

# PAPELES DEL PSICÓLOGO

## PSYCHOLOGIST PAPERS

DÉCIMA EDICIÓN DE TEST EDITADOS EN ESPAÑA



---

TRAUMATIZACIÓN DE LOS PSICOTERAPEUTAS · FAP EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA · EL GOBIERNO DEL BIENESTAR · CAMBIO DE IDIOMA EN CONDUCTAS DE SALUD · PSICOLOGÍA DE EMERGENCIAS · SALUD MENTAL PERINATAL

---

**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

- 56.** Décima Evaluación de Test Editados en España: incorporando Información sobre Test no Comerciales  
*Francisco José Abad*
- 65.** Revisión de los Factores Protectores y Predisponentes en la Traumatación Vicaria de los Psicoterapeutas  
*Sandra Fernández, Juan Manuel Guiote y Elena Miró*
- 73.** Consideraciones sobre la Aplicación de la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) en la Infancia y la Adolescencia: una Revisión Sistemática  
*María Rodríguez-Bocanegra y Rafael Ferro-García*
- 83.** El Gobierno del Bienestar: ¿Hacia un “Mundo Feliz”?  
*Alex Román Rivera, Sergi Parellada Guillamón y Francisco Tirado Serrano*
- 91.** El Cambio de Idioma como Mecanismo de Distanciamiento Emocional y su Implicación en las Conductas de Salud: una Revisión Sistemática  
*Naroa Alcaide y Ainara Aranberri Ruiz*
- 99.** Psicología de Emergencias: una Nueva Profesión para una Actual Necesidad Social  
*María Antonia Soto-Baño y Vicente Javier Clemente Suárez*
- 108.** Programas de Psicología Clínica y Salud Mental Perinatal en Hospitales la Comunidad de Madrid: descripción y Recomendaciones de Buenas Prácticas  
*Isabel Cuellar-Flores, Laura Alvarez-Cienfuegos Cercas, Sara Arias Rubio, Elena Cordero, Mónica Días de Neira, Arantxa Fernández, Elena Lanza Raggiotti, María Serrano-Villar, Ana Madrigal, Ana Hernanz Vaquero, Lorena Velayos Jiménez, Mónica Alvarez, Belén Eimil Ortiz, Laura Pérez, Mónica Jiménez, Carlos Jordán, María Diéguez Porres*

### Revisión de libros

- 116.** Marino Pérez Álvarez (2023). El Individuo Flotante. La Muchedumbre Solitaria en los Tiempos de las Redes Sociales. Deusto. *Agustín Moreno Fernández*

### Articles

- 56.** Tenth Review of Tests Published in Spain: Incorporating Information on Non-commercial Tests  
*Francisco José Abad*
- 65.** Review of Protective and Predisposing Factors in the Vicarious Traumatization of Psychotherapists  
*Sandra Fernández, Juan Manuel Guiote and Elena Miró*
- 73.** Considerations on the Application of Functional Analytic Psychotherapy (FAP) in Childhood and Adolescence: A Systematic Review  
*María Rodríguez-Bocanegra and Rafael Ferro-García*
- 83.** The Governance of Well-being: Towards a “Brave New World”?  
*Alex Román Rivera, Sergi Parellada Guillamón and Francisco Tirado Serrano*
- 91.** Language Switching as an Emotional Distancing Mechanism and its Implication for Health Behaviors: A Systematic Review  
*Naroa Alcaide and Ainara Aranberri Ruiz*
- 99.** Psychology of Emergencies: A new profession for a current social need  
*María Antonia Soto-Baño and Vicente Javier Clemente Suárez*
- 108.** Clinical Psychology and Perinatal Mental Health Programs in hospitals in the Community of Madrid: Description and recommendations of Good Practices  
*Isabel Cuellar-Flores, Laura Alvarez-Cienfuegos Cercas, Sara Arias Rubio, Elena Cordero, Mónica Días de Neira, Arantxa Fernández, Elena Lanza Raggiotti, María Serrano-Villar, Ana Madrigal, Ana Hernanz Vaquero, Lorena Velayos Jiménez, Mónica Alvarez, Belén Eimil Ortiz, Laura Pérez, Mónica Jiménez, Carlos Jordán, and María Diéguez Porres*

### Book review

- 116.** Marino Pérez Álvarez (2023). The floating individual. The solitary crowd in the times of social networks. Deusto. *Agustín Moreno Fernández*

#### Edita / Publisher

Consejo General de la Psicología de España

#### Director / Editor

Serafin Lemos Giráldez (Univ. de Oviedo)

#### Directores asociados / Associated Editors

Paula Elosua (Univ. del País Vasco), Eduardo Fonseca Pedrero (Univ. de la Rioja), Alba González de la Roz (Univ. de Oviedo), José Antonio Luengo (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid) y Marina Romeo Delgado (Univ. de Barcelona).

#### Consejo Editorial / Editorial Board

Mario Alvarez Jiménez (Univ. de Melbourne, Australia); Imanol Amayra Caro (Univ. de Deusto); Antonio Andrés Pueyo (Univ. de Barcelona); Neus Barrantes Vidal (Univ. Autónoma de Barcelona); Adalgisa Battistelli (Univ. de Bordeaux, Francia); Elisardo Becoña (Univ. de Santiago de Compostela); Amalio Blanco (Academia de Psicología de España); Carmen Bragado (Univ. Complutense de Madrid); Gualberto Buena (Univ. de Granada); Esther Calvete (Univ. de Deusto); Antonio Cano (Univ. Complutense de Madrid); Enrique Cantón (Univ. de Valencia); Pilar Carrera (Univ. Autónoma de Madrid); Juan Luis Castejón (Univ. de Alicante); Okey Alex Cohen (Louisiana State University, USA); María Crespo (Univ. Complutense de Madrid); Martin Debbané (Université de Genève, Suiza); José Pedro Espada (Univ. Miguel Hernández); Lourdes Ezpeleta (Univ. Autónoma de Barcelona); José Ramón Fernández Hermida (Univ. de Oviedo); 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); Ana María González Menéndez (Univ. de Oviedo); Joan Guardia Olmos (Univ. de Barcelona); José Gutiérrez Maldonado (Univ. de Barcelona); Juan Herrero Olaizola (Univ. de Oviedo); M<sup>o</sup> Dolores Hidalgo (Univ. de Murcia); Cándido J. Inglés Saura (Univ. Miguel Hernández); Juan E. Jiménez (Univ. de La Laguna); Barbara Kozusznik (Univ. de Silesia, Polonia); Francisco Labrador (Academia de Psicología de España); Concha López Soler (Univ. de Murcia);

Nigel V. Marsh (James Cook University, Singapore); Emiliano Martín (Dept. de Familia, Ayuntamiento de Madrid); Vicente Martínez Tur (Univ. de Valencia); Carlos Montes Piñeiro (Univ. de Santiago); Luis Montoro (Univ. de Valencia); José Muñoz (Universidad Nebrija); José Carlos Núñez Pérez (Univ. de Oviedo); José María Peiró Silla (Univ. de Valencia); Marino Pérez (Academia de Psicología de España); Salvador Perona (Univ. de Sevilla); José Ramos (Univ. de Valencia); Georgios Sideridis (Harvard Medical School, USA); Ana Somoza (Univ. de Valencia); M<sup>o</sup> 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).

#### Consejo General de la Psicología de España

C/ Conde de Peñalver, 45-3<sup>a</sup> planta  
28006 Madrid - España  
Tels.: 91 444 90 20 - Fax: 91 309 56 15  
Web: <http://www.papelesdelpsicologo.es>  
E-mail: [papeles@cop.es](mailto:papeles@cop.es)

#### Depósito Legal

M-27453-1981 / ISSN 0214-7823

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

Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers está incluida en las bases de datos:  
WoS Impact Factor 2022: 1.1 (Emerging Sources Citation Index), Redalyc, PsycINFO, ScELO, Psycodoc, In-RECS, ISOC (Psedisoc), DOAJ (Directory of Open Access Journals), Google Scholar, SCOPUS, IBECS, EBSCO y Dialnet; y también se puede consultar en la página WEB del

Consejo General de la Psicología de España:

<https://www.cop.es>



Artículo

## Décima Evaluación de Test Editados en España: Incorporando Información Sobre Test no Comerciales

Francisco José Abad 

Universidad Autónoma de Madrid, España

### INFORMACIÓN

Recibido: Enero 10, 2024  
Aceptado: Marzo 4, 2024

#### Palabras clave

Test  
Evaluación de test  
Psicometría  
Propiedades psicométricas  
CET-R

### RESUMEN

Los test son fundamentales para la Psicología, y su uso debe estar siempre respaldado por evidencias sólidas. Desde 2010, la Comisión de Test del Consejo General de la Psicología en España (COP) realiza evaluaciones anuales, utilizando el Cuestionario de Evaluación de Test Revisado (CET-R) y contando con la colaboración de expertos externos. Hasta la fecha, se han revisado 96 test. Esta décima edición incluye seis test de tres casas editoriales reconocidas como TEA Hogrefe, Pearson Educación y Giunti Psychometrics. Además, se revisan las propiedades psicométricas de una prueba no comercial, la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), mencionada entre los 25 test más usados por psicólogos españoles. Evaluar test no comerciales, desarrollados en contextos académicos, es crucial, ya que enriquece el conjunto de herramientas disponibles para los profesionales. Este trabajo aborda los desafíos de evaluar pruebas de este tipo y ofrece sugerencias para mejorar tanto el desarrollo y validación de los test como la revisión de sus propiedades psicométricas mediante el CET-R.

### Tenth Review of Tests Published in Spain: Incorporating Information on non-Commercial Tests

#### ABSTRACT

Tests are fundamental to psychology, and their use should always be supported by solid evidence. Since 2010, the National Test Commission of the General Council of the Spanish Psychological Association has been carrying out annual evaluations, using the Test Evaluation Questionnaire-Revised (CET-R) with the collaboration of external experts. To date, 96 tests have been evaluated. This tenth edition includes six tests from three well-known publishing houses: TEA Hogrefe, Pearson Educación, and Giunti Psychometrics. In addition, the psychometric properties were also reviewed of a non-commercial test, the Geriatric Depression Scale (GDS), mentioned among the 25 most used tests by Spanish psychologists. Evaluating non-commercial tests, developed in academic contexts, is crucial, as it enriches the set of tools available to practitioners. This paper addresses the challenges of evaluating tests of this type and offers suggestions for improving both the development and validation of the tests as well as the review of their psychometric properties using the CET-R.

#### Keywords

Tests  
Assessing test quality  
Psychometrics  
Psychometric properties  
CET-R

La última encuesta a psicólogos españoles sobre test (Muñiz et al., 2020) muestra su uso habitual en la práctica profesional, considerándose de gran ayuda para la toma de decisiones en ámbitos muy diversos (educativo, organizacional, clínico y de la salud, etc.). Los test son reconocidos por su amplia gama de funciones, tales como el diagnóstico, la selección, la orientación y la adaptación de intervenciones. Estas herramientas se distinguen por su naturaleza estandarizada y propiedades psicométricas conocidas, lo que contribuye a mejorar la precisión en la predicción y el diagnóstico. No obstante, dada la vasta cantidad de test disponibles y las consecuencias que pueden tener las puntuaciones en determinados contextos, es crucial que los profesionales puedan elegir de manera informada. En este sentido, se hace esencial que cada uso específico de un test esté respaldado por la evidencia.

En esta línea, numerosas asociaciones y organismos han desarrollado iniciativas para garantizar la calidad y buen uso de los test. Entre estas, destacan los “Estándares para Test Psicológicos y Educativos”, establecidos por las principales asociaciones americanas de Psicología y Educación (AERA et al., 2014). Además, la Comisión Internacional de Test (International Test Commission, ITC) ha publicado diversas directrices para guiar sobre aspectos clave de la construcción y aplicación de test, tales como la traducción y adaptación (ITC, 2018; Muñiz et al., 2013), la seguridad (ITC, 2014) o el uso de las tecnologías en la evaluación (ITC, 2022).

