. C., Iosue, M., Kahn, J. P., Keeley, H., Klug, K., ... Poštuvan, V. (2012). Suicide prevention for youth--a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. *BMC Public Health*, 12, Artículo 776. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-776>
- Wasserman, D., Carli, V., Iosue, M., Javed, A., y Herrman, H. (2021). Suicide prevention in childhood and adolescence: A narrative review of current knowledge on risk and protective factors and effectiveness of interventions. *Asia-Pacific Psychiatry*, 13(3), Artículo e12452. <https://doi.org/10.1111/APPY.12452>
- Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., Kelleher, I., Sarchiapone, M., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Guillemin, F., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J. P., ... Carli, V. (2015). School-based suicide prevention programmes: The SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385(9977), 1536–1544. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61213-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61213-7)
- Weisz, J. R., y Kazdin, A. E. (2017). *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents (Third Edition)*. Guilford Press.
- Wyman, P. A., Pickering, T. A., Pisani, A. R., Rulison, K., Schmeelk-Cone, K., Hartley, C., Gould, M., Caine, E. D., LoMurray, M., Brown, C. H., y Valente, T. W. (2019). Peer-adult network structure and suicide attempts in 38 high schools: implications for network-informed suicide prevention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 60(10), 1065–1075. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13102>
- 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., y Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646–659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)

Artículo

La psicología ante la disforia de género, más allá de la ideología *queer*

Marino Pérez Álvarez^{ORCID} y José Errasti^{ORCID}

Universidad de Oviedo, España

INFORMACIÓN

Recibido: Junio 3, 2022

Aceptado: Junio 20, 2022

Palabras clave

Disforia de género de comienzo rápido
Ideología *queer*
Terapia afirmativa
Detransicionistas
Espera atenta

RESUMEN

La disforia de género en la infancia y la adolescencia está hoy en día más bajo el dominio de la ideología *queer* que dentro de los conocimientos científicos y profesionales. Este dominio de la ideología se traduce en importantes consecuencias prácticas como la autodeterminación de la identidad de género con base en el sentimiento y la terapia afirmativa de la identidad sentida como la única opción aceptable. Como resultado, quedan fuera de evaluación los aspectos psicológicos y se emprenden transiciones fármaco-quirúrgicas que no resuelven el problema para todos. En particular, surge el nuevo fenómeno de los arrepentidos de haber cambiado de género y detransicionistas que quisieran volver atrás. Las profesiones sanitarias incluida la psicología, así como la psiquiatría y la pediatría, debieran reclamar ante la disforia de género los mismos estándares científicos y profesionales que aplican en los demás problemas, empezando por la exploración, la evaluación, el análisis funcional, el diagnóstico, la prudencia, la espera atenta, en vez de asumir sin más la terapia afirmativa.

Psychology and gender dysphoria: beyond queer ideology

ABSTRACT

Gender dysphoria in childhood and adolescence is today more under the domain of queer ideology than within scientific and professional knowledge. This dominance of ideology translates into important practical consequences such as self-determination of gender identity based on sentiment and affirmative therapy of felt identity as the only acceptable option. As a result, psychological aspects are left out of evaluation and pharmaco-surgical transitions are undertaken that do not solve the problem for everyone. In particular, there is the new phenomenon of those who regret having changed their gender and detransitionists who would like to reverse the process. The health professions, including psychology, as well as psychiatry and paediatrics, should claim the same scientific and professional standards for gender dysphoria as they apply to other problems, starting with exploration, evaluation, functional analysis, diagnosis, prudence, attentive waiting, instead of simply assuming affirmative therapy.

Keywords:

Rapid-onset gender dysphoria
Queer ideology
Affirmative therapy
Detransitionists
Watchful waiting

La disforia de género está hoy en día bajo el dominio de una ideología, en vez de estar dentro de los conocimientos científicos. Así, la psicología, como también la psiquiatría, están prácticamente excluidas de su aplicación a la disforia de género —referida en particular a la infancia y adolescencia— como no sea para afirmar lo que el menor sienta y diga. Excluida la exploración psicológica (Gómez-Gil et al, 2020; Rodríguez Magda, 2021a), la disforia pasa a ser asunto de endocrinólogos y cirujanos, de inyecciones y bisturís.

La ideología en cuestión no es otra que la ideología transgénero o queer. La ideología transgénero/queer es una amalgama de filosofía posmoderna y activismo político. Mientras que su filosofía se caracteriza por el descrédito del conocimiento científico, de la razón y de la verdad, y el abrazo del subjetivismo y del constructivismo lingüístico, su activismo se arroga una particular justicia social basada en las identidades sentidas y no precisamente en los derechos universales de las personas (Binetti, 2021; Errasti y Pérez-Álvarez, 2022; Malo, 2021; Pluckrose y Lindsay, 2020). Es ideología, porque el término “teoría”, en tanto supone un sistema organizado de ideas y conocimientos, resulta un oxímoron en este caso dada su mezcolanza de ideas. La denominación de “filosofía queer” también sería excesiva debido a su descreimiento de la razón y contradicciones dentro de su doctrina. Ideología sería pues su mejor consideración, en el doble sentido de amalgama de ideas y de función encubridora de intereses como el “mercado de cuerpos” (Binetti, 2021).

La ideología queer es poderosa no a pesar de ser una ideología, sino precisamente por serlo de la manera que lo es. Se trata de una ideología que sintoniza con el espíritu de los tiempos, si es que ella misma no define el espíritu de la época. Aspectos clave de esta sintonía son la apelación a los sentimientos, la autodeterminación de la identidad, y la satisfacción de los deseos, todo ello dentro del lenguaje del buenismo y de la justicia social (solo tú sabes cómo te sientes, derechos humanos). De hecho, la ideología transgénero constituye un poderoso *lobby* capaz de influir no solo en el lenguaje ordinario imponiendo un neolenguaje, sino también en las instituciones, corporaciones y sociedades científicas y profesionales, entre ellas la American Academy of Pediatrics (AAP), la American Psychological Association y la American Psychiatric Association (APAs) (Ekman, 2022; Errasti y Pérez-Álvarez, 2022). En particular, las APAs hacen declaraciones ideológicas en favor de la afirmación como única opción, pasando por alto los conocimientos científicos y buenas prácticas profesionales que ellas mismas sustentan en relación con todos los demás asuntos que no sean la susodicha disforia.

La ideología queer y la nueva ortodoxia que está creando tienen dos grandes implicaciones, de un lado, para el feminismo, borrando a la mujer como sujeto político en aras del generismo (Ekman, 2022; Errasti y Pérez-Álvarez, 2022; Rodríguez Magda, 2021a), y de otro para la disforia de género en la infancia y la adolescencia, objeto de este artículo.

La psicología tiene mucho que decir ante la disforia de género. Para empezar, la psicología ofrece conocimientos acerca de cómo se constituye la identidad de las personas en el contexto de la cultura, la sociedad, el lenguaje y las vicisitudes del desarrollo. Desde Vygotsky a Skinner, por citar únicamente dos referentes, se sabe que el autoconocimiento es contacto social con uno mismo, no algo que brota espontáneamente. Igualmente, la psicología

ofrece conocimientos acerca de la influencia social y la formación de los sentimientos, en vez de, por ejemplo, asumir el esencialismo.

Ante la disforia de género, la psicología no plantea hacer otra cosa que lo que hace en cualquier otro tema y problema: estudiarlo y ver la mejor manera de ofrecer las ayudas correspondientes. Por otra parte, la psicología examina también la ideología y asunciones implícitas que puedan formar parte de sus conocimientos y procedimientos. Así, se cuida del esencialismo, del dualismo y del reduccionismo biomédico, tratando de ver los problemas y ayudas en el contexto de la persona y sus circunstancias, sin escatimar la crítica social e institucional con el fin de cambiar la sociedad y no meramente adaptar acriticamente a los individuos (González-Pardo y Pérez-Álvarez, 2007; Pérez-Álvarez, 2021). El presente artículo se centra en la llamada disforia de género de comienzo rápido que se da en la infancia y la adolescencia.

La disforia de género de comienzo rápido: el canario de las minas de carbón

La llamada disforia de género de comienzo rápido, ROGD por las siglas en inglés de Rapid-Onset Gender Dysphoria, se refiere a un fenómeno descrito en 2018 por la ginecóloga e investigadora Lisa Littman, según el cual de pronto una chica se siente y declara como siendo un chico, o al revés, aunque es más frecuente (82,2%) su aparición en chicas (Littman, 2018). El trabajo consistió en una encuesta de 90 preguntas (abiertas, de opción múltiple y tipo Likert) a 256 padres reclutados en tres sitios web en los que habían informado de inicios repentinos o rápidos de disforia de género ocurrida en sus hijos adolescentes o adultos jóvenes (con una media de 15 años). Aunque para los padres fue una sorpresa, la experiencia declarada de los hijos o hijas no se presentó de la noche a la mañana. El 86.7 % de los padres refieren que su hijo en los últimos tiempos mantuvo un uso incrementado de las redes sociales, pertenecía a un grupo de amigos en el que uno o varios amigos se identificaron como transgénero, o ambas circunstancias. Según el informe de los padres, el 41 % de los hijos e hijas habían expresado una orientación sexual no heterosexual antes de identificarse como transgénero. Así mismo, muchos (62,5 %) habían sido diagnosticados con al menos un trastorno de salud mental o una discapacidad del neurodesarrollo antes del inicio de su disforia de género (Littman, 2018).

La controversia

La autora apunta al contagio social y a mecanismos de afrontamiento desadaptativos, así como a conflictos entre padres e hijos, como posibles explicaciones de la disforia repentina, que se habrían de explorar. Y añade: “Los hallazgos de este estudio sugieren que los clínicos deben ser cautelosos antes de confiar únicamente en el autoinforme cuando los chicos buscan una transición social, médica o quirúrgica. Los adolescentes y adultos jóvenes no son profesionales clínicos formados. Cuando los chicos diagnostican sus propios síntomas basándose en lo que leen en Internet y escuchan de sus amigos, es muy posible que lleguen a conclusiones erróneas. Es un deber del clínico, ante un paciente que busca la transición, realizar su propia evaluación y diagnóstico diferencial para determinar si el paciente está en lo cierto o no en su autoevaluación de sus síntomas y su convicción de que se

beneficiaría de la transición. Esto no quiere decir que las convicciones del paciente deban ser descartadas o ignoradas. Cómo no, algunos pueden beneficiarse de la transición. Sin embargo, tampoco se debe descuidar una exploración clínica cuidadosa. El hecho de que el historial del paciente sea significativamente diferente al relato de los padres sobre el historial del niño debería servir como una señal de alerta de que se necesita una evaluación más exhaustiva y que otras fuentes deben verificar la mayor cantidad de información posible sobre el historial del paciente.” (Littman, 2018, p. 37).

El trabajo de Littman resultó controvertido ya desde el primer momento, al extremo de que su propia universidad (Brown University) lo retiró del repositorio y la revista lo revisó por segunda vez incluyendo una Corrección al año siguiente (Littman, 2019), ante la presión del activismo transgénero. Mientras que su retirada por la Universidad merece todos los reproches de acuerdo con la exdecana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard (Flier, 2018), la segunda revisión no supuso ningún cambio sustantivo más que una mejor contextualización del estudio (Bartlett, 2019; Littman, 2019).

Las objeciones al estudio se centran en tres aspectos: la hipótesis del contagio social y el papel de los problemas psicológicos asociados, supuestos fallos metodológicos, y falta de evidencia clínica de la ROGD. En relación con la primera, sorprende la objeción por proponer hipótesis acerca de los hallazgos de un estudio exploratorio. Se trata de hipótesis por lo demás enteramente plausibles, y de hecho vienen apoyadas por el crecimiento exponencial del fenómeno, la concurrencia de otros malestares previos y el nuevo fenómeno de los arrepentidos y destransicionistas (Entwistle, 2020; Littman, 2021; Vandebussche, 2021). Así, por ejemplo, los arrepentidos refieren influencias que los llevaron a una transición precipitada (Alsedo, 2022a; Bell, 2021; Dagny, 2019). En relación con los supuestos fallos metodológicos, en absoluto invalidan el estudio, que, de hecho, se mantuvo prácticamente intacto (Bartlett, 2019; Littman, 2019), mostrándose al final que su metodología es coherente con la usada en el campo de la disforia de género, como muestra la autora en respuesta a sus críticos (Littman, 2020).

Un fenómeno social

Tocante a la falta de evidencia de la ROGD como entidad clínica, lo cierto es que no tiene entidad clínica, ni lo pretende. Y puestos a decirlo todo, tampoco la tienen, ni debieran pretenderla, la disforia/incongruencia de género que figuran en los sistemas diagnósticos: DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ª edición) y CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª edición). No solo la ROGD no debiera entrar en los sistemas diagnósticos venideros, sino que la disforia/incongruencia de género debiera salir de los actuales catálogos de trastornos o enfermedades mentales. Con todo, la así llamada ROGD no deja de ser un fenómeno *social* nuevo en el contexto de la historia transexual y transgénero, a tenor de su crecimiento de miles por cien en pocos años, el cambio de ratio de mujer-a-varón en vez de al revés como ocurre en el ámbito adulto y la ocurrencia cada vez en edades más tempranas (Bonfatto & Crasnow, 2018; Errasti y Pérez-Álvarez, 2022, p. 195; Kaltiala-Heino et al, 2018; Zucker, 2019).

Las objeciones al estudio de Littman, más allá de la discusión que todo trabajo científico merece, responden a motivaciones ideológicas relativas a las hipótesis del contagio social y el papel de otros problemas. Estas hipótesis entran en contradicción con la supuesta condición innata, natural e inmodificable de la identidad sentida como la ideología queer quiere presentar la incongruencia/disforia de género. Lo cierto es que la llamada ROGD es un fenómeno social nuevo.

La madre del cordero

Puestos en la perspectiva de los padres, se puede entender que queden desconcertados ante la declaración —sin duda sincera, sentida y sufrida— de una niña o chica que dice sentirse y ser en realidad un niño o chico (o al revés) y que además quiere que a partir de ahora le llamen por otro nombre, puesto que ya no es quien era hasta entonces.

Los padres pronto irán viendo que el cambio ni es repentino ni carece de firmeza. La chica tiene claro, y bien aprendido, lo que dice ante cualquier reticencia y observación de los padres, incluidas expresiones de que si no la apoyan es señal de que no la quieren o quizá se vaya a suicidar. Los padres verán también que el cambio quizá ya estaba dado en el centro escolar, en el grupo de amigos y en las comunidades de las redes sociales, donde la chica ya tenía probablemente un nuevo nombre y pronombres elegidos. Los padres irán viendo también que en el centro de salud donde probablemente acudirán, los profesionales (pediatras, endocrinólogos, psiquiatras, psicólogos) ya están al cabo de la calle de lo que hay que hacer en la disforia de género. Los profesionales terminarán probablemente por decirles a los padres que tienen un hijo en vez de una hija o al revés. Y los padres verán al final que es mejor tener un hijo transgénero que muerto, según expresiones al uso. Así, llegamos a la madre del cordero.

A diferencia de como estaban los padres al principio, los centros escolares y de salud tienen una política oficial: la autodeterminación de la identidad de género por el sentimiento (identidad sentida) y la terapia afirmativa consistente en afirmar la identidad sentida sin más opción aceptable que el acompañamiento con el fin de la transición de género.

El tren trans

La transición puede tener cuatro fases. Brevemente, serían las siguientes: *transición social* de cambio de nombre, pronombres y *look*, el *bloqueo de la pubertad* (hacia los 11-12 años, dependiendo del desarrollo) mediante análogos de hormona liberadora de gonadotropina que suprimen la producción de hormonas sexuales (testosterona o estrógeno), el *tratamiento hormonal cruzado* (hacia los 16 años) a base de testosterona para chicas y estrógenos para chicos, y *operaciones quirúrgicas* de afirmación de género (a partir de 18 años, pero no sería la primera vez que se hacen antes). La cirugía de afirmación de género puede incluir mastectomía, vaginectomía y faloplastia para el cambio de mujer-a-varón (hombre transgénero), y vaginoplastia consistente en la reconversión del pene en una cavidad vaginal para el cambio de varón-a-mujer (mujer transgénero), amén de otras cirugías plásticas complementarias (Claahsen-van der Grinten et al, 2021). La Tabla 1 presenta los procedimientos quirúrgicos para varones y mujeres natales.

Tabla 1.

Procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de la disforia de género (Claahsen-van der Grinten et al., 2021).

Varones natales	Mujeres natales
Cirugía mamaria = mamoplastia de aumento con implantes. Cirugía genital (cirugía de reasignación de sexo): <ul style="list-style-type: none"> • Penectomía = extirpación del pene. • Orquiectomía = extirpación de testículos. • Vulvoplastia = creación de genitales externos femeninos incluyendo neoclitoris funcional. • Vaginoplastia = creación de genitales femeninos incluyendo una cavidad vaginal funcional utilizando el pene y piel escrotal, creación de un neoclitoris funcional. Otras intervenciones quirúrgicas: <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía de feminización facial (incluyendo estructura ósea cirugía de alteración, rinoplastia, blefaroplastia, lifting de frente, lipofilling, uso de rellenos). • Liposucción o lipofilling de grasa corporal. • Cirugía de cambio de voz. • Reducción del cartilago tiroideo. • Aumento de glúteos (implantes/lipofilling). • Reconstrucción capilar (raíz capilar, alopecia tipo masculina). 	Cirugía mamaria: mastectomía subcutánea, creación de un pecho y areola de pezón masculinos. Cirugía genital (cirugía de reasignación de sexo): <ul style="list-style-type: none"> • Histerectomía + salpingo-ooforectomía • Alargamiento de la uretra que se puede combinar con un metoidioplastia (creación de unos pequeños genitales masculinos con el uso de tejido local) o con una faloplastia (mediante por ejemplo de un colgajo libre microquirúrgico). • Vaginectomía. • Escrotoplastia. • Implantación de prótesis de erección y/o testicular. Otras intervenciones quirúrgicas: <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía de la voz (poco frecuente). • Liposucción o lipofilling. • Implantes pectorales.

Para considerarse una persona transgénero no es necesario pasar por todas las fases expuestas. Incluso podría no pasarse por ninguna, ya que la autoafirmación de sentirse trans podría ser suficiente para algunos. Por su parte, la transición social ya forma parte de toda una cinta transportadora o tren que lleva a la mayoría a la siguiente fase. Esta mayoritaria continuidad de fases — empezando por la transición social— no se habría de entender que ocurre así necesariamente porque el sentimiento fuera firme y definitivo desde el principio (sin descartarlo). Puede ocurrir también debido a que la propia transición social promueve y orienta al bloqueo hormonal, y este al tratamiento hormonal cruzado, y este a intervenciones quirúrgicas. Todo ello constituye un proceso psicosocial, además de biomédico, que mete y compromete a la persona en una determinada dirección, más que supuestamente revelar un sentir prístino. Se verá que antes de que se estableciera la política afirmativa (a partir de 2013) la mayoría de las disforias remitían solas. Sin embargo, desde que tal política existe, la probabilidad de que quien entra en una fase pase a la siguiente es casi del cien por cien, en particular de la transición social al bloqueo de la pubertad y de este al tratamiento hormonal. El nuevo fenómeno que está surgiendo de arrepentidos y destransicionistas sugiere que la política de la afirmación está yendo demasiado lejos para algunos, como se verá.

Al final, aun sin ser conscientes del camino que espera, los padres se darán cuenta de que tampoco tienen más opción que afirmar y acompañar. Así, algunos padres se convierten en más afirmadores que nadie, mientras que otros se sienten abandonados por el sistema, si es que no abocados a la pérdida de la “patria potestad” o incluso a ir ellos mismos al psicólogo (Alsedo, 2022b; Ekman, 2022, p. 280).

La autodeterminación y la afirmación que ahora obligan a todos derivan de la ideología de género que el activismo queer ha logrado imponer en las instituciones como política oficial. No derivan de la investigación ni de consensos científicos. Los consensos científicos son en realidad declaraciones ideológicas como las de la AAP y las APAs (Cantor, 2020; Errasti y Pérez-Álvarez, 2022, pp. 223-229). Se suelen tomar como referencia las “Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género” (7ª edición) de la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH, 2012). Sin embargo, esta guía, como las demás que se

inspiran en ella, no puede ser tomada como “estándar de oro” según se considera, debido a la pobre valoración de su calidad en importantes dominios (Dahlen et al, 2021, p. 8). A la espera de la 8ª edición de las normas de la WPATH, confiando en que esté más basada en la ciencia que en la ideología, no se dispone de un consenso ético y científicamente fundado como se reclama (Clayton, 2022; Gómez-Gil et al, 2020; Griffin et al, 2021; Levine, Abbruzzese, & Mason, 2022).

Los clínicos, en el filo de la navaja

En la medida en que la ideología prevalece sobre la ciencia, la prudencia y el sentido común, la educación escolar y los profesionales de la salud fallan ya no solo a los padres, sino a los propios niños y adolescentes. La escuela falla en la medida en que prevalece el adoctrinamiento sobre el conocimiento. Los profesionales de la salud fallan también en la medida en que los niños y adolescentes con disforia de género no reciben los mismos estándares de atención clínica, evaluación y ayudas que cualquier otro niño o adolescente que accede a los servicios de salud, debido a las constricciones que impone la terapia afirmativa. Los clínicos están en el filo de la navaja: o bien corren el riesgo de ser acusados de transfobia si exploran el caso, o bien permanecen en silencio mientras asisten al experimento incontrolado de la terapia afirmativa (Griffin et al, 2021, p. 297).

Los niños y adolescentes como campo de batalla

¿Qué ha pasado? ¿De dónde ha surgido la infancia trans? La versión oficial dice que la mayor visibilidad y tolerancia hacen aflorar disforias o incongruencias de género que ya estaban ahí. Sin embargo, esta no parece ser la explicación de acuerdo con lo que se viene diciendo y se dirá después. Si la investigación científica no nos obliga a pensar de otra manera, cabe pensar que la infancia trans, más que una realidad subyacente que se destapa ahora, sería un campo de batalla donde se libra la guerra del generismo. El problema no estaría en la infancia ni en el cuerpo, sino en la sociedad con sus roles de género todavía estereotipados, y en el activismo transgénero que los naturaliza, eleva a categoría política y los convierte en ley. En este sentido, los niños y

adolescentes vendrían a ser el canario de las antiguas minas de carbón: señal de que algo falla en el sistema. ¿Qué falla en el sistema? La prevalencia de la ideología sobre la ciencia.

La prevalencia de la ideología sobre la ciencia y sus consecuencias

Las instituciones sanitarias empezando por la pediatría, la psiquiatría y la psicología, así como las educativas, fallan a los niños y adolescentes, a sus padres, y a la sociedad en general, en la medida en que adoptan acríticamente la autodeterminación de la identidad de género y la terapia afirmativa como la única opción aceptable en contra de sus conocimientos y prácticas en el resto de los ámbitos.

A este respecto es de destacar el manifiesto de los profesionales de las Unidades de Identidad de Género del sistema sanitario español, mostrando por un lado la presión ideológica y por otro reclamando el conocimiento de expertos sanitarios (Gómez-Gil et al., 2020). Así, por ejemplo, plantean un debate sobre las “Decisiones legislativas de temas sanitarios no basadas en posicionamientos ideológicos: los profesionales consideran que se están legislando aspectos sanitarios en base más a la presión de las asociaciones, posicionamientos ideológicos o intereses políticos, que a las recomendaciones de la literatura científica o a los conocimientos que pueden aportar los expertos sanitarios que trabajan en el tema, y que, a posteriori, son los que deben dar respuesta y asumir la responsabilidad de la atención.” (Gómez-Gil et al., 2020, p. 6).

¿Cuál es el problema de la ideología transgénero? Se señalarán tres: la implantación dogmática de la terapia afirmativa como la única opción aceptable, el autodiagnóstico que supone que los niños fueran sabios y las transiciones precipitadas que dan lugar al nuevo problema de las destransiciones.

Implantación dogmática de la terapia afirmativa como la única opción aceptable

Después de todo, la terapia afirmativa no es tan evidente como se da a entender. La evidencia revisada por el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sobre los bloqueadores de la pubertad muestra que es difícil sacar conclusiones de los estudios existentes, debido a que carecen de grupo de control, son pequeños y no describen qué otros problemas de salud física y mental puede tener un joven además de la disforia de género. En definitiva, la revisión no encontró pruebas de la bondad del tratamiento (NICE, 2020a). Aunque los bloqueadores de la pubertad como intervención rutinaria para niños y jóvenes están asociados a pocos riesgos médicos conocidos, Bernadette Wren, directora asociada del Servicio de Desarrollo de Identidad del sistema de salud británico, no deja de reconocer potenciales consecuencias desconocidas y añade: “es bien sabido que faltan ensayos longitudinales rigurosos y que la evidencia disponible es de calidad limitada, aunque muchos médicos destacados escriben a su favor.” (Wren, 2019, p. 208). En particular, un estudio siguió la evolución (como mínimo de un año) de 44 adolescentes (de 12 a 15 años) con disforia de género persistente y grave tratados con bloqueadores. Aunque los participantes refieren en general una experiencia positiva, no se observaron mejorías en los malestares psicológicos, la calidad de

vida y el grado de disforia de género (Carmichael et al., 2021). Un estudio de 2015 ya había mostrado que los bloqueadores de la pubertad no fueron mejores que el apoyo psicológico en reducir malestares psicológicos (Biggs, 2019; Costa et al., 2015).

En relación con el tratamiento hormonal cruzado, una revisión del NICE encontró que la evidencia de la efectividad clínica y la seguridad de las hormonas de afirmación de género también era de calidad “muy baja”. Como señala, cualquier beneficio potencial de las hormonas de afirmación de género debe sopesarse sobre un perfil de seguridad a largo plazo hasta ahora desconocido (NICE, 2020b). Una revisión sistemática de la Biblioteca Cochrane concluye: “Encontramos evidencia insuficiente para determinar la eficacia o seguridad de los enfoques de tratamiento hormonal (estradiol solo o en combinación con acetato de ciproterona o espironolactona) para mujeres transgénero en transición. La evidencia es muy incompleta, demostrando una brecha entre la práctica clínica actual y la investigación.” (Haupt et al., 2020, p. 11).

Por su parte, aun cuando la cirugía afirmativa de reasignación de sexo muestra efectos saludables a corto plazo (de un año o dos), desafortunadamente, los beneficios a largo plazo en seguimientos de diez años desaparecen. Un estudio de seguimiento de una media de 10 años llevado en Suecia sobre 324 personas transexuales que, a lo largo de un periodo de treinta años (1973-2003), recibieron cirugía afirmativa muestra que tienen riesgos de mortalidad, comportamiento suicida y morbilidad psiquiátrica considerablemente mayores que la población general. En comparación con la población general, los pacientes que se sometieron a cirugía tuvieron una tasa de suicidio consumado 19 veces mayor, casi tres veces la tasa de mortalidad por todas las causas, casi tres veces la tasa de hospitalización psiquiátrica y cerca de cinco veces la tasa de intentos de suicidio (Dhejne et al., 2011). Un estudio sueco reciente muestra que la cirugía afirmativa no mejora en realidad la salud mental de las personas transgénero en comparación con las personas transgénero que no pasaron por la cirugía (Correction to Bränström and Pachankis, 2020; Van Mol et al., 2020), en contra de las conclusiones optimistas de los autores en una primera versión del artículo (Bränström & Pachankis, 2020) que tuvieron que corregir.

Un estudio retrospectivo a largo plazo de 8263 pacientes remitidos a la clínica de género de la Universidad de Amsterdam entre 1972 y 2017 encontró que la tasa anual de suicidios consumados entre los sujetos transgénero era “tres veces mayor” que la población general. La incidencia de muertes por suicidio se distribuyó casi por igual entre las diferentes etapas de la transición. En otras palabras, ni la transición social ni la médica redujeron la tasa de suicidio (Wiepjes et al., 2020). Es importante notar que la media de tiempo entre el inicio de las hormonas y el suicidio fue de 6,1 años para los varones natales y de 6,9 años para las mujeres natales (Wiepjes et al., 2020). Un estudio anterior ya había mostrado este efecto demorado. Así, en una muestra de 1331 transexuales seguidos durante una media de 18 años, mientras que no hubo suicidios en los 2 primeros años, hubo 6 después de 2 a 5 años, 7 después de 5 a 10 años y 4 después de más de 10 años desde el tratamiento hormonal cruzado (Asscheman et al., 2011). Los resultados sugieren que los estudios a corto o incluso a medio plazo pasan por alto el fenómeno del suicidio.

Estos hallazgos no implican que el tratamiento hormonal o quirúrgico *cause* el suicidio. Este ocurre porque las personas

transgénero sufren una alta incidencia de “comorbilidades” que se correlacionan con el suicidio (depresión, conducta autolesiva, anorexia, espectro autista, trauma), así como discriminaciones, falta de respeto y violencia (Biggs, 2020; Zucker, 2019). Lo que estos resultados muestran, al menos, es que ni la afirmación hormonal ni quirúrgica resuelven todos, ni del todo, los problemas iniciales ni parecen encaminar hacia una vida saludable, contrariamente al entusiasmo y la premura con la que se promueve la transición.

En la perspectiva de estos estudios no está justificada la pretendida “nueva evidencia” que supuestamente apoya la cirugía de afirmación con base en una encuesta general que, por lo demás, se limita a mostrar las probabilidades más bajas de angustia psicológica en el último mes, y de tabaquismo e ideación suicida en el último año, en comparación con personas transgénero sin antecedentes de cirugía de afirmación (Almazan & Keuroghlian, 2021). Así mismo, no está justificado el énfasis en favor de la medicación afirmativa con base en mejorías a corto plazo que, por otro lado, tampoco se puede descartar que se deban a otras cosas, como posible medicación psiquiátrica y apoyo familiar que los propios autores reconocen (Tordoff et al., 2022). La mejor ayuda a niños y adolescentes no empieza por meterlos directamente en la terapia afirmativa (D’Angelo et al., 2021; Griffin et al., 2021; Levine et al., 2022; Marchiano, 2021; Zucker, 2019).

Tampoco se justifica la premura con la que una guía clínica pediátrica recomienda las terapias afirmativas supuesto que, si “se retrasan en exceso o no existe una intervención social afirmativa de apoyo a estos menores, podría haber un incremento global de psicopatología y otras situaciones no deseables” (Moral-Martos et al., 2022, p. 3). Como reconoce la propia guía: “A pesar de que la experiencia en el manejo de los tratamientos hormonales y en los quirúrgicos es cada vez más extensa, la evidencia científica es poco sólida y relativamente escasa debido a la falta de estudios metodológicamente adecuados que valoren resultados a largo plazo, sobre todo en tratamientos iniciados en la etapa peripuberal; sin embargo —como continúa la guía—, hay evidencia que demuestra los beneficios tanto del bloqueo puberal como del tratamiento de afirmación de género sobre la salud de las personas trans.” (Moral-Martos et al., 2022, p. 3). La guía cita a este respecto como evidencia cuatro estudios (Chew et al., 2018; López de Lara et al., 2020; T’Sjoen et al., 2019; Turban et al., 2020), que curiosamente ellos mismos serían ejemplos de estudios metodológicamente inadecuados para valorar resultados a largo plazo, debido a su baja calidad reconocida o fácilmente mostrable y desde luego sin seguimiento a largo plazo. La Tabla 2 muestra lo que realmente ofrecen estos estudios.

Es inconcebible que una guía pediátrica tome tan a la ligera la supuesta evidencia de la terapia afirmativa, o sea tan ingenua, como también se verá más adelante.

Autodiagnóstico como si los niños fueran sabios

La identidad sentida y la terapia afirmativa implican el “autodiagnóstico” sin más opciones para el profesional que el acompañamiento y la talla única para todos los casos (D’Angelo et al., 2021). Por otra parte, es conocida la presencia de trastornos psicológicos en adolescentes con disforia de género, entre ellos, depresión, ansiedad, conducta autolesiva, ideación y comportamiento

Tabla 2.

Calidad y conclusiones de la pretendida evidencia de la Guía clínica de atención a menores transexuales (Moral-Martos et al., 2022).

Estudios citados:	Calidad / Conclusiones:
Chew et al., 2018	“Evidencia de baja calidad sugiere que los tratamientos hormonales para los adolescentes transgénero pueden lograr los efectos físicos previstos, pero en general falta evidencia sobre su impacto psicosocial y cognitivo.” (Abstract). “En los estudios existentes existe un riesgo de sesgo de medio a alto, dado el pequeño tamaño de las muestras, la naturaleza retrospectiva y la falta de seguimiento a largo plazo”. (p. 16).
López de Lara et al., 2020	Sesgo de la muestra consistente en “voluntariado simple” procedente de un “entorno muy favorable”; seguimiento de un año tras el inicio de la terapia hormonal cruzada; grupo de control poco relevante (reclutado de la consulta de endocrinología infantil), no por ejemplo adolescentes con incongruencia de género sin, o en espera, de terapia hormonal.
T’Sjoen et al., 2019	“La investigación actual disponible se basa principalmente en estudios transversales, con datos longitudinales limitados.” (p. 112). “Los estudios futuros deben [...] proporcionar evidencia sobre el efecto del tratamiento de afirmación de género en la población no binaria.” (Abstract).
Turban et al., 2020	A pesar de su difusión en los medios, su hallazgo deriva de estudios de baja calidad, como muestra Biggs, 2020, quien concluye que “Turban et al (2020) no contribuyen nada a nuestro conocimiento de los efectos de la supresión de la pubertad en adolescentes.”

suicida, problemas de la alimentación y espectro autista (Kaltiala-Heino et al., 2018).

Se entiende que un profesional sabe más que un niño o un adolescente. Los niños y adolescentes no son sabios ni sus sentimientos están exentos de influencias sociales, como las demás personas. Para proporcionar la mejor ayuda posible, un profesional necesita, cómo no, estudiar y conocer los diferentes aspectos implicados en el sufrimiento de las personas. La psicología dispone de conocimientos y recursos para comprender a las personas con el fin de saber lo que les pasa y tomar las mejores decisiones. La relación profesional tiene su base en el respeto y la empatía, pero el respeto no consiste necesariamente en afirmar todo lo que diga el consultante, como si fuera el cliente de unos grandes almacenes. Ni la empatía consiste meramente en asentir, sino en tomar en serio lo que nos cuentan de acuerdo con los conocimientos profesionales. De hecho, asentir a todo podría ser una falta de respeto, tanto más en un contexto científico, ético y profesional.

Considérense estas situaciones. En el contexto de una psicoterapia para la depresión, la ansiedad, el espectro autista, la anorexia o la conducta autolesiva, la consultante dice que es un chico. ¿Ha terminado aquí la psicoterapia? ¿La disforia/incongruencia de género recién declarada explica todo? ¿Debe el profesional centrarse en el problema inicial al margen de la disforia? ¿Debe aplicar la terapia afirmativa al margen de los otros problemas? ¿Debiera el profesional incluir la disforia en la psicoterapia en curso? ¿Al incluirla no incurriría en el riesgo de ser acusado por supuestamente aplicar “terapia de conversión” en vez de la preceptiva terapia afirmativa? En el contexto del acompañamiento de una terapia afirmativa emergen problemas de depresión, ansiedad, espectro autista, anorexia o conducta autolesiva. ¿Deben

dejarse estos problemas de lado y proseguir con la terapia afirmativa? ¿Deben tratarse en paralelo? ¿Se ha de suponer sin más que estos problemas derivan de la disforia de género y esperar que la terapia afirmativa los vaya a resolver? ¿Qué hay si estos problemas fueran anteriores a la disforia y todo pareciera indicar que ésta deriva de aquéllos? Son dilemas a los que aboca la política sobre la disforia de género, en contra del saber y del proceder aplicables en el resto de los problemas.

Se aduce que la aplicación de la psicología a la disforia equivaldría a su patologización. Aparte de que en absoluto se puede hacer esa correspondencia —psicología-patologización—, la ironía es que nada supone una mayor patologización que una terapia fármaco-quirúrgica como la terapia afirmativa. Si se considera que la disforia/incongruencia de género es un malestar psicosocial con el propio cuerpo (ya que nadie nace en un cuerpo equivocado), la terapia afirmativa viene a ser una psicoterapia con bisturí que convierte a una persona sana en paciente de por vida.

Transiciones precipitadas que dan lugar al nuevo problema de las destransiciones

Sin negar que la transición pueda ser la mejor opción para alguien, es cierto también el nuevo fenómeno de quienes se arrepienten de la transición emprendida y quisieran destransicionar cuando ya hay daños irreversibles (Shrier, 2021). Aunque el movimiento transactivista trata de negar o minimizar su existencia, lo cierto es que los arrepentidos que quieren volver atrás es un fenómeno nuevo hasta ahora subestimado. Hoy por hoy, no hay predictores que permitan saber por anticipado para quiénes la transición sería la mejor opción. Se presenta aquí el dilema entre el sufrimiento por la espera en vez de la transición *ya*, y los daños irreversibles debidos al apresuramiento en esta. A lo que parece, el transactivismo está a favor de la primera opción. Sin embargo, la espera puede traer la solución o llevar a la opción requerida a partir de los 18 años, mientras que los daños irreversibles son para siempre. No hay predictores, pero sí hay una tasa creciente de arrepentidos y destransicionistas. De acuerdo con un estudio llevado en el Reino Unido, un 6,9 % de personas tratadas con terapia afirmativa eran destransicionistas dentro de los 16 meses de empezar el tratamiento, y otro 3,4 % tenían un patrón de atención médica sugerente de destransición (Hall, Mitchell, & Sachdeva, 2021, p. 6).

Otro estudio también del Reino Unido encontró que un 12% de quienes habían empezado con tratamientos hormonales o bien destransicionaron o requerían evaluaciones adicionales, y un 20% cesaron el tratamiento por una variedad de razones. Como concluyen los autores, “la tasa de destransición encontrada en esta población es nueva y se plantean cuestiones acerca del fenómeno del sobrediagnóstico, sobretratamiento, o daño iatrogénico como se encuentra en otros campos médicos.” (Boyd, Hackett, & Bewley, 2022, p. 13).

Un estudio llevado a cabo online, con el propósito de describir una población de personas que experimentaron disforia de género, eligieron someterse a una transición fármaco-quirúrgica y luego abandonaron, reclutó a cien participantes, 69 mujeres natales y 31 hombres natales (Littman, 2021). El estudio se interesaba, entre otras cosas, por las razones tanto de la transición como de la destransición. La **Tabla 3** muestra algunas de las razones de la transición y la **Tabla 4** de la destransición.

Tabla 3.

Razones de la transición (Littman, 2021).

(Más de una respuesta es posible)	Mujer	Varón
	69%	31%
Quería ser percibido de acuerdo con el género deseado	77%	77%
Pensé que la transición era mi única opción para sentirme mejor	72%	68%
Sentía mal mi cuerpo de la manera que estaba	72%	68%
No quería que me asociaran con mi sexo/género natal	74%	61%
Me hizo sentir incómodo ser percibido románticamente/sexualmente como miembro de mi sexo/género natal	71%	58%
Pensé que la transición eliminaría mi disforia de género	39%	29%
No estaba satisfecho con los resultados físicos de la transición-insuficientes	62%	71%
Sentí que me convertiría en mi verdadero yo	61%	71%

Tabla 4.

Razones de la destransición (Littman, 2021).

(Más de una respuesta es posible)	Mujer	Varón
	69%	31%
Me sentí más cómodo identificándome con mi sexo natal	65%	48%
Me preocupaban posibles complicaciones médicas de la transición	58%	29%
Mi salud mental no mejoró durante la transición	49%	35%
No estaba satisfecho con los resultados físicos de la transición/sentía que el cambio era demasiado	50%	16%
Descubrí que mi disforia se debía a otra cosa (trauma, abuso, salud mental)	40%	32%
Mi salud mental empeoró durante la transición	39%	29%
No estaba satisfecho con los resultados físicos de la transición	32%	35%
Encontré formas más efectivas de ayudarme con la disforia de género	36%	22%
Mi salud física empeoró durante la transición	30%	35%

Otro estudio online, en este caso con el propósito de analizar las necesidades específicas de los destransicionistas, reclutó 237 participantes, de los cuales 217 (92%) eran mujeres natales y 20 (8%) varones natales (Vandenbussche, 2021). La **Tabla 5** muestra extractos de experiencias de exclusión de comunidades LGBT+ referidas por los destransicionistas.

Igualmente, el estudio muestra experiencias médicas negativas durante la destransición (“Cuando le mencioné por primera vez a mi médico que quería dejar la testosterona, fueron muy desdeñosos y condescendientes al respecto”. “Tan pronto como ‘destransicioné’ me dieron de alta de todos los servicios de género, a pesar de pedir ayuda para lidiar con la disforia sexual en caso de que volviera a surgir” ...) y dificultades para encontrar terapeutas amigables con destransicionistas (Vandenbussche, 2021, p. 11).

Después del entusiasta apoyo para la transición, el abandono en el que quedan las personas que se arrepienten y quieren destransicionar les lleva a constituir grupos de autoayuda, iniciativa que también emprenden grupos de madres y padres. La **Tabla 6** recoge algunos de estos grupos de autoayuda. Más allá de estas ayudas se requieren “guías clínicas” para la destransición acordes con su tipología si está motivada por el cese de la identidad de transgénero o por otras razones (Boyd et al, 2022; Expósito-Campos, 2021).

Tabla 5.

Extractos de experiencias de exclusión de comunidades LGBT+ referidas por destransicionistas (Vandenbussche, 2021).

- “La comunidad LGBT+ no apoya a los destransicionistas y perdí a todos los amigos LGBT+ que tenía porque me consideraban transfóbico/terf, solo los amigos no LGBT+ me apoyaron”.
- “Donde vivo, la mayoría de la comunidad LGBT ve mal a los destransicionistas, por lo que es difícil hablar de eso con libertad”.
- “Es inaceptable que, al menos en mi experiencia, la destransición no sea algo de lo que se permita hablar en espacios LGTB”.
- “Solo me ayudaron las lesbianas y las feministas. La comunidad trans y queer me satanizó y me marginó por mi reidentificación”.
- “Perdí mucho apoyo y atraje mucha hostilidad de las personas trans cuando hice la destransición social”.
- “Las organizaciones LGBT no quieren hablar de destransición. No me sentí bienvenido en los eventos lgbt después de que renuncié a la transición”.
- “Decirles a mis amigos trans que desisto es casi imposible. La comunidad es demasiado tóxica para permitir cualquier tipo de discusión sobre alternativas a la transición, fuentes de disforia más allá de “eso es lo que eres”, o historias sobre los destransicionistas”.
- “He sido rechazado por la mayoría de mis amigos que se identifican como trans. Tuve que dejar a mi antiguo médico, terapeuta y grupo LGBT por vergüenza”.
- “Tengo varios amigos des-trans que tuvieron alteraciones corporales permanentes de las que se arrepintieron y que les provocaron más disforia, y eventualmente sus suicidios. Los factores más importantes fueron la falta de apoyo médico y el rechazo absoluto de comunidades LGBT”.
- “Todavía tengo amigos transgénero que no quieren que hable sobre la destransición. Están bien conmigo, pero no quieren que critique la transición o discuta sus efectos negativos”.

Tabla 6.

Algunos grupos de autoayuda para destransicionistas y padres

Grupos de autoayuda para destransicionistas:

- Detrans Voices. <https://www.detransvoices.org/about/>
- Detransition Advocacy Network. <https://www.detransadv.com/about>
- Pique Resilience Project. <https://www.piqueresproject.com>
- Post Trans. <https://post-trans.com/About-Us>
- r/detrans | Detransition Subreddit reddit.com/r/detrans

Grupos de ayuda para padres:

- Amanda (Agrupación de Madres de Adolescentes y Niñas con Disforia de Género)
- Bayswater Support Group. <https://www.bayswatersupport.org.uk/>
- Cardinal Support Network. <https://www.cardinalsupportnetwork.com/>
- No Corpo Certo. <https://nocorpocerto.com/>
- Our Duty. <https://ourduty.group/>
- Parents of ROGD Kids. <https://www.parentsofrogdkids.com/>

La narrativa predominante sobre la destransición dice que la mayoría de las personas que hacen la destransición volverán a hacer la transición y que las razones de la destransición son la discriminación, las presiones de los demás y la identificación no binaria (Turban et al., 2021). Aunque eso también ocurre, los estudios de caso arrojan luz sobre una gama más amplia y compleja de experiencias que incluyen una variedad de problemas psicológicos, empeoramiento de la salud mental tras la transición, reidentificación con el sexo natal y dificultad para separar la orientación sexual de la identidad de género (D’Angelo, 2020; De Celis Sierra, 2021; Expósito-Campos et al, 2022; Levine, 2018; Pazos Guerra et al., 2020; Withers, 2020). El estudio de cada caso es irremplazable si se quiere conocer y reconocer la realidad de un sufrimiento con muchas dimensiones y ofrecer las ayudas a la medida de las personas más allá de la talla única que impone la terapia afirmativa.

¿Qué hacer en lugar de la terapia afirmativa?

Lo que hacen todos los clínicos en todos los casos: evaluación, exploración, análisis funcional, clarificación, preguntas, confrontación, sentido común, prudencia, espera atenta, ayudas en función de las necesidades y problemas. No “café para todos”. La cuestión probablemente no debería ser tanto diagnosticar si uno es realmente transgénero o no, como ayudar en función de los problemas, incluido el apoyo para la transición. El empeño en diagnosticar si alguien *es* o no es realmente trans supone un doble prejuicio —esencialista y biomédico— que no se corresponde con la dinámica fluida, no-lineal, del desarrollo de la identidad de género (Pullen Sansfaçon et al, 2020), incluida la desistencia (Steensma et al, 2011). El consentimiento debidamente informado debiera ser un proceso más que un evento (Levine et al, 2022; Wren, 2019).

Sin embargo, por increíble que parezca, todo lo que hacen los clínicos en los demás problemas está prohibido aquí, bajo la acusación de “terapia de conversión”. Afortunadamente, hoy no se aplica la terapia de conversión, por más que se utiliza como descalificación para todo lo que no sea terapia afirmativa. De acuerdo con Roberto D’Angelo y colaboradores, la psicoterapia exploratoria, que no es ni afirmativa ni de conversión, debiera ser la primera línea de ayuda para niños y adolescentes con disforia de género, evitando así procedimientos médicos invasivos e irreversibles (D’Angelo et al, 2021, p.13). Siquiera fuera por el principio hipocrático “Lo primero, no hacer daño”, la terapia afirmativa debiera ser el último recurso, no el primero.

¿Qué pasaría sin la terapia afirmativa?

La mayoría de los niños y adolescentes resolvería de forma natural la incongruencia de género, del orden del 60% al 90% según los estudios (Cantor, 2020; Levine et al, 2022; Ristori, & Steensma, 2016; Singh, Bradley, & Zucker, 2021). Esto ocurría antes de la actual política afirmativa que, en la práctica, ya empieza con la transición social.

Así, un estudio de seguimiento de una media de 20 años llevado en Canadá entre 1975-2009 siguió la evolución de niños (varones) con disforia de género de una media de edad de 7 años. De los 139 participantes, 17 (12,2%) fueron clasificados como persistentes y los restantes 122 (87,8%) como desistidores. Los datos sobre la orientación sexual en la fantasía de 129 participantes fueron: 82 (63,6 %) se clasificaron como bifílicos/andrófilos, 43 (33,3 %) como ginefílicos, y 4 (3,1 %) informaron que no tenían fantasías sexuales. En cuanto a la orientación sexual en el comportamiento de 108 participantes: 51 (47,2%) fueron clasificados como bifílicos/androfílicos, 29 (26,9%) fueron clasificados como ginefílicos y 28 (25,9%) no informaron comportamientos sexuales (Singh et al, 2021). Similarmente, en un estudio de seguimiento (de una media de 23 años) de 25 niñas con disforia de género de una media de edad de 9 llevado también en Canadá entre 1975 y 2004 mostró que el 12% continuaba con disforia y el 88% había remitido. En cuanto a la orientación sexual, 8 participantes (32%) fueron clasificados como bisexuales/homosexuales en fantasía, y 6 (24%) fueron clasificados como bisexuales/homosexuales en el comportamiento (Drummond et al, 2008).

Un estudio de seguimiento de una media de 10 años llevado en los Países Bajos entre 1989 y 2005 siguió a 77 niños con disforia de género (59 niños y 18 niñas con una edad media de 8 y 5 años respectivamente). El 27% (12 niños y 9 niñas) seguían con disforia de género y el 43% (28 niños y 5 niñas) ya no tenían disforia de género. El otro 30% (19 niños y 4 niñas) no volvieron para el seguimiento. Cabe suponer razonablemente que los que no han vuelto pudieran ser desistidores, si se tiene en cuenta que en los Países Bajos el tratamiento es accesible y gratuito y el único sitio donde se aplica es en la clínica donde se hizo el estudio (Wallien, & Cohen-Kettenis, 2008, p. 1430). En otro estudio realizado también en los Países Bajos, de 127 adolescentes (79 chicos y 48 chicas) que tenían 15 años o más durante el período de seguimiento de 4 años entre 2008 y 2012, el 37% (23 niños, 24 niñas) fueron identificados como persistentes, solicitaron tratamiento médico y fueron considerados elegibles para llevarlo a cabo. Mientras que el 63% restante (56 chicos y 24 chicas) no volvieron a la clínica, por lo que cabe suponer que su disforia remitió, de acuerdo con lo dicho acerca de los servicios en los Países Bajos (Steensma et al, 2013, p. 583).

Sin embargo, en la actualidad los estudios muestran una escasa desistencia y alta persistencia. Así, un estudio llevado en EEUU entre 2013 y 2017 sobre 317 niños transgénero de una media de edad de 8 años (208 niñas transgénero y 104 niños transgénero) encontró que el 94% mantenía la identidad transgénero cinco años después de iniciada la transición social (Olson et al, 2022). Otro estudio consistente en una revisión retrospectiva observacional de las historias clínicas de todos los menores de 18 años que acudieron a la Unidad de Identidad de Género de Cataluña entre 1999 y 2016, encontrándose una persistencia del 97,6% en un seguimiento de una media de 2,6 años (De Castro et al, 2022). La alta persistencia encontrada en estos estudios, sin ser los únicos, contrasta con la desistencia anterior a veces resumida en la controvertida cifra del “80% de desistencia”, objeto de réplicas (Temple Newhook et al, 2018) y contrarréplicas (Steensma, & Cohen-Kettenis, 2018; Zucker, 2018).

Entre las razones para esta discrepancia se aducen la mayor visibilidad y aceptación de la disforia de género en nuestra época, de modo que puede facilitar su “expresión”, así como el apoyo familiar (De Castro et al, 2022; Olson et al, 2022). Sin embargo, las cosas no son tan simples. Por un lado, la supuesta “expresión” de la disforia gracias a la visibilidad y la aceptación lleva implícita la asunción de que la disforia de género estaba ahí ya habitando un cuerpo equivocado, explicación metafísica e ideológica donde las haya (Errasti y Pérez-Álvarez, 2022; Moschella, 2021; Sadjadi, 2019).

Por otro, la propia visibilidad y aceptación conllevan ellas mismas funciones de modelado y moldeamiento, de acuerdo con procesos bien conocidos de la psicología. Más específicamente, la transición social ya forma parte del tratamiento de la disforia de género de estudios actuales (Olson et al, 2022; De Castro et al, 2022, p.7). Lejos de ser una expresión neutral, espontánea, natural, la transición social ya supone un modelo, un ritual, una aprobación, un estilo y un modo de ser, no ya solo aceptable sino incluso particularmente valorable (héroe, *cool*, guay). No quiere decir que no haya diferencias extremas de género previas a la transición social (Rae et al, 2019), pero en el contexto actual, la transición social ya forma parte del tren o cinta transportadora de la terapia afirmativa.

Los contextos clínicos tienen asumida la transición social con toda naturalidad y la mejor intención del mundo. Sin embargo, los clínicos no están siendo neutrales ni permitiendo la libre expresión de lo que uno es, como acaso creen. La asunción acrítica, y ya no se diga entusiasta, de la transición social supone confirmar y validar un discurso y un estado de cosas que puede que todavía estuviera por ver qué es. En un contexto clínico, la transición social ya implica un tratamiento psicosocial (Cass, 2022; Levine et al, 2022; Zucker, 2018).

La ya citada guía pediátrica indica: “Dirigirse al menor por el nombre sentido, que es el nombre elegido para él/ella, y con respeto a la identidad de género manifestada. Si es una identidad no binaria, preguntar con qué pronombre y nombre quiere ser nombrado.” (Moral-Martos et al, 2022, p. 3). Sin embargo, lo que hace el clínico no es un mero trato social (por más que intencionadamente respetuoso), sino un tratamiento psicosocial, una especie de “psicoterapia silvestre” (recordando la célebre expresión de Freud) que valida y orienta en una determinada dirección y no en otra o en ninguna. Orienta hacia la terapia afirmativa fármaco-quirúrgica, y sin demora, como continúa la citada guía: el “acompañamiento psicológico”, dice, “no ha de implicar posponer una posible terapia” afirmativa. No se propone aquí la invalidación de la experiencia y del sufrimiento, sin duda reales. La cuestión es cómo han llegado a ser reales, sin dar por hecho que son la expresión prístina de una esencia interior o alma inscrita en el cuerpo (Sadjadi, 2019). Lejos de ser irrelevante la investigación de la desistencia (Ashley, 2021), es fundamental para una mejor comprensión del curso natural de la disforia y la mejor ayuda para cada uno, en vez de la talla única para todos (D’Angelo et al, 2021).

Es un asunto delicado poner reparos al “apoyo familiar” y a la “afirmación”. Pero si los padres quieren lo mejor para sus hijos, como sin duda es así, y como también los clínicos para sus consultantes, entonces deben pensar más acerca de lo que hacen, en vez de seguir mantras. ¿Qué haría el clínico si por ejemplo recibe a una adolescente anoréxica caquética que se ve demasiado gorda y quiere adelgazar, o a un adolescente con ideas suicidas convencido de que la vida no tiene sentido y lo mejor es morir? ¿Apoyar y afirmar? ¿Qué harían los padres si sus hijos les dijeran que son felices quedando en casa jugando con el móvil en vez de ir a la escuela o al instituto?

¿Cómo hemos llegado aquí?

¿Cómo esta ideología se ha impuesto en la práctica profesional por encima de los conocimientos y de los estándares en otros ámbitos? ¿Cómo lo queer ha pasado de la marginalidad a ser la nueva ortodoxia? ¿Cómo un pequeño número de organizaciones ha influido en organismos públicos, instituciones, prácticas profesionales, así como el lenguaje común? ¿Cómo una minoría intolerante se impone a la mayoría? Quizá esta última cuestión se explica por la regla de la minoría intransigente dispuesta a jugarse la piel de Nassim Taleb (Taleb, 2019). De las demás, no cabe aquí responder cumplidamente, pero tampoco se pueden dejar de plantear. Puesto que ni los hallazgos científicos ni la práctica basada en la evidencia justifican la nueva ortodoxia que se impone, se requiere mirar más allá. Se señalarán algunos hilos de los que una investigación sistemática seguramente habría de tirar.

Como el bambú

Hay un cúmulo de condiciones próximas y distantes entreveradas. Nada surge de la nada ni de pronto. La ideología del generismo queer/trans, como el bambú, ha crecido rápido, pero ha tomado su tiempo en echar raíces en la sombra. Las condiciones próximas en la sombra son esas raíces que de pronto sorprenden con su crecimiento. Pero todo depende de un terreno y clima propicios: sus condiciones distantes.

En relación con las condiciones distantes, tenemos que situarnos en la sociedad occidental, abierta, democrática, cosmopolita, y opulenta, aun cuando ni la riqueza y ni el bienestar están igualmente distribuidos. Esta sociedad abierta es también una sociedad líquida con un particular espíritu de los tiempos caracterizado por el individualismo subjetivista, expresivo y narcisista, que se plasma en un individuo flotante (líquido, flexible, fluido). El sexo y el género fluidos no son ajenos a la sociedad líquida que vivimos. La identidad de género *sentida* no es algo independiente del individualismo subjetivista, por más que a cada uno le pareciera que brota de su naturaleza primigenia, su verdadero ser o algo así. De que la gente lo crea, se encarga la ideología.

En este contexto, no se dejarían de citar la decadente natalidad (Douthat, 2021), el declive de las relaciones sexuales (Herbenick et al, 2022; South, & Lei, 2021) y la irrelevancia del sexo biológico (Ekman, 2022; Miyares, 2022; Stock, 2022) como caldo de cultivo de la ideología transgénero que a su vez esta realimenta. Más específicamente, el individualismo subjetivista —expresivo y narcisista— es propio del capitalismo neoliberal que se caracteriza precisamente por la creación de deseos como si fueran expresiones de esencias naturales que uno llevara dentro. Y he aquí para asombro de la historia que este individualismo subjetivista es la razón de ser de la izquierda identitaria, que convierte los deseos en derechos, sea por caso, la disforia de género, que curiosamente satisface el capitalismo neoliberal con su industria fármacoquirúrgica. A diferencia de la izquierda clásica universalista que creía en la ciencia, en la verdad y en los derechos universales, y ponía de relieve las contradicciones del capitalismo, la izquierda identitaria viene a ser la mejor aliada del capitalismo neoliberal. Estamos ante un ejemplo de “cómo teorías o posturas que en un principio se pensaban progresistas y de izquierdas, no sólo han mostrado su ineficacia política, sino que han sido asumidas con éxito por el neoliberalismo.” (Rodríguez Magda, 2021a, p. 20).

La ideología queer/trans tiene como bandera la justicia social y los derechos humanos, por lo que es de suponer que tiene el beneplácito de todo el mundo. Es difícil encontrar a alguien que no esté a favor de la justicia social y de los derechos humanos. Sin embargo, no todo es como parece. La justicia social del movimiento queer se ha convertido en una “nueva religión”, una religión secular hostil a la razón, a la falsación y a cualquier desacuerdo que no sea su propia verdad, una verdad basada en la “experiencia vivida” de las personas y grupos marginados, que por el hecho de serlo estarían “iluminados” y declaran incapaces de entender nada a los demás. Ya no estaríamos hablando de una justicia social universal capaz de entender las condiciones objetivas de la realidad, sino de una justicia social experiencial y tribal, según la tribu a la que se pertenece (Errasti y Pérez-Álvarez, 2022, cap. 6; Malo, 2021, cap. 6). Tocante a los derechos humanos, no es fácil ver si están tomados en serio, o tienen un uso partidista (a juzgar

por el abandono en el que quedan los destransicionistas, como se ha visto) y estratégico, como se dirá. Sin duda es fácil situarse del lado queer, porque se supone que es el lado bueno y se presta a señalar lo virtuoso que es uno, una forma de posturo ético (*virtue signaling*).

Con todo, no se llegaría aquí sin las causas próximas —cómo las raíces brotaron de pronto—, referidas en particular al *lobby trans*. Por no hablar de las redes sociales, sin las cuales nada sería igual. Por lo que aquí respecta, baste recordar las estrategias del activismo transgénero, sin dejar de “seguir el dinero”.

Estrategias del activismo

Las estrategias del activismo transgénero se describen en el documento destapado por James Kirkup (Kirkup, 2019; 2021) que elaboraron la firma de abogados Dentons, la Fundación Thomson Reuters y la Organización Internacional de Jóvenes y Estudiantes Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero, Queer e Intersex (Iglyo) titulado “¿Solo adultos? Buenas prácticas en el reconocimiento legal del género para jóvenes” (Dentons, Thomson Reuters e Iglyo, 2019). En la *Tabla 7* se enumeran las tácticas del lobby para cambiar las leyes de manera que la autodeterminación de la identidad de género sin mínimo de edad prevalezca sobre lo que digan los padres y profesionales (Dentons et al, 2019, p. 15).

Tabla 7. Estrategias para promover la autodeterminación de género en menores (Dentons et al, 2019).

1. Elegir como objetivo políticos jóvenes.
2. Desmedicalizar la campaña, “a fin de que el reconocimiento del género pueda ser visto a los ojos del público como distinto de los tratamientos de confirmación del género” (p. 18).
3. Uso de estudios de caso de gente real.
4. Anonimizar las narrativas.
5. Adelantarse a la agenda política de los gobiernos con propuestas legislativas que vayan calando en la gente (p. 19).
6. Uso de los derechos humanos como un punto de la campaña, sabido que “los argumentos de los derechos humanos han sido instrumento de éxito en varias campañas para promover las leyes más progresistas del reconocimiento del género” (p. 19).
7. Ligar la campaña a una reforma más popular, por ejemplo, la igualdad matrimonial, de modo que sirva de gancho para apoyos más difíciles de obtener como la identidad de género.
8. Evitar la cobertura y exposición excesiva en la prensa.
9. Carpe diem. “Los activistas necesitan capitalizar el momento político” (p. 20).
10. Trabajar juntos (con otras organizaciones domésticas).
11. Ser cautelosos con el compromiso (porque es un arma de doble filo, sin comprometerse demasiado).

Respecto a “seguir el dinero”, se encuentran corporaciones y familias millonarias que financian el generismo queer (Bilek, 2018; 2020; *Contra el Borrado de las mujeres*, 2020; Miyares, 2022, pp.113-115). Lejos de ser marginal, el movimiento queer es ahora un rico y poderoso lobby.

Nada de todo esto niega las buenas intenciones de los activistas. Pero, las intenciones no garantizan que se esté haciendo lo mejor. De acuerdo con la conocida frase del premio nobel de física Steven Weinberg: “con religión o sin ella, la gente buena hace cosas buenas y la gente mala hace cosas malas. Pero para que la gente buena haga cosas malas se necesita una religión”.

Se podría pensar que es progresista

Se podría pensar que la identidad de género es una idea progresista y liberadora. Pero es en realidad retrógrada y opresora. Es retrógrada por lo siguiente:

1. Reintroduce los estereotipos sexuales a cuenta de la identidad de género, no vaya a ser, por ejemplo, que una niña a la que le guste el fútbol sea en realidad un niño según los protocolos de identidad de género (Ekman, 2022; Errasti y Pérez-Álvarez, 2022).
2. Niega que exista la mujer como sujeto político definida por su cuerpo biológico y, en su lugar, ofrece una definición tautológica según la cual “mujer es quien se siente mujer”. (Ekman, 2022; Rodríguez Magda, 2021b; Miyares, 2022; Stock, 2022).
3. Reintroduce el dualismo alma/cuerpo, donde ahora el alma es la identidad de género sentida, atrapada en un cuerpo equivocado que hay que corregir (Moschella, 2021; Sadjadi, 2019).
4. Mientras que se impulsa la desmedicalización de las personas trans adultas, los menores con disforia de género son medicados cada vez más. (Grup d'ètica CAMFiC, 2022).

Es opresora por lo siguiente:

1. Impone la terapia afirmativa como la única opción aceptable, no solo sin apoyo que la justifique, sino con pruebas en contra, como se ha visto.
2. Impone una neolengua que tergiversa el sentido de las cosas, sean por caso el “sexo asignado al nacimiento”, y los circunloquios para evitar la palabra “mujer” (“personas gestantes”, etc.).
3. Impide el debate sobre la cuestión transgénero so pretexto de que es cosa de derechos humanos, utilizados en realidad como estrategia, por no hablar de la socorrida acusación de transfobia usada como comodín que cancela el debate.
4. Chantajea a los padres con la disyuntiva “transición o muerte”, “preferible un hijo trans a un hijo muerto”, “si no apoyan es que no le quieren” y “probablemente se suicide”.

¿Qué hacer?

Corresponde considerar la Declaración sobre cuestiones LGBTIQ+ de la Red de Psicología Internacional de Asuntos Lésbico, Gay, Bisexual, Transgénero e Intersexuales (IPsyNet, 2018). Se está de acuerdo en una variedad de propuestas, entre ellas en incrementar el conocimiento psicológico de la diversidad humana en temas de orientación sexual, identidades de género, expresiones de género, y en aplicarlo en apoyo del bienestar y del goce pleno de los derechos humanos, de cuerdo también en la despatologización de las personas LGBTIQ+, en la diferenciación entre la orientación sexual y la identidad de género, así como en el rechazo tanto de la terapia de conversión como del reforzamiento de estereotipos de género. Sin embargo, no se pueden pasar por alto los supuestos que adopta la Declaración de IPsyNet y las incoherencias en las que incurre.

La Declaración adopta los llamados principio de Yogyakarta, que ni se basan en conocimientos científicos, ni debieran tener más relevancia que la propuesta privada de un grupo de presión. Así,

como mínimo, es muy discutible su definición de la identidad de género como un “profundo sentir interno”, que, como se ha dicho, supone una concepción esencialista que no se corresponde con el proceso cambiante y la fluidez de la identidad de género. Por no hablar de la expresión “sexo asignado al nacer”, enteramente ideológica, amén de contrafactual. La Declaración incurre en flagrantes incoherencias. Si, por un lado, afirma que las identidades y orientaciones “no requieren intervenciones terapéuticas para ser cambiadas” (punto 3), por otro, a continuación, apoya “las aproximaciones afirmativas” y, en el punto 4, reclama el acceso a los “tratamientos disponibles”, referidos de nuevo a la transición afirmativa que, como es sabido, incluye intervenciones farmacológicas quirúrgicas irreversibles. En general, la Declaración está orientada a la terapia afirmativa. Su rechazo de la terapia de conversión que, según parece, incluye todo lo que no sea la afirmación, pasa por alto que entre la afirmación y la conversión hay una variedad de alternativas. Dada la insistencia en la afirmación cabe sugerir que la mayor terapia de conversión es en realidad la terapia afirmativa, sabido que no deja espacio a posibles desistidores que siempre había y conocido el nuevo fenómeno de los arrepentidos y destransicionistas.

Otra incoherencia se encuentra entre la declarada diferenciación entre orientación sexual e identidad de género y su continuo uso como si fueran a la par. Asimismo, se dice que la “orientación sexual y la identidad de género permanecen bastante constantes durante toda la vida”, para añadir a continuación que “los cambios en la orientación e identidad de género pueden ocurrir a través de las etapas del desarrollo dentro del trayecto vital”. Finalmente, la Declaración asume que las dificultades psicológicas asociadas a la incongruencia de género ocurren únicamente debido al estigma y la discriminación, sin considerar la posibilidad de que los propios malestares de la identidad resulten de una variedad de problemas psicológicos previos.

Dada su consideración más juiciosa y ponderada, se proponen cuatro ideas tomadas del Grupo de Ética de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (Grup d'ètica CAMFiC, 2022):

- a) Empezar por el derecho de los menores al libre desarrollo de la identidad, en vez de anteponer el derecho a la transición. Tener en cuenta a los padres, tutores y educadores a la hora de tomar decisiones que impliquen consecuencias importantes e irreversibles.
- b) Reclamar la evaluación profesional. La autodeterminación en menores no puede ser incondicional y afirmativa.
- c) Implantar la espera atenta como alternativa a la terapia afirmativa, así como la evaluación y la exploración psicológica.
- d) Aceptar que la exploración y el cuestionamiento del deseo de transicionar para nada supone estar en contra de las personas (progenitores o menores). Se debe tratar a la persona que presente disforia/incongruencia de género como una persona individual, no como un colectivo.

Conclusiones

La disforia de género de comienzo rápido (ROGD) es un fenómeno social, no una entidad clínica, ni un malestar que se deba patologizar. Como malestar supone un sufrimiento que se ha de

entender y atender de acuerdo con las circunstancias de cada persona.

El estudio psicológico de la disforia de género no implica en absoluto su patologización como errónea y tendenciosamente se asume al excluir la exploración psicológica o psiquiátrica en aras de la terapia afirmativa.

Nadie está atrapado en un cuerpo equivocado, si acaso en discursos equivocados basados en estereotipos sexuales presentados como identidades de género, al amparo del generismo que los naturaliza y esencializa. La identidad de género viene a ser una nueva versión del alma dentro del cuerpo, el dualismo redivivo.

La autodeterminación de la identidad con base en el sentimiento y la terapia afirmativa como la única opción aceptable constituyen la ideología que domina las profesiones sanitarias, en vez del conocimiento científico, la práctica basada en la evidencia y la prudencia.

La terapia afirmativa debiera ser el último recurso, no el primero como se ha establecido.

La psicoterapia exploratoria, el análisis funcional de la conducta, la evaluación psicológica, y la vigilancia atenta son ejemplos de prácticas por las que empezar a entender la disforia de género con miras a la mejor ayuda para cada persona. Ninguna de estas prácticas es terapia de conversión, ni tampoco terapia afirmativa.

“Tratar a las personas trans con dignidad, respetando su autonomía y derecho a decidir, no significa acceder acríticamente a sus demandas de tratamiento. Significa otorgar a su sufrimiento la misma preocupación, consideración y valor que al resto de personas. Tratar a las personas trans con igualdad no significa tratarlas igual, sino tener en cuenta sus necesidades únicas para que tengan las mismas oportunidades de alcanzar una vida lo más plena posible.” (Esteve de Antonio, Expósito-Campos y Gómez-Gil, 2021, p. 150).

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Referencias

- Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021). Association between Gender-Affirming Surgeries and mental health outcomes. *JAMA surgery*, 156(7), 611–618. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2021.0952>
- Alsedo, Q. (2022a). A me en el laberinto del género: “Creí que era trans, pero me equivocaba”. *El Mundo*, 19 de abril de 2022. <https://www.elmundo.es/papel/historias/2022/04/18/625d96cbfdddfbbe598b4585.html>
- Alsedo, Q. (2022b). “Dicen que mi hija es un chico, pero en realidad tiene depresión”. *El Mundo*, 27 de abril de 2022.
- Ashley, F. (2021). The clinical irrelevance of “desistance” research for transgender and gender creative youth. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/sgd0000504>
- Asscheman, H., Giltay, E. J., Megens, J. A., de Ronde, W. P., van Trotsenburg, M. A., & Gooren, L. J. (2011). A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *European Journal of Endocrinology*, 164(4), 635–642. <https://doi.org/10.1530/EJE-10-1038>
- Bartlett, T. (2019). “Journal issues revised version of controversial paper that questioned why some teens identify as transgender”. *The Chronicle of Higher Education*. Consultada el 28/4/2022.
- Bell, K. (2021). Keira Bell, la chica arrepentida de convertirse en hombre, gana el juicio con polémica. *Nius*. https://www.niusdiario.es/vida/visto-oido/keira-bell-chica-transgenero-gana-juicio-terapia-hormonal-transexuales_18_3052095284.html (consultado el 1/5/2022).
- Biggs M. (2019). A letter to the editor regarding the original article by Costa et al: Psychological support, puberty suppression, and psychosocial functioning in adolescents with Gender Dysphoria. *Journal of Sexual Medicine*, 16(12), 2043. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.09.002>
- Biggs M. (2020). Puberty blockers and suicidality in adolescents suffering from Gender Dysphoria. *Archives of sexual behavior*, 49(7), 2227–2229. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01743-6>
- Bilek, J. (2018). Who are the rich, white men institutionalizing transgender ideology?. *The Federalist*. <https://thefederalist.com/2018/02/20/rich-white-men-institutionalizing-transgender-ideology/> consultado el 20/5/2022)
- Bilek, J. (2020). The Stryker Corporation and the Arcus Foundation: Billionaires behind The New ‘LGBT’ Movement. *Uncommon Ground Media*. <https://uncommongroundmedia.com/stryker-arcus-billionaires-lgbt/> (consultado el 20/5/2022)
- Binetti, M. J. (2021). La ideología queer y sus dispositivos económico-políticos para sustituir el “sexo” por la “identidad de género”. *Red Sociales*, 8, 15-30.
- Bonfatto, M., & Crasnow, E. (2018). Gender/ed identities: An overview of our current work as child psychotherapists in the Gender Identity Development Service. *Journal of Child Psychotherapy*, 44(1), 29-46. <https://doi.org/10.1080/0075417X.2018.1443150>
- Boyd, I., Hackett, T., & Bewley, S. (2022). Care of transgender patients: A general practice quality improvement approach. *Healthcare*, 10(1), 121. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010121>
- Bränström, R., & Pachankis, J. E. (2020). Reduction in mental health treatment utilization among transgender individuals after Gender-Affirming Surgeries: A total population study. *American Journal of Psychiatry*, 177(8), 727–734. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010080>
- Cantor J. M. (2020). Transgender and gender diverse children and adolescents: Fact-checking of AAP policy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 46(4), 307–313. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1698481>
- Carmichael, P., Butler, G., Masic, U., Cole, T. J., De Stavola, B. L., Davidson, S., Skageberg, E. M., Khadr, S., & Viner, R. M. (2021). Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK. *PLoS one*, 16(2), e0243894. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243894>
- Cass, H. (2022). *Independent review of gender identity services for children and young people: Interim report*. <https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2022/03/Cass-Review-Interim-Report-Final-Web-Accessible.pdf>
- Chew, D., Anderson, J., Williams, K., May, T., & Pang, K. (2018). Hormonal treatment in young people with Gender Dysphoria: A systematic review. *Pediatrics*, 141(4), e20173742. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3742>

- Claahsen-van der Grinten, H., Verhaak, C., Steensma, T., Middelberg, T., Roeffen, J., & Klink, D. (2021). Gender incongruence and gender dysphoria in childhood and adolescence-current insights in diagnostics, management, and follow-up. *European Journal of Pediatrics*, 180(5), 1349–1357. <https://doi.org/10.1007/s00431-020-03906-y>
- Clayton, A. (2022). The Gender Affirmative Treatment Model for youth with Gender Dysphoria: A medical advance or dangerous medicine? *Archives of Sexual Behavior*, 51(2), 691–698. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02232-0>
- Contra el Borrado de las mujeres (2020). El Lobby. La financiación del generismo queer. <https://contraelborradodelasmujeres.org/financiacion/> (consultado el 20/5/2022)
- Correction to Bränström and Pachankis. (2020). *American Journal of Psychiatry*, 177(8), 734. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.1778correction>
- Costa, R., Dunsford, M., Skagerberg, E., Holt, V., Carmichael, P., & Colizzi, M. (2015). Psychological support, puberty suppression, and psychosocial functioning in adolescents with Gender Dysphoria. *Journal of Sexual Medicine*, 12(11), 2206–2214. <https://doi.org/10.1111/jsm.13034>
- D'Angelo, R. (2020). The man I am trying to be is not me. *International Journal of Psycho-analysis*, 101(5), 951–970. <https://doi.org/10.1080/00207578.2020.1810049>
- D'Angelo, R., Syrulnik, E., Ayad, S., Marchiano, L., Kenny, D. T., & Clarke, P. (2021). One size does not fit all: In support of psychotherapy for Gender Dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 50(1), 7–16. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01844-2>
- Dagny (2019). Ex-‘trans man’ wants the world to know that social media fuels kids’ decision to change sex. *LifeSite*. <https://www.lifesitenews.com/news/ex-trans-man-wants-the-world-to-know-that-social-media-fuels-kids-decision-to-change-sex/> (consultado el 1/5/2022).
- Dahlen, S., Connolly, D., Arif, I., Junejo, M. H., Bewley, S., & Meads, C. (2021). International clinical practice guidelines for gender minority/trans people: systematic review and quality assessment. *BMJ open*, 11(4), e048943. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-048943>
- De Castro, C., Solerdelcoll, M., Plana, M. T. et al. (2022). High persistence in Spanish transgender minors: 18 years of experience of the Gender Identity Unit of Catalonia, *Revista de Psiquiatria y Salud mental*. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2022.02.001>
- De Celis Sierra, M. (2021). Pensar analíticamente sobre el transgenerismo, una tarea urgente. (Reseña de una controversia y un caso clínico en el IJP de noviembre de 2020). *Aperturas Psicoanalíticas* (66), Artículo e10. <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001148>
- Dentons, Thomson Reuters e Iglyo. (2019). Only adults? Good practices in legal gender recognition for Youth. International Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer and Intersex Youth & Student Organisation. https://www.iglyo.com/wp-content/uploads/2019/11/IGLYO_v3-1.pdf (consultado 25/5/2022).
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L., Långström, N., & Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PloS one*, 6(2), e16885. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016885>
- Douthat, R. (2021). *La sociedad decadente. Cómo nos hemos convertido en víctimas de nuestro propio cuerpo*. Ariel.
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 44(1), 34–45. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.34>
- Ekman, K. E. (2022). *Sobre la existencia del sexo. Reflexiones sobre la nueva perspectiva de género*. Cátedra.
- Entwistle K. (2021). Debate: Reality check - Detransitioner’s testimonies require us to rethink Gender Dysphoria. *Child and Adolescent Mental Health*, 26(1), 15–16. <https://doi.org/10.1111/camh.12380>
- Errasti, J. y Pérez-Álvarez, M. (2022). *Nadie nace en un cuerpo equivocado: éxito y miseria de la ideología de género*. Deusto/Planeta.
- Esteva de Antonio, I., Expósito-Campos, P., y Gómez-Gil, E. (2021). Atención sanitaria a la transexualidad. Necesidad de experiencia interdisciplinar. En R. M. Rodríguez Magda (Coord.), *El sexo en disputa. De la necesaria recuperación jurídica de un concepto* (pp. 129-152). Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
- Expósito-Campos P. (2021). A typology of gender detransition and its implications for healthcare providers. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47(3), 270–280. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1869126>
- Expósito-Campos, P., Gómez-Balaguer, M., Hurtado-Murillo, F., García-Moreno, R. M., & Morillas-Ariño, C. (2022). Medical detransition following transgender identity reaffirmation: two case reports. *Sexual Health*, 18(6), 498–501. <https://doi.org/10.1071/SH21089>
- Flier, J. S. (2018). As a former Dean of Harvard Medical School, I question Brown’s failure to defend Lisa Littman. *Quillette*. Consultada el 28/4/2022.
- Gómez-Gil, E., Esteva de Antonio, I., Fernández Rodríguez, M. et al. (2020). Nuevos modelos de atención sanitaria para las personas transgénero en el sistema sanitario español: Demandas, controversias y reflexiones. *Revista Española de Salud Pública*, 94, 16 de noviembre e202011123.
- González-Pardo, H. y Pérez-Álvarez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales*. Alianza.
- Griffin, L., Clyde, K., Byng, R., & Bewley, S. (2021). Sex, gender and gender identity: A re-evaluation of the evidence. *BJPsych Bulletin*, 45(5), 291–299. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.73>
- Grup d’ètica CAMFiC (2022). Protecció a menors con disconformidad-dissidència de sexo-gènere. *Blog del Grup de Ètica de la Societat Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria*. <https://ecamfic.wordpress.com/2022/05/09/proteccio-als-menors-amb-disconformitats-dissidencies-de-sexe-genere/> (consultado el 18/5/2022).
- Hall, R., Mitchell, L., & Sachdeva, J. (2021). Access to care and frequency of detransition among a cohort discharged by a UK national adult gender identity clinic: Retrospective case-note review. *BJPsych Open*, 7(6), e184. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1022>
- Haupt, C., Henke, M., Kutschmar, A., Hauser, B., Baldinger, S., Saenz, S. R., & Schreiber, G. (2020). Antiandrogen or estradiol treatment or both during hormone therapy in transitioning transgender women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11), CD013138. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013138.pub2>
- Herbenick, D., Rosenberg, M., Golzarri-Arroyo, L. et al. (2022). Changes in penile-vaginal intercourse frequency and sexual repertoire from 2009 to 2018: Findings from the National Survey of Sexual Health and Behavior. *Archives of Sexual Behavior* 51, 1419–1433. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02125-2>
- IPsyNet (2018). *Declaración sobre cuestiones LGBTQ+, por parte de The International Psychology Network for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex Issues (IPsyNet), la Red de Psicología Internacional de Asuntos Lésbico, Gay, Bisexual, Transgénero e Intersexual*. <https://www.apa.org/ipsynet/advocacy/policy/statement-context-spanish.pdf> (consultado 18/5/2022)

- Kaltiala-Heino, R., Bergman, H., Työläljärvi, M., & Frisén, L. (2018). Gender dysphoria in adolescence: Current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 9, 31–41. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S135432>
- Kirkup, J. (2019). The document that reveals the remarkable tactics of trans lobbyists. *The Spectator*. <https://www.spectator.co.uk/article/the-document-that-reveals-the-remarkable-tactics-of-trans-lobbyists> (consultado 26/5/2022)
- Kirkup, J. (2021). Revealed: the secret trans-rights lobbying operation in parliament. *The Spectator*. <https://www.spectator.co.uk/article/revealed-the-secret-trans-rights-lobbying-operation-in-parliament> (consultado el 26/5/2022)
- Levine, S. B. (2018). Transitioning back to maleness. *Archives of Sexual Behavior*, 47(4), 1295–1300. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1136-9>
- Levine, S. B., Abbruzzese, E., & Mason, J. W. (2022). Reconsidering informed consent for trans-identified children, adolescents, and young adults. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1–22. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2046221>
- Littman, L. (2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS ONE* 13(8): e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>
- Littman, L. (2019). Correction: Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS ONE* 14(3): e0214157. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214157>
- Littman, L. (2020). The use of methodologies in Littman (2018) is consistent with the use of methodologies in other studies contributing to the field of Gender Dysphoria research: Response to Restar (2019). *Archives of Sexual Behavior*, 49(1), 67–77. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01631-z>
- Littman, L. (2021). Individuals treated for Gender Dysphoria with medical and/or surgical transition who subsequently detransitioned: A survey of 100 detransitioners. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3353–3369. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02163-w>
- López de Lara, D., Pérez Rodríguez, O., Cuéllar-Flores, I. et al. (2020). Evaluación psicosocial en adolescentes transgénero. *Anales de Pediatría*, 93, 41-48. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.01.019>
- Malo, P. (2021). *Los peligros de la moralidad. Por qué la moral es una amenaza para las sociedades del siglo XXI*. Deusto.
- Marchiano, L. (2021). Gender detransition: a case study. *Journal of Analytical Psychology*, 66(4), 813-832. <https://doi.org/10.1111/1468-5922.12711>
- Miyares, A. (2022). *Delirio y misoginia trans. Del sujeto transgénero al humanismo*. Catarata.
- Moral-Martos, A., Guerrero-Fernández, J., Gómez-Balaguer, M. et al. (2022). Guía clínica de atención a menores transexuales, transgéneros y de género diverso. *Anales de Pediatría*, 96(4), 349.e1-349.e11. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.02.002>
- Moschella, M. (2021). Trapped in the wrong body? Transgender identity claims, body-self dualism, and the false promise of Gender Reassignment Therapy. *Journal of Medicine and Philosophy*, 46(6), 782–804. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhab030>
- NICE (2020a). *Evidence review: Gonadotrophin releasing hormone analogues for children and adolescents with gender dysphoria*. <https://arms.nice.org.uk/resources/hub/1070905/attachment>
- NICE (2020b). *Evidence review: Gender-affirming hormones for children and adolescents with gender dysphoria*. <https://arms.nice.org.uk/resources/hub/1070871/attachment>
- Olson, K. R., Durwood, L., Horton, R., Gallagher, N. M., & Devor, A. (2022). Gender identity 5 years after social transition. *Pediatrics*, 150(2), e2021056082. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-056082>
- Pazos Guerra, M., Gómez Balaguer, M., Gomes Porras, M., Hurtado Murillo, F., Solá Izquierdo, E., & Morillas Ariño, C. (2020). Transexualidad: Transiciones, detransiciones y arrepentimientos en España [Transsexuality: Transitions, detransitions and regrets in Spain]. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 67(9), 562–567. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2020.03.008>
- Pérez-Álvarez, M. (2021). *Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría: Más allá de la corriente principal*. Alianza,
- Pluckrose, H. y Lindsay, J. (2020). *Cynical theories: How universities made everything about race, gender, and identity*. Faber And Faber
- Pullen Sansfaçon, A., Medico, D., Suerich-Gulick, F., & Temple Newhook, J. (2020). “I knew that I wasn’t cis, I knew that, but I didn’t know exactly”: Gender identity development, expression and affirmation in youth who access gender affirming medical care. *International Journal of Transgender Health*, 21(3), 307–320. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1756551>
- Rae, J. R., Gülgöz, S., Durwood, L., DeMeules, M., Lowe, R., Lindquist, G., & Olson, K. R. (2019). Predicting early-childhood gender transitions. *Psychological Science*, 30(5), 669–681. <https://doi.org/10.1177/0956797619830649>
- Ristori, J., & Steensma, T. D. (2016). Gender Dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 13-20. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115754>
- Rodríguez Magda, R. M. (2021a). La identidad de género y la imposible autodeterminación del sexo. En R. M. Rodríguez Magda (Coord.), *El sexo en disputa. De la necesaria recuperación jurídica de un concepto* (pp. 17-56). Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
- Rodríguez Magda, R. M. (Coord.), (2021b). *El sexo en disputa. De la necesaria recuperación jurídica de un concepto*. Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
- Sadjadi, S. (2019). Deep in the brain: Identity and authenticity in pediatric gender transition. *Cultural Anthropology*, 34(1), 103-129. <https://doi.org/10.14506/ca34.1.10>
- Shrier, A. (2021). *Un daño irreversible: La locura transgénero que seduce a nuestras hijas*. Deusto/Planeta.
- Singh, D., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2021). A follow-up study of boys with Gender Identity Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 632784. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.632784>
- South, S. J., & Lei, L. (2021). Why are fewer young adults having casual sex? *Socius*. <https://doi.org/10.1177/2378023121996854>
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(4), 499-516. <https://doi.org/10.1177/1359104510378303>
- Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P., Beekman, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Factors associated with desistence and persistence of childhood Gender Dysphoria: A quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(6), 582–590. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.016>
- Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2018). A critical commentary on “A critical commentary on follow-up studies and “desistence” theories about transgender and gender non-conforming children”. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 225–230. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1468292>
- Stock, K. (2022). *Material girls. Por qué la realidad es importante para el feminismo*. Shackelton.