Por otro lado, se han diseñado acciones específicas para la revisión y evaluación de la calidad de los test psicológicos y educativos. En EE.UU., el sistema BUROS (Carlson y Geisinger, 2012) es un notable ejemplo, mientras que en Europa se dispone del modelo de revisión de test de la Federación Europea de Asociaciones de Psicología (EFPA; Evers et al., 2013), que está en proceso de actualización (Schittekatte et al., 2023). En España, la Comisión de Test del Consejo General de la Psicología en España (COP) lleva publicando evaluaciones desde 2011 (Muñiz et al., 2011). Las cuatro primeras ediciones (1ª, Muñiz et al., 2011; 2ª, Ponsoda y Hontangas, 2013; 3ª, Hernández et al., 2015; 4ª, Elosua y Geisinger, 2016) se hicieron siguiendo una versión adaptada del modelo europeo, el Cuestionario de Evaluación de Test (CET; Prieto y Muñiz, 2000). Para las ediciones posteriores (5ª, Fonseca-Pedrero y Muñiz, 2017; 6ª, Hidalgo y

Hernández, 2019; 7ª, Gómez, 2019; 8ª, Viladrich et al., 2021; 9ª, Lozano, 2023) se ha utilizado una nueva versión del cuestionario CET (CET-R; Hernández et al., 2016), que recoge las actualizaciones del modelo europeo (Evers et al., 2013). Hasta la fecha se han revisado 96 test, como se detalla en la Tabla 1. El número de test distintos es algo menor, ya que algunas pruebas han requerido múltiples evaluaciones (p. ej., para la BADYG se realiza un informe por nivel) o han sido objeto de revisión en más de una ocasión (p. ej., PAIB).

La Tabla 1 muestra que las revisiones se han centrado principalmente en test comerciales, lo que concuerda con los resultados de la encuesta de Muñiz et al. (2020), donde la mayoría de los test más utilizados por psicólogos españoles, excepto la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), son comerciales. Hasta la fecha, solo se ha analizado un test no comercial, la escala revisada de predicción del riesgo de violencia grave contra la pareja (EPV-R; Echeburúa et al., 2010; revisada en Ponsoda y Hontangas, 2013). Sin embargo, muchos test de fuentes académicas se usan tanto en la academia como fuera de ella (ver, por ejemplo, el Banco de Instrumentos y Metodologías en Salud Mental, CIBERSAM, s.f., que lista pruebas como el SDQ, aplicado en la Encuesta Nacional de Salud, Ortuño et al., 2016). Por ello, la Comisión de Test se propuso avanzar en la evaluación de pruebas no comerciales usadas profesionalmente. En la presente edición se ha evaluado la GDS (Yesavage y Sheikh, 1986) y está previsto que en la siguiente se evalúen las Escalas de Tácticas de Conflicto (CTS; Straus, 1979). Nótese que no es la primera vez que se utiliza el CET-R como marco de referencia para evaluar las propiedades psicométricas de este tipo de test. Más allá de la evaluación de la EPV-R, por el COP, también se ha utilizado el CET-R para la revisión de test de Regulación Emocional (Pérez-Sánchez et al., 2020, 2022) o para valorar puntualmente alguna propiedad psicométrica de un cuestionario (p.ej., Espada et al., 2022; Reyes-Pérez et al., 2023).

Revisar pruebas no comerciales conlleva afrontar desafíos significativos, como la falta de manuales completos y la dispersión de la información relevante. En el caso de adaptaciones, deben establecerse criterios claros para determinar qué versiones de un test evaluar. Para seleccionar de entre la diversidad de adaptaciones, deben considerarse factores como la fidelidad de la adaptación al

**Tabla 1**  
Listado de Test Evaluados por el COP en Cada Edición

Año <sup>1</sup>	Coordinador/a	Test	Instrumentos
2024	F. J. Abad	7	<b>BASC-3</b> , CIT, CPF, CTE, DABS, <b>GDS</b> , PROLEXIA
2023	L. Lozano	6	BAYLEY-III, BECOLE-R, CAG, DAS, MacArthur, <b>Raven 2</b>
2021	C. Viladrich	11	<i>BADyG/E1-r</i> , <i>BADyG/E2-r</i> , <i>BADyG/E3-r</i> , <i>BADyG/á</i> , <i>BADyG/M-r</i> , <i>BADyG/S-r</i> , BRIEF-P, CELF-5, <b>MCMI-IV</b> , PECO, TONI-4
2019	L. Gómez	8	BRIEF-2, BYI-2, DP-3, Factor-g-R, IAES-A, <i>PAIB-1</i> , <i>PAIB-2</i> , <i>PAIB-3</i>
2019	M.D. Hidalgo	10	<i>BADyG/E2-r</i> , <i>BADyG/S-r</i> , BAT-7, BDI-FastScreen, BPR, CESPRO, MATRICES, MBMD, Perfil Sensorial-2, Q-PAD
2017	E. Fonseca	12	<i>BADYG/E3</i> , CAEPO, EDI-3, EVAPROMES, LAEA, MABC-2, MABC-2-LOC, NEPSY-II, <i>PAIB</i> (2, 3), PRO (1-2, 3), TEMT, <b>WISC-V</b>
2016	P. Elosua	11	ABAS-II, <i>BADyG/M-r</i> , BETA, BSI-18, CECAD, EHPAP, <i>PAIB</i> (1), PECC, SCIP-S, WMS-IV, WPPSI-IV
2015	A. Hernández	11	BCSE, BECOLE, Boehm-3, Boehm-3 Preescolar, CESQT, ECLE, ESQUIZO-Q, IECL, SOC, TRauma, <b>WAIS-IV</b>
2013	V. Ponsoda	12	BAI, BAS-II, BDI-II, CEAM, CompeTEA, ESCOLA, ESPERI, EPV-R, MPR, PAI, RIAS, WNV
2011	J. Muñiz	8	EFAI, EVALUA, IGF, <b>MMPI-2-RF</b> , <b>NEO PI-R</b> , <b>PROLEC-R</b> , <i>WISC-IV</i> , <b>16PF-5</b>

*Notas.* En negrita aparecen los que, en alguna versión, han sido citados entre los 25 test más utilizados por los psicólogos españoles (Muñiz et al., 2020). En cursiva, los test que han sido evaluados en una segunda ocasión o constituyen una versión más reciente de la misma batería (la versión más reciente aparece subrayada); <sup>1</sup>Año de publicación del trabajo describiendo el proceso de revisión de la correspondiente edición.

instrumento original, el uso extendido en la práctica clínica y en investigaciones previas, así como la calidad de la traducción y adaptación cultural. Es igualmente importante considerar la información disponible sobre las propiedades psicométricas de la adaptación en muestras locales. En el caso de pruebas desarrolladas originalmente en español, será igualmente relevante determinar cómo seleccionar los estudios más pertinentes.

El rol del coordinador en esta evaluación incluye algunas funciones adicionales, siendo responsable de seleccionar las fuentes documentales adecuadas, lo que implica una búsqueda meticulosa en bases de datos académicas y la revisión de literatura relevante. Esto incluye estudios de validación, como análisis factoriales y correlaciones con otras escalas estandarizadas, y de baremación, aunque estos últimos son menos frecuentes. Además, se requiere limitar el número de artículos para la evaluación, incluyendo todos los estudios relevantes de la versión adaptada, pero estableciendo un límite razonable con relación al número de artículos sobre el cuestionario original. En casos específicos, también puede ser útil consultar a expertos en el campo o a los autores de la prueba para acceder a documentación adicional sobre las propiedades psicométricas de la prueba. En los casos de aplicación del CET-R a la evaluación de pruebas no comerciales existe variedad de aproximaciones a la selección de la documentación; desde casos en que la documentación ha sido limitada y propuesta por los autores de la escala (caso del EPV-R, revisado en [Ponsoda y Hontangas, 2013](#)), hasta casos en que la evaluación se ha basado en una búsqueda intensiva en bases de datos, considerando conjuntamente estudios de validación sobre la escala en distintos países (p. ej., [Pérez-Sánchez et al., 2020](#)).

## Método

### Participantes

Para esta edición se contactó con 15 expertos, de los cuales uno declinó participar por encontrarse ya jubilado. En la [Tabla 2](#) se muestran las 14 personas que finalmente han participado en esta edición (i.e., dos revisores por test) y que fueron seleccionadas procurando mantener los criterios de paridad de sexo y diversidad geográfica. En la mayor parte de los casos cada test fue revisado por un experto con perfil metodológico y otro experto en la variable

**Tabla 2**  
*Revisores Participantes en la Décima Evaluación de Test*

Nombre	Filiación
Juan Ramón Barrada González	Universidad de Zaragoza
Paula Elosua Oriden	Universidad del País Vasco
Sergio Escorial Martín	Universidad Complutense de Madrid
David Gallardo-Pujol	Universitat de Barcelona
Eduardo García-Garzón	Universidad Camilo José Cela
Ana Hernández-Baeza	Universidad de Valencia
Alicia Eva López Martínez	Universidad de Málaga
Estela López Nicolás	Centro de Intervención Psicoeducativa Huarte de San Juan (Navarra)
Fabia Morales Vives	Universitat Rovira i Virgili
Amparo Oliver Germes	Universidad de Valencia
Mireia Orgilés Amorós	Universidad Miguel Hernández
Patricia Recio Saboya	UNED
Francisco J. Román González	Universidad Autónoma de Madrid
Miguel Angel Sorrel Luján	Universidad Autónoma de Madrid

medida por el test. Por lo tanto, hay profesores de las áreas de Metodología de las Ciencias del Comportamiento, de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos y de Psicología Evolutiva y de la Educación, así como algunos especialistas clínicos. También se tuvo en cuenta que no hubiera conflicto de intereses ni relación directa con los autores.

### Instrumento

Para llevar a cabo la evaluación de los test se utilizó el Cuestionario para la Evaluación de los Test Revisado (CET-R; [Hernández et al., 2016](#)). El CET-R consta de unas breves instrucciones en las que se ofrecen al revisor algunas observaciones generales e importantes, tales como no considerar información ajena a la documentación entregada o, en el caso de pruebas adaptadas, ponderar de forma distinta los estudios de la versión original y la forma adaptada. Por otro lado, se ofrece un glosario de términos psicométricos, para facilitar que todos los revisores les asignen el mismo significado. El cuestionario consta de tres secciones principales: Descripción general del test, Valoración de las características del test y Valoración global del test.

La primera sección, Descripción general del test, contiene 28 ítems que proporcionan información editorial y de autoría del test (p. ej., fechas de publicación del test original y de la adaptación, precio de manual y cuadernillos), así como información sobre los constructos medidos, el diseño del test (p. ej., número de escalas/ ítems, formato de respuesta, soporte, tiempo de aplicación) y otros aspectos de uso (p. ej., áreas de aplicación, poblaciones a las que va dirigido, cualificación requerida para su uso).

En la segunda sección, Valoración de las características del test, se describen las propiedades psicométricas de las puntuaciones e incluye cuatro apartados:

- a) Valoración general del test: 10 ítems que evalúan la calidad de la fundamentación teórica, el proceso de desarrollo y análisis de los ítems, instrucciones, así como los materiales y documentación aportada;
- b) Validez: 19 ítems que valoran las evidencias de validez relacionada con el contenido, estructura interna y relación de las puntuaciones del test con otras variables, entre otros aspectos;
- c) Fiabilidad: 14 ítems para evaluar aspectos como la equivalencia entre formas paralelas, la estabilidad test-retest, la consistencia interna, la fiabilidad inter-jueces y, cuando se aplica la teoría de la respuesta al ítem (TRI), la función de información; y
- d) Baremos e interpretación de puntuaciones: 9 ítems centrados en la calidad del proceso de baremación para interpretación normativa y de los puntos de corte para la interpretación referida a criterio.

Mediante las preguntas se valoran tanto los índices psicométricos obtenidos (p. ej., la cuantía de los coeficientes de fiabilidad) como la calidad de los estudios que los respaldan. Se consideran tanto aspectos cuantitativos (p. ej., el número de expertos en los estudios de validez de contenido, el tamaño muestral en los de consistencia interna) como cualitativos (p. ej., la calidad de los criterios empleados en la validez referida a criterio o la adecuación del baremo a la población objetivo). Por último, tres subsecciones (validez, fiabilidad, baremos e interpretación de puntuaciones) finalizan con una sección abierta de comentarios en la cual el revisor debe resumir y justificar las puntuaciones asignadas.