- T'Sjoen, G., Arcelus, J., Gooren, L., Klink, D. T., & Tangpricha, V. (2019). Endocrinology of transgender medicine. *Endocrine Reviews*, *40*(1), 97–117. <https://doi.org/10.1210/er.2018-00011>
- Taleb, N. N. (2019). *Jugarse la piel. Asimetrías ocultas en la vida cotidiana*. Paidós.
- Temple Newhook, J., Pyne, J., Winters, K., Feder, S., Holmes, C., Tosh, J., Sinnott, M.-L., Jamieson, A., & Pickett, S. (2018). A critical commentary on follow-up studies and “desistance” theories about transgender and gender-nonconforming children. *International Journal of Transgenderism*, *19*(2), 212–224. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1456390>
- Tordoff, D. M., Wanta, J. W., Collin, A., Stepney, C., Inwards-Breland, D. J., & Ahrens, K. (2022). Mental health outcomes in transgender and nonbinary youths receiving Gender-Affirming Care. *JAMA Network Open*, *5*(2), e220978. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.0978>
- Turban, J. L., King, D., Carswell, J. M., & Keuroghlian, A. S. (2020). Pubertal suppression for transgender youth and risk of suicidal ideation. *Pediatrics*, *145*(2), e20191725. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1725>
- Turban, J. L., Loo, S. S., Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021). Factors leading to “detransition” among transgender and gender diverse people in the United States: A mixed-methods analysis. *LGBT Health*, *8*(4), 273–280. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0437>
- Wallien, M. S., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *47*(12), 1413–1423. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818956b9>
- Van Mol, A., Laidlaw, M. K., Grossman, M., & McHugh, P. R. (2020). Gender-Affirmation Surgery conclusion lacks evidence. *The American Journal of Psychiatry*, *177*(8), 765–766. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.19111130>
- Vandenbussche, E. (2021). Detransition-related needs and support: A cross-sectional online survey. *Journal of Homosexuality*, *69*(9), 1602–1620. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1919479>
- Wiepjes, C. M., den Heijer, M., Bremmer, M. A., Nota, N. M., de Blok, C., Coumou, B., & Steensma, T. D. (2020). Trends in suicide death risk in transgender people: Results from the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria study (1972-2017). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *141*(6), 486–491. <https://doi.org/10.1111/acps.13164>
- Withers, R. (2020). Transgender medicalization and the attempt to evade psychological distress. *Journal of Analytical Psychology*, *65*(5), 865–889. <https://doi.org/10.1111/1468-5922.12641>
- WPATH (2012). *Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género*. https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Spanish.pdf (consultado 20/5/2022).
- Wren, B. (2019). Ethical issues arising in the provision of medical interventions for gender diverse children and adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *24*(2), 203–222. <https://doi.org/10.1177/1359104518822694>
- Zucker, K. J. (2018). The myth of persistence: Response to “A critical commentary on follow-up studies and ‘desistance’ theories about transgender and gender non-conforming children” by Temple Newhook et al. (2018). *International Journal of Transgenderism*, *19*(2), 231–245. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1468293>
- Zucker, K. J. (2019). Adolescents with Gender Dysphoria: Reflections on some contemporary clinical and research issues. *Archives of Sexual Behavior*, *48*(7), 1983–1992. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01518-8>

Artículo

En favor de la Psicología Afirmativa, crítica del libro *Nadie nace en un cuerpo equivocado*

Gabriel J. Martín¹ 

IPsNet, España

INFORMACIÓN

Recibido: Junio 2, 2022
Aceptado: Junio 22, 2022

Palabras clave

Transsexualidad
Estudios queer
Identidad de género
Psicología afirmativa
LGBT
Directrices

RESUMEN

En las siguientes páginas se realiza un análisis de las afirmaciones sobre la “Terapia Afirmativa” centrada en personas *trans*³ que aparecen en el libro “*Nadie nace en un cuerpo equivocado: Éxito y miseria de la identidad de género*” (Errasti y Pérez, 2022). Para ello se aportan los estudios que refutan las informaciones que este manual presenta sobre asuntos como el *ROGD*, las *detransiciones* o la supuesta laxitud del enfoque afirmativo.

In favor of Affirmative Psychology, review of the book “*Nadie nace en un cuerpo equivocado*”

ABSTRACT

In the following pages, an analysis is made of the statements concerning affirmative therapy on trans people appearing in the book “*Nadie nace en un cuerpo equivocado: Éxito y miseria de la identidad de género*” [Nobody is born in the wrong body: the success and misery of gender identity] (Errasti & Pérez, 2022). To this end, studies are provided that refute the information presented in this manual on issues such as *ROGD*, *detransitions*, and the alleged laxity of the affirmative approach.

Keywords:

Transsexuality
Queer studies
Gender identity
Affirmative psychology
LGBT
Guidelines

1 Experto en Psicología Afirmativa Gay, coordinador del grupo de trabajo de psicología afirmativa LGBT del Col·legi de Psicologia de Catalunya y representante del Consejo General de la Psicología de España en IPsyNet, la red internacional de expertos en psicología afirmativa LGBT de la American Psychological Association.

2 Errasti y Pérez hablan de “terapia afirmativa”, no de psicología afirmativa. Bajo este término a veces se refieren a actuaciones médicas y, otras veces, a la terapia psicológica.

3 En este artículo se prefiere la nomenclatura “trans” frente a “transexual” o “transgénero” en conformidad a las directrices internacionales.

Introducción

El libro “*Nadie nace en un cuerpo equivocado: Éxito y miseria de la identidad de género*” ha generado una oleada de reacciones. Muchos profesionales han mostrado su preocupación acerca del papel que les corresponderá si se aprueba una ley *trans* en nuestro país creyendo que en el mencionado libro se hace un diagnóstico realista de la atención para las personas *trans* promovida por el enfoque afirmativo. Tanto en IPsyNet como en los diferentes grupos de trabajo de los Colegios de Psicología hemos recibido numerosas consultas de psicólogos y psicólogas sobre las afirmaciones vertidas en este manual. Así, pensamos que es nuestra obligación aclarar aquellas imprecisiones y falsedades que aparecen en dicho ensayo.

De los diez capítulos que componen el libro, los seis primeros están dedicados a la filosofía *queer* (más propiamente a los “Estudios *Queer*”), el capítulo séptimo habla sobre las infancias *trans* y solo el capítulo octavo aborda el trato de la transexualidad desde la Terapia Afirmativa. Los capítulos nueve y diez regresan a la temática *queer*. Lo relativo a este pensamiento filosófico deberá discutirse con filósofos, el presente análisis se centra en la Psicología analizando y discutiendo aquellas afirmaciones de los capítulos séptimo y octavo que carecen de validez científica y que, por tanto, deben ser rechazadas.

El Rapid Onset on Gender Dysphoria

En el capítulo dedicado a las infancias *trans* se habla con profusión del ROGD (*Rapid Onset on Gender Dysphoria*), concepto que surge del estudio Littman (2018). Este estudio fue fuertemente criticado e incluso dio nombre a una polémica (“*Rapid-onset gender dysphoria controversy*”). Obligada a rectificar por la revista PLOS ONE, Littman publicó lo siguiente:

“The post-publication review identified issues that needed to be addressed to ensure the article meets PLOS ONE’s publication criteria. Given the nature of the issues in this case, the PLOS ONE Editors decided to republish the article, replacing the original version of record with a revised version in which the author has updated the Title, Abstract, Introduction, Discussion, and Conclusion sections, to address the concerns raised in the editorial reassessment. The Materials and methods section was updated to include new information and more detailed descriptions about recruitment sites and to remove two figures due to copyright restrictions. Other than the addition of a few missing values in Table 13, the Results section is unchanged in the updated version of the article”.

Al respecto, el editor de *PLOS One*’s editor escribió

“The corrected article now provides a better context of the work, as a report of parental observations, but not a clinically validated phenomenon or a diagnostic guideline”.

Es decir, las conclusiones del estudio original se basaron en lo que los padres pensaban, no en la presencia de un trastorno diagnosticado por un profesional. La corrección completa se puede leer en (Littman, 2019) donde se afirma:

“This study of parent observations and interpretations serves to develop the hypotheses that rapid-onset gender dysphoria is a phenomenon and that social influences, parent-child conflict, and maladaptive coping mechanisms

may be contributing factors for some individuals. Rapid-onset gender dysphoria (ROGD) is not a formal mental health diagnosis at this time. This report did not collect data from the adolescents and young adults (AYAs) or clinicians and therefore does not validate the phenomenon”.

Además de las críticas a la validez interna (Restar, 2020), la única conclusión que permite el trabajo de Littman es que, desde la perspectiva de los padres, para muchos parece como si su hijo/a “se hubiese vuelto *trans* de repente”. De hecho, es habitual que los menores *trans* no informen a sus progenitores sobre su identidad de género hasta que lo han elaborado mentalmente por completo y esto hace que los progenitores se queden desconcertados ante lo aparentemente repentino del suceso (Sorbara et al., 2021). Así, muchos de los padres y madres de menores *trans* reciben la noticia con sorpresa y no saben cómo procesar lo que está ocurriendo. La evidencia, además, demuestra que los datos clínicos no permiten sostener el concepto de ROGD (Bauer et al, 2021):

We did not find support within a clinical population for a new etiologic phenomenon of rapid onset gender dysphoria during adolescence. Among adolescents under age 16 years seen in specialized gender clinics, associations between more recent gender knowledge and factors hypothesized to be involved in rapid onset gender dysphoria were either not statistically significant, or were in the opposite direction to what would be hypothesized. This putative phenomenon was posited based on survey data from a convenience sample of parents recruited from websites, and may represent the perceptions or experiences of those parents, rather than of adolescents, particularly those who may enter into clinical care. Similar analyses should be replicated using additional clinical and community data sources. Our finding of lower anxiety severity/impairment scores in adolescents with more recent gender knowledge suggests the potential for longstanding experiences of gender dysphoria (or their social complications) playing a role in development of anxiety, which could also be explored in future research.

Por último recordar que el concepto “*rapid onset on gender dysphoria*” ha sido ampliamente rechazado por la comunidad científica (Coalition for the Advancement and Application of Psychological Science, 2021).

“In 2021, the Coalition for the Advancement and Application of Psychological Science released a statement calling for the elimination of the concept of ROGD from clinical and diagnostic use, as “there are no sound empirical studies of ROGD and it has not been subjected to rigorous peer-review processes that are standard for clinical science.” The statement also states that the term “ROGD” is likely to stigmatize and cause harm to transgender people, and that misinformation surrounding ROGD is used to justify laws suppressing the rights of transgender youth. The statement was cosigned by the American Psychiatric Association, the American Psychological Association, the Society of Behavioral Medicine, the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, and the National Association of School Psychologists”.

Conclusión: Las afirmaciones que aparecen en el libro analizado sobre el ROGD carecen por completo de fundamento y validez científica.

El incremento de pacientes derivados a unidades de género

Al comenzar el capítulo sobre las infancias trans, los autores muestran el incremento de menores derivados a estas unidades como si ese aumento fuese indicativo de un exceso (p. 277-278⁴).

Las clínicas de género de todo el mundo informan de un aumento en el número de derivaciones con edades más tempranas y, en particular, de niñas. Así, por ejemplo, referido al Reino Unido, mientras que hace nueve años sólo se derivaron 40 niñas para el tratamiento de transición de sexo, esa cifra es ahora de 1.806, un aumento del 4.515 por ciento. Por su lado, el número de niños aumentó de 56 a 713 en ese mismo tiempo. Una referencia de Suecia habla del 1.500 por ciento de incidencia incrementada. España sigue tendencias similares.

Varias explicaciones, probablemente interconectadas, se han ofrecido para dar cuenta de este aumento: 1) la visibilidad dada a cuestiones transgénero en los medios, 2) internet, con sus innumerables sitios sobre la disforia de género, 3) la paulatina despatologización y reducción del estigma con respecto a la disforia de género y la identidad transgénero, 4) la disponibilidad de tratamiento biomédico, empezando por la supresión del desarrollo puberal, y 5) el enfoque «afirmativo» de atención adoptado por muchas clínicas y equipos de identidad de género. Algo está pasando en la infancia.

Sin embargo, lo cierto es que dicho incremento se debe a una mejora en la atención a un colectivo que estaba muy desatendido. En el caso concreto de Reino Unido, esto se ve ratificado por un informe sobre este servicio (Tavistock and Portman NHS Foundation Trust, 2020) donde se afirma:

“The service was difficult to access. There were over 4600 young people on the waiting list. Young people waited over two years for their first appointment”.

No solo es que hayan aumentado las derivaciones, es que el servicio fue deficitario durante años y aún hoy quedan miles de jóvenes en lista de espera que siguen sin ser atendidos. La referencia que aparece en el libro sobre la situación en Suecia no es un informe científico sino una noticia de The Guardian de febrero de 2020 (Orange, 2020) que expone la polémica surgida a raíz de la emisión de un show televisivo donde se habló de un informe sobre las personas trans en Suecia. Cuando buscamos y llegamos al informe sobre el que parten estas noticias, leemos⁵:

En una primera versión de este comunicado de prensa, se indicó una cifra incorrecta por mil con respecto a qué parte de la población en 2018 tenía algún tipo de disforia de género. Esto ha sido corregido [...] El aumento que se ha observado en los últimos diez años se aplica principalmente entre los niños y adultos jóvenes y especialmente entre aquellos que han sido registrados como niñas al nacer. La cantidad de casos nuevos de disforia de género diagnosticada entre personas de 13 a 17 años ha aumentado en casi un 1500 por ciento desde 2008 [...] Peter Salmi, investigador de la Junta Nacional de Salud y Bienestar afirmó que: “- Sí, no hay duda de que el aumento es claro, sin embargo, no sabemos a qué se debe el aumento”.

La realidad es que, tal como se recoge más adelante en este mismo informe, una vez producido este incremento del 1500%, el total de personas diagnosticadas en Suecia no llega ni a 6.000, el 0,6 por mil de la población. Es decir, han tenido que aumentar 1500% las atenciones a las personas trans para que estas lleguen a representar el 0,6 por mil de la población. Esto lo que dibuja realmente es un paisaje desolador sobre las atenciones que recibían estas personas anteriormente. En lo referente a España, el artículo que citan Errasti y Pérez (el de Becerra, 2020) dice:

Algunos estudios sugieren que entre el 0,17 y el 1,3% de los adolescentes y adultos jóvenes se identifican como transgénero, y este aumento ha sido calificado por algunos como un «brote»⁶. [...] En España este fenómeno también alcanza dimensiones parecidas y con explicaciones similares. La existencia de Unidades de Identidad de Género (UIG) en el sistema sanitario público en casi todas las comunidades autónomas ha cubierto de manera importante las necesidades sanitarias de la población. Además, debemos destacar la publicación en las distintas autonomías de leyes que han permitido estimular tanto la asistencia sanitaria pública como la consecución de derechos personales y sociales.

¿El 0,17% o el 1,3% pueden considerarse un “brote”? Para comprender mejor la verdadera dimensión de las diferentes prevalencias mencionadas, debe decirse que no sabemos exactamente cuántas personas trans hay en el mundo porque el criterio para evaluar esta prevalencia puede cambiar de un estudio a otro (Collin et al., 2016). Sin embargo, se habla de cifras en torno al 0,9 en USA (Meerwijk y Sevelius, 2017) y el 1% en Reino Unido (Glen y Hurrell, 2012; Reed et al., 2009). Incluso algunas revisiones llegan a cifras del 4,6% en Europa (Arcelus et al., 2015). Así, el 1% no pueden considerarse sino lo “normal” en el más estricto sentido estadístico. Por tanto, si, por ejemplo, la población de UK son 67 millones, el 1% serían 670.000 personas trans en Reino Unido. Atender las 713 personas/año mencionadas en el libro puede ser un número hasta bajo, muy al contrario de lo que sugieren los autores del libro analizado. Lo mismo puede decirse del resto de países y cifras.

Conclusión: el incremento del número de derivaciones se debe a un mal funcionamiento previo de los centros y una insuficiente atención a personas trans pero no a ningún tipo de moda o ideología imperante como se sugiere en el libro.

El Estudio de Dhejne et al. (2011)

Al referirse al enfoque afirmativo, los autores se pronuncian de la siguiente forma (p. 327-330):

“Estudios de seguimiento de personas transexuales que han pasado por la cirugía de reasignación de sexo no muestran, desafortunadamente, los beneficios con los que se presenta el enfoque afirmativo. Un estudio de seguimiento de más de diez años realizado en 2011 -no citado en el informe de la APA- indica que «aun cuando la reasignación de sexo alivia la disforia de género, es necesario identificar y tratar la morbilidad psiquiátrica concurrente no sólo antes, sino después de la reasignación”

⁴ Nótese que la paginación corresponde a la versión electrónica del libro. Este, en concreto, lo leí en la plataforma de lectura Nextory.

⁵ <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/vanligt-med-flera-psykiatriska-diagnoser-hos-personer-med-konsdysfori/>

⁶ Este informe también habla de ROGD y otros mitos aunque sitúa el porcentaje de detransicionadores entre el 1 y el 8%

El estudio de seguimiento al que se refieren es el de [Dhejne et al \(2011\)](#) el cual no evalúa la eficacia del enfoque psicológico afirmativo sino la de las cirugías de reasignación como muy bien indica su título. Equiparar “enfoque afirmativo” con “cirugías” es engañoso como se verá más adelante pero no nos anticipemos. El estudio referido concluye lo siguiente:

“Persons with transsexualism, after sex reassignment, have considerably higher risks for mortality, suicidal behaviour, and psychiatric morbidity than the general population. Our findings suggest that sex reassignment, although alleviating gender dysphoria, may not suffice as treatment for transsexualism, and should inspire improved psychiatric and somatic care after sex reassignment for this patient group”.

Dhejne y colegas piden que se mejore la atención a las personas *trans* y que esta no se limite a unas meras cirugías. Estos autores remarcan la necesidad de crear mejores atenciones psicológicas para seguir apoyando a las personas *trans* durante más tiempo y la necesidad de un mundo con menos transfobia. En este sentido, es importante recordar que los estudios a largo plazo incluyen personas que han sufrido cirugías experimentales que no les han aportado mayor calidad de vida. Lo que se afirma, finalmente, es que las personas *trans* son un colectivo tan vulnerable y tan victimizado que no basta con la reasignación ni con un apoyo psicológico limitado al periodo de su transición para solucionar sus problemas de salud mental y emocional. Muchas necesitan apoyo psicológico durante mucho más tiempo y el estudio de Dhejne et al., quiere hacer hincapié en ello. Si eso es lo que Errasti y Pérez pretendían decir, obviamente no se puede estar en desacuerdo. El problema es que el libro sugiere que la Terapia Afirmativa se limita a promover cirugías y no menciona que la psicología afirmativa, justamente al contrario de lo que se indica, aboga por una intervención mucho más amplia que una simple cirugía:

Psychologists are encouraged to inform public policy to reduce negative systemic impact on TGNC⁷ people and to promote positive social change. Psychologists are encouraged to identify and improve systems that permit violence; educational, employment, and housing discrimination; lack of access to health care; unequal access to other vital resources; and other instances of systemic inequity that TGNC people experience (APA, 2015).

Conclusión: que las cirugías no son la panacea es, precisamente, lo que sostiene la Terapia Afirmativa.

El mantra del 80% de detransiciones

Los autores afirman que los criterios de la Terapia Afirmativa son laxos y que no está sostenida por la evidencia de acuerdo con la revisión de Cantor (p. 316-318):

Aun cuando las declaraciones de la AAP y de la APA psicológica se apuntalan en abundante literatura científica, revisiones más cuidadosas de la evidencia disponible muestran que el enfoque afirmativo no es tan evidente ni otras alternativas se pueden descartar. Por su lado, la declaración de la APA psiquiátrica es un documento de poco más de una página, sin referencias, en favor del tratamiento

afirmativo y oponiéndose enfáticamente a todo intento que impidiera el acceso al citado tratamiento. Así pues, procede analizar las declaraciones de dichas academias de pediatría y de psicología.

La declaración de política (Policy Statement) de la AAP en favor del enfoque afirmativo no está sostenida por la evidencia de acuerdo con la revisión de James Cantor. Los problemas de esta declaración, de acuerdo con Cantor, se refieren tanto a lo que deja fuera, como a la interpretación parcial de las fuentes que cita. Deja fuera los numerosos estudios -al menos once- de seguimiento de la disforia de género de la infancia y la adolescencia, los cuales muestran invariablemente que la mayoría de quienes presentan disforia desisten, por no hablar del creciente número de detransicionistas. Esto sugiere dos cosas: una es que el enfoque afirmativo «cuanto antes» puede ser precipitado y otra que la espera atenta sería más prudente.

El artículo de [Cantor \(2020\)](#), que, según los autores, parece capaz de desmontar la abundante evidencia sobre la que descansa la terapia afirmativa, en realidad solamente se refiere a niños y adolescentes y se limita a preguntarse sobre la persistencia del diagnóstico de “disforia de género” pasada la adolescencia. Además de que parece muy poco material para desmontar todo la evidencia acumulada a favor del enfoque afirmativo, hay algo importante que aclarar sobre los “desistidores” o “detransicionadores” a los que se refiere este estudio.

Sobre el concepto de “detransicionador” ha habido mucha polémica hasta el punto de que el 80% al que me refiero con el título del epígrafe se ha convertido en un mantra que repiten sectores conservadores sobre el porcentaje de menores que “desisten” de sentirse transexuales. Lo explicaré en detalle pero, antes, es importante aclarar que es rotundamente falso que las directrices de la APA ([APA, 2015](#)) se tomen las transiciones a la ligera. Muy al contrario, las directrices, en lo referente a menores son muy cautelosas y recuerda que nuestro papel es el de acompañar, no el de prescribir tratamientos médicos. Además, tienen muy presentes que la no conformidad de género podría ser transitoria. Decir que la APA es muy laxa o que anima a transicionar es faltar a la verdad ([APA, 2015](#)):

“Because gender nonconformity may be transient for younger children in particular, the psychologist’s role may be to help support children and their families through the process of exploration and self-identification (Ehrensaft, 2012). Additionally, psychologists may provide parents with information about possible long-term trajectories children may take in regard to their gender identity, along with the available medical interventions for adolescents whose TGNC identification persists (Edwards-Leeper & Spack, 2012)”.

Volviendo a los detransicionadores, en otro artículo similar al que citan Errasti y Pérez ([Kaltiala et al., 2018](#)) se afirma que el 80% de los menores desisten de su transexualidad:

“Evidence from the 10 available prospective follow-up studies from childhood to adolescence (reviewed in the study by Ristori and Steensma) indicates that for ~80% of children who meet the criteria for GDC, the GD⁸ recedes with

⁷ TGNC: TransGender y NonConforming: transgénero y personas no conformes con los estereotipos de género.

⁸ Gender Disforia y Gender Disforia Criteria respectivamente.

puberty. Instead, many of these adolescents will identify as non-heterosexual”.

Sigamos el hilo comenzando por acudir al artículo original citado, el de Ristori y Steensma (2016) donde encontramos:

“The conclusion from these studies is that childhood GD is strongly associated with a lesbian, gay, or bisexual outcome and that for the majority of the children (85.2%; 270 out of 317) the gender dysphoric feelings remitted around or after puberty (see Table 1).”

En este artículo, la autora expresa una duda razonable sobre la persistencia de la DG⁹ una vez estas criaturas se hacen adultas y sobre la conveniencia de aplicar tratamientos irreversibles. Esta misma cautela se expresa en otros artículos recientes (Singh et al., 2021) en el que, por cierto, también se reconocen defectos metodológicos en aquellos estudios que hablan de las detransiciones:

“In recent years, there have been various criticisms of these follow-up studies (Rafferty, 2018; Winters, 2019); for a rebuttal, see Zucker, 2018 particularly with regard to the putatively high percentage of desistance. It has been questioned, for example, to what extent the patients in these studies truly had GID/GD. For example, in the early studies, prior to the publication of DSM-III, one could reasonably argue that the diagnostic status of the patients was unclear because there were no formal diagnostic criteria to rely upon. However, one could argue in return that the behavior of these boys was phenomenologically consistent with the subsequent DSM criteria”.

Al clarificar el criterio diagnóstico, muchos de los que antes entraban en la muestra, dejan de formar parte pues ya no se les considera personas con disforia de género. No se han “curado” ni “desistido” sino que anteriormente habían sido erróneamente consideradas “disfóricas”. Aún así, sin embargo, sí que existe un porcentaje de “detransicionadores” pero de los que, publicaciones más recientes, niegan que sean un grupo tan amplio. Por ejemplo, Winters (Op. Cit.) dice:

“The most pervasive and damaging stereotype about transgender children that is used to frighten parents, therapists, and medical professionals is that the vast majority of them are “going through a phase.” The “80% desistance” dictum alleges that gender dysphoria, defined as distress with their physical sex characteristics or associated social roles, and identification as trans will remit for approximately 80% of young trans children. It predicts that most young trans boys will spontaneously revert to identifying as girls by puberty and develop into cisgender lesbian women, and that most young trans girls will spontaneously revert to identifying as boys by puberty and develop into cisgender gay men. A growing body of research is focused on transgender children with supportive families and care providers and is refuting the stereotype that most trans or gender dysphoric children are “confused” and will become cisgender gay or lesbian adults. Socially transitioned trans children supported by their families exhibit far less psychopathology than previously reported among closeted

and unsupported youth. Prospective studies in progress will no doubt shed much more light on the outcomes of trans children who are supported in socially authentic gender roles”.

Parece que, en todo caso, un porcentaje (menor, como veremos) desiste debido a las presiones de sus familiares y entornos sociales ya que esta “vuelta atrás” no se produce en adolescentes que cuentan con el apoyo familiar. En la misma dirección encontramos las aportaciones de Ashley, F. (2021) quien, desde su abstract explica:

“In recent years, the suggestion that over 80% of trans and gender creative children will grow up cisgender has been strongly criticized in the academic literature. Although concerns over the methodology of these studies, known as desistance research, has shed considerable doubt regarding the validity of the reported number, less attention has been paid to the relevance of desistance research to the choice of clinical model of care. This article analyzes desistance research and concludes that the body of research is not relevant when deciding between models of care. Three arguments undermining the relevance of desistance research are presented. Drawing on a variety of concerns, the article highlights that “desistance” does not provide reasons against prepubertal social transition or peripubertal medical transition, that transition for “desisters” is not comparably harmful to delays for trans youth, and that the wait-and-see and corrective models of care are harmful to youth who will grow up cis. The assumed relevance of desistance research to trans youth care is therefore misconceived. Thinking critically about the relationship between research observations and clinical models of care is essential to progress in trans health care”.

Como se ve, es más irreparable el daño de no poder transicionar. Sin embargo, Errasti y Pérez insisten mucho en lo peligroso del enfoque afirmativo y en el riesgo que suponen las detransiciones (p. 330-332):

La detransición es un fenómeno emergente que pone de relieve dos cosas: las secuelas del enfoque afirmativo y los problemas añadidos de lidiar con la propia detransición, entre ellos, el sentimiento de arrepentimiento, el abandono, la soledad, la vergüenza y los cambios físicos y sociales llevados a cabo. Aunque se desconoce la prevalencia de la detransición, es probable que esté subestimada. Lo cierto es que no existe una narrativa única para explicar las experiencias de todos los que la emprenden. Algunos detransicionistas vuelven a identificarse con su sexo de nacimiento, otros asumen (o mantienen) una identificación no binaria, y algunos continúan identificándose como transgénero. Asimismo, algunos detransicionistas lamentan haber realizado la transición y otros no. Otros refieren experiencias que apoyan la hipótesis de la disforia de comienzo rápido, según la cual su disforia de género comenzó durante o después de la pubertad y que problemas de salud mental, traumas, compañeros, redes sociales, comunidades en línea y dificultades para aceptarse a sí mismos como lesbianas, gais o bisexuales estaban relacionados con su disforia de género y su deseo de transición.

⁹ “Disforia de Género” o Gender Dysphoria (GD) en los originales en inglés. Muchos de estos autores emplean esta nomenclatura hoy en desuso y no aconsejada desde la Psicología Afirmativa.

Esta colección de imprecisiones requiere una larga exposición que comienza por explicar el estudio de [Vandenbussche \(2022\)](#), la primera referencia del párrafo. Este estudio toma su muestra de una encuesta online hecha desde plataformas destinadas a personas que han “detransicionado”:

“A cross-sectional survey was conducted, using online social media to recruit detransitioners. Access to the questionnaire was open from the 16th of November until the 22nd of December 2019. Any detransitioner of any age or nationality was invited to take part in the study. The survey was shared by Post Trans (www.post-trans.com)-a platform for female detransitioners-via public posts on Facebook, Instagram and Twitter. Participants were also recruited through private Facebook groups and a Reddit forum for detransitioners (r/detrans). Some of the latter platforms were addressed exclusively to female detransitioners”.

Sinceramente, con este método de reclutamiento, sorprende que solamente el 50% de la población afirme haber detransicionado. Pero, además de la cuestionable selección de la muestra de este estudio, la propia definición de “detransicionador/a” resulta confusa y esto no es un problema menor ya que se trata de la variable principal del estudio:

“The term “detransitioner” will be used here to refer to someone who possibly underwent some of these medical and/or social detransition steps and, more importantly, who identifies as a detransitioner. It is important to add this dimension, because the act of medical/social detransition can be performed by individuals who did not cease to identify as transgender and who do not identify as detransitioners or as members of the detrans community. Furthermore, some individuals might identify as detransitioners after having ceased to identify as trans, while not being in a position to medically or socially detransition due to medical or social concerns. As [Hildebrand-Chupp \(2020\)](#) puts it: “[B]ecoming a detransitioner involves a fundamental shift in one’s subjective understanding of oneself, an understanding that is constructed within these communities.”(p.802). More qualitative research should be conducted in order to better understand how members of the detrans community define themselves and make sense of their own detransition process. However, this goes beyond the scope of this study”.

¿Cómo es posible que algunas personas puedan identificarse como detransicionadores sin dejar de identificarse como transgénero? Me resulta llamativo que Errasti y Pérez critiquen fuertemente en otros capítulos que una persona pida ser reconocida como “lo que siente” aunque esta identificación íntima no se manifieste en su expresión de género y, a la vez, se apoyen en un estudio donde los participantes son personas que quieren ser reconocidas como algo que no expresan externamente y cuya autora afirma que “convertirse en detransicionador implica un cambio fundamental en la comprensión subjetiva de sí mismo”. Esto contradice las tesis que Errasti y Pérez sostienen en los capítulos sobre el pensamiento *queer* pero, como ya dije, esos capítulos no son objeto de mi análisis. Solo me parecía oportuno subrayar esta impresionante ceremonia de la confusión. En cualquier caso, insisto: si un estudio no define bien sus variables,

las conclusiones a las que llega no puede ser tomadas demasiado en serio. Y esto es lo que sucede con el trabajo de [Vandenbussche \(2022\)](#) que, por cierto, todavía añade más confusión al informar sobre las razones para detransicionar que aducen los participantes de su muestra:

“The most common reported reason for detransitioning was realized that my gender dysphoria was related to other issues (70%). The second one was health concerns (62%), followed by transition did not help my dysphoria (50%), found alternatives to deal with my dysphoria (45%), unhappy with the social changes (44%), and change in political views (43%). At the very bottom of the list are: lack of support from social surroundings (13%), financial concerns (12%) and discrimination (10%). 34 participants (14%) added a variety of other reasons such as absence or desistance of gender dysphoria, fear of surgery, mental health concerns related to treatment, shift in gender identity, lack of medical support, dangerosity of being trans, acceptance of homosexuality and gender non-conformity, realization of being pressured to transition by social surroundings, fear of surgery complications, worsening of gender dysphoria, discovery of radical feminism, changes in religious beliefs, need to reassess one’s decision to transition, and realization of the impossibility of changing sex”.

Vemos que el mayor motivo para detransicionar era “mi disforia de género estaba relacionada con otros asuntos” pero no especifica cuáles eran esos asuntos. Además, no niega la persistencia de la disforia, solo afirma que la transición médica no fue la panacea (cosa que ya hemos analizado). Solo en el 14% “cajón de sastre” se menciona que el motivo fuese que la disforia de género hubiese desaparecido.

Una vez analizado este estudio y sus problemas metodológicos, debemos preguntarnos: ¿es cierto lo que afirman sobre el porcentaje de “detransicionadores”? La evidencia dice que no lo es. En un artículo con población española ([Pazos Guerra et al., 2020](#)) se habla de 8 detransiciones de 796 casos atendidos, eso supone el 1%. En población USA ([Turban et al. 2021](#)¹⁰) se ofrecen los siguientes resultados:

“A total of 17,151 (61.9%) participants reported that they had ever pursued gender affirmation, broadly defined. Of these, 2242 (13.1%) reported a history of detransition. Of those who had detransitioned, 82.5% reported at least one external driving factor. Frequently endorsed external factors included pressure from family and societal stigma. History of detransition was associated with male sex assigned at birth, nonbinary gender identity, bisexual sexual orientation, and having a family unsupportive of one’s gender identity. A total of 15.9% of respondents reported at least one internal driving factor, including fluctuations in or uncertainty regarding gender identity”. Las detransiciones informadas tuvieron que ver con falta de apoyo familiar o descubrir que eran personas no binarias.

Recientemente se ha publicado el preprint del seguimiento más actualizado sobre menores *trans* ([Olson et al., 2022](#)) y sus conclusiones son claras:

¹⁰ Por cierto, Cantor se quejaba de que Turban no le había contestado a su artículo. Parece que Turban sí le contestó pero a través de esta publicación.

“These results suggest that detransitions are infrequent. More commonly, transgender youth who socially transitioned at early ages continued to identify that way. Nonetheless, understanding retractions is crucial for clinicians and families to help make them as smooth as possible for youth”.

Conclusión: existiendo detransiciones: (1) se dan en un porcentaje muchísimo menor del que los autores del libro afirman y (2) la mayoría de esas detransiciones se relacionan no con que las personas no sean trans, sino con otros factores como que sean personas no binarias o con la falta de apoyo familiar o la discriminación social. El problema es la transfobia, no el enfoque afirmativo.