**Tabla 3**

Listado de Test Evaluados en la Décima Edición

Acrónimo	Nombre	Autor/es originales (año de publicación)	Autor/es adaptación (año de publicación)	Editorial
BASC-3	Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes	Reynolds y Kamphaus (2015)	Departamento de I+D de Pearson Clinical & Talent Assessment: Ana Hernández, Èrica Paradell y Frédérique Vallar (2020)	Pearson Educación
CIT	Cuestionario de Impacto del Trauma	--	Crespo, González-Ordi, Gómez-Gutiérrez y Santamaría (2020)	TEA Hogrefe
CPF	Cuestionario de Personalidad Forense	--	Medina y Sintas (2021)	Giunti Psychometrics
CTE	Cuestionario de Talento Emprendedor	--	Valderrama (2021)	Giunti Psychometrics
DABS	Escala de Diagnóstico de Conducta Adaptativa	Tassé, Schalock, Balboni, Bersani, Borthwick-Duffy, Spreat, Thissen, Widaman y Zhang (2017)	Verdugo, Arias y Navas (2021)	TEA Hogrefe
GDS	Escala de Depresión Geriátrica	Yesavage y Sheikh (1986)	Martínez de la Iglesia, Onís, Dueñas, Albert, Aguado y Luque (2002)	---
PROLEXIA	Diagnóstico y Detección Temprana de la Dislexia	--	Cuetos, Arribas, Suárez-Coalla y Martínez-García (2020)	TEA Hogrefe

La tercera sección (Valoración general) recoge un resumen cuantitativo (promedios) de los resultados de la sección anterior y una parte abierta en la que deben reflejarse las fortalezas y debilidades de la prueba, sugerencias de uso para profesionales y recomendaciones para la mejora de la prueba. En la versión final del informe, publicada en la web del COP, esta valoración se presenta al inicio. En la puntuación final asignada a cada test se agregan los ítems cuantitativos de cada sección (33): Materiales y documentación (2 ítems), Fundamentación teórica (1 ítem), Adaptación (1 ítem), Análisis de los ítems (1 ítem), Validez: contenido (2 ítems), Validez: relación con otras variables (9 ítems), Validez: estructura interna (1 ítem), Validez: análisis del funcionamiento diferencial de los ítems (1 ítem), Fiabilidad: equivalencia (3 ítems), Fiabilidad: consistencia interna (2 ítems), Fiabilidad: estabilidad (2 ítems), Fiabilidad: TRI (2 ítems), Fiabilidad: inter-jueces (1 ítem) y Baremos e interpretación de las puntuaciones (5 ítems).

Los ítems adoptan generalmente, el siguiente sistema de etiquetas: 0 = *No se aporta información en la documentación*; 1 = *Inadecuada*; 2 = *Adecuada, pero con algunas carencias*; 3 = *Adecuada*; 4 = *Buena*; y 5 = *Excelente*. La categoría 'Excelente' incluye una descripción detallada para guiar a los evaluadores sobre lo que representa esta puntuación en cada apartado. Además, en aquellos ítems donde es posible una cuantificación más objetiva, se utilizan etiquetas específicas para facilitar una valoración más precisa. Por ejemplo, en la evaluación de la consistencia interna, se utiliza una escala en la que 3 = *Adecuada* ( $0.70 \leq r < 0.80$ ). En situaciones donde el manual no provee la información necesaria para responder a un ítem, algunas preguntas permiten distinguir entre casos en los que la característica o sección no es aplicable al instrumento (donde no se otorga puntuación) y aquellos en los que, siendo aplicable, falta la información requerida (en cuyo caso se asigna una puntuación de cero). El CET-R está disponible para su consulta y descarga en la página web del COP (<https://www.cop.es/test/>).

### Procedimiento

Como en anteriores revisiones, las editoriales (Giunti Psychometrics, Pearson Educación y TEA-Hogrefe) propusieron a la Comisión de Test del COP las pruebas que querían someter a evaluación (i.e., seis test). La selección de test a evaluar desde las

editoriales se hizo en dos tandas (los primeros cuatro test se enviaron a revisores en julio de 2021 y el resto en octubre). Adicionalmente, desde la Comisión de Test, se decidió añadir una prueba no comercializada, la GDS (Yesavage et al., 1982; Yesavage y Sheikh, 1986). Los test evaluados se muestran en la Tabla 3.

El proceso de revisión para las pruebas comerciales siguió un protocolo similar al de ediciones anteriores. En cada caso, el coordinador se puso en contacto con los revisores y, una vez aceptaban, el editor proporcionaba una copia completa de cada prueba al coordinador y a cada revisor. Adicionalmente, el coordinador enviaba a los revisores el CET-R, dando un plazo amplio de cuatro meses para su cumplimentación. Las respuestas de revisión por pares al CET-R se recibieron hasta abril de 2022. En marzo y abril, el coordinador preparó un informe provisional para cada prueba, integrando las valoraciones de ambos expertos. No siempre hubo concordancia entre las calificaciones, pero en caso de discrepancias, el coordinador determinaba la calificación final, teniendo en cuenta el razonamiento del experto y la información del manual de la prueba. En mayo el informe preliminar se envió a las casas editoriales, que tuvieron el plazo de un mes para presentar alegaciones. Finalmente, el coordinador preparó la versión definitiva del informe, atendiendo a la información proporcionada por los expertos y las casas editoriales. Estos informes definitivos fueron revisados por un miembro de la Comisión de test del COP, cuyas sugerencias de estilo fueron incorporadas antes del envío final para su publicación (en septiembre de 2022).

### Protocolo Específico con Respecto a la Escala no Comercial, la GDS

Con relación al GDS, se generó un listado de las versiones adaptadas, haciendo una búsqueda bibliográfica en la Web of Science<sup>1</sup> y partiendo del trabajo de revisión de Cabañero-Martínez et al. (2007). Con esos criterios se localizaron un total de 103 artículos y más de 20 versiones que variaban en número de ítems (siendo 15 y 30 las longitudes más frecuentes). En segundo lugar, se establecieron los criterios para elegir la versión a revisar. Se consideraron: (a) número de citas recibidas en Google Scholar, Web of Science y/o Scopus; (b) inclusión en trabajos de revisión de las

<sup>1</sup> Términos de búsqueda: ("Geriatric depression scale" OR GDS\* OR Yesavage) (Topic) and (spanish OR Spain) (All Fields) and (GDS\* OR Yesavage OR depression OR depresión) (Title)

adaptaciones de escalas de depresión o en bancos de instrumentos de salud mental (p. ej., CIBERSAM); (c) reconocimiento por parte del autor original de la adaptación de la escala (p. ej., listando la versión en su página web); (d) tamaño y representatividad de las muestras de validación.

A partir de la información recogida se valoró que la versión abreviada de Martínez de la Iglesia et al. (2002, 2005), de 15 ítems, parecía ser la opción más popular, atendiendo, por ejemplo, al número de citas de los trabajos, a la inclusión en la revisión de instrumentos de screening para la depresión, en español, de Reuland et al. (2009) o en la página web del autor de la versión original. Además, dicha versión es una de las dos mejor puntuadas en la revisión de Cabañero-Martínez et al. (2007), que consideran que es la única en la que se informa de la realización de un adecuado proceso de adaptación transcultural. En cuanto al cuarto criterio considerado, las propiedades psicométricas de esta versión se estudiaron originalmente en una muestra de tamaño mayor que el de otras adaptaciones (ver Tabla 4) y un estudio reciente aporta información para la obtención de datos normativos (Delgado-Losada et al., 2021). Otro punto positivo a tener en cuenta es la brevedad de esta versión, en comparación con las formas de 30 ítems, lo que ayuda a disminuir los problemas de fatiga y falta de atención que comúnmente ocurren en el grupo etario al que la escala va dirigida. Por último, un análisis de los enunciados de los ítems mostró que su contenido era fiel al de la versión original, frente a otras versiones en las que se hacen modificaciones importantes (p.ej., la de Ortega-Orcos et al., 2007).

Tras seleccionar la versión específica de la GDS de Martínez de la Iglesia et al. (2002, 2005), se realizó una revisión exhaustiva de los artículos que citaban estos trabajos, utilizando las bases de datos Scopus y Web of Science (WoS). Se localizaron 224 trabajos. Finalmente, se decidió seleccionar un conjunto de 14 artículos entre los que cabe mencionar los tres artículos fundamentales sobre el desarrollo de la versión original de la escala (Brink et al., 1982; Yesavage et al., 1982, 1986), siete artículos que proporcionaban información relativa a las propiedades psicométricas de la versión adaptada (los más importantes: Martínez de la Iglesia et al., 2002, 2005; Lucas-Carrasco, 2012; Delgado-Losada et al., 2021), y cuatro trabajos de revisión o síntesis tanto de la versión adaptada (Cabañero-Martínez et al., 2007) como de la original (p. ej., Balsamo et al., 2018). Adicionalmente, se proporcionó a los revisores un compendio de 55 artículos citados en estas revisiones para permitirles

profundizar en aspectos más específicos si lo consideraban necesario; entre ellos cabría citar el funcionamiento diferencial de los ítems, estudios sobre la estructura interna, o investigaciones acerca de la generalización de la fiabilidad de la escala.

## Resultados

Los informes detallados correspondientes a los test evaluados en esta décima edición se pueden consultar y descargar en la página web del COP, dentro del apartado correspondiente al año 2021 (<https://www.cop.es/test/#evaluados>). En nuestro caso, la mediana de los coeficientes de correlación entre las puntuaciones otorgadas por el Revisor 1 y el Revisor 2 en las preguntas en que ambos dieron puntuaciones válidas fue de 0,59, similar a la publicada por Ponsoda y Hontangas (2013) que fue de 0,61. Este nivel medio-bajo de acuerdo no es atípico de este tipo de evaluaciones (Hogan et al., 2021). En el apartado de discusión se recogen algunas posibles razones para los desacuerdos.

En la Tabla 5 se muestra un resumen de las puntuaciones obtenidas en cada apartado para cada uno de los 7 test. Como se puede observar, el patrón de resultados es muy similar al obtenido en ediciones previas.

El primer bloque de puntuaciones se refiere a la consideración de Aspectos generales y de desarrollo de la prueba. En los apartados de Materiales y documentación y de Fundamentación teórica, las pruebas comerciales obtienen puntuaciones que, en general, pueden calificarse de buenas o excelentes (promedios de 4,5 y 4,2, respectivamente). Para el GDS, el primer apartado no pudo ser evaluado, dada la ausencia de manual o cuadernillos impresos, pero obtiene una puntuación excelente (4,5) en el apartado de fundamentación teórica. El proceso de Adaptación se considera bueno o excelente en todas las adaptaciones.

El segundo bloque recoge las valoraciones de las evidencias de validez de las pruebas. Con relación a las evidencias de validez de contenido, los test comerciales reciben, en general, calificaciones buenas o excelentes, indicando que se cuida este aspecto (p.ej., con una buena fundamentación teórica, a través de la consulta a expertos, revisiones de los ítems y/o la realización de estudios piloto). No obstante, no en todos los casos se proporciona información cuantitativa y detallada de este proceso, lo cual podría ser deseable. Para el GDS se obtiene una puntuación más baja, ya que los revisores consideran que no se ha obtenido evidencia de este tipo.

Con relación a la evidencia de relación con otras variables, las puntuaciones son entre adecuadas y excelentes, y en promedio son buenas (promedio = 3,7). Es relevante destacar que varios de los test incluyen criterios para valorar la sensibilidad y la especificidad de los puntos de corte propuestos, lo que permite ir más allá de la interpretación normativa.