Sobre la terapia afirmativa

Además de lo dicho anteriormente, los autores del libro siembran dudas sobre la terapia afirmativa en otros lugares de su libro como por ejemplo (p. 316-318):

El enfoque afirmativo, por bien intencionado que sea, no está exento de problemas. Para empezar, no todos los casos son iguales como para ofrecerles una «talla única». Por otra parte, puede ocasionar daños irreversibles para quienes quieran volver atrás, un fenómeno cada vez más frecuente. Finalmente, no resuelve todos los problemas, incluso a aquellos para quienes sea la opción más adecuada. En realidad, el enfoque afirmativo es más políticamente correcto que correcto científicamente.

Para ilustrar su aseveración, sobre la “talla única” citan a D’Angelo et al. (2021). Para la segunda afirmación (los “daños irreversibles”) se basan en un libro polémico y acusado de las mismas tergiversaciones y errores que estamos analizando aquí y también publicado por la misma editorial (Shrier, 2021). La cita de su tercera afirmación es el estudio de Dhejne et al. del que ya hemos hablado y del que no merece la pena repetir que sus autores no pretenden decir lo que han interpretado Pérez y Errasti. Analicemos, por tanto, el artículo de D’Angelo, donde se afirma que:

We believe that exploratory psychotherapy that is neither “affirmation” nor “conversion” should be the first-line treatment for all young people with GD, potentially reducing the need for invasive and irreversible medical procedures. This is especially critical now, when we are witnessing an exponential rise in the incidence of young people with GD who have diverse and complex mental health presentations and require careful assessment and treatment planning.

Pareciera que el enfoque afirmativo, tal y como lo describen Errasti y Pérez, no tuviese más propósito que enviar a las personas trans, tengan la edad que tengan, a procesos de reasignación sin más consideración. Y también pareciera que los autores no se hubiesen leído las directrices de la APA para las personas trans por más que las mencionen con cierta frecuencia. Lo digo así porque desde la primera directriz se huye completamente del “modelo de talla única” con el que estos autores pretenden caricaturizar el enfoque afirmativo:

Largely because of self-advocacy of TGNC individuals and communities in the 1990s, combined with advances in research and models of trans-affirmative care, there is greater recognition and acknowledgment of a spectrum of

gender diversity and corresponding individualized, TGNC-specific health care (la negrita es mía).

Al hablar de la Terapia Afirmativa y sus alternativas (“espera atenta” y “exploración psicoterapéutica”), también se falta a la verdad (p. 408-410):

Frente al enfoque afirmativo consistente en la aceptación y afirmación de la identidad de género expresada por el niño y el adolescente, en orden a acompañar y asesorar el proceso de transición sin más miramientos, se ha documentado que no tiene la evidencia que se le supone para mejorar los problemas psicológicos por los que se adopta. También hemos mostrado la estrategia tendenciosa consistente en etiquetar como «terapia de conversión» todo lo que no sea la adherencia al enfoque afirmativo. Las declaraciones de adhesión al enfoque afirmativo que hacen sociedades profesionales y científicas se realizan sobre motivaciones ideológicas, no sobre bases propiamente científicas. Así, por ejemplo, la Asociación Estadounidense de Psicología, así como la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, pasan por alto cantidad de conocimientos y procedimientos de sus propias disciplinas que desaconsejarían el enfoque afirmativo como el único aceptable, sin que esto implique excluirlo. Alternativas al enfoque afirmativo como la espera atenta, la exploración psicoterapéutica y la evaluación psicológica pueden ser convenientes en muchos casos, y serían un mejor punto de partida que la «talla única» de la afirmación. Al final, el propio enfoque afirmativo se revela él mismo como una «terapia de conversión», empeñada desde el principio en transiciones irreversibles.

No es cierto que la “espera atenta” o la exploración sean alternativas a la Terapia Afirmativa porque esta última también las incluye. Identifican Terapia Afirmativa con un procedimiento donde la persona, sí o sí, va a ser conducida a transicionar y eso tampoco es cierto. La persona será acompañada en su transición sin hacerla pasar por pruebas como el “test de la vida real” (propio de enfoques sobre la transexualidad previos a la psicología transafirmativa) solo cuando la persona tenga clara su identidad. Si una persona tiene dudas, ningún profesional de la psicología tratará de convencerla de que es trans sino acompañarla todo el tiempo que sea necesario para que explore su identidad y resuelva sus dudas. Eso también es una “espera atenta” y un trato respetuoso y humano. Al contrario que enfoques anteriores, los profesionales afirmativos partimos del reconocimiento de que no sabemos lo que la persona es o necesita mejor de lo que pueda saberlo la propia persona. Dicho en términos coloquiales, “no le damos el carné de trans a nadie”. Por eso, en las directrices podemos encontrar consejos como el siguiente:

A nonjudgmental stance toward gender nonconformity can help to counteract the pervasive stigma faced by many TGNC people and provide a safe environment to explore gender identity and make informed decisions about gender expression (la negrita es mía).

Conclusión final

Los profesionales de la psicología afirmativa debemos evitar interpretaciones sesgadas de los estudios científicos, especialmente

de aquellos susceptibles de alimentar los prejuicios contra alguna minoría. Sobre este punto la directriz número 21 de la APA (APA, 2022¹¹) advierte expresamente:

“*In the use and dissemination of research on sexual orientation and related issues, psychologists strive to represent results fully and accurately and to be mindful of the potential misuse or misrepresentation of research findings*”.

Así como la directriz número 15 hace lo propio en relación a la investigación con personas *trans* (APA, 2015):

“*Psychologists respect the welfare and rights of TGNC participants in research and strive to represent results accurately and avoid misuse or misrepresentation of findings*”.

Se puede comprender que personas sin criterio puedan caer en la trampa de creer lo que diga un “estudio científico” sin poder analizar los defectos de su metodología para darse cuenta de que ese estudio tiene poco de científico. Pero nosotros, si somos partidarios de una psicología basada en la evidencia, no podemos caer en este tipo de errores. Mucho menos si pretendemos cargar sobre nuestros hombros la responsabilidad de la divulgación. Así, nuestro trabajo consiste en ofrecer información veraz, basada en evidencias y que surja de estudios rigurosos. No podemos divulgar contenidos que han sido refutados o cuyas metodologías son defectuosas. Los capítulos de “*Nadie nace en un cuerpo equivocado*” dedicados al enfoque afirmativo están plagados de falsedades, estudios que han sido refutados o tergiversaciones de las conclusiones de otras investigaciones. Esto no es admisible. Cuando un libro tiene la pretensión de abrir un debate sobre un tema cualquiera, se espera que ese libro recoja todas las investigaciones que se han realizado al respecto y, en el caso de que pretenda ilustrar alguna controversia, se espera también que incluya todas las aportaciones que se han realizado sobre la misma. En el caso de la “*rapid onset on gender dysphoria*”, este libro solo recoge la parte en la que da pábulo a la existencia de este fenómeno pero no ha presentado ni las críticas que ha recibido el concepto ni sus posteriores refutaciones. Algo similar se puede decir sobre los informes acerca de los “*detransicionadores*”: los datos recogidos están fuertemente sesgados hacia la presentación del fenómeno como si fuese una gran problemática cuando la realidad es que se trata de un fenómeno marginal y explicable bien por presiones familiares, bien por el descubrimiento de que eran personas no binarias. Tampoco se explica que, aunque ciertamente pueden existir algunas personas que se han precipitado en sus decisiones, limitar el proceso de transición puede ser tremendamente perjudicial para las numerosísimas personas que sí mantienen su identidad de género al llegar a la adultez. De la misma forma no se puede culpar al enfoque afirmativo de laxitud cuando las directrices insisten en la cautela al tratar con menores y en generar espacios seguros para la reflexión. Esto último tampoco aparece en el libro analizado.

Los autores de un ensayo que aborde cualquier tema están obligados a documentarse y explicarlo en profundidad. No hacerlo, en este caso concreto, puede dar origen a visiones distorsionadas y negativas tanto del enfoque afirmativo como de las personas *trans* y sus organizaciones pro-igualdad pues parecería que estas promoviesen fines abyectos lo cual no es cierto. Los científicos también tenemos una responsabilidad social.

Conflicto de intereses

El autor declara que no existe ningún potencial conflicto de interés relacionado con el artículo.

Referencias

- American Psychological Association. APA (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychological Association*, 70(9), 832-864. <https://doi.org/10.1037/a0039906>
- American Psychological Association. APA (2022). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay and bisexual clients. *American Psychologist*, 67(1), 10-42. <https://doi.org/10.1037/a0024659>
- Arcelus, J., Bouman, W., Van Den Noortgate, W., Claes, L., Witcomb, G., & Fernandez-Aranda, F. (2015). Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in Transsexualism. *European Psychiatry*, 30(6), 807-815. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.005>
- Ashley, F. (2021). The clinical irrelevance of “desistance” research for transgender and gender creative youth. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. Advance online publication <https://doi.org/10.1037/sgd0000504>
- Bauer, G. R., Lawson, M. L., y Metzger, D. L. (2021). Do clinical data from transgender adolescents support the phenomenon of “Rapid Onset Gender Dysphoria”? *The Journal of Pediatrics*, 24, 224-227. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.11.020>
- Becerra, A. (2020). Disforia de género/incongruencia de género: Transición y detransición, persistencia y desistencia. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 67(9), 559-561. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2020.03.011>
- Cantor, J. M. (2020). Transgender and Gender Diverse Children and Adolescents: Fact-Checking of AAP Policy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 46(4), 307-313. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1698481>
- Coalition for the Advancement and Application of Psychological Science (2021). *CAAPS position statement on Rapid Onset Gender Dysphoria (ROGD)*. <https://www.caaps.co/rogd-statement>
- Collin, L., Reisner, S. L., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2016). Prevalence of Transgender Depends on the “Case” Definition: A Systematic Review. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(4), 613-626. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.02.001>
- D’Angelo, R., Syrulnik, E., Ayad, S. et al. (2021). One size does not fit all: In support of psychotherapy for Gender Dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 50, 7-16. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01844-2>
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Långström, N., y Landén, M. (2011). Long-Term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PLoS ONE*, 6(2): e16885. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016885>
- Ehrensaft, D. (2012). From gender identity disorder to gender identity creativity: True gender self child therapy. *Journal of Homosexuality*, 59, 337-356. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653303>
- Edwards-Leeper, L., y Spack, N. P. (2012). Psychological evaluation and medical treatment of transgender youth in an interdisciplinary “Gender Management Service” (GeMS) in a major pediatric center. *Journal of Homosexuality*, 59, 321-336. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653302>
- Errasti, J., y Pérez, M. (2022). *Nadie nace en un cuerpo equivocado: Éxito y miseria de la identidad de género*. Barcelona. Deusto.

11 La APA ha publicado dos colecciones de directrices. Por un lado, las específicas para personas lesbianas, gays y bisexuales, cuya última revisión se ha publicado en 2022 y, por otra parte, las específicas para personas *trans*, publicadas en 2015.

- Glen, F., y Hurrell, K. (2012). Technical note: *Measuring Gender Identity*. Equality and Human Rights Commission. Reino Unido.
- Hildebrand-Chupp, R. (2020). More than “canaries in the gender coal mine”: A transfeminist approach to research on detransition. *The Sociological Review*, 68(4), 800-816.
<https://doi.org/10.1177/0038026120934694>
- Kaltiala, R., Bergman, H., Työläljärvi, M., y Frisen, L. (2018). Gender dysphoria in adolescence: current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 9, 31-41.
<https://doi.org/10.2147/AHMT.S135432>
- Littman, L. (2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS ONE*, 13(8), e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>
- Littman, L. (2019). Correction: Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS ONE*, 14(3), e0214157.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214157>
- Meerwijk, E. L., & Sevelius, J. M. (2017). Transgender population Size in the United States: A meta-regression of population-based probability samples. *American Journal of Public Health*, 107(2), e1-e8.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303578>
- Olson, K. R., Durwood, L., Horton, R., Gallagher, N. M., & Devor, A. (2022). Gender identity 5 years after social transition. *Pediatrics*, 150(2), e2021056082. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-056082>
- Orange, R. (2020). Teenage transgender row splits Sweden as dysphoria diagnoses soar by 1,500%. *The Guardian*, 22 de febrero de 2020.
<https://www.theguardian.com/society/2020/feb/22/ssweden-teenage-transgender-row-dysphoria-diagnoses-soar>
- Pazos Guerra, M., Gómez Balaguer, M., Gomes Porras, M. (2020). Transsexuality: transitions, detransitions, and regrets in Spain. *Endocrinology Diabetes and Nutrition*, 67, 562-567.
<https://doi.org/10.1016/j.endinu.2020.03.008>
- Rafferty, J., Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Adolescence, and Section on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health and Wellness (2018). Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents. *Pediatrics*, 142(4): e20182162.
<https://doi.org/10.1542/peds.2018-2162>
- Reed, B., Rhodes, S., Schofield, P., & Wiley, K. (2009). *Gender variance in the UK: Prevalence, incidence and growth and geographic distribution*. Surrey: Gender Identity Research and Education Society (GIRES) UK.
- Restar, A. J. (2020). Methodological Critique of Littman’s (2018) Parental-respondents accounts of “Rapid-Onset Gender Dysphoria”. *Archives of Sexual Behavior*, 49, 61-66.
<https://doi.org/10.1007/s10508-019-1453-2>
- Ristori, J., y Steensma, T. D. (2016). Gender Dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 13-20.
<https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115754>
- Shrier, A. (2021). *Un daño irreversible: La locura transgénero que seduce a nuestras hijas*. Barcelona. Deusto.
- Singh, D., Bradley, S. J., y Zucker, K. J. (2021). A follow-up study of boys with Gender Identity Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 632784.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.632784>
- Sorbara, J. C., Ngo, H. L., Palmert, M. R. (2021). Factors associated with age of presentation to Gender-Affirming Medical Care. *Pediatrics*, 147(4), e2020026674. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-026674>
- Tavistock and Portmant NHS Foundation Trust (2020). *Gender identity services: Inspection Report*. The Tavistock Center.
<https://api.cqc.org.uk/public/v1/reports/7ecf93b7-2b14-45ea-a317-53b6f4804c24?20210120085141>
- Turban, J. L., Loo, S. S., Imazan, A. N., y Keuroghlian, A. S. (2021). Factors leading to “Detransition” among transgender and gender diverse people in the United States: A mixed-methods analysis. *LGBT Health*, 8, 273-280. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0437>
- Vandenbussche, E. (2022). Detransition-related needs and support: A cross-sectional online survey. *Journal of Homosexuality*, 69, 1602-1620. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1919479>
- Winters, K. (2019). The “80% desistance dictum: is it science? In A. I. Lev & A. R. Gottlieb (Eds.), *Families in transition: Parenting gender diverse children, adolescents, and young adults* (pp. 88-101). New York, NY: Harrington Park Press.
- Zucker, K. J. (2018). The myth of persistence: Response to “A critical commentary on follow-up studies and desistance theories about transgender and gender non-conforming children”. *International Journal of Transgenderism*, 9, 231-245.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1468293>

Artículo

Terapia de conducta: raíces, evolución y reflexión sobre la vigencia del conductismo en el contexto clínico

Lorenzo Rodríguez-Riesco¹ , Sebastián Vivas² , Antonio Mateos Herrera³ , Cristina Pérez-Calvo⁴ 
y Ana M. Ruiz-Duet¹ 

¹ Universidad de Cádiz, España, ² Universidad de Córdoba, España, ³ Universidad de Granada, España, ⁴ Universidad de Sevilla, España

INFORMACIÓN

Recibido: Noviembre 29, 2021
Aceptado: Junio 1, 2022

Palabras clave

Terapia de Conducta
Conductismo
Terapias Cognitivo-Conductuales
Terapias Contextuales

RESUMEN

La Terapia de Conducta, así como sus tres generaciones, ha mostrado ser la tecnología psicoterapéutica con mayor evidencia empírica en psicología clínica y de la salud. Sin embargo, cada una de estas generaciones parte de unas bases filosóficas diferentes. En este trabajo se presenta brevemente su recorrido histórico, sus puntos fuertes y los posibles inconvenientes que nos encontramos en cada una. En primer lugar, el Conductismo (metodológico y radical) y sus diversas técnicas basadas en los principios del aprendizaje, seguido por el surgir de las Terapias Cognitivo-Conductuales en un contexto histórico marcado por el cognitivismo y siendo, a día de hoy, las más eficaces para una amplia variedad de casuísticas. Por último, las denominadas Terapias de Tercera Generación (o Contextuales), tecnología derivada del contextualismo funcional que sienta la base de estas. Como conclusiones, se recoge la relevancia del debate sobre cuál es el objeto de estudio de la psicología y se remarca la adherencia a los Tratamientos Psicológicos Basados en la Evidencia.

Behavior therapy: roots, evolution and reflection on the relevance of behaviorism in the clinical context

ABSTRACT

Behavior Therapy—as well as its three generations—has been shown to be the psychotherapeutic technology with the most empirical evidence in clinical and health psychology. However, each of its generations is based on different philosophical foundations. In this paper, we briefly present their historical background, their strengths, and the possible drawbacks that we find in each one. First, behaviorism (methodological and radical) and its various techniques based on the principles of learning, followed by the emergence of cognitive-behavioral therapies in a historical context marked by cognitivism and, today, the most effective technique for a wide variety of cases. Finally, those known as third generation (or contextual) therapies, a technology derived from functional contextualism that is the basis of these therapies. As conclusions, the relevance of the debate surrounding the object of study of psychology and the adherence to evidence-based psychological treatments is highlighted.

Keywords:

Behavioral Therapy
Behaviorism
Cognitive-Behavioral Therapies
Contextual Therapies

La psicología, por simple traducción de los dos vocablos griegos que lo componen (psico- y -logía), se define como la ciencia que estudia la mente. Sin embargo, otras autorías, como [Watson \(1947\)](#), la definen como la ciencia que estudia la conducta humana. A veces la definición puede variar en función de la corriente filosófica que trate de definirlo (psicoanálisis, conductismo, cognitivismo...), pero existe un gran acuerdo en definirla como ciencia que estudia el comportamiento y la mente humana. En este trabajo se presenta una revisión de la validez empírica del modelo que, hasta el día de hoy, tiene más respaldo científico: la Terapia de Conducta y sus tres generaciones. Para distinguirlas, se nombrará como Terapia de Conducta (TC) a la primera generación, Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) a la segunda generación y Terapias Contextuales a la tercera generación.

Sin embargo, antes de comenzar con dicha revisión es importante aclarar que, para comprender la psicología y su papel científico, es necesario conocer la filosofía de la ciencia. Klemke y colaboradores (1998) definen la filosofía de la ciencia como “el intento de entender el significado, método y estructura lógica de la ciencia, por medio de un análisis lógico y metodológico de los propósitos, métodos, criterios, conceptos, leyes y teorías de la ciencia” (citado en: [Montgomery, 2007](#)). No obstante, existe un gran debate sobre cuál es la postura filosófica-científica que los profesionales de la psicología deben tomar: ¿ciencia natural o ciencia humana? ¿Práctica Basada en la Evidencia o evidencia basada en la práctica? ¿técnicas o relaciones? ([Pérez-Álvarez, 2019](#)).

La Práctica Basada en la Evidencia es un concepto más apegado a la ciencia natural que surge en la década de los 60 en el campo de la medicina, al constatar que los tratamientos clínicos carecían de un fundamento sólido. Comienza así el estudio de la Medicina Basada en la Evidencia, que se consagró en 1992 con la creación del *Evidence-Based Medicine Working Group*, cuyo objetivo es estudiar, concienciar y visibilizar sobre las prácticas médicas que tienen evidencia científica. En ese marco, y motivados por la creación de la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud en Estado Unidos, en 1993 la *American Psychologist Association* (en adelante, APA), mediante su división 12, creó un grupo de trabajo cuyo propósito era diseñar una lista de tratamientos psicológicos con apoyo empírico que pudieran ser manualizados y monitoreados para su correcta enseñanza y replicabilidad clínica por parte de los y las profesionales de la psicología ([Mustaca, 2014](#)). Por su parte, la evidencia basada en la práctica parte de un modelo contextual para entender la psicología centrado en las relaciones, concretamente en la relación terapéutica; destacando factores como la alianza, la empatía, la aceptación, la congruencia y el *feedback* del cliente. Prioriza la efectividad y eficiencia de la terapia, es decir, su utilidad en el contexto clínico, sobre la eficacia ([Pérez-Álvarez, 2019](#)). Otras autorías apuestan por defender los procesos de cambios basados en la evidencia, haciendo así hincapié en la importancia de responder a dos preguntas: ¿Qué funciona? Y ¿por qué funciona? ([Froxán-Parga, 2020](#)). Este dilema divide a la psicología, influyendo así de manera directa en qué se considera un tratamiento psicológico eficaz y qué no y cuáles son los criterios para medir su utilidad, existiendo algunas posturas que defienden la psicología como una ciencia natural ([Watson, 1913](#)) y otras que la defienden como una ciencia humana o contextual ([Pérez-Álvarez, 1998](#)). En este trabajo, se

intentará seguir una perspectiva neutra, teniendo en cuenta que la psicología puede ser considerada cualquiera de ellas en función de la perspectiva teórica.

Se dice que la psicología, a día de hoy, es una disciplina joven y pendiente de remarcar su valor dentro de la ciencia. En los años 50, en contraposición al psicoanálisis, surge la TC, tecnología derivada de la filosofía conductista y del análisis de conducta experimental, partiendo así de que toda conducta, ya sea adaptativa o no, es aprendida y puede ser modificada a través de los principios del aprendizaje. El conductismo y la TC, enfocados en la metodología experimental propia del método científico, sustituyó al psicoanálisis y la terapia psicoanalítica como filosofía y tecnología imperante en el campo de la psicoterapia. Sin embargo, debido al surgimiento de la psicología cognitiva en los años 60 y a las críticas realizadas a la aplicación de las técnicas conductuales a problemas de afecto negativo (por ejemplo, la depresión), surgen las Terapias Cognitivo-Conductuales (TCC), también conocidas como Terapias de Conducta de segunda generación, que consideran fundamental la identificación y cambio de pensamientos o creencias disfuncionales que determinan y mantienen la problemática.

La TCC, desde su surgimiento en los años 60, ha adquirido una gran relevancia en el ámbito de la psicología clínica, hasta tal punto que actualmente se trata del paradigma de intervención psicológica con mayor evidencia empírica de su eficacia en distintos problemas psicológicos ([Márquez-González, 2016](#)). Esto se puede ver reflejado en las diferentes guías de tratamientos psicológicos eficaces, elaboradas por la APA o el *National Institute for Health and Care Excellence* (en adelante, NICE) ([Moriani et al., 2017](#); [Moriani y Martínez, 2011](#)). Sin embargo, la TCC no está exenta de críticas, cuestionándose de manera principal los fundamentos teóricos del modelo cognitivo (Kanfer y Hagerman, 1985; Eysenck y Martin, 1987; Wolpe, 1990; citado en: [Froxán-Parga et al., 2018](#)). Tales objeciones y el deseo de volver a un modelo conductual como el de la TC trajeron con sí una nueva generación, las llamadas Terapias de tercera generación o terapias contextuales.

En resumen, de manera general, las tres generaciones de terapia tienen como objetivo modificar la conducta. Sin embargo, la TCC busca este cambio mediante la reestructuración de los pensamientos, imperando un enfoque cognitivo e intrapersonal en la base de esta terapia. Por su parte, la TC pone el punto de mira en el comportamiento en relación con las condiciones ambientales y las funciones que cumplen (reforzantes o discriminantes) ([González-Pardo y Pérez-Álvarez, 2007](#)). Por último, las terapias contextuales se centran en el contexto y su manera de influir en la conducta, trayendo, aparentemente, de vuelta el conductismo al eje central del contexto clínico ([Pérez-Álvarez, 2014](#)). A continuación, se entrará en detalle en cada una de ellas y se destacarán sus puntos fuertes y débiles para concluir con una discusión sobre la vigencia actual del conductismo en el contexto terapéutico.

Terapia de Conducta y Conductismo

La definición del modelo conductual de psicoterapia está caracterizada por un debate sobre los términos modificación de conducta y TC. Algunas autorías defienden que el término modificación de conducta hace referencia tanto a la TC como al análisis aplicado de la conducta, siendo este último el estudio de la

conducta y las variables que la suscitan. Es decir, la modificación de conducta acogería la aplicación de los principios y leyes del aprendizaje a cualquier ámbito (escolar, clínico, familiar) y realizado por cualquier persona (profesorado, familia, profesionales del trabajo social, etc.). Por su parte, la TC sería la aplicación de las técnicas de modificación de conducta a comportamientos disfuncionales en el contexto clínico por profesionales de la psicología (Eelen, 2018; Martin y Pear, 2007). Por otro lado, otros investigadores defienden y emplean ambos términos de manera indiferenciada (Ruiz et al., 2012). Durante este trabajo se emplearán ambos términos como sinónimos.

Una vez aclarado el punto anterior, es importante entender el origen y definición del conductismo antes de introducirse de lleno en la TC. Skinner define el conductismo como la filosofía de la ciencia del comportamiento humano, a diferencia de un pensamiento general que lo catalogaba como la ciencia del comportamiento humano. Es decir, para Skinner la psicología, como ciencia, tiene como objeto de estudio la conducta humana y su corriente filosófica es el conductismo. En su libro *About behaviorism* (en castellano, Sobre el conductismo) diferencia entre dos tipos (Skinner, 1974):

- Conductismo metodológico: sostiene que los hechos mentales son inobservables, ya que es imposible que dos o más puedan estar de acuerdo sobre lo que sucede en el mundo de las cogniciones. Centra su objeto de estudio en la conducta observable. Esta postura filosófica es impulsada por Watson.
- Conductismo radical: su objeto de estudio es la conducta. Toma en cuenta los aspectos internos de la persona, así como el contexto cultural en el que la persona se desarrolla, pero no los considera la causa del comportamiento. El apellido “radical” significa total, haciendo énfasis en que recoge todos los aspectos de la conducta humana, tanto externos como internos, sin dejar nada fuera por ser inobservable (Pérez-Álvarez, 2018).

Cabe destacar que en ambos tipos de conductismo se incluyen los principios del aprendizaje del condicionamiento operante y clásico. Son los trabajos experimentales derivados de los postulados de estas dos ramas del condicionamiento las que dan origen a la TC. Por un lado, los experimentos de Watson (1913) y, especialmente, Pavlov (1917) sobre reflejos condicionados dieron lugar a la teoría del condicionamiento clásico, empleada por Wolpe (1958) en sus estudios que propiciaron el desarrollo de la desensibilización sistemática. Esta última se reconoce en la actualidad como el primer tratamiento empíricamente validado de la TC, mostrando especial eficacia para el tratamiento de fobias específicas (Vallejo-Slocker y Vallejo, 2016). En esa misma década, se consolida el modelo conductista y dentro del contexto clínico surge la TC en contraposición al modelo terapéutico psicoanalítico. Es de sobra conocido el trabajo de Eysenck (1952) donde, tras comparar los efectos de la terapia psicoanalítica o la ecléctica con pacientes que no recibían tratamiento, comprobó que los efectos de la psicoterapia imperante en aquel momento no eran mejores que no recibir tratamiento psicológico. Esto supuso un duro golpe para el psicoanálisis. Este mismo autor, junto a su equipo de investigación, examinó la eficacia de técnicas conductuales como la exposición para neurosis, fobias, agorafobias y otros problemas psicológicos (Ruiz et al., 2012).

Por otro lado, las aportaciones del condicionamiento operante a la TC vienen principalmente de la mano de Skinner. Sus grandes aportaciones son el estudio de la conducta operante condicionada, el análisis conductual aplicado, el análisis funcional de la conducta y la circularidad pragmática entre ambas (Fuentes y Quiroga, 2004). A día de hoy, sus contribuciones siguen latentes en muchas problemáticas (p. ej.: adicciones a las nuevas tecnologías) y temáticas (p. ej.: economía conductual; Pérez-Álvarez, 2021). Así, la TC se consolidaba como un modelo contextual e ideográfico, donde destacan técnicas como: reforzamiento, castigo, economía de fichas, contratos conductuales, técnicas de exposición, etc.

La TC ha mostrado su eficacia en el tratamiento de diferentes problemas psicológicos: fobia específica (Orgilés et al., 2002), depresión (Sanz y García-Vera, 2017) o trastorno de ansiedad social (Baeza, 2007). En un estudio de Echeburúa y colaboradores (2010) se destaca la efectividad de la TC y sus distintas técnicas para fobias sociales, fobias específicas, agorafobia, TEPT, TOC, problemas de pareja, disfunciones sexuales, alcoholismo y enuresis. Además, la guía de tratamientos psicológicos eficaces (Pérez-Álvarez et al., 2003) incluye tratamientos de corte conductual como aproximación de refuerzo comunitario (CRA), terapia conductual de familia y de pareja, CRA y terapia incentiva en manejo de contingencias para la adicción a la cocaína, manejo de contingencias en programas de metadona, exposición in vivo para fobias específicas, exposición en prevención de respuesta en el TOC entre otros.

Críticas a las Terapias de Conducta

Una de las grandes críticas generalizadas a la TC es su “negación” o “incapacidad” a la hora de trabajar los componentes cognitivos de los problemas psicológicos. Sin embargo, si se parte desde el conductismo radical, la modificación de conducta también tiene en cuenta las cogniciones, trabajando los pensamientos como comportamientos encubiertos. Si bien es cierto que Watson rechazó de manera absoluta el estudio de los eventos privados, Skinner (1974) dictaminó que los eventos privados no deben ser rechazados, si no que constituyen un elemento que es solo observable por la propia persona, por lo que es esta misma, al ser inobservable por personas externas, la que tiene el deber y tarea de registrar la ocurrencia de ese comportamiento. Estos eventos no serían más que conductas encubiertas que seguirían las mismas leyes del aprendizaje que las conductas operantes visibles. A día de hoy, el conductismo radical mantiene que la psicología es la ciencia que estudia la conducta humana, incluyendo en esta todo lo que una persona siente, hace y piensa (Froxán-Parga, 2020).

Por otro lado, Upper y Cautela (1983) muestran un ejemplo de cómo trabajar con comportamientos encubiertos. Proponen el uso y aplicación de los principios del condicionamiento clásico y operante en las representaciones simbólicas, trabajando mediante la imaginación el cambio conductual en la realidad. Esta técnica se inspira en la desensibilización sistemática.

Otra gran crítica realizada es que su aplicación es poco eficaz más allá de los trastornos de ansiedad, especialmente en problemas como la depresión. No obstante, hay múltiples estudios que desmontan estas críticas. Por un lado, la TC podría ser, como mínimo, igual de eficaz que la TCC para el tratamiento de la depresión (Echeburúa, 1998).

Por último, [Albert Bandura y Richard H. Walters \(1977\)](#) señalan que los principios del aprendizaje del conductismo son insuficientes para explicar la adquisición de conductas completamente nuevas y que algunas conductas se aprenden sin ser vividas directamente por la persona. En este sentido, proponen la teoría del aprendizaje social, y con ella su principal técnica, el modelado, basada en los mismos principios de refuerzos y castigos que propone el condicionamiento operante, pero con la inclusión de un elemento nuevo: un modelo. La propuesta es que el aprendizaje se puede consolidar en base a la observación de los reforzadores o castigos que un modelo reciba ante sus conductas y, en base a estos, decidirá o no llevarlas a cabo. De la teoría del aprendizaje social derivan distintas técnicas relevantes en la psicoterapia actual como, por ejemplo, el modelado y el entrenamiento en habilidades sociales. Además, supuso una importante revolución por dos razones. Por una parte, introdujo variables cognitivas (atención, memoria y motivación) y destacó su importancia a la hora de adquirir y desarrollar nuevos comportamientos. Y, por otro lado, supuso una referencia relevante para el desarrollo de las terapias cognitivo-conductuales.

Puntos Fuertes de las Terapias de Conducta

De manera resumida, se podría decir que los puntos fuertes de la terapia conductual son:

1. Redirigir el ámbito de estudio de la psicología a la conducta, acercando la profesión a una visión contextualista del comportamiento humano que se alejara del modelo médico e intrapsíquico propuesto por el psicoanálisis.
2. Apostar por la psicología como una disciplina científica llevando los principios del aprendizaje, que habían sido sometidos a pruebas experimentales, al contexto terapéutico. Suponiendo así una clara conexión entre filosofía (conductismo), ciencia (análisis experimental de la conducta) y tecnología (terapia de conducta).
3. Desarrollar las primeras técnicas de evaluación y tratamientos eficaces para los trastornos comportamentales (análisis funcional de la conducta, exposición, desensibilización sistemática, manejo de contingencias, control de estímulos, etc.).

Terapias Cognitivo-Conductuales y Cognitivismo

La TCC surge, por un lado, a partir de la revolución cognitiva producida en los años 60 en el campo de la psicología experimental y, por otro lado, como continuación a la introducción de herramientas basadas en las variables cognitivas que [Albert Bandura](#) realizó anteriormente. A partir de ello, se desarrollan la Terapia Racional Emotiva de [Albert Ellis y Windy Dryden \(1987\)](#), que sería renombrada como Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) en los años 90 por el propio autor, y la Terapia Cognitiva de [Aaron T. Beck \(1979\)](#). Posteriormente surgirían otras terapias como la terapia de solución de problemas o el entrenamiento en inoculación del estrés. En definitiva, se podría decir que el cognitivismo es a la terapia cognitivo conductual, lo que el conductismo a la TC. [Richelle \(1992\)](#), en una clasificación más personal que consensuada y aceptada en el mundo científico, propone la existencia de cuatro tipos de cognitivismo: cognitivismo metodológico, epistemológico, ético e institucional.

Existen distintas posturas a la hora de determinar que terapias pertenecen a esta categoría. Por un lado, algunas autorías como [Hollon y Beck \(1994\)](#) apuestan por una separación entre terapias cognitivas (Terapia Cognitiva de Beck y TREC de Ellis) y terapias cognitivo-conductuales (terapia de solución de problemas, Terapia Cognitivo-Conductual de Barlow...). Otras, como [Meichenbaum \(1995\)](#) incluyen todos los modelos mencionados anteriormente bajo la categoría cognitivo-conductual (citados en: [Caro, 2000](#)). Pese a ello, en este trabajo, se decide recoger a todas ellas como TCC debido a que surgieron como una contraposición y evolución del modelo conductual imperante y por ello corresponden a la segunda generación de la TC. Además, todas contienen componentes conductuales a trabajar y, por si fuera poco, la realidad clínica muestra como en el contexto clínico se combinan ambos tipos de técnicas de manera normativa.

El desarrollo de estas terapias supuso dejar atrás la metáfora del condicionamiento de la TC, por la del procesamiento de la información. Es decir, mientras el conductismo planteaba que las conductas se aprendían mediante procesos de condicionamiento sujetos a las leyes del aprendizaje, el cognitivismo defiende que las conductas manifiestas provienen del resultado de elaboración de procesos cognitivos ([Meichenbaum, 1995](#)). Así, partiendo de la filosofía y ciencia cognitiva, la TCC relega a un segundo plano el trabajo de la conducta manifiesta, centrando su objeto de intervención en los procesos mentales o, como lo llamarían desde el conductismo, comportamiento encubierto.

La técnica, o proceso resultante de la aplicación de diversas estrategias ([Ruiz-Fernández, 2015](#)), más reconocida de la TCC es la reestructuración cognitiva, que trabaja la modificación de los pensamientos desadaptativos, reconvirtiéndolos mediante diálogo y debate socrático en pensamientos adaptativos. Así, debido a la relación pensamiento-emoción-conducta, se favorecerían comportamientos adecuados ([Pérez-Álvarez, 2014](#)). Sin embargo, la TCC abarca otras herramientas como, por ejemplo, toma de decisiones, entrenamiento en asertividad y entrenamiento en habilidades de resolución de problemas ([Beck, 1979](#); [Ellis y Dryden, 1987](#)). Así, la reestructuración cognitiva sería una herramienta protagonista de la terapia cognitiva y la TREC, pero no la única herramienta disponible para estas terapias.

Por otro lado, dentro de las terapias cognitivo-conductuales, también existen otras tecnologías ajenas a la reestructuración cognitiva como el entrenamiento en resolución de problemas (ERP) o el entrenamiento de habilidades de afrontamiento que trabajan los aspectos cognitivos con técnicas y perspectivas diferentes ([Feixas y Miró, 1993](#)). Por un lado, el ERP tiene como objetivo fundamental ayudar a la persona a identificar y resolver los problemas actuales de su vida que son antecedentes de respuestas desadaptativas, generando alternativas adaptativas y, si fuera necesario, enseñar habilidades generales que permitan a la persona manejar más eficaz e independientemente problemas futuros ([D'Zurilla, 1986](#)). Por su parte, el entrenamiento de habilidades de afrontamiento consiste en el estudio y mejora de las maniobras defensivas conscientes que realiza una persona frente a situaciones estresantes ([Beutler y Clarkin, 1990](#), citado en [Feixas y Miró, 1993](#)).

La TCC ha demostrado su eficacia para una gran variedad de trastornos ([Fonseca-Pedrero et al., 2021](#); [Moriana et al., 2017](#)). De acuerdo al Manual de Tratamientos Psicológicos en Adultos de [Fonseca-Pedrero \(2021a\)](#) se considera que es eficaz para: trastornos

psicóticos, trastornos bipolares, trastornos depresivos, TAG, TOC, fobia social, fobia específica, hipocondría, bulimia nerviosa, adicción a sustancias y adicciones comportamentales, conducta suicida, etc. Además, la guía de tratamientos psicológicos eficaces de la APA (<https://www.div12.org/treatments/>) añade que la TCC es eficaz para otros trastornos psicológicos como la anorexia nerviosa, insomnio y dolor crónico. Por su parte, la clasificación de NICE incluye a la TCC como terapia eficaz para otros trastornos como: trastorno por atracón o el trastorno de personalidad antisocial. Entre otros.

Críticas a las Terapias Cognitivo-Conductuales

Existen autorías que cuestionan la reestructuración cognitiva, y es que pese a ser una técnica usada ampliamente entre profesionales de diversas ramas de la psicología, y que ha demostrado su eficacia como componente terapéutico para el tratamiento de diversos trastornos mentales, se desconoce cuáles son los mecanismos de cambio que propician su utilidad clínica (Calero-Elvira, 2009). Por ello, está presente el gran debate sobre si lo que hace eficaz a esta técnica son sus componentes cognitivos o los conductuales, llegándose a plantear que más que una reestructuración y modificación de los pensamientos desadaptativos es un moldeamiento de los comportamientos verbales manifiestos y encubiertos, proponiéndose que el mecanismo de funcionamiento de las técnicas cognitivas sería explicado mejor por las leyes del aprendizaje clásica (conductismo) que por las leyes de aprendizaje cognitivo (González-Terrazas y Froxán-Parga, 2021; Froxán-Parga y Calero-Elvira, 2011). En línea con esto, diversos autores sugieren críticas hacia la TCC por dar mayor importancia al estudio de los resultados (¿qué es eficaz?) que al estudio de los procesos de cambio (¿qué es eficaz? Y ¿por qué es eficaz?), enfatizando en la importancia de saber qué es lo que hacemos y por qué lo hacemos (Fonseca-Pedrero et al., 2021; Froxán-Parga et al., 2018).

La TCC determina que el cambio de la conducta es debido al cambio en la cognición y, al igual que la TC se sustentaba en los hallazgos conductistas, la terapia de segunda generación defiende que sus principios teóricos se nutren de la filosofía cognitivista. Sin embargo, mientras que la TC basa sus principios en los hallazgos experimentales del Análisis Experimental de la Conducta, la relación entre cognitivismo, psicología cognitiva y TCC no está tan clara. Por ejemplo, los textos fundacionales de las TCC (TREC y Terapia Cognitiva, por ejemplo) surgen en la misma época o incluso antes que la filosofía cognitivista, generando duda sobre si la influencia del modelo cognitivista es real o una búsqueda de justificación experimental para su psicoterapia (Caro, 2013).

Actualmente, no se duda de la eficacia de la TCC para una gran variedad de trastornos. En cambio, se desconoce la causa de su eficacia. Parece ser que más que por los componentes cognitivos, es por los componentes conductuales de la terapia, suscitando dudas sobre la relevancia de las técnicas cognitivas. Asimismo, la psicoterapia cognitiva desvirtuó el carácter contextual de la TC, acercándolo así al modelo médico centrado en los criterios diagnósticos y la eliminación de síntomas (Pérez-Álvarez, 2014).

Puntos Fuertes de las Terapias Cognitivo-Conductuales

Brevemente, se podría decir que los puntos fuertes de la TCC son:

1. A día de hoy, es una de las terapias psicológicas con mayor evidencia empírica, siendo eficaz para una gran variedad de trastornos psicológicos.
2. Es una de las terapias más competentes y competitivas respecto a la medicación.
3. Tienen un gran reconocimiento, tanto a nivel psiquiátrico como psicológico, apareciendo en la mayoría de las guías de tratamientos psicológicos eficaces.

Terapias de Tercera Generación y Contextualismo Funcional

Las críticas y limitaciones de las TCC, pese a su indudable calidad y eficacia en el tratamiento de muchos trastornos psicológicos, propiciaron el surgimiento de lo que se ha denominado como una nueva “ola” o generación de la TC. En las terapias contextuales aúnan las estrategias provenientes de las terapias de primera generación, más orientadas hacia la historia y circunstancias de la persona, y de la segunda, con mayor énfasis en el componente cognitivo (Hayes y Hofmann, 2021). De hecho, la mayor exponente de estas, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), pone su punto de mira en el análisis funcional de la conducta verbal, teniendo como origen el conductismo radical. La ACT parte de la Teoría del Marco Relacional, que toma como base los estudios de Skinner sobre conducta verbal y considera los pensamientos como conducta.

Las terapias de tercera generación parten del contextualismo funcional como modelo filosófico (Hayes, 1993). Esta filosofía de la ciencia surge de los postulados planteados sobre el comportamiento en el conductismo radical de Skinner y otros autores. Esta nueva corriente parte de la idea de incorporar de forma más óptima el énfasis empírico en el análisis de conducta, siendo más “contextual” que, por ejemplo, el propio conductismo radical al no contemplar el componente pragmático que la describe (Gifford y Hayes, 1999; González-Terrazas, 2021).

Dentro de este grupo se engloban: ACT, Terapia Dialéctico-Conductual, Terapia de Activación Conductual, Psicoterapia Analítico Funcional, Terapia Conductual Integral de Pareja y Terapia Cognitiva con base en Mindfulness (Luciano y Valdivia-Salas, 2006; Mañas, 2007). La palabra contexto cobra un significado diferente en función de la terapia seleccionada, así, la ACT y la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness enfocan el cambio en el contexto socio-verbal, esto es, la persona como un sujeto que aprende a controlar y experimentar sus sentimientos en función de las normas del lenguaje. Por otro lado, el contexto de la relación terapéutica (Psicoterapia Analítica Funcional) hace referencia al espacio clínico en el que el paciente y el psicólogo/a desarrollan la terapia como una fuente de experiencia y aprendizaje. Por último, el contexto como ambiente (Terapia de Activación Conductual y Terapia Conductual Integral de Pareja) es aquel en el que la persona y sus comportamientos se desarrollan con su medio (Pérez-Álvarez, 2006). Debido a que centra el eje del cambio psicológico en el contexto, estas terapias han sido denominadas como “terapias contextuales”.

La eficacia de este tipo de terapias varía en función de la problemática presentada por el paciente. Por ejemplo, la Terapia de Activación Conductual ha mostrado eficacia para el tratamiento de la depresión (Barraca, 2016) y de la sintomatología depresiva y ansiosa en pacientes con cáncer (Fernández et al., 2011). Por su

parte, la ACT es eficaz para el tratamiento de la fobia social, siendo igual o más eficaz que la TCC (García-Pérez y Valdivia-Salas, 2018). También se ha mostrado eficaz para depresión, manejo del estrés laboral, sintomatología psicótica, patrones obsesivos-compulsivos, trastornos de ansiedad, consumo de drogas y tabaco, esclerosis múltiple, psico-oncología, tricotilomanía, miedos y preocupaciones, diabetes, episodios epilépticos, dolor crónico y actos autolesivos (Luciano y Valdivia-Salas, 2006). La Terapia Dialéctica Conductual muestra eficacia para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad (Soler et al., 2016). La Terapia Integral de Pareja es eficaz para la clínica marital, suponiendo una mejora en la aceptación emocional respecto a la TC clásica. Algunas de estas terapias, como la ACT y la Terapia Dialéctica Conductual, incluyen en algunos de sus casos el mindfulness, que si bien parece ser una técnica complementaria eficaz para la depresión y la ansiedad (Pérez-Álvarez, 2014), no ha demostrado todavía eficacia por sí misma (Martín-Orgilés y Sevilla, 2014).

En base a las TC, se ha descrito una nueva perspectiva para el desarrollo de la psicoterapia, la Terapia Basada en Procesos (TBP) (Hayes y Hofmann, 2018). La TBP consiste en emplear procedimientos basados en la evidencia de acorde a aquellos procesos que operan de manera específica en el contexto de cada individuo, teniendo como fin la resolución de problemas y promover su bienestar. De esta manera, se proponen una serie de procesos comunes que interactúan entre sí y dan lugar a las diferentes problemáticas que se observan en la clínica. Los procesos motivacionales, atencionales y emocionales, el *self* (entendido como la identidad individual enfatizando su lenguaje), el repertorio conductual de afrontamiento y la defusión cognitiva constituyen los procesos centrales de la TBP (Hayes et al., 2021). Estos procesos podrían servir como puentes comunes entre las distintas perspectivas dentro de las TCC (Hofmann y Hayes, 2019). La TBP representa un cambio de paradigma frente al anterior basado en el etiquetado diagnóstico y la enumeración de síntomas (Hayes et al., 2021).

Críticas a las Terapias Contextuales

En primer lugar, se pone en duda hasta qué punto existen diferencias potenciales entre el conductismo radical y el contextualismo funcional. Además, el conductismo radical sí contempla lo contextual si tenemos en cuenta, por ejemplo, las variables disposicionales o las operaciones motivadoras entre otros elementos teóricos, tecnológicos y filosóficos (González-Terrazas, 2021). Esto da lugar a que los profesionales de la psicología no pongan de acuerdo a la hora de establecer hasta qué punto es una filosofía distinta al conductismo radical o si el contextualismo funcional es una mera evolución del conductismo (Luciano y Valdivia, 2006; Pérez-Acosta et al., 2002). Y, si fuera una evolución del conductismo radical, ¿por qué habría que separarla completamente de este?

En línea con la TPB, desde el conductismo y el análisis experimental de la conducta también se hace referencia al estudio de los procesos psicológicos implicados en el cambio terapéutico, siendo esto un paso previo y fundamental a la elaboración de una tecnología terapéutica. No se puede relegar la psicoterapia, ni ninguna aplicación de la ciencia psicológica, a un mero conjunto de técnicas que se aplican sin saber por qué ni para qué. Por ello,

Froxán-Parga et al. (2018) destacan la importancia de que, además de trabajar en la investigación de resultados (¿qué es eficaz?), se trabaje en la investigación de procesos (¿por qué es eficaz?). Sería interesante delimitar hasta qué punto hablan de conceptos diferentes o ambas generaciones sugieren lo mismo en cuanto a investigación de procesos se refiere.

Se plantea la necesidad de fortalecer las relaciones entre las terapias que las conforman, pues hasta ahora la ACT parece influir mayormente sobre el resto; y a su vez, buscar un nexo con otros enfoques (Pérez-Álvarez, 2012). Por otro lado, centrándonos en la ACT, la presunción de una vinculación evidente entre esta con la Teoría del Marco Relacional parece ponerse en duda. Por ejemplo, la ACT ha podido explicarse a través de modelos provenientes de la primera generación, aunque se sigue abogando por la conexión entre la susodicha teoría y la ACT (Foody et al., 2013, González-Terrazas, 2021; Harte y Barnes-Holmes, 2021). Gross y Fox (2009) exponen diversas controversias en torno a la RFT, destacando las diferencias presentes con la teoría de Skinner sobre la conducta verbal y las dificultades existentes para poner en práctica sus postulados.

Otro de los retos que presentan son las llamadas barreras del terapeuta, relacionadas con la dificultad a la hora de desplegar las habilidades terapéuticas en consulta, ya que en terapias como la ACT y Psicoterapia Analítico Funcional el terapeuta con su conducta moldea las funciones del comportamiento del consultante (Luciano et al., 2016).

Por último, lejos de los resultados obtenidos en los primeros metaanálisis realizados debido a los déficits metodológicos de los primeros estudios controlados aleatorizados (Ost, 2008), las terapias contextuales han demostrado ser efectivas. Sin embargo, no siempre de manera superior a la TCC (p. ej.: en la ACT; Gloster et al., 2020). Por ello, no es de extrañar cuestionar hasta qué punto aportan algo nuevo al panorama clínico, o cuando resulta más beneficioso seleccionar una frente a la otra.

Puntos fuertes de las Terapias Contextuales

1. Retoma el interés, perdido por el surgimiento del cognitivismo, porque la psicología sea una ciencia contextual alejada del modelo médico.
2. Recupera el conductismo radical, entendiendo este como el estudio de la conducta en todos sus aspectos (manifiesta y encubierta), partiendo de las leyes del aprendizaje clásico y su aplicación a la conducta humana.
3. Han dado lugar al surgimiento de una gran variedad de herramientas útiles y efectivas que quedan a disposición de los profesionales de la psicología.

Discusiones y Conclusiones

Es importante que en una ciencia se tenga claro cuál es el objeto de estudio, así como en la medicina es la salud y enfermedad del ser humano. Sin embargo, en psicología, esto no ocurre. El gran debate sobre cognitivismo (psicología introspectiva, centrada en los procesos internos y más apegada al modelo médico) y conductismo (psicología empírica, centrada en lo observable y partidaria de un modelo contextual), que parecía enterrado a favor del cognitivismo y los procesos mentales (Zumalabe, 2012) está

comenzando a resurgir, gracias, en parte, a las llamadas terapias contextuales o de tercera generación (Pérez-Álvarez, 2014). Sin embargo, mientras persista este debate, parece que será complicado unificar la psicología bajo un único marco teórico. Esto puede ser tanto positivo como negativo. Por un lado, es positivo que la psicología no se reduzca a un único marco teórico explicativo. Sin embargo, la no delimitación de su campo de estudio, y así de sus marcos teóricos bases, puede traer problemas por tratamientos psicológicos que no estén empíricamente validados. Y es que, no cabe duda de que actualmente la TCC es la tecnología psicológica que cuenta con mayor evidencia empírica, quedando esto constatado en las más importantes guías de tratamiento psicológicos eficaces (Fonseca-Pedrero, 2021a, 2021b; Pérez-Álvarez et al., 2003). En otras guías (APA, NICE, Cochrane, etc.) hay una presencia notable de las terapias conductuales, y cada día las terapias contextuales aumentan su evidencia empírica. La TC, con sus 3 generaciones, parece posicionarse como la psicoterapia con mayor evidencia empírica, por encima de otras derivadas de modelos psicoanalíticos, humanistas y sistémicos (Fonseca-Pedrero, 2021a, 2021b; Moriana et al., 2017).

Sin embargo, algunas autorías estarían en gran desacuerdo con dicha afirmación, y es que ronda en el mundo de la psicología el llamado “enigma del pájaro Dodo” que, tomando el relato de Alicia en el país de las maravillas, defiende que no se puede descartar ninguna de las grandes terapias psicológicas, teniendo todas un nivel similar de eficacia (Fernández-Hermida y Pérez-Álvarez, 2001; Pérez-Álvarez, 2019). Sin embargo, no todos los profesionales de la psicología comparten esta metáfora, mostrándose algunos neutrales (González-Blanch y Carral-Fernández, 2017) y otros totalmente en contra (Hofmann y Lohr, 2010). Si bien, es importante defender una psicología diferenciada del modelo médico, caracterizado por el diagnóstico y la eliminación de síntomas, hay que reconocer las aportaciones que este podría hacer dentro de la psicología, como, por ejemplo, la elaboración de guía de tratamientos psicológicos eficaces (por ejemplo, Fonseca-Pedrero, 2021a, 2021b; Pérez-Álvarez et al., 2003). Y es que, aunque la psicología no deba basarse en el puro diagnóstico y eliminación de síntomas, sí debe tomar ejemplo de otras disciplinas en saber diferenciar qué es eficaz y que no, y, además, por qué lo es, y ponerlo a disposición de sus profesionales.

Aunque la filosofía de la TC sea contextual, en su primera y tercera generación, demuestran ser eficaces para el tratamiento de distintas problemáticas de índole psicológica, apareciendo en numerosas guías de tratamiento psicológicos eficaces. Por ello, no es preciso entender que las guías de tratamientos eficaces, así como los Tratamientos Psicológicos Basados en la Evidencia (TPBE), son aliados del modelo médico. Más bien, deberían ser considerados aliados de la ciencia, ya sea contextualista o natural, y, por lo tanto, de la salud pública.

En definitiva, y para concluir el trabajo, la psicología quizás debería ser un poco más rígida y apegadas a los TPBE, descartando o minimizando la visibilidad de aquellas intervenciones psicoterapéuticas que no tienen evidencia científica suficiente o que se desarrollan a partir de marcos teóricos cuestionables. Por ello, y respondiendo al título del trabajo, parece haber evidencias de que la TC, y sus tres generaciones, son las que mayor evidencia científica han demostrado, constituyendo cualquiera de ellas TPBE para

distintas problemáticas. En lo que refiere al conductismo, parece que después de un largo letargo bajo el dominio de lo cognitivo, ha comenzado a resurgir el movimiento conductista dentro de la psicología protagonizado por las terapias contextualistas. Sin embargo, también terapeutas conductuales de primera generación están reivindicando la validez de las teorías y técnicas conductistas en el contexto clínico (Froxán-Parga, 2020). Este trabajo no pretende dar respuesta ni posicionar a ninguna de las generaciones de TC por encima de las otras, siendo en su conjunto el modelo terapéutico con mayor bagaje empírico en psicoterapia. El objetivo no es más que establecer nexos de unión entre las distintas generaciones de terapia de conducta, reflexionar sobre la vigencia de la teoría conductista, que dio base y origen a la terapia de conducta, en el contexto clínico actual.

Conflicto de Intereses

No existe conflicto de intereses.

Referencias

- Baeza, C. (2007). Tratamientos eficaces para el trastorno de ansiedad social. *Cuadernos de Neuropsicología*, 1(2), 127-138. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0718-41232007000200004&script=sci_abstract
- Bandura, A., y Walters, R. H. (1977). *Social learning theory* (Vol. 1). Prentice Hall.
- Barraca, J. (2016). La Activación Conductual en la práctica: técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-166), 15-33. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5521293>
- Beck, A. T. (Ed.) (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Calero-Elvira, A. (2009). Análisis de la interacción entre terapeuta y cliente durante la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva. Tesis doctoral no publicada, Universidad Autónoma de Madrid. <https://repositorio.uam.es/handle/10486/131374>
- Caro, I. (2000). *Manual de psicoterapias cognitivas: Estado de la cuestión y procesos terapéuticos*. Paidós Ibérica.
- Caro, I. (2013). Lo cognitivo en psicoterapias cognitivas. Una reflexión crítica. *Boletín de Psicología*, 107, 37-69. <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N107-3.pdf>
- D’Zurilla, T. J. (1986). *Problem solving therapy*. Springer.
- Echeburúa, E. (1998). ¿Qué terapias psicológicas son eficaces? Un reto ante el año 2000. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3(3), 149-160. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.3.num.3.1998.3863>
- Echeburúa, E., Salaberria, K., de Corral, P., y Polo-López, R. (2010). Terapias Psicológicas basadas en la evidencia: Limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(3), 247-256. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921798006.pdf>
- Eelen, P. (2018). Behaviour therapy and behaviour modification background and development. *Psychologica Belgica*, 58(1), 184-195. <https://doi.org/10.5334/pb.450>
- Ellis, A., y Dryden, W. (1987). *The practice of rational-emotive therapy (RET)*. Springer Publishing Co.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319-324. <https://doi.org/10.1037/h0063633>
- Feixas, G., y Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Paidós Ibérica.

- Fernández, C., Villoria, E., Amigo, I., Padierna, C., Gracia, J. M., Fernández, R., y Pélaez, I. (2011). Terapia de activación conductual en pacientes con cáncer. *Anales de Psicología*, 27(2), 278-291. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/122851>
- Fernández-Hermida, J. R., y Pérez-Álvarez, M. (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13(3), 337-344. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=458>
- Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021a). *Manual de tratamientos psicológicos. Adultos*. Ediciones Pirámide.
- Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021b). *Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y Adolescencia*. Ediciones Pirámide.
- 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., Osma, J., Peris Baquero, Ó., ... Marrero, R. J. (2021). Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para adultos: Una revisión selectiva. *Psicothema*, 33(2), 188-197. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.426>
- Foody, M., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., y Luciano, C. (2013). An empirical investigation of hierarchical versus distinction relations in a self-based ACT exercise. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 13(3), 373-388. <https://www.ijpsy.com/volumen13/num3/368/an-empirical-investigation-of-hierarchical-EN.pdf>
- Froxán-Parga, M. X. (2020). *Análisis funcional de la conducta humana: Concepto, metodología y aplicaciones*. Ediciones Pirámide.
- Froxán-Parga, M. X., y Calero-Elvira, A. (2011). Guía para el uso de la reestructuración cognitiva como un procedimiento de moldeamiento. *Psicología Conductual*, 19(3), 659-682. <https://www.behavioralpsycho.com/producto/guia-para-el-uso-de-la-reestructuracion-cognitiva-como-un-procedimiento-de-moldeamiento/>
- Froxán-Parga, M. X., Alonso-Vega, J., Trujillo, C., y Estal, V. (2018). Eficacia de las terapias: ¿un paso más allá de la eficacia? Análisis crítico del modelo cognitivo-conductual. *Apuntes de Psicología*, 36(1), 55-62. <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/711/503>
- Fuentes, J. B., y Quiroga, E. (2004). Los dos principios irrenunciables del análisis funcional de la conducta y del conductismo radical. *Psicothema*, 16(4), 555-562. <http://www.psicothema.es/pdf/3031.pdf>
- García-Pérez, L., y Valdivia-Salas, S. (2018). Intervención en el trastorno de ansiedad social a través de la terapia de aceptación y compromiso: Una revisión sistemática. *Behavioral Psychology*, 26(2), 379-392. <https://www.behavioralpsycho.com/producto/intervencion-en-el-trastorno-de-ansiedad-social-a-traves-de-la-terapia-de-aceptacion-y-compromiso-una-revision-sistematica/>
- Gifford, E. V., y Hayes, S. C. (1999). Functional contextualism: A pragmatic philosophy for behavioral science. En W. O'Donohue y R. Kitchener (Eds.) *Handbook of behaviorism* (pp. 285-327). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012524190-8/50012-7>
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., y Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181-192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- González-Blanch, C., y Carral-Fernández, L. (2017). ¡Enjaulad a dodo, por favor! El cuento de que todas las psicoterapias son igual de eficaces. *Papeles del Psicólogo*, 38(2), 94-106. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2828>
- González-Pardo, H., y Pérez-Álvarez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Alianza.
- González-Terrazas, R. (2021). ¿Son contextuales las Terapias Contextuales? *SAVECC*. Recuperado de <http://savecc.com/Articulos/2021%20-%20Son%20contextuales%20las%20terapias%20contextuales%20-%20SAVECC.pdf>
- González-Terrazas, R., y Froxán-Parga, M. X. (2021). Saber qué y saber cómo. Una propuesta explicativa de tres técnicas terapéuticas empíricamente validadas. *Clínica Contemporánea*, Artículo-e25. <https://doi.org/10.5093/cc2021a22>
- Gross, A. C., y Fox, E. J. (2009). Relational frame theory: An overview of the controversy. *The Analysis of Verbal Behavior*, 25(1), 87-98. <https://doi.org/10.1007/BF03393073>
- Harte, C., y Barnes-Holmes, D. (2021). A primer on relational frame theory. En M. P. Twohig, M. E. Levin y J. M. Petersen (Eds.), *The Oxford handbook of Acceptance and Commitment Therapy*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780197550076.013.4>
- Hayes, S. C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. En S. C. Hayes, L. J. Hayes, H. W. Reese y T. R. Sarbin (Eds.), *Varieties of scientific contextualism* (pp. 11-27). Context Press.
- Hayes, S. C., y Hofmann, S. G. (2018). *Process Based CBT*. New Harbinger.
- Hayes, S. C., y Hofmann, S. G. (2021). "Third-wave" cognitive and behavioral therapies and the emergence of a process-based approach to intervention in psychiatry. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 20(3), 363-375. <https://doi.org/10.1002/wps.20884>
- Hofmann, S. G., y Hayes, S. C. (2019). The future of intervention science: Process-Based Therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37-50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- Hofmann, S. G., y Lohr, J. M. (2010). To kill a dodo bird. *The Behavior Therapist*, 33(1), 14-15. <https://psycnet.apa.org/record/2011-17214-005>
- Luciano, C., Ruiz, F. J., Gil-Luciano, B., y Ruiz-Sánchez, L. J. (2016). Dificultades y barreras del terapeuta en el aprendizaje de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(3) 357-373. <https://www.ijpsy.com/volumen16/num3/452/dificultades-y-barreras-del-terapeuta-en-ES.pdf>
- Luciano, M. C., y Valdivia-Salas, S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91. <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=1339>
- Márquez-González, M. (2016). *Tendencias actuales en intervención psicológica*. Síntesis.
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, 40(1), 26-34. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/21755>
- Martin, G., y Pear, J. (2007). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla*. Prentice Hall.
- Martín-Orgilés, M. L., y Sevilla, J. (2014). ¿Por qué no soy un terapeuta Mindfulness? *Informació Psicológica*, 106, 54-69. <http://dx.medra.org/10.14635/IPSIC.2014.106.5>
- Meichenbaum, D. O. (1995). Cognitive-behavioral therapy in historical perspective. En B. Bongar y L. E. Beutler (comps.), *Comprehensive textbook of psychotherapy*. Oxford University Press.
- Montgomery, W. (2007). Psicología conductista y filosofía analítica: ¿una alianza conveniente para el siglo XXI? *Revista de Investigación en Psicología*, 10(2), 145-156. <https://doi.org/10.15381/rinpv.v10i2.3903>

- Moriana, J. A., Gálvez-Lara, M., y Corpas, J. (2017). Psychological treatments for mental disorders in adults: A review of the evidence of leading international organizations. *Clinical Psychology Review*, 54, 29-43. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.03.008>
- Moriana, J. A., y Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 81-100. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.2.2011.10353>
- Mustaca, A. E. (2014). Prácticas basadas en la evidencia: pasado, presente y futuro. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(2), 93-108. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5278229>
- Orgilés, M., Rosa, A. I., Santacruz, I., Méndez, X., Olivares, J., y Sánchez-Meca, J. (2002). Tratamientos psicológicos bien establecidos y de elevada eficacia: Terapia de conducta para las fobias específicas. *Psicología Conductual*, 10(3), 481-502. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/03.Orgiles_10-3oa-1.pdf
- Ost, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46(3), 296-321. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.12.005>
- Pérez-Acosta, A. M., Guerrero, F., y López, W. (2002). Siete conductismos contemporáneos: Una síntesis verbal y gráfica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2(1), 103-113.
- Pérez-Álvarez, M. (1998). La psicología clínica desde el punto de vista contextual. *Papeles del Psicólogo*, 69, 25-40. <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=771>
- Pérez-Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5(2), 159-172. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2147830>
- Pérez-Álvarez, M. (2012). Third-generation therapies: Achievements and challenges. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 291-310. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33723643008>
- Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Editorial Síntesis.
- Pérez-Álvarez, M. (2018). La Psicología más allá del dualismo y el cerebrocentrismo. *Apuntes de Psicología*, 36(1), 7-20. <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/705>
- Pérez-Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo*, 40(1), 1-14. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2877>
- Pérez-Álvarez, M. (2021). ¿Qué nos importa Skinner, treinta años después? *Papeles del Psicólogo*, 42(1), 10-20. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2940>
- Pérez-Álvarez, M., Fernández-Hermida, J. R., Fernández, C., y Amigo, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces* (Vol I, II y III). Pirámide.
- Richelle, M. (1992). Skinner, mentalismo y cognitivismo. *Anuario de Psicología*, 52, 3-16. <https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/9297>
- Ruiz-Fernández, M. A. (2015). De una terapeuta cognitiva. En M. D. Avia (dir.), *Cartas a un joven psicólogo* (3ª ed.). Alianza Editorial.
- Ruiz, M. A., Díaz, M. I., y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2017). Ideas equivocadas sobre la depresión y su tratamiento (II). *Papeles del Psicólogo* 38(3), 177-184. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2834>
- Skinner, B. F. (1974). *Sobre el conductismo*. Planeta.
- Soler, J., Elices, M., y Carmona, C. (2016). Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-166), 35-49. <http://doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2793>
- Upper, D., y Cautela, J. R. (1983). *Condicionamiento encubierto*. Desclée de Brouwer.
- Vallejo-Slocker, L., y Vallejo, M. A. (2016). Concerning Systematic Desensitization. An overcome or renowned technique? *Acción Psicológica*, 13(2), 157-168. <https://doi.org/10.5944/ap.13.2.16539>
- Watson, J. B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, 20(2), 158-177. <https://doi.org/10.1037/h0074428>
- Watson, J. B. (1947). *El Conductismo*. Paidós Ibérica.
- Zumalabe, J. M. (2012). La transición del conductismo al cognitivismo. *EduPsykhé*, 11(1), 89-111. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4053258>

Artículo

Desarrollo de la empatía a través de la Inteligencia Artificial Socioemocional

María Isabel Gómez-León 

Universidad Internacional de La Rioja, España

INFORMACIÓN

Recibido: Marzo 27, 2022

Aceptado: Junio 6, 2022

Palabras clave

Empatía
Interacción social
Robótica
Educación emocional
Intervención educativa

RESUMEN

Se prevé que en un futuro próximo los robots estarán cada vez más involucrados en roles sociales, sin embargo, comprender cómo los estudiantes aprenden habilidades empáticas, y cómo la tecnología puede respaldar este proceso, es un área importante pero poco investigada. Este trabajo analiza los factores que contribuyen al desarrollo de la empatía desde la infancia temprana y las variables de la empatía robótica que podrían ayudar a favorecer este aprendizaje. Se ha encontrado que la inteligencia artificial socioemocional (IAS) ya ha logrado implementar con éxito algunos de los mecanismos humanos de la empatía que están presentes durante los primeros años de vida. El estado actual de la investigación en IAS está lejos de lograr una capacidad empática completa, pero puede aportar herramientas útiles para fomentar habilidades empáticas desde la infancia.

Development of empathy through Socioemotional Artificial Intelligence

ABSTRACT

It is expected that in the near future robots will be increasingly involved in social roles, however, understanding how students learn empathic skills, and how technology can support this process, is an important but under-researched area in artificial intelligence. This paper analyzes the factors that contribute to the development of empathy from early childhood and the variables of robotic empathy that could help promote this learning. It has been found that social emotional artificial intelligence (SEAI) has already successfully implemented some of the human mechanisms of empathy that are present during the first years of life. The current state of SEAI research is far from achieving full empathic capacity, but it can provide useful tools to promote empathic skills, the basis of social cooperation and ethical and prosocial behavior, from childhood.

Keywords:

Empathy
Social interaction
Robotics
Emotional education
Educational intervention

Introducción

La investigación ha mostrado que la empatía puede promover la motivación y el comportamiento prosocial de los estudiantes y, como consecuencia, el bienestar físico y emocional, lo que supone un factor de protección y promoción social (Bisquerra & Alzina, 2017).

A medida que avanza la comprensión sobre los mecanismos de la conducta empática avanza el desarrollo de una tecnología capaz de influir significativamente en el comportamiento, la convivencia, y las expectativas de un mundo que aspira a la sostenibilidad y la justicia social. En la actualidad, gran parte del interés científico se centra en reproducir e introducir la empatía humana en los sistemas informáticos gracias, entre otras cosas, a la inteligencia artificial. La inteligencia artificial socioemocional (IAS) es la aplicación de ciertas características socioemocionales humanas a la inteligencia artificial, ya sea a una entidad física, o a un sistema de avatar, pero más particularmente a robots.

Los robots socioemocionales pueden tener diferentes formas o funciones, pero comparten ciertas características en común (Woo et al., 2021): reconocen la presencia de humanos, pueden involucrarlos en una interacción social, expresan su propio ‘estado emocional’ e interpretan el de sus interlocutores. Al mismo tiempo, deben ser capaces de comunicarse de forma natural, similar a la humana, lo que debe incluir también el lenguaje no verbal, como la comunicación mediante gestos, posturas, expresiones faciales o cualquier otra forma intuitiva.

Comprender cómo los niños aprenden las habilidades empáticas, y cómo la tecnología puede respaldar este proceso, es un área importante pero poco investigada hasta el momento. Dado que se prevé que los robots emplearán cada vez más roles sociales en la sociedad y compartirán los entornos con nosotros en el futuro (Schiff, 2021), es esencial comprender cómo diseñarlos para que puedan fomentar interacciones sociales gratificantes a largo plazo mediante la activación de esquemas sociales, comportamientos y emociones relevantes que, además, supongan un beneficio para la educación socioemocional de los niños con los que interactúa.

El objetivo de este trabajo es analizar las posibilidades que ofrecen los recursos de IAS para ser utilizados como instrumentos de intervención educativa en el desarrollo de la empatía desde la infancia temprana. Para ello se estudian las características de los robots sociales que han mostrado tener efecto en alguna de las variables relacionadas con la empatía en niños. Se discuten los resultados analizando los tipos de diseño de tecnologías robóticas que apoyarían y ayudarían a entrenar los distintos subcomponentes de las habilidades empáticas en cada etapa del desarrollo normotípico.

Dimensión evolutiva de la empatía

Sentir empatía por la persona necesitada es la fuente de motivación altruista mejor documentada. Frans de Waal (2012), describió el modelo de la muñeca rusa para demostrar las diferentes formas de empatía entre los animales y los seres humanos. Este modelo se compone de tres muñecas encajadas que representan niveles de complejidad de empatía creciente:

- La primera muñeca contiene comportamientos primitivos o biológicos presentes en los animales, ya sea el mimetismo motor (es decir, la imitación de un comportamiento

observado) o el contagio emocional (es decir, compartir un estado emocional).

- La segunda muñeca contiene comportamientos más complejos observados en ciertos tipos de animales, ya sea la coordinación hacia un objetivo común o la preocupación simpática (es decir, el consuelo), donde se evalúa la situación y las razones de las emociones ajenas.
- La tercera es la más característica de los seres humanos, es decir, la etapa más avanzada de la empatía. Se compone de la toma de perspectiva (ayuda dirigida) y de la imitación verdadera, que no debe confundirse con el mimetismo motor que remite más bien a una característica biológica que se produce automáticamente en muchas especies, como el reflejo de bostezar cuando se ve a alguien bostezar. La verdadera imitación se refiere a comprender lo que el otro hace y a reconocer que lo que hace es lo que debe de hacer por el bien de todos (de Waal & Preston, 2017). Está relacionada con las conductas prosociales que involucran los intereses o el bienestar de la sociedad en su conjunto (p. ej., cooperación, ayuda, reciprocidad, acciones reparadoras).

De acuerdo con la posición neuroconstructivista, el desarrollo de la empatía surge de cambios contextuales dinámicos en las estructuras neuronales que conducen a representaciones conceptuales en múltiples regiones del cerebro. Como tal, estas representaciones no solo dependen del contexto neuronal sino también del contexto físico (de Waal & Preston, 2017). Por lo tanto, como cualidad innata, el nivel de empatía es maleable y puede verse influenciado por las intervenciones educativas.

La influencia de las intervenciones educativas realizadas a través de la IAS en la competencia socioemocional de los niños se puede ejercer a través de estrategias similares a las utilizadas en la interacción niño- educador: el modelado, la instrucción y la contingencia. Así, los niños están expuestos a las emociones en función de que los educadores/robots muestren o no sus emociones, expliquen o no sus estados emocionales y reaccionen o no a las emociones ajenas. Desde tal perspectiva, se debe considerar que el principio de la educación emocional se basa en la idea de una co-construcción entre la integración del niño de nuevas habilidades emocionales y el ajuste de los educadores (Gómez-León, 2020).

Imitación y contagio emocional en IAS

Se cree que los niños nacen con la capacidad de ‘sentir’ el sufrimiento de los demás (Geangu et al., 2010). Esta capacidad se manifiesta a través de mecanismos como el contagio emocional y el mimetismo motor (percepción-acción) que se produce cuando el niño observa las emociones corporales del otro y activa automáticamente sus propias representaciones neuronales y corporales. Estos mecanismos se refieren a la primera muñeca del modelo de Frans de Waal (2012) y son la base de otros procesos empáticos más complejos.

La operacionalización en IAS del mimetismo motor y el contagio emocional se realiza con diseños de Robots Social Tipo I centrados en el aspecto externo de las expresiones emocionales. Como ventaja principal es que este tipo de recursos permiten aprender la emoción practicándola.

En la tabla 1 se resumen las dimensiones más relevantes, en una escala de 0 a 5, sobre los robots sociales que han mostrado tener

Tabla 1.

Función y dimensiones de robots sociales relacionados con la mímica motora y el contagio emocional.

Robot	Función empática	F.	M.	N.S.	A.	I.
Qrio (Tanaka et al., 2007)	Reconoce voces y rostros, recuerda a las personas, y comunica emociones, verbal y no-verbalmente.	4	5	3	3	3
Robovie (Kahn et al., 2012; Kanda et al., 2007)	Buena capacidad de expresión emocional a través del movimiento, comunicación verbal.	4	5	3	3	3
Probo (Goris et al., 2011)	Expresa atención y emociones a través de la mirada y expresiones faciales.	2	5	3	3	3
Keepon (Kozima et al., 2009)	Diseñado para una interacción emocional simple, natural y no verbal a través del tacto.	2	0	0	3	3
Pleo-innvo lab (Causo et al., 2016)	Reconocimiento emocional a través de patrones visuales, sonidos, olores y temperatura.	3	5	0	2	3
Flobi (Nitsch & Popp, 2014)	Detecta y expresa emociones humanas de una manera simplista y caricaturesca para que puedan ser fácilmente percibidas.	5	0	0	2	3
Haptic creature (Yohanan, & MacLean, 2012)	Percepción táctil y comunicación emocional a través de su respiración, la fuerza de su ronroneo y la rigidez de sus oídos.	3	0	0	3	3

Nota. Dimensiones propuestas por Bartneck & Forlizzi (2004). F.: forma; M.: modalidad, N.S.: normas sociales; A.: autonomía; I.: interactividad

efecto en alguna de las variables relacionadas con el mecanismo percepción-acción: forma (desde abstracto a antropomórfico), modalidad (o canales de comunicación), normas sociales, autonomía e interactividad.

Comunicación no-verbal y empatía en IAS

En la psicología del desarrollo, la paternidad intuitiva se considera un andamiaje en el cual los niños desarrollan empatía cuando los cuidadores imitan o exageran las expresiones faciales emocionales del niño. El niño entonces descubre la relación entre la emoción experimentada y la expresión facial del cuidador, aprendiendo a asociarlas. Por lo tanto, cuando se habla del desarrollo de la empatía en educación infantil uno de los objetivos es ayudar al niño a identificar sus emociones, a expresarlas y a entender las emociones ajenas, de manera que puedan establecer una relación más saludable con los demás y consigo mismo. Se considera que este proceso de diferenciación se desarrolla desde el contagio emocional hasta la empatía emocional.

Watanabe et al. (2007) modelaron la paternidad humana intuitiva utilizando un robot que asociaba las expresiones faciales imitadas o exageradas de un cuidador con el estado interno del robot para aprender una respuesta empática. Los robots sociales pueden tener memorias episódicas con emociones asociadas y usarlas para ‘sentir’ la situación actual. Se trata de un proceso de dos pasos: (1) el robot imita las expresiones empáticas del niño (p. ej., expresión facial, voz y postura); (2) esta imitación da como resultado una retroalimentación aferente en el niño que produce un efecto paralelo congruente. Por ejemplo, el robot imita la sonrisa del niño y, como consecuencia, el niño percibe su propio estado emocional. Así, el niño es al mismo tiempo actor de la expresión emocional y observador del efecto que produce. En esta situación, el niño distingue gradualmente el significado de estas acciones emocionales y su atención puede centrarse en los efectos de sus propias emociones y en las de los otros. Aquí, al igual que en un contexto natural de aprendizaje, se co-construye el clima emocional entre los dos agentes (robot y niño), lo que le ofrece la posibilidad de experimentar con estrategias de regulación emocional inter e intrapersonal.

Este tipo de comunicación no verbal no solo permite una mayor comprensión del lenguaje verbal, sino que también ‘humaniza’ al

robot permitiendo una mayor empatía (Park & Whang, 2022). Flobi sería un ejemplo de robot adecuado para enseñar reconocimiento de emociones por su capacidad de detectar expresiones faciales y comunicarlas utilizando gestos simples y exagerados (Goris et al., 2011).

Comunicación verbal y empatía en IAS

A esta edad otro de los objetivos es que los niños sean capaces de verbalizar cómo se sienten cuando estén contentos, tristes, enfadados o tengan miedo. Resultados recientes sugieren que las habilidades lingüísticas de los niños pueden desempeñar un papel tanto directo como indirecto en sus respuestas y comportamientos empáticos. En concreto, una habilidad lingüística más avanzada en niños de 14 a 36 meses aumenta la comprensión de las emociones y predice una mayor preocupación y un menor desprecio por los demás, incluso después de controlar las habilidades cognitivas, y en niños de 2 a 4 años aumenta la preocupación empática y la acción prosocial (Stevens & Taber, 2021).

La IAS también es un buen recurso para entrenar la conciencia subjetiva del niño como un producto de la socialización ligada al lenguaje (Stevens & Taber, 2021). Los estados afectivos reflejados en la conducta expresiva, son percibidos, interpretados y comentados por el robot a través de una imitación vinculada y contingente con la expresión facial del niño y acompañada de un comentario verbal sobre la emoción: ‘hoy estás contento, ¿verdad?’, ‘te noto triste’. El robot con el reconocimiento del estado emocional, la imitación de la expresión y la etiqueta verbal sensibiliza al niño a las señales emocionales y le proporciona los nexos necesarios en la toma de conciencia entre respuestas emocionales y estados subjetivos.

Para incrementar el compromiso afectivo y el intercambio emocional durante la interacción se requiere la adaptación emocional del robot al niño, por ejemplo, se espera que las demostraciones de expresiones emocionales sean ostentosas y explícitas, o que, si participa en tareas de aprendizaje, el lenguaje vaya acompañado de modulaciones de entonaciones emocionales positivas y otras manifestaciones no verbales de empatía. El robot Probo podría ser eficiente en este tipo de entrenamiento, por su óptima interacción entre expresión facial y comunicación verbal (Goris et al., 2011).

Factores críticos en la implementación del contagio emocional

Se ha encontrado que los avatares que encarnan la apariencia facial o las expresiones faciales habituales del niño pueden ayudar a que el niño represente con precisión su identidad y a relacionarse con su avatar (Park et al., 2021). Estos resultados concuerdan con los hallados por de Waal y Preston (2017) sobre el mimetismo motor y el contagio emocional durante la ontogenia. Ser capaz de reconocer el propio rostro es uno de los prerrequisitos críticos de la autoconciencia y la autoidentidad que adquirirá a los dos años y que se correlaciona con el comportamiento empático y altruista.

Sin embargo, según la teoría del Valle Inquietante de Masahiro Mori et al. (2012), la afinidad de una persona por un robot aumenta a medida que sus características se vuelven más parecidas a los humanos, pero solo hasta cierto punto, la respuesta puede pasar repentinamente de la empatía a la repugnancia ante representaciones demasiado realistas, pero siempre imperfectas, de la representación humana, lo que provoca inquietud y rechazo en el niño (Feng et al., 2018). Los niños parecen mostrar esta mayor preferencia por representaciones más esquemáticas, que muy realistas, de los humanos ya desde los 12 meses (Lewkowicz & Ghazanfar, 2012).