Con relación a las evidencias relativas a la estructura interna, la puntuación promedio está por debajo de lo encontrado en ediciones anteriores (3,1 vs. 3,8). Esto se debe a que tres escalas han recibido una puntuación más baja (2 = *Adecuado con carencias*), explicada por distintas razones según cada caso, como la falta de evidencia para algunas escalas, la incompleta provisión de información o la evidencia desfavorable para algunas de las escalas. En el caso del GDS es necesario ampliar el número de estudios que empleen muestras locales. Con relación al análisis del funcionamiento diferencial de los ítems (DIF) es de valorar que cada vez sea más

**Tabla 4**

*Distintas Versiones de las Escalas GDS-15 y GDS-30 en Español (Selección de Artículos con más de 20 Citas en Google Scholar<sup>5</sup> y Muestras de más de 50 Evaluados)*

Autores	Año	Ítems	Google scholar	N
Abizanda et al. <sup>1</sup>	1998	30	32	142
De Dios et al. <sup>1</sup>	2001	15	40	155
Fernández-San Martín et al. <sup>1,2,3</sup>	2002	30	129	192
García-Serrano y Tobías <sup>1</sup>	2001	30	112	173
Izal y Montorio <sup>1</sup>	1993	30	63	60
Martí et al. <sup>1</sup>	2000	15	64	131
Martínez de la Iglesia et al. <sup>1,2,4</sup>	2002	15	187	249
Ortega-Orcos et al. <sup>2,3</sup>	2007	15	38	301
Salamero y Marcos <sup>1</sup>	1992	30	95	234

*Nota.* <sup>1</sup>Citado en Cabañero et al. (2017); <sup>2</sup>Citado en Reuland et al., 2009; <sup>3</sup>Citado en Mitchell et al., 2010; <sup>4</sup>Adaptación española citada en la web del autor original: <https://web.stanford.edu/~yesavage/GDS.html>; <sup>5</sup> actualizado el 12/2023

**Tabla 5**  
Puntuaciones Obtenidas por los Test Analizados en la Décima Evaluación

	BASC3	CIT	CPF	CTE	DABS	GDS	PROLEXIA	Promedio	Histórico*
Desarrollo: Materiales y documentación	4,8	5	3,5	3,8	5	--	5	4,5	4,3
Desarrollo: Fundamentación teórica	4	5	2,5	3,5	5	4,5	5	4,2	4,1
Desarrollo: Adaptación	3,5	--	--	--	5	4,5	--	4,3	4,3
Desarrollo: Análisis de los ítems	--	4	2,5	3,5	4,5	3	5	3,8	3,8
Validez: contenido	4	5	-	3,5	5	1,5	4	3,8	3,8
Validez: relación con otras variables	3	4,8	3,5	2,8	3,7	4,3	4	3,7	3,6
Validez: estructura interna	2	4,5	3	2	4,5	2	3,5	3,1	3,8
Validez: análisis del DIF	--	4	--	--	3	4	--	3,7	--
Fiabilidad: equivalencia	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Fiabilidad: consistencia interna	4,5	4,5	3	2,5	4,5	4,3	4,5	4,0	4,2
Fiabilidad: estabilidad	3,5	4	3,5	--	3	2,5	3,5	3,3	3,5
Fiabilidad: TRI	--	--	3,5	--	4	4,5	--	4,0	--
Fiabilidad: inter-jueces	--	--	--	--	5	3	--	4,0	--
Baremos e interpretación de las puntuaciones	4	4,3	3,8	3,2	4,3	4	4,5	4,0	4,1

*Nota.* Las puntuaciones de la tabla siguen una escala de 1 a 5: 1 = Inadecuado; 2 = Adecuado con carencias; a partir de 2,5, Adecuado; a partir de 3,5, Bueno; a partir de 4,5 = Excelente. El símbolo -- indica que no se aporta información o no procede; \*Puntuación media en las ediciones anteriores.

frecuente la comprobación de la invarianza de las puntuaciones a través de los grupos (p.ej., edad y sexo), lo que es fundamental para garantizar la equidad de la evaluación.

El tercer bloque recoge evidencia sobre la precisión de las pruebas. Como en ediciones previas, se encuentra que la fiabilidad se valora principalmente mediante indicadores de consistencia interna. Las valoraciones son en su mayoría buenas o excelentes (el valor más bajo, 2,5, es adecuado), lo que implica el uso de muestras de tamaño suficiente y valores de consistencia interna aceptables. No obstante, cabe destacar como limitación que algunas de las pruebas no incluyen los indicadores de consistencia interna de todas las escalas, lo que debería cuidarse en futuras ediciones de sus manuales. Con respecto a la estabilidad, los valores son algo inferiores, pero pueden considerarse adecuados para todas las pruebas (salvo para el GDS, lo que se debe a la escasez de estudios con muestra local, que se penaliza). Para los casos en los que se aplica la TRI o se calcula la fiabilidad inter-jueces se encuentran puntuaciones promedio buenas.

El último bloque recoge las valoraciones de la calidad de los Baremos e interpretación de las puntuaciones. En promedio, se obtienen también puntuaciones buenas, pero en el caso de dos escalas, se obtienen calificaciones por debajo de lo deseado. Una limitación importante es que no se ha recogido evidencia para su aplicación en algunas de las muestras objetivo para las que se propone su uso. Entre los apartados analizados destaca la actualización de las normas y el uso de la tipificación continua (continuous norming), que optimiza la eficiencia en el proceso de construcción de los baremos, especialmente en aquellos casos en los que se trabaja con población infantil y/o adolescente y los constructos evaluados siguen una tendencia a través de la edad (Evers et al., 2010; Evers et al., 2013).

## Conclusiones

### Valoración Global y Posibles Mejoras

Los resultados indican la alta calidad de los test editados en España, con buenas puntuaciones y estudios exhaustivos de las propiedades psicométricas, incluyendo el uso de técnicas avanzadas

como la TRI o la tipificación continua. Es valorable que varias pruebas incluyan estudios sobre los puntos de corte, que enriquecen la interpretación de las puntuaciones. No obstante, se recomienda incrementar los estudios sobre el funcionamiento diferencial de los ítems y precisar las hipótesis al describir las evidencias de validez convergente y discriminante. También es fundamental evitar la extrapolación de resultados de estudios de validación de una muestra a otra con características distintas. Por último, se observa que cada vez es más frecuente omitir los baremos del manual, lo que dificulta la evaluación de estos. Nuestra recomendación es que las editoriales proporcionen la información como material adicional para el proceso de revisión del test.

### Evaluación de Pruebas no Comerciales

La evaluación de la prueba no comercial implicó retos específicos: (a) Algunos criterios importantes del CET-R resultan inaplicables a pruebas carentes de manual ni materiales impresos, lo que resalta la necesidad de adaptar el enfoque de evaluación, pero también nos lleva a recomendar a los investigadores que generen este tipo de materiales; (b) Equilibrar la carga de trabajo para los revisores con el acceso a la información relevante fue complejo. La aproximación de hacer una revisión sistemática/meta-análisis de todas las publicaciones hacía inviable la revisión y la inclusión única de los trabajos sobre la versión adaptada se podía quedar corta, por lo que se optó por una postura intermedia, proporcionando como documentación los principales trabajos de validación de la escala en muestra local, a la vez que incluyendo trabajos más generales de revisión. Nos encontramos que los revisores tendían a complementar la documentación, por lo que la labor de coordinación e integración fue mayor en este caso; (c) La heterogeneidad de la calidad de los estudios de validación puede ser mayor que en el caso de test comerciales, por lo que supone un factor adicional de complejidad; (d) Para algunos criterios, una mayoría de estudios se refería a la versión original, pero el CET-R no especifica cuánto peso se debe dar a estos estudios; (e) La ausencia de baremos en publicaciones científicas puede complicar la evaluación; en la elección de la versión a analizar, la existencia de un artículo reciente con normas fue decisiva.



## Con Relación al CET-R y Posibles Mejoras de Este

En nuestra experiencia con el CET-R, identificamos algunos problemas, varios de ellos mencionados en ediciones previas. Primero, no todos los revisores sumaban las puntuaciones de los ítems para obtener las globales, a pesar de las instrucciones claras. Este problema se resolvería proporcionando una plantilla de cálculo automático a los evaluadores o digitalizando el CET-R para su uso en línea.

Segundo, hubo inconsistencia en el manejo de puntuaciones de cero cuando faltaba información en el manual. Algunos revisores las incluían en los promedios, mientras que otros no. Esta discrepancia puede deberse a la ambigüedad en las instrucciones del CET-R, que sugiere promediar solo los apartados con información disponible. Nuestra revisión de evaluaciones anteriores mostró que generalmente no se asignaban puntuaciones de cero ni se consideraban en los promedios, por lo que seguimos esa práctica.

En tercer lugar, el acuerdo entre los revisores varió según los criterios, siendo menor para algunos criterios específicos (p. ej., evidencias de estructura interna, calidad de los baremos). Las discrepancias pueden deberse a múltiples razones, algunas de las cuales ya han sido señaladas en revisiones previas. Una primera razón es que los expertos en contenido y en metodología son sensibles a distintos aspectos, siendo los últimos más exigentes en la aplicación de los procedimientos. En otros casos, las discrepancias pueden deberse a las dificultades de valoración en casos complejos. Por ejemplo, la no inclusión de baremos en el manual era muy penalizada por algunos revisores, pero no por otros. La valoración de los tamaños muestrales también puede ser compleja, cuando el test tiene distintas versiones que se aplican en distintas muestras o cuando se utiliza la tipificación continua. Por último, los revisores varían en el grado de penalización cuando el manual no proporciona información relevante para una o más escalas, cuando la información se refiere a las versiones originales de la escala, o cuando se propone el uso del test en varias poblaciones, pero solo se proporcionan normas apropiadas para una de ellas. Una breve guía de ejemplos comentados podría ser de utilidad para homogeneizar y facilitar las valoraciones.

### CET-R v1.1

Existe ya una versión revisada del CET-R, en la que se han implementado varias mejoras importantes. En la nueva versión se distingue más claramente entre la información esencial para evaluar la calidad de una prueba que no se presenta y aquella que, aunque ausente, no es fundamental para su propósito. Además, para las pruebas adaptadas, se solicita a los revisores que especifiquen la procedencia de las muestras en los distintos apartados (Análisis de ítems, Validez, etc.), permitiendo así evaluar el grado de validación de la prueba con muestras locales. También se subraya la necesidad de utilizar muestras locales para que el baremo sea adecuado. Por último, se incorporan orientaciones para la valoración del Área Bajo la Curva (AUC) en el uso de curvas ROC, un aspecto cada vez más relevante en estudios de sensibilidad y especificidad de un test, especialmente en la predicción de criterios específicos, como categorías diagnósticas.

### Conclusiones Finales

Para concluir, es valioso reflexionar sobre el impacto del proceso de revisión de test. Se ha observado un efecto positivo general,

particularmente en la presentación más detallada de las evidencias que respaldan la calidad técnica de los test en los manuales recientes. El modelo CET-R no solo guía a autores y editores en el desarrollo y adaptación de pruebas, sino que también contribuye a la difusión de pruebas menos conocidas pero ampliamente utilizadas y respaldadas por evidencias de calidad técnica y psicométrica. Además, es una herramienta formativa importante para los futuros psicólogos, concienciándolos sobre los estándares que deben exigir en la aplicación de los test.

Respecto a cómo mejorar el conocimiento de estos procesos entre los psicólogos españoles, sería conveniente crear una base de datos de test evaluados, organizada por constructos o áreas de evaluación, facilitando así comparativas. El COP ya ha dado un paso en esta dirección con su Buscador de test (<https://www.jornadas.cop.es/evaluacionTest/>), que permite búsquedas por palabras clave y mejora el acceso a estas evaluaciones. Además, es crucial evaluar cómo los psicólogos utilizan estos informes y su utilidad práctica, así como entender los criterios que emplean al elegir un test.

Por último, es esencial perseverar en la revisión de test no comerciales que se usan profesionalmente, a pesar de las dificultades inherentes a este proceso. Dicha evaluación es clave ya que si la evaluación es favorable enriquece el conjunto de herramientas disponibles para los profesionales, mientras que si es desfavorable mitiga los riesgos de uso de test inadecuados, basados en normas obsoletas o validados en muestras no adecuadas.

### Agradecimientos

Agradezco la colaboración de los miembros de la Comisión de Test, en particular a Ana Hernández y Paula Elosua, por su valiosa ayuda y cooperación en todo el proceso. También quiero expresar mi gratitud a las casas editoriales por proporcionar los ejemplares a evaluar, así como por brindar retroalimentación detallada y constructiva en sus alegaciones a los informes provisionales. Por último, reconozco y agradecer a los revisores por su generosa y excelente colaboración, sin la cual estas evaluaciones no serían posibles.

### Conflicto de Intereses

No existe conflicto de intereses.

### Referencias

- American Educational Research Association, American Psychological Association, y National Council on Measurement in Education (2014). *Standards for educational and psychological testing*. <https://www.apa.org/science/programs/testing/standards.aspx>
- Abizanda, P., Luengo, C., López, J., Sánchez, P., Romero, L., y Fernández, C. (1998). Predictores de mortalidad, deterioro funcional e ingreso hospitalario en una muestra de ancianos residentes en la comunidad. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 33, 219-225.
- Balsamo, M., Cataldi, F., Carlucci, L., Padulo, C., y Fairfield, B. (2018). Assessment of late-life depression via self-report measures: A review. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 2021-2044. <https://doi.org/10.2147/CIA.S178943>
- Brink, T. L., Yesavage, J. A., Lum, O., Heersema, P. H., Adey, M., y Rose, T. L. (1982). Screening Tests for Geriatric Depression. *Clinical Gerontologist*, 1(1), 37-43. [https://doi.org/10.1300/J018v01n01\\_06](https://doi.org/10.1300/J018v01n01_06)

- Cabañero-Martínez, M. J., Richart-Martínez, M., Muñoz-Mendoza, C. L., y Reig-Ferrer, A. (2007). Revisión estructurada de las escalas de depresión en personas mayores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 823-846.
- Carlson, J. F., y Geisinger, K. F. (2012). Test reviewing at the Buros Center for Testing. *International Journal of Testing*, 12, 122-135. <https://doi.org/10.1080/15305058.2012.661003>
- Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM) (s.f.). *Banco de Instrumentos y Metodologías en Salud Mental*. Ministerio de Ciencia e Innovación. <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos>
- Crespo, M., González-Ordi, H., Gómez-Gutiérrez, M., y Santamaría, P. (2020). *CIT: Cuestionario de Impacto del Trauma*. Hogrefe TEA Ediciones.
- Cuetos, F., Arribas, D., Suárez-Coalla, P., y Martínez-García, C. (2020). *PROLEXIA. Diagnóstico y Detección Temprana de la Dislexia*. Hogrefe TEA Ediciones.
- Delgado-Losada, M. L., López-Higes, R., Rubio-Valdehita, S., Facal, D., Lojo-Seoane, C., Montenegro-Peña, M., Frades-Payo, B., y Fernández-Blázquez, M. Á. (2021). Spanish consortium for ageing normative data (SCAND): Screening tests (MMSE, GDS-15 and MFE). *Psicothema*, 33(1), 70-76. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.304>
- Dios, R. de, Hernández, A. M., Rexach, L. I., y Cruz, A. J. (2001). Validación de una versión de cinco ítems de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en una población española. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 36, 276-280. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(01\)74736-1](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(01)74736-1)
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Loinaz, I., y Corral, P. (2010). Escala de predicción del riesgo de violencia grave contra la pareja-revisada (EPV-R). *Psicothema*, 22(4), 1054-1060.
- Elosua, P., y Geisinger, K. F. (2016). Cuarta evaluación de test editados en España: Forma y fondo. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 37(2), 82-88. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2693.pdf>
- Espada Sánchez, J. P., González Maestre, M. T., Fernández Martínez, I., Orgilés Amorós, M., y Morales Sabuco, A. (2022). Spanish validation of the short mood and feelings questionnaire (SMFQ) in children aged 8-12. *Psicothema*, 34(4), 610-620. <https://doi.org/10.7334/psicothema2022.54>
- Evers, A., Sijtsma, K., Lucassen, W. y Meijer, R. R. (2010). The Dutch Review Process for Evaluating the Quality of Psychological Tests: History, Procedure, and Results. *International Journal of Testing*, 10, 295-317. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/15305058.2010.518325>
- Evers, A., Muñoz, J., Hagemester, C., Høstmælingen, A., Lindley, P., Sjöberg, A., y Bartram, D. (2013). Assessing the quality of tests: Revision of the EFPA review model. *Psicothema*, 25(3), 283-291. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.97>
- Fernández-San Martín, M. I., Andrade, C., Molina, J., Muñoz, P. E., Carretero, B., Rodríguez, M., y Silva, A. (2002). Validation of the Spanish version of the geriatric depression scale (GDS) in primary care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(3), 279-287. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/gps.588>
- Fonseca-Pedrero, E., y Muñoz, J. (2017). Quinta evaluación de test editados en España: mirando hacia atrás, construyendo el futuro. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 37(1), 161-168. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2844>
- García-Serrano, M. J., y Tobías, J. (2001). Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. *Atención Primaria*, 27, 484-488. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)78839-7](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)78839-7)
- Gómez-Sánchez, L. E. (2019). Séptima evaluación de test editados en España. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 40(3), 205-210. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2909>
- Hernández, A., Ponsoda, V., Muñoz, J., Prieto, G., y Elosua, P. (2016). Revisión del modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 37(1), 192-197. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2775.pdf>
- Hernández, A., Tomás, I., Ferreres, A., y Lloret, S. (2015). Tercera evaluación de test editados en España. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 36(1), 1-8. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2484.pdf>
- Hidalgo, M. D., y Hernández, A. (2019). Sexta evaluación de test editados en España: Resultados e impacto del modelo en docentes y editoriales. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 40(1), 21-30. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2886>
- Hogan, T., DeStefano, M., Gilby, C., Kosman, D., y Peri, J. (2021). Reviewing the test reviews: Quality judgments and reviewer agreements in the Mental Measurements Yearbook. *Applied Measurement in Education*, 34(2), 75-84. <https://doi.org/10.1080/08957347.2021.1890742>
- International Test Commission (2014). International Guidelines on the Security of Tests, Examinations, and Other Assessments. [https://www.intestcom.org/files/guideline\\_test\\_security.pdf](https://www.intestcom.org/files/guideline_test_security.pdf)
- International Test Commission and Association of Test Publishers (2022). *Guidelines for technology based assessment*. <https://www.intestcom.org/page/28> and <https://www.testpublishers.org/white-papers>
- International Test Commission. (2018). ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests. *International Journal of Testing*, 18(2), 101-134. <https://doi.org/10.1080/15305058.2017.1398166>
- Izal, M., y Montorio, I. (1993). Adaptation of the Geriatric Depression Scale: A preliminary study. *Clinical Gerontologist*, 13, 83-91. [https://doi.org/10.1300/J018v13n02\\_07](https://doi.org/10.1300/J018v13n02_07)
- Lozano, L. M. (2023). Novena evaluación de los test editados en España. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 44(1), 1-7. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3004>
- Lucas-Carrasco, R. (2012). Reliability and validity of the Spanish version of the World Health Organization-Five Well-being Index in elderly. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66(6), 508-513. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2012.02387.x>
- Martí, D., Miralles, R., Llorach, I., García-Palleiro, P., Esperanza, A., Guillén, J., y Cervera, A. (2000). Trastornos depresivos en una unidad de convalecencia: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 35, 1-7.
- Martínez de la Iglesia, J., Onís, M. C., Dueñas, H. R., Albert, C. C., Aguado, T. C., y Luque, L. R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Revista de Medicina Familiar y Comunitaria*, 12, 620-630.
- Martínez de la Iglesia, J., Onís, M. C., Dueñas, H. R., Albert, C. C., Aguado, T. C., Colomer, A., Arias, C., y Blanco, M. C. (2005). Abbreviating the brief. Approach to ultra-short versions of the Yesavage questionnaire for the diagnosis of depression. *Atención Primaria*, 35(1), 14-21. <https://doi.org/10.1157/13071040>
- Medina, P. M., y Sintás, F. (2021). *Cuestionario de Personalidad Forense*. Giunti EOS Psychometrics.
- Mitchell, A., Bird, V., Rizzo, M., y Meader, N. (2010). Diagnostic validity and added value of the geriatric depression scale for depression in primary care: A meta-analysis of GDS(30) and GDS(15). *Journal of Affective Disorders*, 125(1-3), 10-17. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.08.019>

- Muñiz, J., Elosua, P., y Hambleton, y R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los test: Segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151-157. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.24>
- Muñiz, J., Fernández-Hermida, J. R., Fonseca-Pedrero, E., Campillo-Álvarez, Á., y Peña-Suárez, E. (2011). Evaluación de test editados en España. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 32(2), 113-128. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1947.pdf>
- Muñiz, J., Hernández, A., y Fernández-Hermida, J. R. (2020). Utilización de los test en España: El punto de vista de los psicólogos. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 41(1), 1-15. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2921>
- Ortega Orcos, R., Fort, M. S., Khajoui, A. K., Aparicio, S. V., y Valle, R. D. D. del (2007). Validación de la versión española de 5 y 15 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica en personas mayores en Atención Primaria. *Revista Clínica Española*, 207(11), 559-562. [https://doi.org/10.1016/S0014-2565\(07\)73477-X](https://doi.org/10.1016/S0014-2565(07)73477-X)
- Ortuño-Sierra, J., Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., y Sastre i Riba, S. (2016). Evaluación de dificultades emocionales y comportamentales en población infanto-juvenil: El cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ). *Papeles del psicólogo/Psychologist Papers*, 37(1), 14-26. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2658.pdf>
- Pérez-Sánchez, J., Delgado, A. R., y Prieto, G. (2020). Psychometric properties of the scores of the most commonly used tests in the evaluation of emotion regulation. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 41(2), 116-124. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2931>
- Pérez-Sánchez, J., Delgado, A. R., y Prieto, G. (2022). Evaluación del Emotion Regulation Checklist para Niños y Adolescentes. *Psicología: Teoría e Pesquisa*, 38. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e38213.es>
- Ponsoda, V., y Hontangas, P. (2013). Segunda evaluación de tests editados en España. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 34(2), 82-90. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2232.pdf>
- Prieto, G., y Muñiz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 77, 65-77. <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=1102>
- Reuland, D. S., Cherrington, A., Watkins, G. S., Bradford, D. W., Blanco, R. A., y Gaynes, B. N. (2009). Diagnostic accuracy of Spanish language depression-screening instruments. *Annals of Family Medicine*, 7(5), 455-462. <https://doi.org/10.1370/afm.981>
- Reyes-Pérez, Á., López-Martínez, A. E., Esteve, R., y Ramírez-Maestre, C. (2023). Spanish Validation of the COMM Scale to Assess the Misuse of Prescription Opioids in Patients with Chronic Noncancer Pain. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 21(5), 3458-3472. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00803-3>
- Reynolds, C. R., y Kamphaus, R. W. (2015). *BASC3: Behavior Assessment System for Children*. Pearson.
- Salamero, M., y Marcos, T. (1992). Factor study of the Geriatric Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 283-286.
- Schittekatte, M., y Evans, N. (2023, September 27). Updating the EFPA BoA Test Review Model: a necessary titanic work with many angles and supported by even more shoulders. [Conference object] Symposium at European Congress of Psychology 2023 Brighton. <https://doi.org/10.23668/psycharchives.13272>
- Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics Scales. *Journal of Marriage and Family*, 41, 75-88. <https://psycnet.apa.org/doi/10.2307/351733>
- Tassé, M. J., Schallock, R. L., Balboni, G., Bersani, H., Borthwick-Duffy, S. A., Spreat, S., Thissen, D., Widaman, K. F., y Zhang, D. (2017). *Diagnostic Adaptive Behavior Scale (DABS) User's Manual*. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Valderrama, B. (2021). *CTE. Cuestionario de Talento Emprendedor*: Giunti EOS Psychometrics.
- Verdugo, M. A., Arias, B., y Navas, P. (2021). *Escala de Diagnóstico de Conducta Adaptativa (DABS)*. Hogrefe TEA Ediciones.
- Viladrich, C., Doval, E., Penelo, E., Aliaga, J., Espelt, A., García-Rueda, R., y Angulo-Brunet, A. (2021). Octava evaluación de test editados en España: Una experiencia participativa. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 42(1), 1-9. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2937>
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., y Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
- Yesavage, J. A., y Sheikh, J. I. (1986). 9/Geriatric Depression Scale (GDS): Recent Evidence and Development of a Shorter Version. *Clinical Gerontologist*, 5(1-2), 165-173. [https://doi.org/10.1300/J018v05n01\\_09](https://doi.org/10.1300/J018v05n01_09)

Artículo

## Revisión de los Factores Protectores y Predisponentes en la Traumatización Vicaria de los Psicoterapeutas

Sandra Fernández , Juan Manuel Guiote  y Elena Miró 

Universidad de Granada, España

### INFORMACIÓN

Recibido: Septiembre 20, 2023  
Aceptado: Febrero 21, 2024

#### Palabras clave

Trauma vicario  
Estrés postraumático secundario  
Factores protectores  
Factores de vulnerabilidad  
Psicoterapeutas

#### Keywords

Vicarious trauma  
Secondary post-traumatic stress  
Protective factors  
Vulnerability factors  
Psychotherapists

### RESUMEN

El impacto en la salud mental de los psicoterapeutas que abordan traumas representa un campo de estudio escasamente investigado. Esta revisión se centra en los factores protectores y predisponentes del trauma vicario en psicoterapeutas. De 202 artículos indexados en las bases de datos Proquest, Web of Science, Scopus y Pubmed, 22 cumplieron los criterios de inclusión. Se identificaron factores predisponentes tales como menor experiencia, tratar un elevado número de casos de trauma, traumas previos del psicoterapeuta, juventud, género femenino, limitado sentido de sí mismo y de la vida, tener creencias religiosas y ejercicio profesional en el sector privado. En contraste, surgieron como protectores el apoyo social percibido, diversas estrategias de afrontamiento, disponer de supervisión clínica y factores ligados a la personalidad. Adicionalmente, se evidencia y discute la posible interrelación entre el trauma vicario y el estrés postraumático secundario. Los hallazgos resaltan el impacto de la exposición indirecta al trauma en la salud mental de los psicoterapeutas, subrayando la necesidad de implementar programas de prevención e intervención para quienes se dedican profesionalmente a sanar las heridas traumáticas de otros.