Un estudio mostró que entre los 5 y 7 años los niños tienen una alta preferencia por diseños simplificados, con rasgos faciales exagerados como Keepon (Kozima et al., 2009). A esta edad también parecen tener preferencia por los robots parecidos a animales como Pleo-innovolab (Causo et al., 2016), ya que son considerados como amigables. Sin embargo, a partir de los 7 años una buena opción serían Affetto (Ishihara et al., 2018) y Kaspar (Wood et al., 2013), por su gran parecido a un niño humano. Otros estudios han mostrado la influencia de la edad en la atribución de características mentales humanas, mientras que a los 5 años los niños tienden a antropomorfizar a los robots más que los mayores, independientemente de su aspecto, a partir de los 7 años atribuyen un mayor número de características mentales humanas si el robot presenta un aspecto más humano, como el robot Nao, que mecánico, como el robot Robovie (Manzi et al., 2020). A pesar de ello, un estudio halló que más de la mitad de los niños de 15 años creían que Robovie tenía estados mentales (p. ej., era inteligente y tenía sentimientos), era un ser social (p. ej., podría ser un amigo, ofrecer consuelo y confiarle secretos), y moralmente merecía un trato justo y no debía sufrir daños psicológicos, aunque estas conceptualizaciones ocurrieron en menor grado que los niños de 9 y 12 años (Kahn et al., 2012).

Limitaciones de la IAS para su implementación en la infancia temprana

Una de las limitaciones actuales para su uso con la población infantil es que el reconocimiento de voz aún no es lo suficientemente robusto como para permitir que el robot entienda las expresiones habladas de los niños pequeños. Aunque estas deficiencias se pueden resolver mediante el uso de medios de entrada alternativos, como pantallas táctiles, esto impone una restricción considerable en el flujo natural de la interacción.

A veces las contingencias entre el comportamiento del robot y los niños (p. ej., que el robot mueva la mano frente a un niño) no son tan rápidas como los eventos sociales cuando se trata de niños pequeños (p. ej., cuando el robot hace el gesto con la mano el niño

ya no está). Para solucionarlo se pueden aplicar contingencias similares a un reflejo simple (p. ej., que el robot se ría inmediatamente después de que le toquen la cabeza) pero esto limita el comportamiento.

Otras mejoras hacen referencia a la necesidad de guiones dinámicos para adaptarse con flexibilidad al contexto social construido con el niño. Esto es particularmente útil para promover la atención conjunta, ya que la capacidad de ajustar la respuesta del robot y volver a involucrar rápidamente al niño en la tarea es esencial cuando el niño pierde la participación y la atención. En el entrenamiento de la atención conjunta, se podría recomendar un robot como Keepon (Kozima et al., 2009), ya que su sencillez podría ayudar a los niños a centrar la atención en determinados aspectos sociales claves que son necesarios para la habilidad que se está entrenando, al tiempo que limita estímulos que distraen o confunden. Además, el diseño de robots sociales debe considerar la necesidad de proporcionar diferentes señales sociales (es decir, señalar, orientar la mirada...).

Se ha mostrado que el comportamiento háptico en la relación robot - niños de 18 a 24 meses es un potente predictor de la calidad de la interacción y el vínculo afectivo. Los primeros estudios de robot tipo 1 se centraron en la interacción monomodal, como Haptic Creature (Yohanan & MacLean, 2012) que proporciona retroalimentación emocional del contacto táctil, pero actualmente cada vez hay un mayor número de robots multimodales. El reconocimiento multimodal es importante porque el robot reconoce señales redundantes para una mejor comprensión del estado afectivo y los pensamientos del niño, Probo (Goris et al., 2011) es un ejemplo de robot social multimodal.

Formas primarias de conductas empáticas y prosociales con un robot

Una de las grandes limitaciones de estos robots es que se comportan de acuerdo con un conjunto de reglas preprogramadas, por lo que es difícil obtener una interacción altamente autónoma a largo plazo entre robots y niños (Woo et al., 2021).

El estudio de Tanaka et al. (2007) fue uno de los primeros en comprobar que, bajo ciertas condiciones, las formas primarias de las conductas prosociales pueden aparecer a través de la interacción niño-robot del mismo modo que lo hacen en interacción con sus compañeros. Para ello se introdujo al robot humanoide Qrio en un aula de niños de 18 a 24 meses durante más de 5 meses. Los resultados mostraron que, con el tiempo, en lugar de perder interés, los niños establecieron un vínculo y una socialización similar a la de un compañero humano: los abrazos que antes dirigían a otros objetos (oso de peluche o un robot inanimado, confortables y fáciles de manejar) fueron desplazados hacia el robot (a pesar de ser el menos abrazable); del mismo modo, solo dirigían conductas de cuidado, protección y ayuda al robot. Se halló que las variables más influyentes en la calidad de la interacción niño-robot eran: la autonomía del robot; el amplio repertorio de conductas; el grado en el que la conducta del robot era predecible; y la contingencia de sus respuestas.

Actualmente la IAS trata que el robot sea más autónomo a través de una cierta habilidad de aprendizaje para desarrollar nuevos comportamientos y expresiones según el modelo de bucle afectivo (McStay & Rosner, 2021). Estas técnicas avanzadas de aprendizaje utilizan sensores biométricos para descifrar y

responder individualmente a las respuestas emocionales de los niños mientras recopilan y analizan datos sensoriales, habitualmente visuales, auditivos y táctiles. Lo que permite aprender, adaptarse y responder a las necesidades y preferencias de un niño en particular, pero también tener su propio ‘estado de ánimo’.

Vircikova et al. (2015) probaron este modelo en el medio escolar. El robot utilizado, Nao, era capaz de percibir los estados emocionales a través de un sistema de reconocimiento emocional, pero además el bucle afectivo le permitía planificar sus respuestas y aprender expresiones emocionales a través de la experiencia. El objetivo del proyecto era que los alumnos de 5 a 7 años pudieran aprender nuevas palabras en inglés. Durante el experimento, el robot regulaba sus emociones analizando las reacciones emocionales de los niños. Por ejemplo, demostraba alegría si percibía que el niño estaba contento porque había recordado una palabra, pero si detectaba que el niño empezaba a aburrirse el robot dejaba de enseñar y entretenía al niño (por ejemplo, bailando). Dependiendo de la emoción anterior y del contexto el robot no solo adaptaba la expresión de la emoción, sino también el comportamiento. El estudio demostró que la adaptación de la respuesta a diversos entornos y la personalización de la interacción son dos características necesarias para el desarrollo de una relación a largo plazo. Resultados semejantes se han hallado con el robot interactivo Robovie en una escuela primaria donde los niños podían interactuar con él durante el recreo (Kanda et al., 2007).

Empatía emocional y toma de perspectiva de Nivel 1 en IAS

La empatía emocional podría ser una extensión del contagio emocional con más capacidades en términos de autoconciencia y autoconocimiento del otro, está relacionada con el desarrollo temprano de la toma de perspectiva y se puede observar en niños de 24 meses. Los niños están en el Nivel 1 de la toma de perspectiva cuando entienden que el contenido de lo que ven puede diferir de lo que otro ve en la misma situación. Esta etapa se refiere a la segunda muñeca del modelo de Frans de Waal (2012).

En IAS este comportamiento, más complejo que el del Robot Social Tipo I, lo explican mediante el aprendizaje por condicionamiento clásico. En este caso el robot asocia señales neutras del niño o del contexto en el que se producen las interacciones empáticas (estímulo neutro, p.ej. el canto de un pájaro) con las señales emocionales del niño (estímulo incondicionado, p.ej. sonrisa) y el estado afectivo asociado (respuesta incondicionada, p.ej. alegría). Una vez condicionado, el único estímulo condicionado

(canto del pájaro) es suficiente para que el robot presente una respuesta condicionada (alegría). Por lo tanto, se espera que un Robot Social Tipo II asocie determinadas situaciones o acontecimientos con determinadas emociones, sin embargo, al igual que ocurre en los niños menores de 4 años, esta comprensión de las emociones ajenas está limitada por la experiencia.

Un ejemplo de robot que muestran este tipo de comportamiento empático es Pepper, el cual combina conocimiento, percepción y capacidad de predecir las acciones y consecuencias de los demás. Para ello analiza las habilidades del niño no solo desde el estado actual sino también desde un conjunto de diferentes estados que el niño podría alcanzar (Pandey et al., 2013). Implica un comportamiento proactivo y la evaluación de una situación desde diferentes perspectivas (Buyukgoz et al., 2021), aunque siempre lo hace desde su experiencia.

En la tabla 2 se describen las dimensiones de los robots sociales que han mostrado tener efecto en alguna de las variables relacionadas con la empatía emocional.

Empatía cognitiva y toma de perspectiva de Nivel 2 en IAS

A partir de los 4 años el niño aprenderá que el efecto de un acontecimiento no depende de la situación concreta, sino de la evaluación de la persona. Se puede decir que cuando los niños entienden que ellos y otra persona pueden ver la misma cosa simultáneamente desde diferentes perspectivas han alcanzado el Nivel 2 de toma de perspectiva. Este nivel está relacionado con la mentalización. La toma de perspectiva se considera el proceso cognitivo más avanzado entre los procesos de empatía, corresponde a la tercera muñeca del modelo de Frans de Waal (2012) y sería el paso final de un robot social empático: Robot Social Tipo III.

En los procesos descritos hasta ahora la emoción del robot coincidía, o era congruente, con la del niño, en esta etapa el robot debe imaginar la perspectiva del niño y suprimir la propia. A partir de los 4-5 años el tipo de habilidades sociales que favorece la empatía supone la comprensión de las convenciones sociales e implica un ajuste emocional y cognitivo no sólo con la otra persona, sino con la otra persona dentro de un contexto (Grosse et al., 2020). En esta etapa el robot debe proyectar una situación imaginaria junto al estado que ha generado el niño en él para imitar la toma de perspectiva. Por ejemplo, el robot percibe una expresión de cansancio en el niño. Puede considerar varias razones, entre ellas: ‘como es la época de exámenes es posible que haya dormido

Tabla 2.

Función y dimensiones de robots sociales relacionados con la empatía emocional.

Robot	Función empática	F.	M.	N.S.	A.	I.
Nao (Manzi et al., 2020; Vircikova et al., 2015)	Autónomo y personalizable, motiva la participación de los estudiantes.	4	5	3	3	3
Pepper (Buyukgoz et al., 2021; Pandey et al., 2013)	Exhibe lenguaje corporal. Analiza desde distintas perspectivas y presenta comportamientos proactivos.	4	5	3	5	3
Affetto (Ishihara et al., 2018)	Influye a través de sus expresiones faciales en la calidad de las interacciones con su cuidador	5	5	3	5	5
iCat (Castellano et al., 2017)	Proporciona retroalimentación afectiva por medio de expresiones faciales y verbales.	3	5	3	3	5
Jibo (Ali et al., 2021)	Autónomo y personalizable, reconocimiento emocional facial.	2	5	0	0	3
Kaspar (Wood et al., 2013)	Reacciones emocionales a través de un teclado inalámbrico o activando los sensores táctiles del robot.	5	5	3	3	3

Nota. Dimensiones propuestas por Bartneck & Forlizzi (2004). F.: forma; M.: modalidad, N.S.: normas sociales; A.: autonomía; I.: interactividad

poco', lo que puede hacer que diga: 'dormir bien es importante para retener lo aprendido'. Tal respuesta requiere una construcción virtual de la situación del niño y los estados emocionales asociados con él desde esa perspectiva.

Ser socialmente habilidoso significa ser capaz de evaluar correctamente los problemas de un contexto socioemocional para producir una situación socialmente esperada en relación con el análisis realizado desde el punto de vista del otro o desde el propio interés. De esta manera, se puede contribuir de manera fundamental a la comprensión de las emociones propias y ajenas. Un interesante estudio muestra que el tipo de estrategias utilizadas por los niños de 8 y 10 años cuando un robot viola las normas sociales depende de la capacidad que tienen para adoptar el punto de vista del robot (Serholt, et al., 2020).

En esta etapa de desarrollo la relevancia del uso de la IAS es que el niño pueda desarrollar medios pragmáticos de regulación emocional intra e interpersonal. En este sentido el robot debería poder sentir y tener un resultado empático dependiendo de los factores de modulación, pudiendo decidir calibrar la fuerza de su respuesta empática o incluso no expresarla. Sin embargo, la investigación con este tipo de robots es aún escasa (Banisetty et al., 2021; Tejwani et al., 2022).

Conclusiones

Gran parte del trabajo existente de IAS podría usarse para apoyar el aprendizaje de habilidades empáticas en la educación, pero existe un número muy reducido de investigaciones que haya explorado esta área.

El objetivo de este estudio no era mostrar un modelo integrado que reproduzca la empatía interpersonal humana, mucho más compleja, sino encontrar un modelo selectivo y organizador de los componentes que influyen en el proceso de la empatía humano y que pueda ayudar a entrenarlos. Dependiendo de las tareas, los modelos que simulan capacidades empáticas sofisticadas podrían ser un obstáculo para la adquisición de características más simples en edades tempranas. Por lo que, según la edad del niño, y la fase de empatía en la que se encuentre, los factores críticos a considerar en el diseño de un robot empático pueden variar.

El mecanismo percepción-acción es un mecanismo relativamente sencillo que está presente durante los primeros meses de vida y que ya se ha implementado con éxito en IAS. No toda la empatía puede reducirse a este mecanismo, pero los niveles de empatía cognitivamente más elevados no podrían existir sin él, por lo que parece lógico comenzar trabajando desde las formas más básicas.

Actualmente, la mayoría de las investigaciones empáticas sobre robots sociales se están moviendo lentamente hacia los robots Tipo II, y se están comenzando a ver robots empáticos Tipo I en la industria. Se espera ver investigaciones sobre robots Tipo III, independientes de dominio y capaces de modular la respuesta empática, en un futuro próximo.

Esta revisión sirve para mostrar el estado actual de la IAS en la educación y proponer un uso que ayude a mejorar la calidad de vida presente y futura. Sin embargo, a medida que la programación robótica es más efectiva para simular interacciones sociales humanas reales, se requieren aspectos éticos y de seguridad importantes (McStay & Rosner, 2021). Es posible que el desarrollo de la empatía, base de las conductas colaborativas y prosociales, desde la infancia

temprana ayude a solventar algunas de las polémicas éticas y sociales que genera la implementación de la IAS en la sociedad.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses.

Referencias

- Ali, S., Park, H., & Breazeal, C. (2021). A social robot's influence on children's figural creativity during gameplay. *International Journal of Child-Computer Interaction*, 28, 100234. <https://doi.org/10.1016/j.ijcci.2020.100234>
- Banisetty, S. B., Rajamohan, V., Vega, F., & Feil-Seifer, D. (2021). A deep learning approach to Multi-Context Socially-Aware Navigation. *30th IEEE International Conference on Robot & Human Interactive Communication (RO-MAN)*, 2021, pp. 23-30. <https://doi.org/10.1109/RO-MAN50785.2021.9515424>.
- Bartneck, C., & Forlizzi, J. (2004). A design-centred framework for social human-robot interaction. In *RO-MAN 2004 : 13th IEEE International Workshop on Robot and Human Interactive Communication, September 20-22, 2004, Kurashiki* (pp. 591-594). Institute of Electrical and Electronics Engineers. <https://doi.org/10.1109/ROMAN.2004.1374827>
- Bisquerra, R., & Alzina, S. (2017). Psicología positiva, educación emocional y el Programa Aulas Felices. *Papeles del Psicólogo*, 38(1), 58-65. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2822>
- Buyukgoz, S., Pandey, A. K., Chamoux, M., & Chetouani, M. (2021). Exploring behavioral creativity of a proactive robot. *Frontiers in Robotics and AI*, 8, 694177. <https://doi.org/10.3389/frobt.2021.694177>
- Castellano, G., Leite, I., & Paiva, A. (2017). Detecting perceived quality of interaction with a robot using contextual features. *Autonomous Robots*, 41, 1245-1261. <https://doi.org/10.1007/s10514-016-9592-y>
- Causo, A., Vo, G. T., Chen, I., & Yeo, S. H. (2016). Design of robots used as education companion and tutor. In *Robotics and mechatronics* (pp. 75-84). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-22368-1_8
- de Waal, F. B. (2012). The antiquity of empathy. *Science* (New York, N.Y.), 336(6083), 874-876. <https://doi.org/10.1126/science.1220999>
- de Waal, F., & Preston, S. D. (2017). Mammalian empathy: Behavioural manifestations and neural basis. *Nature Reviews Neuroscience*, 18(8), 498-509. <https://doi.org/10.1038/nrn.2017.72>
- Feng, S., Wang, X., Wang, Q., Fang, J., Wu, Y., Yi, L., & Wei, K. (2018). The uncanny valley effect in typically developing children and its absence in children with autism spectrum disorders. *PLoS one*, 13(11), e0206343. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206343>
- Geangu, E., Benga, O., Stahl, D., & Striano, T. (2010). Contagious crying beyond the first days of life. *Infant Behavior & Development*, 33(3), 279-288. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.03.004>
- Gómez-León, M. I. (2020). Desarrollo de la alta capacidad durante la infancia temprana. *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 147-158. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2930>
- Goris, K., Saldien, J., Vanderborght, B., & Lefeber, D. (2011). Mechanical Design of the huggable Robot Probo. *International Journal Humanoid Robotics*, 8, 481-511. <https://doi.org/10.1142/S0219843611002563>
- Grosse Wiesmann, C., Friederici, A. D., Singer, T., & Steinbeis, N. (2020). Two systems for thinking about others' thoughts in the developing brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 117(12), 6928-6935. <https://doi.org/10.1073/pnas.1916725117>

- Ishihara, H., Wu, B., & Asada, M. (2018). Identification and evaluation of the face system of a child android robot Affetto for surface motion design. *Frontiers in Robotics and AI*, 5, 119. <https://doi.org/10.3389/frobt.2018.00119>
- Kahn, P. H., Jr, Kanda, T., Ishiguro, H., Freier, N. G., Severson, R. L., Gill, B. T., Ruckert, J. H., & Shen, S. (2012). “Robovie, you’ll have to go into the closet now”: Children’s social and moral relationships with a humanoid robot. *Developmental Psychology*, 48(2), 303–314. <https://doi.org/10.1037/a0027033>
- Kanda, T., Sato, R., Saiwaki, N., & Ishiguro, H. (2007). A two-month field trial in an elementary school for long-term human-robot interaction. *IEEE Transactions on Robotics*, 23(5), 962–971. <https://doi.org/10.1109/TRO.2007.904904>
- Kozima, H., Michalowski, M. P., & Nakagawa, C. (2009). Keepon. *International Journal of social robotics*, 1(1), 3-18. <https://doi.org/10.1007/s12369-008-0009-8>
- Lewkowicz, D. J., & Ghazanfar, A. A. (2012). The development of the uncanny valley in infants. *Developmental Psychobiology*, 54(2), 124–132. <https://doi.org/10.1002/dev.20583>
- Manzi, F., Peretti, G., Di Dio, C., Cangelosi, A., Itakura, S., Kanda, T., Ishiguro, H., Massaro, D., & Marchetti, A. (2020). A robot is not worth another: Exploring children’s mental state attribution to different humanoid robots. *Frontiers in Psychology*, 11, 2011. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02011>
- McStay, A., & Rosner, G. (2021). Emotional artificial intelligence in children’s toys and devices: Ethics, governance and practical remedies. *Big Data & Society*. <https://doi.org/10.1177/2053951721994877>
- Mori, M., MacDorman, K. F., & Kageki, N. (2012). The uncanny valley. *IEEE Robotics and Automation Magazine*, 19(2), 98–100. <https://doi.org/10.1109/MRA.2012.2192811>
- Nitsch, V., & Popp, M. (2014). Emotions in robot psychology. *Biological Cybernetics*, 108(5), 621–629. <https://doi.org/10.1007/S00422-014-0594-6>
- Pandey, A. K., Ali, M., & Alami, R. (2013). Towards a task-aware proactive sociable robot based on multi-state perspective-taking. *International Journal of Social Robotics*, 5, 215-236. <https://doi.org/10.1007/s12369-013-0181-3>
- Park, S., & Whang, M. (2022). Empathy in human–robot interaction: Designing for social robots. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 1889. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031889>
- Park, S., Kim, S. P., & Whang, M. (2021). Individual’s social perception of virtual avatars embodied with their habitual facial expressions and facial appearance. *Sensors (Basel, Switzerland)*, 21(17), 5986. <https://doi.org/10.3390/s21175986>
- Schiff, D. (2021). Out of the laboratory and into the classroom: the future of artificial intelligence in education. *AI & society*, 36(1), 331-348. <https://doi.org/10.1007/s00146-020-01033-8>
- Serholt, S., Pareto, L., Ekström, S., & Ljungblad, S. (2020). Trouble and repair in child-robot interaction: A study of complex interactions with a robot Tutee in a primary school Classroom. *Frontiers in Robotics and AI*, 7, 46. <https://doi.org/10.3389/frobt.2020.00046>
- Stevens, F., & Taber, K. (2021). The neuroscience of empathy and compassion in pro-social behavior. *Neuropsychologia*, 159, 107925. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2021.107925>
- Tanaka, F., Cicourel, A., & Movellan, J. R. (2007). Socialization between toddlers and robots at an early childhood education center. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 104(46), 17954–17958. <https://doi.org/10.1073/pnas.0707769104>
- Tejwani, R., Kuo, Y., Shu, T., Katz, B., & Barbu, A. (2022). Social interactions as recursive MDPs. *Proceedings of the 5th Conference on Robot Learning*, in *Proceedings of Machine Learning Research*, 164, 949-958. <https://proceedings.mlr.press/v164/tejwani22a.html>
- Vircikova, M., Magyar, G., & Sincak, P. (2015). The affective loop: A tool for autonomous and adaptive emotional human-robot interaction. In *Robot Intelligence Technology and Applications 3* (pp. 247-254). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-16841-8_23
- Watanabe, A., Ogino, M., Asada, M. (2007). Mapping facial expression to internal states based on intuitive parenting. *Journal of Robotics and Mechatronics*, 19(3), 315–323. <http://www.er.ams.eng.osaka-u.ac.jp/Paper/2007/Watanabe07b.pdf>
- Woo, H., LeTendre, G. K., Pham-Shouse, T., & Xiong, Y. (2021). The use of social robots in classrooms: A review of field-based studies. *Educational Research Review*, 33, 100388. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2021.100388>
- Wood, L. J., Dautenhahn, K., Rainer, A., Robins, B., Lehmann, H., & Syrdal, D. S. (2013). Robot-mediated interviews-how effective is a humanoid robot as a tool for interviewing young children?. *PloS one*, 8(3), e59448. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0059448>
- Yohanan, S., MacLean, K. E. (2012). The role of affective touch in human-robot interaction: Human intent and expectations in touching the haptic creature. *International Journal of Social Robotics*, 4, 163–180. <https://doi.org/10.1007/s12369-011-0126-7>

Artículo

Aproximaciones evolutivas y psicopatología: Teoría de historia de vida y sistemas psicobiológicos en el trastorno de personalidad límite

Laura Torres-Cuellar , Elkin M. Puerto-Rojas , Martha J. González-Bernal , Ivonne A. Grau-González  y Leonardo A. Ortega 

Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Colombia

INFORMACIÓN

Recibido: Noviembre 13, 2021
Aceptado: Junio 3, 2022

Palabras clave

Teoría historia de vida
Trastorno límite de personalidad
Estrés
Apego
Sistemas de conducta
Psicoterapia
Evolución

RESUMEN

La psicología clínica requiere de constantes desarrollos científicos que lleven a una explicación de la complejidad de los trastornos mentales y sus bases causales. Las aproximaciones evolutivas han mostrado ser de particular poder heurístico para esta tarea. Entre ellas, la Teoría de Historia de Vida (THV) incorpora avances teóricos y empíricos novedosos y significativos. No obstante, existe la necesidad de incorporar investigación y aproximaciones evolutivas adicionales de interés. Por lo tanto, en este artículo se propondrá el potencial de integración al ampliar la causalidad evolutiva en conjunción con aproximaciones de sistemas psicobiológicos de conducta. Para esto se utilizará como ejemplo el Trastorno Límite de Personalidad, ampliando su comprensión como una interacción de causas próximas entre los sistemas psicobiológicos de estrés y apego, dentro del marco de causas últimas de THV. Finalmente, se demarcarán aspectos que nutren el campo clínico con implicaciones para la evaluación y los dominios de intervención.

Evolutionary approaches and psychopathology: Life history theory and psychobiological systems for borderline personality disorder

ABSTRACT

Clinical psychology requires continuous research to encourage integrative explanations for the complexity of mental disorders and their underlying causes. Biological evolutionary approaches have shown particular heuristic power for this endeavor. Life history theory (LHT) is an evolutionary model that incorporates novel and significant theoretical and empirical advances. However, there is a growing need for the incorporation of other successful evolutionary approaches. Thus, the goal of the present paper is to propose potential integrative connections between evolutionary causal modes, behavior systems, and LHT. For this, borderline personality disorder is used as an example of a condition that can be understood as an interaction between stress and attachment psychobiological systems (proximate causes), within the framework of ultimate causes clarified by LHT. To conclude, we will outline several aspects that could enhance the clinical field with implications for assessment and intervention.

Keywords:

Life History Theory
Borderline Personality Disorder
Stress system
Attachment system
Behavior systems
Evolution
Psychotherapy

Uno de los mayores desafíos para el bienestar social y económico es la prevención y tratamiento de problemas de salud mental que deterioran la calidad de vida, el desarrollo y la productividad de las comunidades (Greenberg et al., 2021; Layard, 2017). De forma análoga, un gran desafío científico es alcanzar una comprensión holística de los problemas de salud mental que ayude a resolver los nudos ontológicos y causales de los desórdenes mentales y las limitaciones de los actuales sistemas clasificatorios de la psiquiatría para contribuir a necesarios avances de la ciencia de la prevención y el abordaje más eficaz de los problemas comportamentales. Orientado a este propósito se detecta un interés creciente en el último siglo por la integración disciplinar que refleja la madurez hacia la consiliencia en la ciencia clínica a través de la alianza interdisciplinar y el esfuerzo científico por unir la base de sus conocimientos al servicio de entender y explicar mejor los fenómenos de interés y minimizar la incertidumbre causal (Figueredo et al., 2006). Sin duda, una disciplina que brinda aportes potenciales para la comprensión de la psicopatología proviene de la aproximación evolucionista al comportamiento, con excepcionales contribuciones al esclarecimiento sobre la etiología, los procesos y los mecanismos implicados en el desarrollo y trayectoria de los problemas comportamentales. Algunos autores han considerado el enfoque evolucionista como un meta-modelo factible de extenderse a un análisis multinivel y multidimensional con conceptos clave como variación, selección, retención y contexto, que enfocados en las dimensiones y niveles relevantes puede brindar un camino sólido para organizar el diagnóstico y las intervenciones (Hayes et al., 2020c). El interés sobre las diferencias individuales y las variaciones en los rasgos comportamentales, producto de historias asociadas a contextos difíciles, constituye una de las líneas de investigación en la que perspectivas evolucionistas han estado avanzado (Brüne, 2016; Richardson et al., 2019).

La perspectiva evolucionista a la psicopatología es coherente con los avances actuales en el reconocimiento dimensional de los procesos implicados en el desarrollo de las psicopatologías, en contraposición a la visión sindrómica basada en la identificación de clases discretas de los desórdenes, a partir de lo cual diversos programas de investigación se han sumado para brindar alternativas a los restringidos sistemas clasificatorios actuales basado en categorías. Por ejemplo, el programa de criterios de dominios de investigación (RDoC) del Instituto de Salud Mental (Cuthbert & Insel, 2013) refleja una transición invaluable en la comprensión y abordaje de la psicopatología con una perspectiva multinivel que busca integrar avances recientes con explicaciones que abarcan la complejidad funcional, multicausal, multidireccional y multidimensional de los desórdenes (McNally et al., 2015). También, de manera interesante y consistente con el proceso autocrítico de la ciencia, el alcance del modelo médico para explicar los problemas del comportamiento se ha discutido y reformulado (Szasz, 1960; Syme & Hagen, 2020; Valenstein, 2002), lo que ha permitido un trabajo progresivamente interdisciplinar que ayuda a distintas áreas de estudio y profesionales al avance de las psicoterapias y a la comprensión de la psicopatología abordada como un continuo dimensional, con procesos transdiagnósticos, conducentes a un manejo clínico basado en criterios procesuales, contribuyente a mitigar el impacto del estigma social, la proliferación de la medicalización a priori

optimizar el seguimiento a la eficacia de las psicoterapias (Hofmann et al., 2016). Esta autocrítica ha permitido discutir la importancia de los criterios científicos más allá de las discusiones limitadas en torno a la definición e inclusión o exclusión de trastornos en los manuales DSM y CIE (Hurtado & Trebilcock, 2003; Méndez & Cabanillas, 2012; Maher, 1970; Szasz, 1960), y la dificultad de precisar empíricamente por qué, cómo, o qué componentes particulares de distintas intervenciones llevan a los beneficios en salud mental (Cuijpers et al., 2018; Primero & Moriana, 2011), beneficios sobre los cuales existe una amplia evidencia y una vigorosa discusión en torno a los criterios de eficacia (Aparicio & Méndez, 2020; Burgal & Pérez, 2017).

En este contexto, durante los últimos años han surgido una variedad de discusiones y modelos conceptuales en psicología, psicoterapia, psiquiatría, neurociencias y otras áreas, que buscan incorporar y desarrollar explícitamente ideas desde teorías biológicas evolutivas como una estrategia para el avance en la comprensión de la complejidad causal de los fenómenos de salud mental de manera integrativa, multidisciplinar e incluyendo sus diferencias individuales (Abed et al., 2019; Crespi, 2020; Del Giudice, 2016; Durisko et al., 2016; Gilbert, 2019; Gilbert & Kirby, 2019; Han & Chen, 2020; Hayes et al., 2020a; Hayes et al., 2020b; Nesse, 2015; Shackelford & Zeigler-Hill, 2017; Zagaria & Zennaro, 2020). Uno de estos modelos se ha centrado en la comprensión de desórdenes mentales desde la Teoría de Historia de Vida (THV). Esta aproximación ayuda a extender en el contexto evolutivo la importancia de resaltar las diferencias individuales (Taji et al., 2020) y supone diversas ventajas de integración científica relacionadas con uso de lenguaje interdisciplinario, construir explicaciones completas y precisas involucrando las diferencias individuales, factores contextuales, ontogenéticos y filogenéticos para la comprensión de la psicopatología, así como apartarse de la explicación causal determinista de algunos modelos tradicionales (Del Giudice, 2014a).

La complejidad de la vida y la extensa historia investigativa en biología evolutiva ha resultado en una variedad de aproximaciones teóricas e investigativas, siendo la THV una de ellas. Similarmente, también existe una rica historia de intentos de integración independientes de variadas teorías con orígenes evolutivos para la comprensión de la salud mental. Una revisión de investigación reciente en salud mental sugiere que es un momento propicio para fortalecer la integración teórica para esta variación de posturas evolutivas y programas de investigación centrados en la salud mental. Por lo tanto, el objetivo del presente artículo es resaltar las oportunidades de integración de tres áreas de teóricas que se han desarrollado de manera relativamente independiente: THV, la distinción causal entre causas próximas/remotas y las aproximaciones de sistemas psicobiológicos de conducta. Para ello, se comenzará desde una descripción general de THV. Luego, se discutirá como la distinción clásica en biología evolutiva entre causas próximas y remotas puede clarificar los avances y alcances de THV utilizando como ejemplo el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), trastorno que es un referente para la salud pública y la clínica, con una gran disrupción individual e interpersonal y que podría servir como modelo para futuras interpretaciones evolutivas de otros problemas de salud mental. La discusión de factores causales relacionados con el TLP será enriquecida utilizando la aproximación de sistemas psicobiológicos

de conducta y sus interacciones, haciendo énfasis en los sistemas de estrés y de apego. Finalmente, se identificarán algunas contribuciones de esta discusión para la psicología clínica actual.

Teoría de Historia de Vida

La THV es una aproximación dentro de la biología evolutiva que explica cómo los organismos distribuyen sus recursos, energía y tiempo a lo largo de su ciclo de vida (Charnov, 1993; Promislow & Harvey, 1990). Dado que los recursos ecológicos, biológicos y psicológicos son limitados, existen distintas estrategias que han sido seleccionadas y que subyacen diferencias individuales en la distribución para las actividades vitales de desarrollo, supervivencia y reproducción (Geary, 2002; Taji et al., 2020). Estas estrategias que organizan las diferencias individuales de los organismos se han denominado estrategias de historia de vida, e implican soluciones compensatorias entre problemas como: reproducción actual vs. futura, calidad de la descendencia vs. cantidad de la descendencia, y esfuerzo de "apareamiento" vs. esfuerzo parental (Roff, 2002). El patrón de características conductuales y biológicas de las historias de vida se pueden ubicar dentro del denominado continuo rápido-lento. Este continuo describe e integra la organización de características metabólicas, hormonales, comportamentales y de personalidad y se organiza de acuerdo con las exigencias del ambiente y la estrategia de supervivencia favorecida por la selección natural (Wolf & McNamara, 2012). Estrategias ubicadas dentro del extremo rápido se relacionan con una reproducción temprana, alta mortalidad juvenil, mayor número de descendientes y menor inversión parental, así como con comportamientos impulsivos y desinhibidos. En cambio, estrategias ubicadas dentro del continuo lento se relacionan con maduración sexual y reproducción tardía, larga vida, alta inversión de los padres, menos descendencia, menos mortalidad juvenil y mayor estabilidad emocional (Del Giudice, 2014a).

Se ha propuesto que las estrategias de historia de vida ofrecen una comprensión del desarrollo de vulnerabilidades para la psicopatología, incluyendo múltiples factores como eventos en el desarrollo, genética y mecanismos epigenéticos (Del Giudice, 2014b). Una propuesta interesante desde THV es que los individuos que tienden a ubicarse en los extremos rápido-lento del continuo serían más propensos a exhibir patrones de comportamiento que se valoran como desajustados al contexto. Como se abordará en la siguiente sección, THV ayuda a clarificar causas remotas de los procesos psicopatológicos al plantear una explicación evolutiva en términos de estrategias comportamentales organizadas durante la ontogenia consistentes con una historia filogenética de éxito adaptativo. THV propondría que el desarrollo emocional y comportamental emerge como resultado de la adaptación a contingencias contextuales, que permitieron la supervivencia del individuo en un momento de su historia (Buss, 2015), disuadiendo ideas relacionadas con causas que subyacen a los síntomas de un desorden. Rompe con el rol estigmatizador y victimizante de la enfermedad mental propia del modelo médico (Gilbert et al., 2000).

El marco de THV ha tenido un interesante poder heurístico de investigación sobre la relación entre la psicopatología y estrategias de vida, así como factores de riesgo. Algunos avances investigativos se han enfocado en características psicológicas que

promueven la psicopatología. Por ejemplo, las historias rápidas se relacionan con características como menor empatía, mayor impulsividad, neuroticismo, agresividad y tendencia a presentar comportamientos riesgosos (Del Giudice, 2016). Esta compilación de factores psicológicos ha ayudado a desarrollar investigación empírica novedosa. Por ejemplo, a partir del modelaje de análisis factorial asociado a variables latentes que subyacen a una variedad de parámetros para el esfuerzo somático y de reproducción se desarrolló inicialmente un factor K. Posteriormente se encontró una dimensión unificada llamada Super K, al encontrar correlaciones positivas de K con factores adicionales de covitalidad y personalidad. Desde estos análisis se apoyaron las hipótesis iniciales de que una estrategia de historia de vida alta en K predice consecuencias en salud física y mental ocasionadas por una historia de un gran esfuerzo parental y somático. Además, se identificó independencia estadística en la dimensionalidad de esfuerzo por apareamiento (asociada a historias rápidas) y la dimensión K baja (asociada a historias lentas) (Richardson et al., 2017).

Conectando causas evolutivas remotas y próximas para la salud mental

La complejidad causal de los fenómenos de salud mental implica un modelo metateórico que logre clarificar, organizar e incluir la totalidad de fuentes causales para la comprensión de la psicopatología y el mejoramiento de la eficacia psicoterapéutica. Un paso hacia ese modelo se podría lograr enriqueciendo los avances desde la THV por medio de la incorporación explícita de la discusión de fuentes causales desde la teoría evolutiva. Mayr (1961) propuso que una explicación comprehensiva y holística de los fenómenos biológicos se enriquece al distinguir dos tipos de causas: 1. Causas remotas, que hacen referencia a los procesos de la historia evolutiva sobre los cuales se pueden explicar las características de los organismos; y 2. Causas próximas, que hacen referencia a la influencia inmediata o durante el desarrollo ontogenético de eventos en la morfología, fisiología o comportamientos de los organismos. La necesidad de esta distinción ha sido indicada para el avance multidisciplinar y hacia modelos teóricos abarcando una mayor complejidad causal en biología, psicología y psiquiatría, entre otras áreas (e. g., Tinbergen, 1963; Nesse, 1999; Brüne, 2014). De manera interesante, Brüne (2014) y Nesse (1999) proponen la necesidad de investigación informada desde la teoría evolutiva para profundizar en el estudio de las causas próximas y remotas de las condiciones psiquiátricas y lograr mejoras en la psicoterapia.

Desde la THV se hace énfasis en la importancia causal de la historia evolutiva y valor adaptativo de las estrategias de vida de las personas. En términos de la distinción propuesta por Mayr, un avance importante desde la THV se relaciona con la comprensión, clarificación e investigación relacionada con las causas remotas de los comportamientos y problemas de salud mental (investigación que será presentada más adelante). No obstante, existe un menor nivel de avances explicativos relacionados con las causas próximas del comportamiento. Por ende, resaltamos la necesidad de avanzar en modelos teóricos y programas de investigación para la comprensión de, por ejemplo, los mecanismos y organización comportamental que subyacen el

ajuste de los procesos psicobiológicos durante el desarrollo en función de la supervivencia y reproducción. Lo anterior aun en casos en donde dicha organización pueda implicar estrategias con impactos negativos en la salud mental. Las aproximaciones de sistemas de conducta son promisorias para avanzar en causas próximas del comportamiento durante el desarrollo, en tanto que fueron propuestas desde un contexto evolutivo y proporcionan estrategias para comprender la organización del comportamiento. Estas aproximaciones conectan el análisis de procesos comportamentales particulares con el ecológico y evolutivo de la estructura interna de sistemas motivacionales o emocionales, todo enmarcado en un proceso interactivo durante el desarrollo y la vida del individuo (Burghardt & Bowers, 2017). La noción de sistemas de conducta es un esquema conceptual que parte de la proposición de que los determinantes del comportamiento se organizan en sistemas funcionales de estructuras identificables y relativamente consistentes de distintos comportamientos funcionalmente interrelacionados, organización que ha sido modelada por presiones evolutivas, del desarrollo y del aprendizaje (Timberlake, 1994; Bowers, 2018). Ejemplos de distintos sistemas de conducta que han sido estudiados son el sistema de miedo y defensa, el sistema sexual, el sistema de apego y cuidado, entre otros (Bowlby, 1969; Bolles & Fanselow, 1980; George & Solomon, 2008; Domjan & Gutiérrez, 2019). A manera ilustrativa, en la Figura 1 se presenta un esquema simplificado de comportamientos funcionalmente interrelacionados para el sistema de conducta de apego infantil. De manera adicional, la descripción e investigación de sistemas de conducta relativamente independientes, ha clarificado que estos están en constante interacción, con la posibilidad de excitarse o inhibirse entre ellos (Bowlby, 1969; Baerends, 1976). Las interacciones conflictivas entre sistemas de conducta han llevado tanto a clarificaciones de interés para la comprensión de las causas próximas y remotas de patrones comportamentales (Baerends, 1976), así como más recientemente a novedosas comprensiones de los problemas psiquiátricos y estrategias terapéuticas (Liotti, 2017; Cassidy & Mohr, 2001).