### Review of Protective and Predisposing Factors in the Vicarious Traumatization of Psychotherapists

#### ABSTRACT

The impact on psychotherapists' mental health when addressing traumas is an area of research that has scarcely been investigated. This review focuses on the protective and predisposing factors of vicarious trauma in psychotherapists. Out of 202 indexed articles in Proquest, Web of Science, Scopus, and Pubmed databases, 22 met the inclusion criteria. Predisposing factors such as limited experience, treating a high number of trauma cases, psychotherapists' prior traumas, young age, female gender, limited sense of self and of life, having religious beliefs, and professional practice in the private sector were identified. Protective factors that emerged were perceived social support, coping strategies, having clinical supervision, and some personality-linked factors. Additionally, the potential interrelation between vicarious trauma and secondary post-traumatic stress is demonstrated and discussed. The findings underscore the impact of indirect trauma exposure on psychotherapists' mental health, emphasizing the need to implement prevention and intervention programs for those professionally dedicated to healing the traumatic wounds of others.

En el campo de la psicología clínica y de la salud acontecen situaciones en las que el sufrimiento experimentado por los pacientes puede tener impacto en la salud mental de los psicoterapeutas. Una línea de investigación circunscrita a este ámbito de conocimiento se centra en el estudio del proceso terapéutico de los casos de trauma y la sintomatología resonante en los profesionales que brindan la atención (Merriman y Joseph, 2018). El trauma se define según el “APA Dictionary of Psychology” como:

Cualquier experiencia perturbadora que provoque miedo significativo, impotencia, disociación, confusión u otros sentimientos perturbadores lo suficientemente intensos como para tener un efecto negativo duradero en las actitudes, el comportamiento y otros aspectos del funcionamiento de una persona. Los acontecimientos traumáticos incluyen los causados por el comportamiento humano (v.g., violaciones, guerras, accidentes industriales) así como por la naturaleza (v.g., terremotos) y a menudo cuestionan la visión que tiene el individuo del mundo como un lugar justo, seguro y predecible (American Psychological Association, 2018).

Al respecto, la literatura científica identifica el trauma vicario (TV) y el estrés postraumático secundario (EPS) como dos de los procesos más importantes que pueden afectar a los psicoterapeutas que intervienen en trauma (Crivatu et al., 2023; Leung et al., 2022). Sin embargo, debido a su similitud, estos términos suelen confundirse entre sí y a menudo se usan indistintamente (Bell et al., 2003; Merriman y Joseph, 2018; Molnar et al., 2017; Leung et al., 2022; Sutton et al., 2022), aunque existen diferencias importantes entre ellos. El TV comprende aquellos cambios acumulativos negativos surgidos de la interacción terapeuta-paciente, especialmente cuando el terapeuta manifiesta una intensa empatía (Branson, 2019; McCann y Pearlman, 1990). Asimismo, se ha constatado que este fenómeno es más frecuente en aquellos casos donde el paciente relata experiencias traumáticas de manera detallada y gráfica, produciendo cambios psicopatológicos en el terapeuta que pueden afectar su autopercepción, la percepción de los demás, las relaciones con el entorno y la forma de percibir el mundo (Branson, 2019). El EPS, en cambio, se manifiesta a través de síntomas similares a los del paciente que ha sufrido el trauma, caracterizándose por imágenes intrusivas, activación, conductas de evitación y cambios negativos en las cogniciones (Figley, 1995; Michalchuk y Martin, 2019). Según el estudio de Bercier y Maynard (2015) entre el 5 y el 15 % de los psicoterapeutas que trabajan en este ámbito sufren niveles de severidad clínicos de TV y EPS. Además, se ha encontrado una alta coexistencia y comorbilidad entre TV y EPS en la mayoría de los casos (Bercier y Maynard, 2015; MacKay, 2017; Sutton et al., 2022). Relacionado también con el TV se encuentra el síndrome de estar quemado o burnout, caracterizado por una combinación de agotamiento, despersonalización y sentimientos de ineficacia en el trabajo, debido a un ambiente laboral desfavorable y un gran estrés ocupacional (Freudenberger, 1974; Maslach, 1976; Roberts et al., 2022). La diferencia con el TV estriba en que el burnout no requiere exposición indirecta al trauma, mientras que es una condición esencial para el desarrollo del TV (Quitangon, 2019; Roberts et al., 2022). Es importante señalar que el burnout, a pesar de estar más relacionado con el estrés laboral, se plantea como un posible predecesor del EPS (MacKay, 2017).

Al analizar los factores relacionados con el TV y el EPS en psicoterapeutas, el estudio de Kilpatrick et al. (2013) revela, en cuanto al sexo/género, que la prevalencia del EPS es mayor en mujeres que en hombres y que esta se incrementa con un mayor nivel de exposición a detalles traumáticos. Corroborando este hallazgo, la revisión de Sutton et al. (2022), que no hace distinción entre TV y EPS, determina que los síntomas de ambos trastornos se presentan con mayor frecuencia en mujeres jóvenes, solteras, con formación y experiencia limitadas. Este estudio también evidencia que los factores de vulnerabilidad integrados por la ausencia de estrategias efectivas de afrontamiento y la presencia de altos niveles de estrés y angustia personal incrementan la probabilidad de experimentar síntomas asociados a estos trastornos. Respecto a los factores protectores eficaces, Yuma et al. (2019) identifican como predictores individuales de resiliencia vicaria la aceptación del sufrimiento, la formación continua en manejo del estrés, no culpabilizarse y la asunción de cargas de trabajo manejables. Desde una perspectiva grupal, los protectores identificados comprenden el apoyo social, familiar y laboral, así como la búsqueda activa de supervisión en el entorno de trabajo.

El entramado multifactorial que subyace al TV y el EPS, y su interrelación, constituye un área de investigación compleja, puesto que en la mayoría de las investigaciones no diferencian de manera explícita entre ambos fenómenos. Al respecto, Sabin-Farrell y Turpin (2003) concluyeron en su revisión que TV y EPS describen incluso el mismo fenómeno. La literatura científica alberga revisiones centradas en el estudio de los factores protectores frente al TV en el caso de personal sanitario, bomberos y otros profesionales que prestan asistencia a víctimas de accidentes (Molnar et al., 2017). Sin embargo, hasta donde alcanza el conocimiento de los autores, en la última década no se han efectuado revisiones enfocadas exclusivamente en estudiar los factores protectores y predisponentes que influyen en estos procesos en psicoterapeutas. Si bien hay evidencia del impacto de ciertos factores puntuales sobre el TV y el EPS (Sutton et al., 2022; Yuma et al., 2019), existe una necesidad de realizar investigaciones más exhaustivas que aborden el conjunto integral de factores que inciden sobre los psicoterapeutas (Branson, 2019; Leung et al., 2022). En este sentido, el objetivo primordial de la presente revisión consiste en examinar cuáles son los factores predisponentes y los factores protectores en relación con el TV en la última década, teniendo en cuenta su notable comorbilidad con el EPS, específicamente en la población de psicoterapeutas.

## Método

Se realizó una exploración exhaustiva en las bases de datos Proquest, Web of Science, Scopus y Pubmed, utilizando una ecuación de búsqueda integrada por los descriptores “vicarious trauma”, “therapist” y “factors” en marzo de 2023. Con el objetivo de garantizar la idoneidad de los estudios considerados, se establecieron a priori los siguientes criterios de inclusión: 1. El documento debía corresponder a un artículo empírico revisado por pares. 2. La publicación del documento debía haber tenido lugar durante la última década (2013-2023). 3. El idioma del artículo debía ser inglés o castellano. 4. El TV debía ser la variable principal del estudio. 5. El EPS, tanto por su alta comorbilidad con el TV,

como por la habitual indistinción entre ambos en la literatura previa, se consideró un sub-tópico de interés.

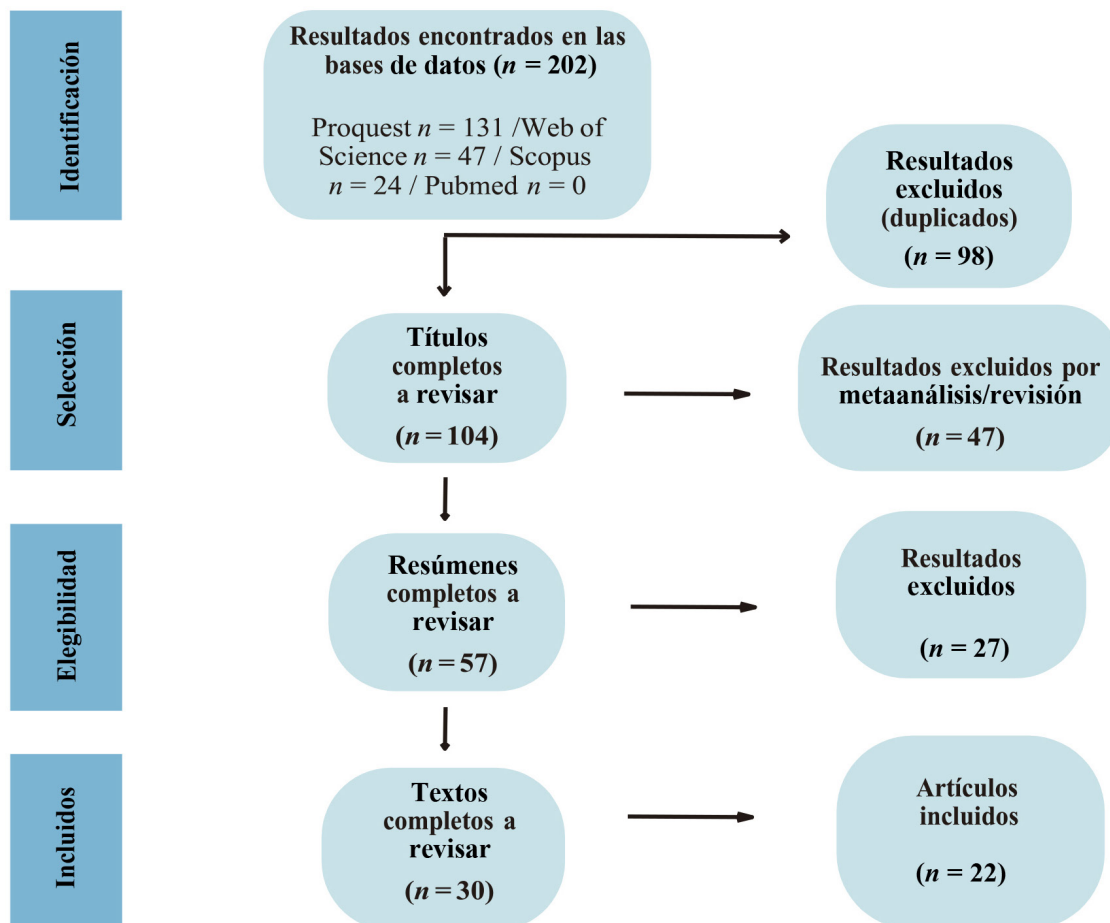
De los 202 documentos identificados en las bases de datos consultadas, se eliminaron 98 por ser duplicados. Tras una evaluación preliminar basada en los títulos de los documentos, se descartaron 47 trabajos por no adherirse a los criterios de inclusión. A continuación, se examinaron en profundidad los 57 resúmenes restantes, lo cual conllevó la exclusión de 27 artículos adicionales. El proceso de cribado descrito resultó en un total de 30 documentos para una revisión más exhaustiva, que culminó con la selección de los 22 trabajos que forman parte de la presente revisión (ver Figura 1).