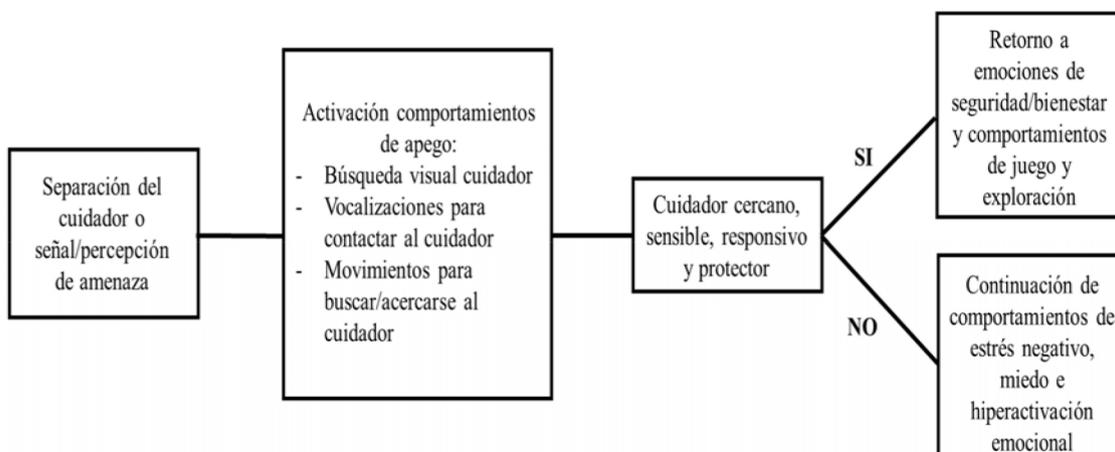
Entendiendo el TLP desde causas remotas y próximas

El marco conceptual de THV ha sido utilizado para la comprensión causal e implicaciones terapéuticas de algunos trastornos mentales (Del Giudice, 2014a), entre ellos, el TLP ha sido uno sobre el cual se han realizado avances importantes. Los criterios de complejidad y relevancia clínica y social hacen del TLP un referente conveniente sobre el cual ilustrar aproximaciones evolutivas. TLP se caracteriza de manera global por desregulación en áreas emocionales, cognitivas, comportamentales, del sentido del yo y dificultades en la efectividad interpersonal, intenso miedo al abandono e impulsividad y es uno de los desórdenes que presenta mayor riesgo asociado a conducta suicida y parasuicida, baja adherencia al tratamiento y mayor número de remisiones entre profesionales de la salud mental, sin contar las interferencias en permanencia en los sistemas de educación y laboral a razón de las incapacidades (Linehan, 1993). Los desórdenes severos como TLP, comprometen una red de síntomas heterogéneos y multidimensionales, que evolucionan hacia una profunda disrupción en la calidad de vida del funcionamiento de la persona y de su entorno social. Su complejidad y los avances desde THV hacen del TLP un ejemplo de interés para ilustrar la forma en que los procesos causales de distintas psicopatologías pueden ser mejor entendidas utilizando la distinción evolutiva de causas próximas y remotas.

Gran parte de los avances sobre el TLP desde THV se han realizado sobre la comprensión de sus causas remotas al proponerse que sus características provienen de procesos filogenéticos que resultan en estrategias de vida rápida para mejorar las probabilidades de sobrevivir en ambientes adversos (Brüne, 2016; Crowell et al., 2009). De esta forma, se ha adelantado la comprensión de las causas evolutivas de las complejas interacciones psicológicas y biológicas que subyacen al TLP, así como la explicación del origen y funciones de las diferencias individuales entre personas con o sin el diagnóstico. Por otra parte, se han hecho relativamente menos avances sobre las causas próximas del TLP en aproximaciones informadas por

Figura 1.

Ejemplo del sistema de conducta apego infantil mediante la descripción simplificada de los efectos de cambios en el ambiente de un niño para la secuencia e interacción de un conjunto de comportamientos funcionalmente interrelacionados. Una descripción a mayor profundidad puede encontrarse en Mikulincer y Shaver (2007).



THV. En particular, se ha hecho énfasis en el sistema de respuesta al estrés (Del Giudice, 2014a, 2014b) y la importancia de los procesos de apego para la comprensión del TLP (Figueredo et al., 2006). No obstante, estos avances investigativos y teóricos sobre causas próximas se han hecho de manera independiente sin una base teórica compartida, a pesar de los recientes reconocimientos de la importancia del sistema de apego para las estrategias de historia de vida (Szepeswol & Simpson, 2019) y de que evolutivamente sería natural que sistemas fundamentales para la supervivencia como el estrés y el apego interactúen (Bowly, 1969). Una consecuencia de la limitada integración actual entre causas próximas y remotas es que, hasta el momento, no parecen haberse conectado teóricamente los procesos de apego con el TLP en el contexto evolutivo de THV. Además, existe poco avance teórico e investigativo sobre las potenciales formas en que las causas próximas enmarcadas en los sistemas de estrés y el de apego podrían interactuar para el TLP, así como de las oportunidades de explicación multicausal y consideraciones clínicas al considerar estas interacciones entre procesos.

THV e investigación sobre causas remotas del TLP

Es frecuente encontrar que los individuos diagnosticados con TLP crecieron en ambientes impredecibles y hostiles (Brüne, 2016; Crowell et al., 2009), lo que sugiere que sus patrones psicobiológicos pueden tener un valor de supervivencia como estrategia de vida rápida. Investigación adicional también ha resaltado paralelos entre los síntomas de TLP y estrategias del extremo rápido. Por ejemplo, Brüne et al. (2017) encontraron que las personas diagnosticadas con TLP reportaron la tendencia a tener mayor número de relaciones sexuales en diversas situaciones hipotéticas cuando tenían mayor puntaje en depresión subjetiva, en comparación al grupo control. Esto evidenciaría la tendencia que tienen los individuos con características de TLP para aprovechar a corto plazo los recursos materiales o inmateriales, aun cuando el contexto fomentara el uso de estrategias lentas (Brüne, 2016; Brüne et al., 2017). Por otra parte, Otto et al. (2021) reportaron que, en comparación con un grupo sin diagnóstico, mujeres diagnosticadas con TLP tuvieron puntajes que indican comportamientos del espectro rápido, además de una mayor puntuación en comportamientos agresivos, estrés crónico y adversidades durante la infancia.

Causas próximas para el TLP: sistemas psicobiológicos y su interacción

A pesar de la existencia e interacción compleja de múltiples sistemas psicobiológicos para comprender el TLP, el presente artículo se centra en los sistemas de estrés y apego teniendo en cuenta que son sistemas ampliamente considerados para la comprensión del TLP, así como su importancia al implicar mecanismos sobre los que los individuos interiorizan las claves contextuales en forma de estrategias de vida. En términos investigativos, podría inferirse que alteraciones en estos sistemas podrían explicar, en algún grado, los comportamientos característicos de TLP en términos de estrategias de adaptación más que síntomas psicopatológicos.

Sistema de respuesta al estrés. Se define como un sistema psicobiológico y un mecanismo de adaptación que tiene como función recolectar información esencial para la supervivencia de la especie, como peligros y oportunidades potenciales del ambiente. Para ello, participan subsistemas neurobiológicos como el sistema nervioso simpático, parasimpático y el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HPA) (Ellis et al., 2006; Ellis & Del Giudice, 2014). Estos subsistemas se activan y ajustan de forma coordinada con los desafíos medioambientales y con los recursos del organismo de manera alostática (McEwen & Stellar, 1993). La activación del sistema de estrés dependerá de la intensidad y duración de las señales ambientales (Ellis & Del Giudice, 2014), de forma que puede ser altamente responsivo o poco responsivo, ocasionando que los individuos presenten patrones de respuesta diferentes que les permitan adaptarse a sus ambientes (Ellis et al., 2017). Estos patrones se pueden enmarcar globalmente en términos de estrategias del continuo rápido-lento, que promueven la supervivencia y reproducción, aunque en ocasiones pueden tener costos colaterales en salud (Ellis & Del Giudice, 2017).

Específicamente, uno de los subsistemas del sistema de estrés, el eje HPA, se encarga de la distribución de recursos energéticos, homeostáticos y fisiológicos, y a su vez, de la regulación de las estrategias de vida a través de cambios en comportamientos defensivos, de riesgo, estatus reproductivo y fertilidad, emparejamiento y cuidado, memoria, aprendizaje y el desarrollo de sistemas emocionales (Del Giudice et al., 2011; Nesse et al., 2016; Crespi et al., 2013). En entornos de exposición constante a peligro, incertidumbre o poco control, el eje HPA permanece en hiperactivación y es altamente responsivo frente a amenazas, lo que permite la organización de estrategias rápidas y la adaptación de los individuos (Ellis et al., 2017a; Ellis et al., 2017b). En cambio, en contextos de baja amenaza y relativamente alta predictibilidad, se tiende a presentar una activación moderada del eje, lo que se relaciona con estrategias de vida lentas que permiten la supervivencia por medio de rasgos como la apertura social, sensibilidad a la retroalimentación social, mayor control inhibitorio y demora de gratificación (Ellis et al., 2017a).

Con respecto a TLP, una alta responsividad al estrés promueve estrategias rápidas en contextos impredecibles, pues se incrementa la vigilancia a la amenaza y se disminuye la sensibilidad a la retroalimentación social; eso se relaciona con las características de desregulación emocional que, a su vez, están relacionados con otros síntomas como impulsividad y comportamientos riesgosos (Brüne, 2016). Se ha encontrado una correlación entre ambientes adversos (e. g., historias de trauma) y alteraciones del eje HPA en individuos con TLP (Fernando et al., 2012). En este sentido, la modificación o alteración del sistema de estrés se ha propuesto como uno de los mecanismos claves, en el sentido biológico, para explicar cómo los individuos interiorizan comportamientos de estrategias rápidas de acuerdo con las señales contextuales recibidas, como es el caso del TLP. Como lo sugieren Boyce & Ellis (2005), los patrones de alta activación del estrés constituyen uno de los caminos integrativos a través de los cuales los factores ambientales y psicosociales se pueden reflejar en manifestaciones de la psicopatología.

Sistema conductual del apego. Es propuesto como un sistema psicobiológico innato que motiva la proximidad de la cría con sus figuras de apego, lo cual incrementa la probabilidad de supervivencia al mantenerla cercana a su fuente primaria de

seguridad, y fomenta la exploración del entorno, los sentimientos de protección y seguridad (Bowlby, 1969). Este sistema ha logrado ser una ventaja evolutiva para las crías que no se valen por sí mismas, como los infantes humanos, al prepararlas para las exigencias y disponibilidades del ambiente (Szepeswol & Simpson, 2019). Esto ocurre a partir de la integración de la información de las experiencias con los cuidadores en modelos de trabajo internos, los cuales son representaciones mentales que orientan las percepciones individuales, emociones, pensamientos, creencias y expectativas sobre las futuras relaciones y el ambiente en general (Bowlby, 1969; 1982). Los modelos de trabajo interno, entonces, impactarán la personalidad y el ajuste de diferentes procesos y comportamientos a lo largo de la vida, tales como las características de historias de vida (Mikulincer & Shaver, 2007). De esta forma, la calidad del cuidado parental sirve como un conducto a través del cual los niños reciben información sobre los riesgos y oportunidades en el ambiente, y se propuso como uno de los mecanismos más proximales a través de los cuales se desarrollan las estrategias de historia de vida (Ellis et al., 2006). El sistema de apego sería clave para la interiorización de claves contextuales por medio de la información recibida en la interacción con las figuras de apego en forma de creencias y esquemas cognitivos que median el desarrollo de estrategias de vida.

Para el caso de personas diagnosticadas con TLP, es común encontrar historias de interacciones asincrónicas con sus cuidadores en la infancia propias de un apego inseguro (Buchheim & Diamond, 2018; Steele et al., 2020; Peng et al., 2020). En este sentido, algunos autores como Szepeswol y Simpson (2019) proponen considerar los tipos de apego en términos de estrategias de vida lentas y rápidas. Particularmente, en el apego seguro el cuidador es sensitivo y consistente, así que el infante prevé que el mundo es seguro, que encontrará recursos para satisfacer sus necesidades y que las personas de su entorno son confiables. El apego seguro se relacionaría así con estrategias lentas que aumentan la adaptación en entornos seguros y predecibles. En contraste, en los apegos inseguros el cuidado es hostil, intermitente y de difícil predicción porque la señalización social puede ser escasa, inconsistente, amenazante o ambigua, lo cual hace al entorno social difícil y poco predecible. Para el TLP es común encontrar que las relaciones sociales sean inestables y desorganizadas (Linehan, 1993). Los individuos presentan comportamientos de manipulación y explotación de recursos a corto plazo (Ebert et al., 2013), como resultado de percepciones sesgadas y bajas expectativas de confianza, disponibilidad y consistencia acerca de los demás (Chisholm, 1996; Fonagy et al., 2000), y así mismo, una hipersensibilidad a los estímulos emocionales que indican potencial rechazo, abandono y hostilidad, lo que también puede relacionarse con conductas autolesivas de alto riesgo que pueden tener la función de incrementar la probabilidad de cuidado por parte de una figura de apego (Brüne, 2016). Estas características del apego inseguro son coincidentes con estrategias rápidas como formas de adaptación. Finalmente, se han encontrado relaciones entre TLP y otros comportamientos propios de estrategias rápidas relacionadas con la consecución de recursos a corto plazo, como el esperar un menor nivel de cuidado parental de parejas hipotéticas y el consentir actividades tempranas a edades más tempranas en comparación con personas sin la condición (Brüne et al., 2017). Dichas respuestas frente a ambientes hostiles podrían implicar

ventajas de supervivencia, tales como la consecución de objetivos en el corto plazo en individuos cuyo sistema de apego señala que el ambiente es difícil y hostil (Szepeswol & Simpson, 2019).

Interacciones entre los sistemas de estrés y apego. Además de la comprensión de sistemas psicobiológicos particulares, las interacciones conflictivas entre sistemas psicobiológicos o motivacionales podrían ser aspectos clave para la comprensión de los procesos de desarrollo y riesgo de comportamientos psicopatológicos (Liotti, 2017; Cassidy & Mohr, 2001). Informando este marco general con THV y los sistemas de estrés y apego, el TLP podría entenderse como un patrón conductual adaptativo resultado de la organización del sistema de apego en conjunto con el sistema de estrés ante la escasez de recursos de cuidado típicos de ambientes adversos (Brüne, 2016; Brüne et al., 2010; Brüne et al., 2017). Así, partiendo de una baja capacidad para la regulación emocional como resultado de la adaptación a contextos difíciles, las experiencias asincrónicas con los cuidadores implican una hiperactivación y alta responsividad del sistema de estrés (Brüne, 2016), haciendo incluso más frecuentes las dificultades en autorregulación y confianza características del TLP. Estas características pueden explicar otros síntomas como dificultad en la efectividad interpersonal, impulsividad y comportamientos de riesgo, todos enmarcados en una estrategia de vida rápida (Brüne, 2016). Una forma en que se organizan estas interacciones de sistemas psicobiológicos sería el modelo de calibración adaptativa (Brüne, 2016), en donde el sistema de estrés sería un mecanismo general que organiza otros mecanismos psicológicos y del desarrollo para regular estrategias que se pueden ubicar en el continuo rápido-lento. Algunos hallazgos empíricos que podrían sustentar esta interacción son que la presencia de un cuidador puede influir junto a otros factores en la reactividad del cortisol debido a su presencia y disponibilidad (Hostinar et al., 2014). Además, los estilos de apego se configuran a partir de los niveles de estrés psicosocial temprano y la corregulación provista por el entorno social que demarca la respuesta más eficaz frente al estrés (Ellis & Del Giudice, 2014). Estas discusiones tienen un potencial heurístico muy interesante para la necesaria investigación futura que necesitará clarificar tanto los mecanismos de interacción de los sistemas psicobiológicos como las potenciales oportunidades clínicas de considerar estas interacciones y los procesos subyacentes al funcionamiento e interacción de otros sistemas de conducta.

Algunas contribuciones de THV y sistemas de conducta a la psicología clínica

Contribuciones desde THV y sistemas de conducta han resultado prometedoras en términos de avances para los modelos preventivos en salud mental y explicativos de la etiología e intervención en psicopatología. Las estimaciones de riesgo y protección para la psicología clínica son tan necesarias como la comprensión de los procesos y mecanismos implicados en el origen, curso, desarrollo e intervención de los problemas comportamentales. Creemos que los aportes desde THV y sistemas de conducta contribuyen a comprender la variación expresada en los distintos fenotipos comportamentales, tanto los psicopatológicos presentados en relación con ambientes adversos que afectan los procesos referentes al bienestar global de los individuos, como a la variación comportamental saludable relacionada con condiciones

de seguridad suficientemente predecibles en la ecología social, de la comunidad y física. Las contribuciones evolutivas de THV y sistemas de conducta resultan en un énfasis de un abordaje clínico basado en la integración de la comunidad para la recuperación desde un análisis funcional del contexto (Richardson et al., 2019), así como en el valor preventivo de los microsistemas, representados en el soporte social temprano. Los efectos de este soporte son mejor entendidos considerando la sensibilidad de los sistemas psicobiológicos en los que las interacciones sociales moldean la fisiología vinculando distintos sistemas conductuales como el de estrés y de apego, que son organizadores tempranos de otros sistemas y procesos biológicos y conductuales. No es sorprendente entonces, que las intervenciones actuales más eficaces orientadas a personas con alteraciones en procesos regulatorios e historial adverso se beneficien de tratamientos proyectados a la optimización de las interacciones para la promoción de competencias regulatorias de la emoción (Fehrenbach et al., 2022), así como en la reparación de las competencias efectivas para las relaciones interpersonales. Una consecuencia de esta orientación es una mejor calibración de las respuestas del sistema de respuesta al estrés, como tiende a plantear la teoría polivagal y las intervenciones encaminadas a restaurar las respuestas fisiológicas propias del trauma complejo como la basada en experiencia somática (Graziano & Derefinko, 2013).

En línea con lo anterior, se pueden considerar los cinco dominios para la intervención y el cambio propuestos por Richardson et al. (2019): 1. La predictibilidad y la seguridad ambiental, aproximaciones interventivas orientadas a restaurar los vínculos, la integración social (sistemas de apego y cuidado) y el procesamiento de la experiencia emocional (sistema de estrés y miedo) (Cusack et al., 2016). 2. Manejo de creencias y esquemas que se relacionan con impredecibilidad o expectativas a futuro (Ellis et al., 2012). 3. Aumentos en Super-K (e. g., somático, parental, y el esfuerzo integrador de la comunidad). 4. Decremento en la competencia de apareamiento, arrastre hacia desarrollo de estrategias de vida lenta (e. g., esfuerzo de apareamiento, toma de riesgos y agresión). 5. Creencia que comportamientos más saludables y de cooperación hacia el futuro pueden fortalecer el valor como pareja, estatus y el acceso a recursos.

Por otro lado, la clínica puede nutrirse de la predicción derivada del denominado factor K diferencial y de competencia por el apareamiento provee una aproximación dimensional que subyace a una variedad de parámetros de historia de vida que hacen a los individuos más propensos a tener indicadores de salud general, en la estabilidad de su desarrollo, y en su funcionamiento mental y físico (Richardson et al., 2017). Un avance importante desde esta aproximación es la comprensión de desórdenes mentales como manifestaciones de dimensiones globales de supervivencia y estrategia reproductiva, en el que los recursos son destinados a corto plazo para la supervivencia, más que ser visto como un conjunto de síntomas aislados, lo que a su vez es consistente con propuestas psicobiológicas más generales y de utilidad para la clínica.

Conclusión general

En general, la aproximación evolutiva desde THV y sistemas de conducta se encuentran profundamente vinculadas con una mirada

procesual del comportamiento, y están orientadas al avance autocrítico en programas de investigación de corte psicométrico, longitudinal, experimental y predictivo. Una fortaleza y oportunidad de estas propuestas es su consistencia con perspectivas multicausales, multidireccionales y multidimensionales, situadas en miradas bioecológicas del comportamiento y el desarrollo humano (Richardson et al., 2019), que a su vez se orientan a la identificación de las variables evolutivas y psicobiológicas que subyacen las diferencias individuales comunes a problemas de salud mental (e. g., Belsky et al., 1991). Adicionalmente, como lo indica Baptista et al. (2021), se crea la posibilidad de desarrollar programas de prevención e intervención específicos para distintos momentos del desarrollo desde el conocimiento de las trayectorias de desarrollo de trastornos como el TLP. Todos estos avances teóricos e investigativos sugieren que aproximaciones metateóricas evolutivas seguirán teniendo un potencial heurístico enorme para la comprensión de la psicopatología y el mejoramiento de la eficacia psicoterapéutica. No obstante, existen una inmensa variedad de aproximaciones tanto evolutivas como psicológicas y psiquiátricas que gradualmente deberán ser incluidas dentro de modelos cada vez más integrativos. Desde el presente artículo proponemos un paso adicional para este proceso de integración y consiliencia metateórica al describir el potencial de complementar la comprensión de trastornos como el TLP al desarrollar la conexión explícita de distintos avances recientes e investigativos relativamente independientes: THV, distinciones entre causas próximas y remotas, y avances teóricos y aplicados sobre sistemas psicobiológicos de conducta.

Financiación

Este trabajo fue financiado por la Fundación Universitaria Konrad Lorenz.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses para ninguno de los autores.

Referencias

- Abed, R., Ayton, A., St John-Smith, P., Swanepoel, A., & Tracy, D. K. (2019). Evolutionary biology: An essential basic science for the training of the next generation of psychiatrists. *The British Journal of Psychiatry*, 215(6), 699-701. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.123>
- Aparicio, A. M., & Méndez, E. S. (2020). Tratamientos psicológicos personalizados: Orientaciones clínicas. *Papeles del Psicólogo*, 41(1), 16-26. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2915>
- Baerends, G. P. (1976). The functional organization of behaviour. *Animal Behaviour*, 24(4), 726-738. [https://doi.org/10.1016/s0003-3472\(76\)80002-4](https://doi.org/10.1016/s0003-3472(76)80002-4)
- Baptista, A., Cohen, D., Jacquet, P. O., & Chambon, V. (2021). The cognitive, ecological, and developmental origins of self-disturbance in Borderline Personality Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 707091. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.707091>
- Belsky, J., Steinberg, L., & Draper, P. (1991). Childhood experience, interpersonal development, and reproductive strategy: An evolutionary theory of socialization. *Child Development*, 62(4), 647-670. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1991.tb01558.x>

- Bolles, R. C., & Fanselow, M. S. (1980). A perceptual–defensive–recuperative model of fear and pain. *Behavioral and Brain Sciences*, 3(2), 291-323. <https://doi.org/10.1017/S0140525X0000491X>
- Bowers, R. I. (2018). A common heritage of behaviour systems. *Behaviour*, 155(5), 415-442. <https://doi.org/10.1163/1568539X-00003497>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment: Attachment and loss*. New York: Basic.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664-678. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x>
- Boyce, W. T., & Ellis, B. J. (2005). Biological sensitivity to context: I. An evolutionary-developmental theory of the origins and functions of stress reactivity. *Development and Psychopathology*, 17, 271-301. <https://doi.org/10.1017/s0954579405050145>
- Brüne, M. (2014). On aims and methods of psychiatry—a reminiscence of 50 years of Tinbergen’s famous questions about the biology of behavior. *BMC Psychiatry*, 14(1), 1695. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0364-y>
- Brüne, M. (2016). Borderline Personality Disorder why ‘fast and furious’? *Evolution, Medicine and Public Health*, 2016(1), 52-66. <https://doi.org/10.1093/emph/eow002>
- Brüne, M., Ghiassi, V., & Ribbert, H. (2010). Does Borderline Personality Disorder reflect the pathological extreme of an adaptive reproductive strategy? Insights and hypotheses from evolutionary life-history theory. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 7(1), 3-9. <https://link.gale.com/apps/doc/A228121873/AONE?u=anon-edddf4a6&sid=googleScholar&xid=d92e941f>
- Brüne, M., Jiaqing, O., Schojai, M., Decker, C., & Edel, M. A. (2017). Mating strategies and experience of early adversity in female patients with Borderline Personality Disorder: Insights from life history theory. *Personality and Individual Differences*, 113, 147-154. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.03.024>
- Buchheim, A., & Diamond, D. (2018). Attachment and Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics*, 41(4), 651-668. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.010>
- Burgal, F., & Pérez, N. (2017). Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad: una revisión. *Papeles del Psicólogo*, 38(2), 148-156. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2832>
- Burghardt, G. M., & Bowers, R. I. (2017). From instinct to behavior systems: An integrated approach to ethological psychology. In J. Call, G. M. Burghardt, I. M. Pepperberg, C. T. Snowdon & T. Zentall (Eds.), *APA handbook of comparative psychology: Basic concepts, methods, neural substrate, and behavior* (pp. 333–364). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000011-017>
- Buss, D. (2015). *Evolutionary psychology: The new science of the mind*. New York, NY: Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781315663319>
- Cassidy, J., & Mohr, J. J. (2001). Unsolvable fear, trauma, and psychopathology: Theory, research, and clinical considerations related to disorganized attachment across the life span. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 275–298. <https://doi.org/10.1093/clipsy.8.3.275>
- Charnov, E. L. (1993). *Life history invariants: Some explorations of symmetry in evolutionary ecology* (Vol. 6). Oxford University Press, USA.
- Chisholm, J. S. (1996). The evolutionary ecology of attachment organization. *Human Nature*, 7(1), 1-37. <https://doi.org/10.1007/BF02733488>
- Crespi, B. J. (2020). Evolutionary and genetic insights for clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 78, 101857. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101857>
- Crespi, E. J., Williams, T. D., Jessop, T. S., & Delehanty, B. (2013). Life history and the ecology of stress: How do glucocorticoid hormones influence life-history variation in animals? *Functional Ecology*, 27(1), 93-106. <https://doi.org/10.1111/1365-2435.12009>
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan’s theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495-510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>
- Cuijpers, P., Reijnders, M., y Huibers, M. (2018). El papel de los factores comunes en los resultados de la psicoterapia. *Revisión Anual de Psicología Clínica*, 15(1), 207-231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>
- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C., & Gaynes, B. N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43, 128-141. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003>
- Cuthbert, B. N., & Insel, T. R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC medicine*, 11(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-126>
- Del Giudice, M. (2014a). An evolutionary life history framework for psychopathology. *Psychological Inquiry*, 25(3-4), 261-300. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.884918>
- Del Giudice, M. (2014b). A tower unto heaven: Toward an expanded framework for psychopathology. *Psychological Inquiry*, 25(3-4), 394-413. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.925339>
- Del Giudice, M. (2016). The evolutionary future of psychopathology. *Current Opinion in Psychology*, 7, 44-50. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.07.010>
- Del Giudice, M., Ellis, B. J., & Shirlcliff, E. A. (2011). The adaptive calibration model of stress responsivity. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(7), 1562-1592. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.11.007>
- Domjan, M., & Gutiérrez, G. (2019). The behavior system for sexual learning. *Behavioural Processes*, 162, 184-196. <https://doi.org/10.1016/j.beproc.2019.01.013>
- Durisko, Z., Mulsant, B. H., McKenzie, K., & Andrews, P. W. (2016). Using evolutionary theory to guide mental health research. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 159-165. <https://doi.org/10.1177/0706743716632517>
- Ebert, A., Kolb, M., Heller, J., Edel, M. A., Roser, P., & Brüne, M. (2013). Modulation of interpersonal trust in borderline personality disorder by intranasal oxytocin and childhood trauma. *Social Neuroscience*, 8(4), 305-313. <https://doi.org/10.1080/17470919.2013.807301>
- Ellis, B. J., Del Giudice, M., Dishion, T. J., Figueredo, A. J., Gray, P., Griskevicius, V., & Wilson, D. S. (2012). The evolutionary basis of risky adolescent behavior: Implications for science, policy, and practice. *Developmental Psychology*, 48(3), 598-623. <https://doi.org/10.1037/a0026220>
- Ellis, B. J., & Del Giudice, M. (2014). Beyond allostatic load: rethinking the role of stress in regulating human development. *Development and Psychopathology*, 26(1), 1-20. <https://doi.org/10.1017/S0954579413000849>
- Ellis, B. J., & Del Giudice, M. (2017). Developmental adaptation to stress: An evolutionary perspective. *Annual Review of Psychology*, 70(1). <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122216-011732>

- Ellis, B. J., Del Giudice, M., & Shirtcliff, E. A. (2017a). The Adaptive Calibration Model of Stress Responsivity: Concepts, findings, and implications for developmental psychopathology. In T. P. Beauchaine & S. P. Hinshaw (Eds.), *Child and Adolescent Psychopathology* (3rd Ed.). New York: Wiley and Sons.
- Ellis, B. J., Jackson, J. J., & Boyce, W. T. (2006). The stress response systems: Universality and adaptive individual differences. *Developmental Review*, 26(2), 175-212.
<https://doi.org/10.1016/j.dr.2006.02.004>
- Ellis, B. J., Oldehinkel, A. J., & Nederhof, E. (2017b). The adaptive calibration model of stress responsivity: An empirical test in the Tracking Adolescents' Individual Lives Survey study. *Development and Psychopathology*, 29(3), 1001-1021.
<https://doi.org/10.1017/s0954579416000985>
- Fehrenbach, T., Sax, R. M., Urban, T. H., Simon-Roper, L., Novacek, J., Aaby, D. A., & Hodgdon, H. B. (2022). Trauma treatment for youth in community-based settings: Implementing the Attachment, Regulation, and Competency (ARC) framework. *Journal of Child and Family Studies*, 31(2), 434-446.
<https://doi.org/10.1007/s10826-021-02096-x>
- Fernando, S. C., Beblo, T., Schlosser, N., Terfehr, K., Otte, C., Löwe, B., Wolf, O. T., ..., Spitzer, C., Driessen, M., & Wingenfeld, K. (2012). Associations of childhood trauma with hypothalamic-pituitary-adrenal function in Borderline Personality Disorder and major depression. *Psychoneuroendocrinology*, 37(10), 1659-1668.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.02.012>
- Figueredo, A. J., Vásquez, G., Brumbach, B. H., Schneider, S. M., Sefcek, J. A., Tal, I. R., Hill, D., Wenner, C. J., & Jacobs, W. J. (2006). Consilience and life history theory: From genes to brain to reproductive strategy. *Developmental Review*, 26(2), 243-275.
<https://doi.org/10.1016/j.dr.2006.02.002>
- Fonagy, P., Target, M., & Gergely, G. (2000). Attachment and Borderline Personality Disorder: A theory and some evidence. *Psychiatric Clinics*, 23(1), 103-122.
[https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(05\)70146-5](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70146-5)
- Geary, D. C. (2002). Principles of evolutionary educational psychology. *Learning and Individual Differences*, 12(4), 317-345.
[https://doi.org/10.1016/S1041-6080\(02\)00046-8](https://doi.org/10.1016/S1041-6080(02)00046-8)
- George, C., & Solomon, J. (2008). The caregiving system: A behavioral systems approach to parenting. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 833-856). The Guilford Press.
- Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2019). Building an integrative science for psychotherapy for the 21st century: Preface and introduction. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(2), 151-163. <https://doi.org/10.1111/papt.12225>
- Gilbert, P. (2019). Psychotherapy for the 21st Century: An integrative, evolutionary, contextual, biopsychosocial approach. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(2), 164-189.
<https://doi.org/10.1111/papt.12226>
- Gilbert, P., Bailey, K. G., & McGuire, M. T. (2000). Evolutionary psychotherapy: Principles and outline. In P. Gilbert & K. G. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (p. 3-27). Brunner-Routledge.
- Graziano, P., & Derefinko, K. (2013). Cardiac vagal control and children's adaptive functioning: A meta-analysis. *Biological Psychology*, 94(1), 22-37.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2013.04.011>
- Greenberg, P. E., Fournier, A. A., Sisitsky, T., Simes, M., Berman, R., Koenigsberg, S. H., & Kessler, R. C. (2021). The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2010 and 2018). *Pharmacoeconomics*, 39(6), 653-665.
<https://doi.org/10.1007/s40273-021-01019-4>
- Han, W., & Chen, B.-B. (2020). An evolutionary life history approach to understanding mental health. *General Psychiatry*, 33(6), 1-9.
<https://doi.org/10.1136/gpsych-2019-100113>
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2020a). A process-based approach to psychological diagnosis and treatment: The conceptual and treatment utility of an extended evolutionary meta model. *Clinical Psychology Review*, 101908. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101908>
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Wilson, D. S. (2020b). Clinical psychology is an applied evolutionary science. *Clinical Psychology Review*, 81, 101892. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101892>
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Stanton, C. E. (2020c). Process-based functional analysis can help behavioral science step up to novel challenges: COVID-19 as an example. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 128-145. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.08.009>
- Hofmann, S. G., Curtiss, J., & McNally, R. J. (2016). A complex network perspective on clinical science. *Perspectives on Psychological Science*, 11(5), 597-605. <https://doi.org/10.1177/1745691616639283>
- Hostinar, C. E., Sullivan, R. M., & Gunnar, M. R. (2014). Psychobiological mechanisms underlying the social buffering of the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis: A review of animal models and human studies across development. *Psychological Bulletin*, 140(1), 256-282.
<https://doi.org/10.1037/a0032671>
- Hurtado, C., & Trebilcock, E. (2003). El mito de la enfermedad mental. Recuperado de: <https://www.colombiaaba.com/post/el-mito-de-la-enfermedad-mental>
- Layard, R. (2017). The economics of mental health. *IZA World of Labor*, 321 <https://doi.org/10.15185/izawol.321>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, Guilford.
- Liotti, G. (2017). Conflicts between motivational systems related to attachment trauma: Key to understanding the intra-family relationship between abused children and their abusers. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(3), 304-318.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2017.1295392>
- Maher, B. A. (1970). *Introduction to research in psychopathology*. McGraw-Hill International Editions, First Edition
- Mayr, E. (1961). Cause and effect in biology. *Science* (New York, N.Y.), 134(3489), 1501-1506. <https://doi.org/10.1126/science.134.3489.1501>
- McEwen, B. S., & Stellar, E. (1993). Stress and the individual: Mechanisms leading to disease. *Archives of Internal Medicine*, 153(18), 2093-2101.
<https://doi.org/10.1001/archinte.1993.00410180039004>
- McNally, R. J., Robinaugh, D. J., Wu, G. W., Wang, L., Deserno, M. K., & Borsboom, D. (2015). Mental disorders as causal systems: A network approach to posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychological Science*, 3(6), 836-849. <https://doi.org/10.1177/2167702614553230>
- Méndez, E. L., & Cabanillas, M. C. (2012). Desvelar el secreto de los enigmas despatologizar la psicología clínica. *Papeles del Psicólogo*, 33(3), 162-171.
Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=2135>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press.
- Nesse, R. M. (1999). What Darwinian medicine offers psychiatry. *Evolutionary medicine*, 351-374.

- Nesse, R. M. (2015). Evolutionary psychology and mental health. In D. M. Buss (Ed.), *The Handbook of Evolutionary Psychology* (pp. 903–927). Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470939376.ch32>
- Nesse, R. M., Bhatnagar, S., & Ellis, B. (2016). Evolutionary origins and functions of the stress response system. In G. Fink (Ed.), *Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior* (pp. 95-101). Elsevier Academic Press.
- Otto, B., Kokkeliink, L., & Brüne, M. (2021). Borderline Personality Disorder in a “Life History Theory” perspective: Evidence for a fast “Pace-of-Life Syndrome”. *Frontiers in Psychology*, 12, 715153. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.715153>
- Peng, W., Liu, Z., Liu, Q., Chu, J., Zheng, K., Wang, J., Wei, H., Zhong, M., Ying, L., & Yi, J. (2020). Insecure attachment and maladaptive emotion regulation mediating the relationship between childhood trauma and borderline personality features. *Depression and Anxiety*, 38, 28-39. <https://doi.org/10.1002/da.23082>
- Primero, G., & Moriana, J. A. (2011). Tratamientos con apoyo empírico. Una aproximación a sus ventajas, imitaciones y propuestas de mejora. *Revista de Investigación en Psicología*, 14(2), 185-203. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v14i2.2107>
- Promislow, D. E., & Harvey, P. H. (1990). Living fast and dying young: A comparative analysis of life-history variation among mammals. *Journal of Zoology*, 220(3), 417-437. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7998.1990.tb04316.x>
- Richardson, G. B., Hanson-Cook, B. S., & Figueredo, A. J. (2019). Bioecological Counseling. *Evolutionary Psychological Science*, 5, 472-486. <https://doi.org/10.1007/s40806-019-00201-4>
- Richardson, G. B., Sanning, B. K., Lai, M. H., Copping, L. T., Hardesty, P. H., & Kruger, D. J. (2017). On the psychometric study of human life history strategies: State of the science and evidence of two independent dimensions. *Evolutionary Psychology*, 15(1), <https://doi.org/10.1177/1474704916666840>
- Roff, D. A. (2002). *Life history evolution*. Sunderland, MA: Sinauer Associates.
- Shackelford, T. K., & Zeigler-Hill, V. (2017). *The evolution of psychopathology*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-60576-0>
- Steele, K. R., Townsend, M. L., & Grenyer, B. F. (2020). Parenting stress and competence in borderline personality disorder is associated with mental health, trauma history, attachment, and reflective capacity. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 7(8). <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00124-8>
- Syme, K. L., & Hagen, E. H. (2020). Mental health is biological health: Why tackling “diseases of the mind” is an imperative for biological anthropology in the 21st century. *American Journal of Physical Anthropology*, 171, 87-117. <https://doi.org/10.1002/ajpa.23965>
- Szasz, T. S. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15(2), 113-118. <https://doi.org/10.1037/h0046535>
- Szepsenwol, O., & Simpson, J. A. (2019). Attachment within life history theory: An evolutionary perspective on individual differences in attachment. *Current Opinion in Psychology*, 25, 65-70. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.03.005>
- Taji, W., Scrivner, C., & Maestripieri, D. (2020). Toward a general theory of human individual differences: Can evolutionary psychology meet the challenge? *Evolutionary Behavioral Sciences*, 14(4), 384-389. <https://doi.org/10.1037/ebs0000216>
- Timberlake, W. (1994). Behavior systems, associationism, and Pavlovian conditioning. *Psychonomic Bulletin & Review*, 1(4), 405-420. <https://doi.org/10.3758/bf03210945>
- Timbergen, N. (1963). On aims and methods of Ethology. *Zeitschrift Für Tierpsychologie*, 20(4), 410-433. <https://doi.org/10.1111/j.1439-0310.1963.tb01161.x>
- Valenstein, E. (2002). *Blaming the brain: The truth about drugs and mental health*. Simon and Schuster.
- Wolf, M., & McNamara, J. M. (2012). On the evolution of personalities via frequency-dependent selection. *The American Naturalist*, 179(6), 679-692. <https://doi.org/10.1086/665656>
- Zagaria, A., & Zennaro, A. (2020). Psychology: A giant with feet of clay. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 54(3), 521-562. <https://doi.org/10.1007/s12124-020-09524-5>

Artículo

Trastornos mentales y responsabilidad criminal en el Tribunal Supremo español

Lucía Leal-Palazón¹ , Lidia Lozano-Gutiérrez¹ , Manuel G. Jiménez-Torres¹  y M. Carmen Cano-Lozano² 

¹ Universidad de Granada, España, ² Universidad de Jaén, España

INFORMACIÓN

Recibido: Abril 28, 2022

Aceptado: Junio 20, 2022

Palabras clave

Trastorno mental

Responsabilidad criminal

Imputabilidad

Psicología forense

RESUMEN

Antecedentes: La responsabilidad criminal de una persona con trastorno mental puede modificarse si las capacidades cognitivas y/o volitivas están alteradas. El objetivo es conocer la repercusión que los trastornos mentales tienen en la determinación de la imputabilidad en la jurisprudencia española actual. *Método:* Estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de 360 sentencias del Tribunal Supremo entre 2015 y 2019. *Resultados:* Se modificó la responsabilidad en un 37.9% de los casos: 5.1% eximentes completas, 13.3% eximentes incompletas y 81.3% atenuantes. Los trastornos del espectro de la esquizofrenia y trastornos psicóticos fueron los más frecuentes en la exención completa y los trastornos de personalidad en la incompleta. Los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos fueron los más representados en la atenuación de la responsabilidad. *Conclusiones:* El diagnóstico de un mismo trastorno mental puede conllevar diferentes grados de imputabilidad. La adopción de medidas terapéuticas es excepcional.