### Resultados

La muestra total de los 22 estudios analizados incluyó, 4064 psicoterapeutas del área de la psicología clínica y de la salud, con tamaños de muestra que variaron desde un mínimo de 6 (Sui y Padmanabhanunni, 2016) hasta un máximo de 931 participantes (Wozencroft et al., 2019). La edad media de la población, obtenida a partir de las medias muestrales especificadas en 12 de los estudios analizados, fue de 41.39 años (Aafjes-van Doorn et al., 2022; Barrington y Shakespeare, 2014; Cieslak et al., 2013; Cummings et al., 2021; Diehm et al., 2019; Foreman, 2018; Halevi e Idisis, 2018;

Lakioti et al., 2020; Litam et al., 2021; Makadia et al., 2017; Martin-Cuellar et al., 2019; Padmanabhanunni y Gqomfa, 2022). El rango de edad osciló entre los 20 y los 79 años, ambas edades fueron recogidas en el estudio de Wozencroft et al. (2019). El número de años de experiencia mínimo de los psicoterapeutas fue de 1 año (Cummings et al., 2021; Skar et al., 2022) y el número máximo de años de experiencia de 30 (Hernandez-Wolfe et al., 2015). Todos los artículos seleccionados incluían muestras mixtas de hombres y mujeres, excepto en dos de ellos donde la muestra estuvo compuesta únicamente por mujeres (Padmanabhanunni y Gqomfa, 2022; Wang y Park-Taylor, 2021). En un único estudio no se diferenció por sexo (Skar et al., 2022). El 70% de la muestra total estuvo compuesta por mujeres y el 30% por hombres. Además, únicamente se diferenció entre psicoterapeutas públicos y privados en el estudio de Melaki y Stavrou (2023), mientras que los demás no hicieron distinción en función del contexto de trabajo. En relación con el diseño de los estudios, 21 de los 22 estudios incluidos en la revisión adoptaron un diseño transversal. La excepción fue un estudio longitudinal que realizó mediciones en diferentes momentos temporales a lo largo de la pandemia de la Covid-19 (Aafjes-van Doorn et al., 2022). Las características principales del conjunto de estudios revisados se resumen en la Tabla 1, y los detalles específicos de cada estudio incluido pueden consultarse en el siguiente enlace: <https://zenodo.org/record/8311529>

Figura 1  
Diagrama de Flujo del Proceso de Búsqueda



**Tabla 1**  
Características de los Estudios Incluidos en la Revisión

Características de los estudios	Hallazgos
Muestra	Total: 4064 psicoterapeutas. Media de edad: 41.39 años. Rango de edad: entre 20 y 79 años. Composición por sexo/género: 70% mujeres y 30% hombres. Un estudio no diferenció por sexo/género (Skar et al., 2022) Tamaño muestral mínimo: seis psicoterapeutas (Sui y Padmanabhanunni, 2016) Tamaño muestral máximo: 931 psicoterapeutas (Wozencroft et al., 2019)
Tipo de estudio	21 estudios utilizaron diseño transversal y un estudio empleó diseño longitudinal (Aafjes-van Doorn et al., 2022)
Años de experiencia	Mínimo: un año (Cummings et al., 2021; Skar et al., 2022) Máximo: 30 años (Hernandez-Wolfe et al., 2015)
Prevalencia	19.2% de EPS de 224 psicoterapeutas (Cieslak et al., 2013) 70% en riesgo de EPS de 253 psicoterapeutas (Sodeke-Gregson et al., 2013)

Respecto a los instrumentos de evaluación empleados en los estudios objeto de esta revisión, cabe subrayar que seis de estos utilizaron entrevistas semiestructuradas para explorar las experiencias relacionadas con casos de trauma, específicamente, TV y/o EPS (Barrington y Shakespeare, 2014; Hernandez-Wolfe et al., 2015; Melaki y Stavrou, 2023; Padmanabhanunni y Gqomfa, 2022; Sui y Padmanabhanunni, 2016; Wang y Park-Taylor, 2021). En cuanto a la evaluación de TV y EPS, la Escala de Trauma Vicario (Vicarious Trauma Scale, Bride et al., 2004; Aguiar-Fernández et al., 2022) fue aplicada en cuatro estudios (Aafjes-van Doorn et al., 2022; Cummings et al., 2021; Kounenou et al., 2023; Strosky et al., 2018) y la escala de Estrés Traumático Secundario (Secondary Traumatic Stress Scale, Jacobs et al., 2019) se implementó en otras cuatro investigaciones (Cieslak et al., 2013; Cummings et al., 2021; Diehm et al., 2019; Makadia et al., 2017). La calidad de vida profesional fue una variable incluida en ocho de los artículos analizados (Cummings et al., 2021; Hou y Skovholt, 2020; Lakioti et al., 2020; Litam et al., 2021; Martin-Cuellar et al., 2019; Skar et al., 2022; Sodeke-Gregson et al., 2013; Wozencroft et al., 2019). Para evaluarla se empleó la Escala de Calidad de Vida Profesional, Versión 5 (The Professional Quality of Life Scale: ProQOL-5). El estudio de Strosky et al. (2018) analizó el impacto de las creencias religiosas y espirituales evaluadas a través del Inventario de Compromiso Religioso (Religious Commitment Inventory, RCI-10) y de la Escala de Conflictos Religiosos y Espirituales (Religious and Spiritual Struggles Scale, RSS), y su relación con el estado de ánimo fue evaluada mediante la Escala Breve de Medidas de Afecto Positivo y Negativo (Brief Measure of Positive and Negative Affect, PANAS).

En el conjunto de estudios analizados, no se proporcionó un dato cuantitativo de la prevalencia del TV. Sin embargo, con respecto al EPS, Cieslak et al. (2013) informaron de una prevalencia del 19.2% en su estudio con 224 psicoterapeutas. Por su parte, Sodeke-Gregson et al. (2013) encontraron que del total de 253 psicoterapeutas que trabajaban con trauma y otras problemáticas, el 70% estaban en riesgo de sufrir EPS. En cinco de los estudios seleccionados, se indica que todos o la gran mayoría de los psicoterapeutas sufrieron síntomas de TV y EPS (Barrington y Shakespeare, 2014; Hernandez-Wolfe et al., 2015; Padmanabhanunni y Gqomfa, 2022; Sui y Padmanabhanunni, 2016; Wang y Park-Taylor, 2021). Además, según señalan Cummings et al. (2021) y Kounenou et al. (2023) el burnout fue predictor de TV y EPS, y ambos acababan coexistiendo siempre que uno aparecía (Cummings et al., 2021).

En cuanto al análisis de los factores predisponentes que afectan a los psicoterapeutas (Ver Tabla 2a), en tres estudios se observó que los psicoterapeutas que han experimentado traumas personales muestran una propensión significativamente mayor a sufrir TV y EPS (Cieslak et al., 2013; Diehm et al., 2019; Sodeke-Gregson et al., 2013), mientras que Martin-Cuellar et al. (2019) no encontraron tal evidencia. Por otra parte, cuatro estudios encontraron que atender un elevado número de casos de trauma, y una mayor exposición a estos constituye un factor predisponente para la aparición de TV y EPS (Cieslak et al., 2013; Diehm et al., 2019; Makadia et al., 2017; Sodeke-Gregson et al., 2013). Asimismo, otro hallazgo destacado en cuatro de los estudios revisados fue que los profesionales con menos años de experiencia presentan un mayor riesgo de experimentar TV y EPS (Foreman, 2018; Sodeke-Gregson et al., 2013; Wang y Park-Taylor, 2021; Wozencroft et al., 2019). Específicamente, Wang y Park-Taylor (2021) identificaron una curva de impacto en forma de U con relación a la experiencia profesional y la presencia de TV. Esto implica que las psicoterapeutas noveles presentaban menos síntomas de TV al tener menos presión por su inexperiencia, mientras que aquellas con un nivel de experiencia medio tenían dificultades para gestionar los casos de trauma y presentaban más síntomas de TV. En cambio, las terapeutas veteranas han consolidado estrategias de afrontamiento eficaces, mitigando así la incidencia de TV. No obstante, uno de los estudios indicó que los años de experiencia no eran un predictor significativo de estos fenómenos (Kounenou et al., 2023). En la misma línea, tener menor edad se relacionó con un mayor riesgo de sufrir TV y/o EPS en dos estudios (Halevi e Idisis, 2018; Sodeke-Gregson et al., 2013). Cabe destacar que el estudio de Melaki y Stavrou (2023) que diferenciaba entre ejercicio de la psicoterapia privada y pública, reveló que solo los terapeutas del ámbito privado presentaron síntomas de TV. Además, Halevi e Idisis (2018) y Lakioti et al. (2020) constatan que los terapeutas con un sentido poco elaborado, tanto del self/yo como del significado del sentido de la vida, tienen una mayor probabilidad de sufrir TV, EPS y burnout. Strosky et al. (2018) indicaron que los psicoterapeutas experimentaban más afecto negativo y crisis religiosas y espirituales internas que el resto de la población a causa del trabajo clínico. Finalmente, el estudio de Wozencroft et al. (2019) informó que tanto hombres como mujeres presentan el mismo nivel de burnout, pero que los hombres no sufrían síntomas de EPS en la misma medida que las mujeres.

En relación con los factores protectores (Ver Tabla 2b), diversas investigaciones han identificado que las estrategias de afrontamiento adaptativas (v.g. autocuidado, actividad física) se

**Tabla 2a**

Factores Predisponentes del Trauma Vicario Identificados en la Revisión

Factores predisponentes	N.º de artículos	Estudios
Menos años de experiencia	4	(Foreman, 2018; Sodeke-Gregson et al., 2013; Wang y Park-Taylor, 2021; Wozencroft et al., 2019)
Mayor carga de trabajo	4	(Cieslak et al., 2013; Diehm et al., 2019; Makadia et al., 2017; Sodeke-Gregson et al., 2013)
Historia personal de trauma	3	(Cieslak et al., 2013; Diehm et al., 2019; Sodeke-Gregson et al., 2013)
Menor edad	2	(Halevi e Idisis, 2018; Sodeke-Gregson et al., 2013)
Sexo/género femenino	1	(Wozencroft et al., 2019)
Menor diferenciación del self/yo	1	(Halevi e Idisis, 2018)
Menor elaboración del sentido de la vida	1	(Lakioti et al., 2020)
Mayor religiosidad	1	(Strosky et al., 2018)
Ámbito privado	1	(Melaki y Stavrou, 2023)

**Tabla 2b**

Factores Protectores del Trauma Vicario Identificados en la Revisión

Factores protectores	N.º de artículos	Estudios
Mayor apoyo social percibido	5	(Diehm et al., 2019; Hernandez-Wolfe et al., 2015; Lakioti et al., 2020; Melaki y Stavrou, 2023; Sodeke-Gregson et al., 2013)
Estrategias de afrontamiento	4	(Barrington y Shakespeare, 2014; Litam et al., 2021; Melaki y Stavrou 2023; Sodeke-Gregson et al., 2013)
Supervisión clínica	3	(Hernandez-Wolfe et al., 2015; Kounenou et al., 2023; Skar et al., 2022)
Mayor resiliencia	2	(Hou y Skovholt, 2020; Litam et al., 2021)
Mayor empatía	2	(Aafjes-van Doorn et al., 2022; Kounenou et al., 2023)
Mayor autoeficacia	2	(Aafjes-van Doorn et al., 2022; Lakioti et al., 2020)
Mayor vitalidad subjetiva	1	(Martin-Cuellar et al., 2019)

asocian con una menor probabilidad de sufrir TV y EPS (Barrington y Shakespeare, 2014; Litam et al., 2021; Melaki y Stavrou, 2023). Sin embargo, en contraposición a estos hallazgos, el estudio de Sodeke-Gregson et al. (2013) observó una correlación positiva entre el autocuidado, la supervisión clínica y el EPS. Dentro de este marco de factores protectores, cinco investigaciones indican que el apoyo social percibido, las conductas de compañerismo -como hablar con colegas de profesión y mantener buenas relaciones con ellos- y un buen ambiente laboral, especialmente en psicoterapeutas del ámbito público, están asociados con una menor probabilidad de desarrollar burnout y EPS (Diehm et al., 2019; Hernandez-Wolfe et al., 2015; Lakioti et al., 2020; Melaki y Stavrou, 2023; Sodeke-Gregson et al., 2013). Por otro lado, se ha encontrado que ciertos atributos de los psicoterapeutas, como una elevada resiliencia, un sólido marco de valores y una extensa red social, están relacionados con una menor prevalencia de TV (Hou y Skovholt, 2020; Litam et al., 2021). Adicionalmente, variables como la empatía, la autoeficacia y la capacidad de adaptación a terapias en línea se asociaron con un menor riesgo de TV (Aafjes-van Doorn et al., 2022; Kounenou et al., 2023; Lakioti et al., 2020). La percepción subjetiva de vitalidad y energía se relaciona inversamente con la probabilidad de sufrir TV y burnout, según el estudio de Martin-Cuellar et al. (2019). En relación con la supervisión de casos y la terapia dirigida a psicoterapeutas, tres estudios analizados indicaron una reducción en la probabilidad de presentar TV (Hernandez-Wolfe et al., 2015; Kounenou et al., 2023; Skar et al., 2022).