Mental disorders and criminal responsibility in the Spanish Supreme Court

ABSTRACT

Background: The criminal responsibility of a person with a mental disorder can be modified if their cognitive and/or volitional capacities are altered. The aim is to ascertain the repercussions that mental disorders have on the determination of imputability in current Spanish jurisprudence. *Method:* A retrospective descriptive study is presented through the review of 360 sentences of the Supreme Court from 2015 to 2019. *Results:* The results show that responsibility was modified in 37.9% of the cases: 5.1% complete exemptions, 13.3% incomplete exemptions, and 81.3% mitigating circumstances. The most represented disorders among the complete exemption cases were those on the schizophrenia spectrum and other psychotic disorders, and personality disorders were the most represented for incomplete exemption. Substance-related and addictive disorders were the ones most represented in responsibility attenuation. *Conclusion:* The diagnosis of the same mental disorder can lead to different degrees of imputability. The adoption of therapeutic measures is the exception, not the rule.

Keywords:

Mental disorder

Criminal responsibility

Imputability

Forensic psychology

Trastornos Mentales y Responsabilidad Criminal en el Tribunal Supremo Español

La doctrina española establece que puede ser declarado responsable criminalmente de los hechos juzgados quien, a tiempo de cometer la infracción penal, gozaba de plena capacidad para comprender la ilicitud del hecho (capacidad cognitiva) y la capacidad de dirigir su actuación conforme a dicho entendimiento (capacidad volitiva) (Molina et al., 2009). Esta capacidad de actuar conforme al derecho administrativo sancionador es lo que se conoce como imputabilidad (Barrios, 2015).

Hay tres niveles de circunstancias psíquicas que pueden cambiar la responsabilidad criminal (RC) en el Derecho español (Pérez-Sauquillo, 2018). En el grado completo de imputabilidad, el entendimiento y la voluntad no están distorsionados ni sometidos a alteraciones o enfermedades mentales. A nivel de RC parcial o semi-imputabilidad, la persona sufre o ha sufrido una alteración o enfermedad mental que interfiere en sus funciones psíquicas superiores, sin anularlas por completo. En el nivel de inimputabilidad, la capacidad cognitiva y/o volitiva se encuentra anulada, existiendo una correspondencia causal perfecta entre el trastorno y el delito (Cano-Lozano, 2006).

La sentencia de RC exige que el estado mental sea reconstruido retrospectivamente en el momento del delito (Mandarelli et al., 2019), valorando tres aspectos cruciales en la resolución de la imputabilidad: establecer el diagnóstico clínico, objetivando el grado de envergadura de las disfunciones mentales, analizar el efecto psicológico que produce el trastorno en la cognición y/o volición y poner en relación de causalidad la alteración psicológica con el delito en cuestión (Dujo et al., 2016).

A pesar de la consideración que la justicia otorga a la alteración mental, existe una alta prevalencia de patología psíquica en la población penitenciaria (Esbec y Echeburúa, 2016). La investigación evidencia que, al ingreso en prisión, la necesidad de tratamiento en el área Psiquiátrica es elevada, pues la mayoría de reclusos presenta sintomatología ansiosa, depresiva y déficits cognitivos (Casares-López et al., 2012). Diversos estudios sobre prevalencia de trastornos mentales en Instituciones Penitenciarias en España, (López et al., 2016; Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2016; Vicens et al., 2011) han señalado que en torno al 85% de los internos tenía antecedentes de haber padecido algún problema de salud mental a lo largo de su vida, siendo los más prevalentes el trastorno por consumo de sustancias, los trastornos afectivos y los trastornos psicóticos.

Contrariamente al interés existente, son escasos los trabajos que analizan el tratamiento jurídico de los trastornos mentales en España; los estudios son antiguos, centrados en una población concreta o en trastornos mentales específicos. Cano-Lozano et al. (2008) revisaron las sentencias del Tribunal Supremo comprendidas entre 1995 y 2006 que solicitaban la modificación de la RC por motivos psicológicos, encontrando que las eximentes completas e incompletas representaban un 35% de las figuras legales estimadas, mientras que las atenuantes un 65%. Pintado (2019) revisó las sentencias dictadas en el País Vasco entre 2010 y 2018 y observó que se eximió de RC únicamente en un 9.6% de ocasiones, siendo la esquizofrenia la alteración con mayor fuerza en la modificación de la responsabilidad. Lorenzo et al. (2016), Mohino et al. (2011) y Penado y González (2015) hicieron lo propio respecto a los trastornos

de la personalidad, concluyendo que la reducción de la RC de este grupo diagnóstico es ligera, más enfatizada si hay comorbilidad. Beizama et al. (2016) lo estudiaron respecto a la discapacidad intelectual, señalando que la presencia de este trastorno en la jurisprudencia española es susceptible de convertirse en una circunstancia modificativa de la RC en la mayoría de los casos.

El presente estudio surge con el propósito de alumbrar el tratamiento que la alteración mental tiene en el contexto penal actual, con el fin de ayudar a los profesionales del sistema de Justicia a identificar la influencia de los trastornos mentales en la resolución de la imputabilidad, así como a tomar decisiones adecuadas respecto a las medidas a aplicar. De este modo, la principal aportación de nuestro estudio es el análisis conjunto de las diferentes alteraciones psicológicas en el contexto penal actual, en todo el territorio nacional.

El objetivo es conocer la repercusión que los trastornos mentales tienen en la determinación de la imputabilidad en la jurisprudencia española actual. Los objetivos específicos son describir el perfil delictivo y psicológico de las personas implicadas en estas situaciones, incluyendo el sexo, los antecedentes, los tipos delictivos, la alteración psicológica que padecen y su comorbilidad. En segundo lugar, averiguar las características jurídicas del recurso en cuanto a RC, figuras legales que se alegan y se estiman, cambios de criterio respecto al Tribunal Sentenciador y tipo de penas o medidas privativas de libertad. Finalmente, establecer la interdependencia psicológico-jurídica, estudiando la relación entre las alteraciones psicológicas y la RC, las figuras legales eximentes y atenuantes.

Método

Se realizó un estudio de corte empírico, descriptivo y retrospectivo mediante la revisión de sentencias, de acuerdo con la clasificación propuesta por Montero y León (2007).

Material y Procedimiento

Las sentencias fueron recopiladas a través de la base de datos de Ciencias Jurídicas Aranzadi digital (Thomson Reuters). Se seleccionaron las correspondientes a la Sala Penal del Tribunal Supremo español durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2019, optando por las sentencias del Tribunal Supremo por tratarse del último órgano resolutorio y la fuente más autorizada en esta materia. Como marcadores en la búsqueda se emplearon aquellos términos asociados a los constructos psicológicos que constan en el Código Penal (1995) respecto a las figuras legales (ver tabla 1).

En la fase de búsqueda se obtuvieron un total de 449 sentencias, descartándose 89 en la fase de cribado, de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Se extrajeron de las sentencias los encausados en el proceso penal que se resolvieron responsables del delito o autores materiales inimputables. El encausado cumplía, además, la condición de solicitar o haber solicitado alguna de las eximentes y/o atenuantes por motivos psicológicos recogidos en el Código Penal (1995), con independencia del momento del proceso en el que se solicitó, siendo la única condición que se mencionase en alguno de los apartados de la sentencia del Tribunal Supremo. Se tuvieron en cuenta todos los individuos, con independencia de

Tabla 1.
Marcadores terminológicos.

Artículo del Código Penal	Marcador terminológico
20.1	Anomalia psíquica Alteración psíquica Trastorno mental transitorio Enajenación mental *
20.2	Intoxicación plena Síndrome de abstinencia
20.3	Alteración en la percepción
20.6	Miedo insuperable
21.2	Grave adicción
21.3	Arrebato Obcecación Estado pasional
21.7	Atenuante por analogía

Nota: * Se incluyó el término enajenación mental dada su alta representación en el campo jurídico, a pesar de ser un constructo obsoleto.

quién presentó el recurso y los motivos por los que lo solicitó. Se excluyeron las sentencias en las que, a pesar de contener los marcadores terminológicos, no se solicitaba ni aplicaba modificación de la responsabilidad por motivos psicológicos, las que declaraban juicio nulo o absolvían al encausado por motivos ajenos a los psicológicos y las sentencias en las que no constaban todas las partes pertinentes. Se decidió excluir aquellas sentencias en las que se declaraba el juicio nulo o se absolvía al encausado por motivos ajenos a los psicológicos ya que en estas sentencias no se determina la existencia de delito alguno, por lo que el encausado no podría ser responsable del mismo.

En la fase de codificación se volcaron los datos de 360 sentencias, obteniendo una muestra total de 501 encausados. Se extrajo la información de 15 variables. En algunas sentencias no se pudieron registrar todos los datos por no constar de forma explícita.

En el **apéndice A** se define el conjunto de variables registradas, así como sus diferentes categorías.

La codificación de las sentencias fue realizada por dos jueces independientes. Cada uno de los jueces codificó un 45% del total de las sentencias. El 10% restante fue codificado, de manera independiente, por ambos jueces con el fin de asegurar la exhaustividad y coincidencia de los datos recolectados. Una vez finalizada la codificación se analizó la concordancia de los datos obtenidos en estas sentencias, observando que los dos jueces implicados codificaron de la misma forma el 100% de los datos.

Análisis

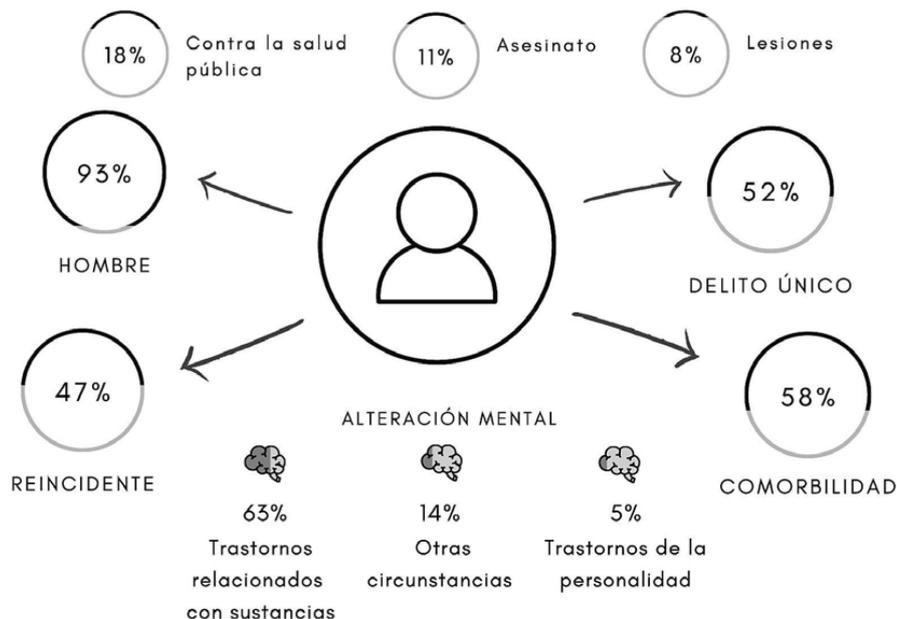
Se utilizó estadística descriptiva mediante análisis de frecuencias y porcentajes. La distribución de frecuencias se comparó con la prueba chi-cuadrado, utilizando la prueba binomial cuando la variable era dicotómica. Se contrastó la normalidad de los datos en las variables cuantitativas con la prueba Kolmogorov-Smirnov. Se emplearon tablas de contingencia para el estudio de la asociación entre variables nominales. Todos los análisis fueron contrastados a un nivel de significación $\alpha < .05$. Los análisis se realizaron con el programa SPSS 25.0.

Resultados

Perfil Psicológico-Delictivo

La **figura 1** representa el perfil psicológico-delictivo de los encausados. De los 501 individuos encausados, 464 (92.6%) eran hombres. La información referente a los antecedentes penales constaba en 368 casos, de los cuales 174 (47.3%) tenían antecedentes penales. En cuanto al tipo delictivo, 260 (51.9%) fueron juzgados por la comisión de un único delito y los 241

Figura 1.
Perfil psicológico-delictivo del encausado



(48.1%) restantes fueron juzgados por dos o más delitos. El delito contra la salud pública es el más frecuente (18.2%), seguido por el asesinato (10.5%), el delito de lesiones (7.6%) y el robo (7.4%).

La alteración psicológica fue definida en base a los criterios diagnósticos para los trastornos mentales del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (2013)*. Además, se incluyeron otras circunstancias que, sin ser trastornos mentales, pudieron alterar el estado psicológico del individuo (para más información, consultar el *Apéndice A*). El 57.5% de los encausados presentaban comorbilidad de patologías. Por este motivo, el total de alteraciones contabilizadas (783) es superior al número de individuos encausados (501). Las categorías psicopatológicas que se observaron en mayor frecuencia, sin diferenciar entre alteración principal o alteración comórbida, fueron la relacionada con sustancias y trastornos adictivos (62.8%), concretamente el consumo de otras sustancias o sustancias desconocidas (22.1%), consumo de estimulantes (12.6%) e intoxicación por alcohol (6.1%). Le seguía, muy por debajo, la categoría “otras circunstancias” (13.7%), siendo las más frecuentes la discusión o pelea (4.5%) y los problemas de relación (4.0%). El tercer grupo psicopatológico más frecuente fueron los trastornos de la personalidad (5.1%), en concreto el trastorno de personalidad no especificado (2.4%) y los trastornos de personalidad paranoide y antisocial, en igual proporción (0.6%).

Resultados Jurídicos

La RC de los encausados quedó reducida o anulada en 190 (37.9%) ocasiones, independientemente de la instancia en la que se resolvió. De las sentencias que incluyeron una reducción o anulación de la RC, se estimaron figuras legales eximentes en 10 (5.3%) casos, figuras semi-eximentes en 26 (13.7%) y figuras atenuantes en 154 (81.0%) ocasiones. En 202 (40.3%) casos se alegó más de una figura legal, por este motivo, el total de figuras legales alegadas contabilizadas (761) es superior al número de individuos encausados (501). En tres ocasiones, se estimaron dos figuras legales a un mismo encausado, por ello el total de figuras legales estimadas contabilizadas (193) es superior al número de sentencias en las que se modificó la RC (190).

La figura legal que se alegó en mayor frecuencia fue la atenuante de grave adicción, con un destacado porcentaje del 29.2%. Le siguen muy por debajo la atenuante de arrebato u obcecación (8.7%) y la eximente incompleta en relación con anomalía o alteración psíquica (8.5%). La figura legal que se estimó en mayor frecuencia fue, igualmente, la atenuante de grave adicción (34.7%), seguida de la atenuante analógica en relación con grave adicción (23.3%) y la atenuante analógica en relación con anomalía o alteración psíquica (8.3%).

Del total de encausados, 393 (78.4%) presentaron recurso ante el Tribunal Supremo solicitando la revisión de la RC por motivo psicológico. El resto no presentaron recurso o lo presentaron por otros motivos. De los 190 casos en que se estimaron figuras legales atenuantes y eximentes, 167 (87.9%) se concedieron en instancias previas, y 23 (12.1%) cuando se recurrió en casación al Tribunal Supremo. Es decir, de los 393 casos en que se recurrió al Tribunal Supremo solicitando la modificación de la RC por motivos psicológicos, únicamente en 23 (5.8%) hubo un cambio de criterio respecto a lo dictado por el Tribunal Sentenciador.

Resultados Forenses

La *tabla 2* muestra la relación entre las alteraciones psicológicas y las figuras legales eximentes y atenuantes estimadas. La categoría nosológica de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos cuenta con la mayor frecuencia de figuras legales estimadas (64.2%). Le siguen otras circunstancias (10.4%), espectro de la esquizofrenia (8.8%) y trastornos de la personalidad (7.3%).

Al analizar las alteraciones mentales padecidas por los encausados en función de la modificación de su RC (exención completa, exención incompleta y atenuación, respectivamente), se observó que en los 10 casos en los que se eximió completamente de responsabilidad, hasta en un 70.0% estaban diagnosticados de trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y un 20.0% de trastorno neurocognitivo. En los 26 casos en que se eximió de forma incompleta, los trastornos de la personalidad fueron los más representados (23.1%), seguidos de los trastornos relacionados con sustancias y otras circunstancias, en igual proporción (19.2%). En los 154 casos en que se atenuó la responsabilidad, un 77.3% padecían trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. Le siguen otras circunstancias (8.4%) y los trastornos de la personalidad (5.2%).

En 12 casos se aplicaron medidas de seguridad privativas de libertad, de los cuales en 11 se optó por internamiento en centro psiquiátrico, siendo en su mayoría individuos con trastornos del espectro de la esquizofrenia (58.3%). Únicamente en un caso, se optó por internamiento en centro de deshabitación.

Discusión

El análisis de jurisprudencia del Tribunal Supremo realizado pone de manifiesto que el perfil de los infractores aquejados de trastornos mentales es en su mayoría de sexo masculino y que una alta proporción son reincidentes. Los tipos delictivos más frecuentes son el delito contra la salud pública (18.2%), el asesinato (10.5%) y el delito de lesiones (7.6%). Las alteraciones psíquicas más prevalentes en la muestra son, con amplia diferencia, los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos (64.1%), seguidos por el grupo de circunstancias que, no siendo trastornos mentales al uso, alteraron el estado mental del encausado (15.8%) y los trastornos de la personalidad (5.4%); hasta en un 57.1% de los casos con comorbilidad de patologías. En el estudio realizado por *Cano-Lozano et al. (2008)* entre 1995 y 2006, obtuvieron un perfil psicológico-delictivo análogo, coincidente en las tipologías y variando muy ligeramente las frecuencias.

El Tribunal Supremo admite la revisión de 393 casos por motivos psicológicos, cambiando de criterio respecto al Tribunal Sentenciador únicamente en 23 (5.8%). De estos resultados se puede deducir que la propensión del Tribunal Supremo es mantener los criterios de resoluciones anteriores. A idénticas conclusiones llegaron *Mohino et al. (2011)* en su estudio de la jurisprudencia española.

La RC de los encausados se modifica por motivos psicológicos en 190 (37.9%) casos; las eximentes completas e incompletas representan el 19.0% y las atenuantes el 81.0%. *Cano-Lozano et al. (2008)* encontraron una distribución de eximentes completas e incompletas del 35% y atenuantes en un 65%. Parece que la

Tabla 2.
Figuras legales estimadas en función de la alteración psicológica principal

Alteración psicológica principal	Figura legal estimada					Total
	Frecuencia (%)					
	20.1	21.1	21.2	21.3	21.7	
Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos	-	5 (2,6)	62 (32,1)	1 (0,5)	56 (29,0)	124 (64,2)
Otras circunstancias	-	5 (2,6)	1 (0,5)	4 (2,1)	10 (5,2)	20 (10,4)
Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	7 (3,6)	4 (2,1)	1 (0,5)	-	5 (2,6)	17 (8,8)
Trastornos de la personalidad	-	6 (3,1)	2 (1,0)	1 (0,5)	5 (2,6)	14 (7,3)
Trastorno del desarrollo neurológico	-	2 (1,0)	1 (0,5)	-	1 (0,5)	4 (2,1)
Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés	-	1 (0,5)	-	1 (0,5)	-	2 (1,0)
Trastornos neurocognitivos	2 (1,0)	-	-	-	1 (0,5)	3 (1,6)
No consta	-	3 (1,6)	-	-	-	3 (1,6)
Trastorno bipolar y trastornos relacionados	1 (0,5)	-	-	-	1 (0,5)	2 (1,0)
Trastorno de ansiedad	-	-	-	-	1 (0,5)	1 (0,5)
Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados	-	-	-	-	1 (0,5)	1 (0,5)
Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados	-	-	-	-	1 (0,5)	1 (0,5)
Trastornos parafilicos	-	-	-	-	1 (0,5)	1 (0,5)
Total	10 (5,2)	26 (13,6)	67 (34,7)	7 (3,6)	83 (43,0)	193 (100,0)

tendencia ha sido aumentar la aplicación de atenuantes en detrimento de las eximentes.

En los 10 casos que se exige de forma completa de RC, en un 70.0% el diagnóstico es del espectro de la esquizofrenia. En los 26 casos en que se exige de forma incompleta, los trastornos de la personalidad son los más representados (23.1%), seguidos de los trastornos adictivos y otras circunstancias, en igual proporción (19.2%). En los 154 casos en que se atenúa la responsabilidad, hasta un 77.3% padecen trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.

Los resultados indican que los trastornos del espectro de la esquizofrenia son los que presentan una mayor fuerza en la modificación de la RC. El 28.0% de los casos quedan exentos completamente de responsabilidad y el 16.0% exentos de forma incompleta. La figura legal más estimada es la eximente completa de anomalía o alteración psíquica. La revisión de sentencias del País Vasco llevada a cabo por [Pintado \(2019\)](#) muestra una exención completa en personas con esquizofrenia del 32% y una exención incompleta del 46%. [Mandarelli et al. \(2019\)](#) llegaron a la conclusión de que los acusados inimputables tenían más probabilidades de verse afectados por trastornos del espectro de la esquizofrenia y del espectro bipolar. La revisión teórica de [Esbec y Echeburúa \(2016\)](#) señala, del mismo modo, que la tendencia natural respecto a la imputabilidad de la esquizofrenia es hacia la eximente completa.

Por lo que respecta a los trastornos de la personalidad, en más de la mitad de los casos se modifica su RC: 29.6% atenuantes y 22.2% eximentes incompletas. La figura legal estimada en mayor

frecuencia es la atenuante analógica con respecto a anomalía o alteración psíquica. [Lorenzo et al. \(2016\)](#) estudiaron el tratamiento jurisprudencial de los trastornos de la personalidad llegando a la conclusión de que el Tribunal Supremo, como regla general, entiende que estos trastornos se valoran penalmente como atenuante analógica, que los simples rasgos desadaptativos de personalidad no inciden en la imputabilidad y que la eximente incompleta es excepcional y queda reservada para casos muy graves o asociados a toxicomanías u otros trastornos mentales. Coinciden en las conclusiones [Mohino et al. \(2011\)](#), señalando que en su muestra la RC en los trastornos de la personalidad varía en relación con el tipo de trastorno, su gravedad, su comorbilidad, el nivel de influencia sobre la capacidad volitiva, el tipo de conducta delictiva y las circunstancias específicas. Con estos datos, se puede concluir que los trastornos de la personalidad tienen una fuerza ligera en la modificación de la RC, que puede ser enfatizada por múltiples factores y que la tendencia jurisprudencial es considerarla atenuante analógica.

Los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos conforman la alteración más prevalente y, aunque en más de la mitad de los casos se les considera plenamente responsables de los hechos, son el grupo psicopatológico con mayor número de figuras atenuantes estimadas. La figura legal más estimada es la atenuante de grave adicción. [Muñoz \(2014\)](#) estudió el tratamiento jurisprudencial del drogodependiente, encontrando que la mayor parte de los problemas que se presentan en la práctica jurídico-penal vienen derivados de este grupo psicopatológico. Durante

mucho tiempo se ha establecido una relación directa entre la delincuencia y el abuso de sustancias, funcionando el consumo como disparador de múltiples delitos en la mayor parte de personas con trastornos mentales (Esbec y Echeburúa, 2014). En el presente estudio representan el 64.1% de la muestra, en el de Cano-Lozano et al. (2008) el 60.8% y en el estudio de Pintado (2019) el 72.6%. Estos datos son la confirmación de la gran influencia que la drogodependencia tiene en la delincuencia. La mayoría de los adictos son responsables criminalmente de las conductas delictivas cometidas (61.4%), pero la adicción puede en algunos casos socavar la capacidad de la persona para controlar su conducta. Cuando esto se prueba, se atenúa la responsabilidad (37.1%) o se exime de forma incompleta de ella (1.6%).

Según las estadísticas del Consejo General del Poder Judicial (2022), entre enero de 2015 y diciembre de 2019, la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo resolvió un total de 4133 sentencias; 360 (8.7%) solicitaban atenuantes o eximentes por motivos psicológicos. En dicho periodo, hasta 501 encausados solicitaron la modificación de su RC por afecciones psicológicas. Apremia contar con profesionales de la Psicología Forense que sirvan de auxilio a la Justicia, pues la alteración psicológica está, como hemos objetivado, innegablemente presente en el contexto jurídico.

Los datos aportados en nuestro trabajo constatan la importancia de la prueba pericial y sientan las bases de la necesidad de elaborar instrumentos y protocolos de evaluación específicos que, desde una perspectiva dimensional, permitan no sólo el diagnóstico del trastorno mental, sino que consigan valorar fielmente la existencia de una relación de causalidad entre éste y el delito cometido. Estos protocolos de evaluación deberán ser especialmente exhaustivos en lo que se refiere a los trastornos adictivos, dado que representan casi dos tercios (62.8%) de los casos.

En cuanto a la adopción de medidas terapéuticas, únicamente en 11 casos se impone el internamiento en centro psiquiátrico y en un caso en centro de deshabitación. Es reseñable que, a pesar de reconocer hasta en 190 ocasiones la influencia de trastornos mentales en el estado mental de los encausados, no se han adoptado medidas alternativas que cumplan la función de rehabilitación y reinserción social que establece la ley. Ya detectaron esta problemática Martínez et al. (2001), pues de las 200 sentencias del Tribunal Supremo que revisaron entre 1992 y 1998, salvo en un caso, la medida se redujo a la aplicación de una pena menor. Casi 20 años después, la tendencia sigue siendo la misma y la adopción de medidas terapéuticas es innegablemente excepcional.

Estos alarmantes datos ponen de manifiesto la necesidad de potenciar la adopción de medidas terapéuticas. El tratamiento psicológico especializado no sólo tiene repercusiones en el bienestar de las personas, sino que repercute positivamente en la sociedad: se reduciría notablemente el riesgo de reincidencia.

Es igualmente imprescindible reforzar el tratamiento terapéutico en los Centros Penitenciarios. La alta prevalencia de patología psíquica (en torno al 85%), principalmente trastornos adictivos, precisa atención especializada. Considerando las cifras objetivadas en nuestro estudio, es inevitable reflexionar acerca de la gran importancia que tienen los equipos de tratamiento de los Centros Penitenciarios.

La RC no depende en exclusiva del diagnóstico clínico, tiene que relacionarse causalmente con la comisión del delito y haber alterado las capacidades cognitivas y volitivas del autor.

Corresponde al perito recolectar e interpretar los datos y al juez evaluar la veracidad de las hipótesis en conflicto a partir de la interpretación de esos datos (Subijana y Echaburúa, 2022). Por ello, cuanto mayor sea el conocimiento que tengan los juzgadores respecto a los trastornos mentales y sus implicaciones, las resoluciones judiciales estarán más ajustadas a las características de estos individuos. Nuestro trabajo pone de relieve la necesidad de una adecuada coordinación y cooperación de todos los agentes implicados en el proceso judicial.

Es en esta necesidad donde se gesta la idea de este estudio, en un afán por conocer el tratamiento jurisprudencial actual que reciben los trastornos mentales y, de este modo, optimizar nuestra labor como auxiliares de la Justicia. De esta forma, se ofrece una panorámica nacional actualizada, en un marco temporal de cinco años, que permite la comparación entre los diferentes grupos psicopatológicos y su prevalencia en el ámbito penal. Además, amplía el conocimiento de las penas y medidas de seguridad que se adoptan.

Como limitaciones, señalar que en las sentencias revisadas apareció un conglomerado de términos que refleja la multiplicidad de enfoques existentes en la clínica, dificultando su estructuración y estudio. Además, la falta de unicidad terminológica impidió realizar una búsqueda de sentencias exhaustiva, quedando fuera del estudio todas aquellas que no se ajustaban a los términos genéricos empleados. Por otro lado, la selección de la jurisprudencia del Tribunal Supremo lleva aparejada un cierto sesgo, ya que es menos frecuente que los delitos menores lleguen a instancias superiores. Por último, señalar que el estudio retrospectivo de las sentencias limitó la información disponible, no pudiendo contar con lo relativo a la evaluación de la alteración psicológica.

La determinación de la RC de las personas con trastornos mentales es esencial para que las resoluciones judiciales y las medidas asumidas se ajusten a las necesidades de estos individuos. Dada la trascendencia de la labor del perito en este contexto, planteamos como futura línea de investigación el estudio pormenorizado de las funciones del perito en la justicia, así como su influencia en el dictamen de la imputabilidad. Sería interesante conocer cómo cambia la resolución en función de la existencia de peritaje psicológico, del número de peritos que intervienen, la parte que lo solicita y su intervención en el juicio oral. Finalizar incidiendo en la necesidad crucial de que Psicología y Derecho interactúen en la búsqueda de la mejor justicia.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses.

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* (Fifth Edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barrios, L. F. (2015). La internación psiquiátrica por razón penal en España: ejecución de la medida en el ámbito penitenciario. *Revista Criminalidad*, 57(1), 45-60.
- Beizama, Y., García, I., Almenara, M. E., Larrañaga, L., Romero, A., y Horcajo, P. J. (2016). El delincuente con discapacidad intelectual: reflexiones psicojurídicas sobre su responsabilidad criminal y las medidas de seguridad. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 16(1), 97-113.

- Cano-Lozano, M. C. (2006). Evaluación psicológica de la imputabilidad. En J. C. Sierra, E. M. Jiménez y G. Buela-Casal (Coords.), *Psicología forense: manual de técnicas y aplicaciones* (pp. 157-173). Biblioteca Nueva.
- Cano-Lozano, M. C., Ribes, I., y Contreras, L. (2008). Análisis psicológico y jurídico de las sentencias del Tribunal Supremo que eximen o atenúan la responsabilidad penal por motivos psicológicos. En F. J. Rodríguez, C. Bringas, F. Fariña, R. Arce y A. Bernardo (Eds.), *Psicología Jurídica. Entorno Judicial y Delincuencia* (pp. 73-84). Gráficas Covadonga.
- Casares-López, M., González-Menéndez, A. M., Fernández-García, M. P., y Villagrà, P. (2012). Evaluación de la eficacia de un tratamiento libre de drogas intrapenitenciario. *Psicothema*, 24(2), 217-223.
- Consejo General del Poder Judicial (2022). *Servicio de estadísticas*. Centro de Documentación Judicial. <https://www.poderjudicial.es/search/estadisticas/boards/jurisprudencia/general.jsp>
- Dujo, V., Horcajo, P. J., y González-Trijueque, D. (2016). Informe pericial psicológico: drogadicción y responsabilidad penal. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 16, 114-128.
- Esbec, E., y Echeburúa, E. (2014). La prueba pericial en la jurisdicción penal en los consumidores de drogas y drogodependientes: una valoración integral. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 14(1), 189-215.
- Esbec, E., y Echeburúa, E. (2016). Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico-forense. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26(1), 70-79. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2015.12.001>
- López, M., Saavedra, F. J., López, A., y Laviana, M. (2016). Prevalencia de problemas de salud mental en varones que cumplen condena en centros penitenciarios de Andalucía (España). *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 18(3), 76-85.
- Lorenzo, F., Agustina, J. R., Gómez-Durán, E. L., y Martín-Fumadó, C. (2016). Trastornos de la personalidad en la jurisprudencia española. *Revista Española de Medicina Legal*, 42(2), 62-66. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2015.07.003>
- Mandarelli, G., Carabellese, F., Felthous, A. R., Parmigiani, G., Del Casale, A., Catanesi, R., Montalbò, D., y Ferracuti, S. (2019). The factors associated with forensic psychiatrists' decisions in criminal responsibility and social dangerousness evaluations. *International Journal of Law and Psychiatry*, 66, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.101503>
- Martínez, T., López, F. J., y Díaz, M. L. (2001). Los trastornos de la personalidad en el derecho penal: estudio de casos del Tribunal Supremo. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 1(1), 87-101.
- Mohino, S., Pujol, A., e Idiaquez, I. (2011). Personality disorders and criminal responsibility in the Spanish Supreme Court. *Journal of Forensic Sciences*, 56(1), 150-154. <https://doi.org/10.1111/j.1556-4029.2010.01558.x>
- Molina, J. de D., Trabazo, V., López, L., y Fernández, S. (2009). Delictología de los trastornos de personalidad y su repercusión sobre la imputabilidad. *EduPsykhé. Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 8(2), 101-126.
- Montero, I., y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Muñoz, J. (2014). Responsabilidad penal del drogodependiente. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 16(3), 1-27.
- Penado, M., y González, D. (2015). El trastorno esquizoide de la personalidad en la jurisprudencia penal del Tribunal Supremo español. *Anuario de Psicología Jurídica*, 25(1), 81-85. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2015.02.005>
- Pérez-Sauquillo, C. (2018). Reflexiones sobre la aplicación de circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal al hilo de la SAP Madrid núm. 519/2015, de 17 de julio, y la STS núm. 357/2016, de 24 de abril. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 19, 369-386. <https://doi.org/10.5944/rdpc.19.2018.24421>
- Pintado, O. (2019). Trastornos mentales y violencia: Implicaciones jurídico forenses. *International E-Journal of Criminal Sciences*, 13, 1-36.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2016). *Prevalencia de trastornos mentales en prisión: Análisis de la relación con delitos y reincidencia*. Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica. https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/instituciones-penitenciarias/Prevalencia_de_trastornos_mentales_en_prision_126170587_web.pdf
- Subijana, I. J., y Echeburúa, E. (2022). El conflicto de roles con respecto a la prueba pericial psicológica en el proceso judicial. *Anuario de Psicología Jurídica*, 32(1), 107-114. <https://doi.org/10.5093/apj2021a22>
- Vicens, E., Tort, V., Dueñas, R. M., Muro, A., Pérez-Arnau, F., Arroyo, J. M., Acín, E., y Sardá, P. (2011). The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21(5), 321-332. <https://doi.org/10.1002/cbm.815>

Apéndice A.

Codificación de Variables

	Variable	Categorías
Perfil del encausado	Sexo	Hombre Mujer
	Antecedentes	Sin antecedentes penales Con antecedentes penales No consta
	Delitos	Delito o delitos por los que se le condena en sentencia firme. Hasta 5 delitos, por orden de aparición.
	Alteración psicológica principal	Sus categorías pueden corresponder a: A) Trastorno mental definido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (2013). B) Otros problemas o circunstancia recogidos en el apartado “Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica” del mismo manual. C) Categorías creadas al efecto de la presente investigación: <ul style="list-style-type: none"> ● Discusión o pelea. ● Rasgos de personalidad desadaptativos. ● Amenazas o coacciones. ● Agresión cometida por la víctima. ● Abuso sexual cometido por la víctima. ● Psicopatía. ● Enfermedades médicas. ● Provocación de la víctima. Las categorías procedentes de los criterios B y C se agruparon en “Otras circunstancias”.
Características jurídicas del recurso	Alteraciones comórbidas	Si procede, se registran hasta dos alteraciones comórbidas. Mismas categorías que la variable anterior.
	Responsabilidad criminal	Responsabilidad plena. Responsabilidad atenuada. Exención incompleta de la responsabilidad. Exención completa de la responsabilidad.
	Figura legal alegada	Figura o figuras legales (hasta 3, por orden de aparición) que la defensa solicita que se apliquen. Las categorías corresponden a las figuras legales que atenúan o modifican la responsabilidad criminal por motivos psicológicos, en base al Código Penal (Artículos 20.1, 20.2, 20.3, 20.6, 21.1, 21.2, 21.3 y 21.7). De igual modo, se incluye la figura legal relativa a la enajenación mental.
	Figura legal estimada	Figura o figuras legales (hasta 3, por orden de aparición) que finalmente el tribunal estima. Puede tomar las mismas categorías que la variable anterior.
	Recurso de casación por motivos psicológicos	Sí. No.
	Estimación del recurso	Se estima. Se estima parcialmente: en los casos en los que se recurre por varios motivos y se estima solo alguno de ellos. No se estima.
	Estimación del motivo psicológico en casación	Se estima. Se estima parcialmente. No se estima. Si no existe motivo psicológico en el recurso de casación no aplica la codificación de esta variable.
	Tipo de pena o medida de seguridad	Pena privativa de libertad. Medida de seguridad en: <ul style="list-style-type: none"> ● Internamiento en centro psiquiátrico. ● Internamiento en centro de deshabitación. Penas o medidas no privativas de libertad.

Normas de Publicación

Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers

- 1 Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers es una revista bilingüe que publica en español e inglés trabajos referidos al campo profesional de la psicología, principalmente en su vertiente aplicada y profesional.
- 2 Los trabajos remitidos para publicación habrán de ser inéditos y no enviados simultáneamente a otra revista.
- 3 La preparación de los originales ha de atenerse a las normas de publicación de la APA (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association (6th ed.)*. Washington, DC: Author. <http://www.apastyle.org>.
- 4 Los trabajos tendrán una extensión máxima de 6000 palabras (que incluirá las referencias bibliográficas, figuras y tablas).
La primera página debe contener: título en español e inglés. Nombre, apellidos, profesión y lugar de trabajo de cada autor. Nombre y dirección del autor al que dirigir la correspondencia. Teléfono, Fax, Correo electrónico de contacto. La segunda página ha de incluir un resumen de no más de 150 palabras en español e inglés, así como las palabras clave en ambos idiomas.
- 5 Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers acusará recibo inmediato de todo artículo recibido. Los originales no serán devueltos ni se mantendrá correspondencia sobre los mismos. En un plazo máximo de 90 días se contestará acerca de la aceptación o no para su publicación.
- 6 Todos los documentos que publique Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers serán previamente evaluados de forma anónima por expertos, para garantizar la calidad científica y el rigor de los mismos, así como su interés práctico para los lectores. Podrían no ser evaluados aquellos trabajos empíricos y de corte experimental, más apropiados para las revistas especializadas; manuscritos cuyo estilo de redacción fuese también muy especializado y que no se ajustase al espectro de los lectores de la revista; originales que aborden cuestiones que hubieran sido ya recientemente tratadas y que no ofrecieran contribuciones relevantes a lo publicado; o trabajos cuya redacción no estuviera a la altura de la calidad exigible.
- 7 Los trabajos serán enviados a través de esta página web www.papelesdelpsicologo.es / www.psychologistpapers.com (siguiendo las instrucciones que se encuentran en el apartado "envío"). Su recepción se acusará de inmediato y, en el plazo más breve posible, se contestará acerca de su aceptación.
- Una vez que un manuscrito ha sido remitido con éxito a través del sistema online, los autores pueden hacer un seguimiento de su estado mediante el sistema de envío online (por correo electrónico se proporcionarán los detalles al respecto).
Una vez completado el envío, el sistema genera automáticamente un documento electrónico (PDF), que será utilizado para la revisión. Toda correspondencia, incluida la decisión del Director y la propuesta de modificaciones se procesarán por el sistema y serán recibidas por el autor, mediante correo electrónico.
Los autores podrán enviar dudas acerca del proceso de envío o los procesos de publicación a los Editores mediante el siguiente formulario:
<http://www.papelesdelpsicologo.es/contacto>
- 8 Los trabajos sometidos a revisión para Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers podrán abordar cualquiera de las siguientes cuestiones:

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

Por otra parte, el Comité Editorial podrá encargar trabajos específicos a autores reconocidos o proponer números especiales monográficos.
- 9 La aceptación de un trabajo para su publicación implica la cesión, por el/los autor/es, de los derechos de *copyright* al Consejo General de la Psicología de España.
Otro aspecto de la nueva política de la revista tiene que ver con **Conflicto de Intereses**. Todos los autores deben manifestar si existe algún conflicto de intereses potencial de tipo económico o de otras relaciones con personas y organizaciones.
Los puntos de vista, opiniones, hallazgos, conclusiones y recomendaciones planteados en cualquier artículo remitido a Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers pertenecen a sus autores y no necesariamente reflejan posiciones de la Revista o de sus Editores.