### Discusión

La presente revisión tiene como objetivo analizar las evidencias emergentes en la última década sobre factores predisponentes y protectores del TV y EPS en psicoterapeutas del ámbito de la psicología clínica y de la salud. Es relevante destacar la ausencia

de estimación informada sobre la prevalencia del TV en los estudios revisados. Por otra parte, se constata que existen discrepancias significativas en la prevalencia reportada para el EPS, mientras Cieslak et al. (2013) identifican una prevalencia del 19.2%, Sodeke-Gregson et al. (2013) elevan este riesgo al 70%, que contrastan con la evidencia previa informada por Bercier y Maynard (2015), quienes ofrecen una estimación de prevalencia más conservadora, situándola entre el 5% y el 15% incluso considerando conjuntamente EPS y TV. Más relevante es acreditar que cinco estudios identificaron que la mayoría de los psicoterapeutas manifestó síntomas combinados de TV y EPS (Barrington y Shakespeare, 2014; Hernandez-Wolfe et al., 2015; Padmanabhanunni y Gqomfa, 2022; Sui y Padmanabhanunni, 2016; Wang y Park-Taylor, 2021).

Los resultados sugieren que el burnout podría ser un precursor del TV y del EPS, en concordancia con lo planteado previamente por MacKay (2017). Además, se identifica una elevada comorbilidad entre TV y EPS, congruente con investigaciones previas que subrayan la complejidad e interconexión de estos fenómenos en la psicoterapia del trauma (Bercier y Maynard, 2015; MacKay, 2017; Sutton et al., 2022). La coexistencia de estos trastornos permite plantear tres hipótesis: en primer lugar, la correlación entre trastornos independientes; en segundo lugar, que, efectivamente, tal y como señalan Sabin-Farrell y Turpin (2003) y Melaki y Stavrou (2023) ambos trastornos constituyan el mismo problema, y; en tercer lugar, que su alta comorbilidad pueda explicarse desde un continuum de gravedad psicopatológica tras la exposición indirecta al trauma. De ser correcto este planteamiento, sería relevante determinar qué trastorno precede al otro. En este sentido, cabe la posibilidad de que el terapeuta en primer lugar experimente los síntomas de trauma del paciente, y a posteriori, se produzca de manera progresiva un cambio más profundo en la percepción de sí mismo y de su mundo circundante. Si bien, estas hipótesis son relevantes, es crucial



señalar que la relación precisa entre TV y EPS permanece indeterminada, resaltando la necesidad de investigaciones adicionales y rigurosas al respecto que permitan establecer conclusiones más robustas. A lo anterior hay que añadir la frecuente indistinción e intercambiabilidad de términos evidenciada en la literatura previa, cuestión que también es corroborada en esta revisión. De hecho, al incluir el EPS como sub-tópico de interés en TV, la presente revisión garantiza una mayor precisión al incluir estudios relevantes. En función de lo anterior, para evaluar estos constructos se propone emplear la Escala de Trauma Vicario (Bride et al., 2004; Aguiar-Fernández et al., 2022) y la Escala de Estrés Postraumático Secundario (Jacobs et al., 2019), y además crear y validar instrumentos que permitan valorar la comorbilidad y la evolución temporal de estos fenómenos de forma precisa.

En cuanto a los factores de vulnerabilidad o que predisponen al desarrollo del TV, se ha identificado, en orden de prelación decreciente, las siguientes evidencias. El estrés originado por la sobrecarga de casos de trauma es uno de los factores que presenta mayor grado de evidencia encontrado en esta revisión (ver [Tabla 2a](#)). Al mismo nivel de importancia se encuentran los años de experiencia en psicoterapia que parecen actuar conforme a un modelo de impacto en forma de U planteado por Wang y Park-Taylor (2021). A continuación, se encuentra la historia personal de trauma de los psicoterapeutas. De lo que se infiere que el propio sufrimiento de estos los hace más sensibles a los acontecimientos traumáticos que detallan sus pacientes, o bien que dichos relatos actúan de catalizador del propio trauma de los psicoterapeutas, aunque también es posible la interacción de ambos factores. Por otra parte, la edad puede conllevar más experiencias vitales, potenciando habilidades de afrontamiento y madurez, siendo la juventud un factor de vulnerabilidad. Seguidamente, con el mismo nivel de relevancia, se encuentran una baja diferenciación del self, que dificulta discernir entre procesos propios y ajenos; un sentido de la vida menos definido, que puede conllevar dificultad para apreciar cuál es la misión personal del psicoterapeuta en su vida privada; así como las creencias religiosas que parecen actuar de amplificador emocional de disonancias entre el trauma y la dimensión espiritual-religiosa. Al mismo nivel de importancia que los factores precedentes se encuentra la variable sexo/género. De acuerdo con investigaciones previas, ser mujer, tener una historia personal de trauma y estar expuesta a un elevado número de casos traumáticos aumenta el riesgo de EPS. Este patrón podría estar relacionado con la elevada frecuencia de casos de abuso sexual en la terapia del trauma, y el hecho de que la mayoría de las víctimas sean mujeres. Además, es plausible que la identificación de las psicoterapeutas con el feminismo como valor esencial y su solidaridad con la víctima agudicen esta predisposición (Crivatu et al., 2023; Kilpatrick et al., 2013). En este sentido, una línea de investigación relevante sería analizar si las características del paciente, o el tipo de trauma que este presente, influyen en el desarrollo de TV o EPS en el psicoterapeuta. Por último, trabajar en el sector privado se ha identificado como un factor predisponente para desarrollar TV y EPS. Esto podría atribuirse a que los psicoterapeutas del sector público suelen interactuar más con colegas y tienen la oportunidad de desahogarse entre sesiones. En cambio, los psicoterapeutas del sector privado a menudo trabajan solos, lo que puede dificultar

el manejo del estrés de la exposición indirecta al trauma. Esta área requiere de investigación adicional, como ya destacaron Sutton et al. (2022).

Los estudios revisados no solo evidencian el coste psicológico de cuidar, sino que también destacan la existencia de factores protectores o de resiliencia capaces incluso de producir crecimiento postraumático secundario. Entre ellos, el apoyo social percibido ocupa un lugar primordial. Este hallazgo pone de relieve la dimensión humana del psicoterapeuta, destacando que como cualquier persona es social por naturaleza y necesita sentir respaldo de sus personas significativas ante la ardua y a veces abrumadora labor profesional. En segundo lugar, destacan las estrategias de afrontamiento. A nivel individual se identifica la conveniencia del autocuidado mediante actividad física, *mindfulness* o la asistencia a terapia, así como el establecimiento de límites claros entre la vida laboral y personal, entre otros aspectos. A nivel organizacional constituyen estrategias preventivas, el apoyo de pares y colegios profesionales, un ambiente laboral saludable y las oportunidades para el desarrollo profesional. La supervisión clínica también se ha identificado como un factor relevante. Aspectos como el aprendizaje, el distanciamiento subjetivo de los casos tratados, la validación de otro profesional, la formulación de metas realistas y la ventilación emocional pueden ser variables mediadoras que expliquen su eficacia. Los factores protectores identificados en esta revisión constituyen posibles aplicaciones prácticas que el terapeuta puede implementar para prevenir o aliviar los efectos negativos de la exposición al trauma. Es importante destacar que algunos factores egosintónicos vinculados a la personalidad del psicoterapeuta, como la resiliencia, empatía, autoeficacia y la vitalidad subjetiva, pueden amortiguar e incluso fomentar el crecimiento postraumático secundario.

La presente revisión comprende las siguientes limitaciones: el término “psicoterapeuta” engloba diversas formaciones oficiales para una misma profesión, variando según los países considerados en esta revisión y, por tanto, puede conllevar diferencias en el nivel de preparación de los psicoterapeutas. El número de estudios incluidos es moderado y las conclusiones deben considerarse preliminares. Más destacable es la limitación del constructo analizado, ya que si bien queda patente que el trauma afecta a los psicoterapeutas, no podemos afirmar con precisión que la manifestación patológica se corresponda con TV, con EPS o con ambas. Entre las fortalezas cabe destacar que esta revisión es pionera en el ámbito específico de la psicoterapia, y que contribuye a desarrollar una línea de investigación relevante en la salud mental de los profesionales de la psicoterapia del trauma.

En definitiva, los resultados del presente estudio ponen de manifiesto que la salud mental de los profesionales encargados de proporcionar bienestar a otros, especialmente los psicoterapeutas que trabajan en trauma, no es inmune al sufrimiento ajeno. El trabajo terapéutico, aunque gratificante, no está exento de costes. Los hallazgos reflejan la paradoja de cuidar al cuidador, subrayando la necesidad de redes de apoyo específicas para estos profesionales y la importancia de que colegios y organizaciones de salud mental implementen programas de prevención, formación e intervención. Asimismo, es necesario llevar a cabo más investigación sobre este tópico y trasladar la evidencia a la práctica clínica. La calidad y eficacia de la psicoterapia dependen,

en gran medida, del bienestar de los psicoterapeutas, por lo que es imperativo prestar especial atención y enfocar los recursos en aquellos psicoterapeutas que dedican sus vidas a sanar las heridas traumáticas de otros.

### Financiación

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales.

### Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

### Referencias

- Aafjes-van Doorn, K., Békés, V., Luo, X., Prout, T. A., y Hoffman, L. (2022). Therapists' resilience and posttraumatic growth during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14, S165-S173. <https://doi.org/10.1037/tra0001097>
- Aguiar-Fernández, F. J., Méndez-Fernández, A. B., Lombardero-Posada, X. M., Murcia-Álvarez, E., y González-Fernández, A. (2022). Vicarious Trauma Scale: Psychometric Properties in a Sample of Social Workers from Spain. *Health and Social Work*, 47(4), 244-252. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlac026>
- American Psychological Association. (2018). Trauma. *APA Dictionary of Psychology*. <https://dictionary.apa.org/trauma>
- Barrington, A. J., y Shakespeare-Finch, J. (2014). Giving voice to service providers who work with survivors of torture and trauma. *Qualitative Health Research*, 24(12), 1686-1699. <https://doi.org/10.1177/1049732314549023>
- Bell, H., Kulkarni, S., y Dalton, L. (2003). Organizational prevention of vicarious trauma. *Families in society*, 84(4), 463-470. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.131>
- Bercier, M. L., y Maynard, B. R. (2015). Interventions for secondary traumatic stress with mental health workers: A systematic review. *Research on Social Work Practice*, 25(1), 81-89. <https://doi.org/10.1177/1049731513517142>
- Branson, D. C. (2019). Vicarious trauma, themes in research, and terminology: A review of literature. *Traumatology*, 25(1), 2-10. <https://doi.org/10.1037/trm0000161>
- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., y Figley, C. R. (2004). Development and validation of the secondary traumatic stress scale. *Research on social work practice*, 14(1), 27-35. <https://doi.org/10.1177/1049731503254106>
- Cieslak, R., Anderson, V., Bock, J., Moore, B. A., Peterson, A. L., y Benight, C. C. (2013). Secondary traumatic stress among mental health providers working with the military: Prevalence and its work-and exposure-related correlates. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(11), 917-925. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000034>
- Cummings, C., Singer, J., Hisaka, R., y Benuto, L. T. (2021). Compassion satisfaction to combat work-related burnout, vicarious trauma, and secondary traumatic stress. *Journal of interpersonal violence*, 36(9-10), NP5304-NP5319. <https://doi.org/10.1177/0886260518799502>
- Crivatu, I. M., Horvath, M. A., y Massey, K. (2023). The impacts of working with victims of sexual violence: a rapid evidence assessment. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(1), 56-71. <https://doi.org/10.1177/15248380211016024>
- Diehm, R. M., Mankowitz, N. N., y King, R. M. (2019). Secondary traumatic stress in Australian psychologists: Individual risk and protective factors. *Traumatology: An International Journal*, 25(3), 196-202. <https://doi.org/10.1037/trm0000181>
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel.
- Foreman, T. (2018). Wellness, exposure to trauma, and vicarious traumatization: A pilot study. *Journal of Mental Health Counseling*, 40(2), 142-155. <https://doi.org/10.17744/mehc.40.2.04>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30(1), 159-165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Halevi, E., y Idisis, Y. (2018). Who helps the helper? differentiation of self as an indicator for resisting vicarious traumatization. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(6), 698-705. <https://doi.org/10.1037/tra0000318>
- Hernandez-Wolfe, P., Killian, K., Engstrom, D., y Gangsei, D. (2015). Vicarious resilience, vicarious trauma, and awareness of equity in trauma work. *Journal of humanistic psychology*, 55(2), 153-172. <https://doi.org/10.1177/0022167814534322>
- Hou, J., y Skovholt, T. M. (2020). Characteristics of highly resilient therapists. *Journal of Counseling Psychology*, 67(3), 386-400. <https://doi.org/10.1037/cou0000401>
- Jacobs, I., Charmillot, M., Martin Soelch, C., y Horsch, A. (2019). Validity, reliability, and factor structure of the secondary traumatic stress scale-French version. *Frontiers in psychiatry*, 10, 191. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00191>
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., y Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of traumatic stress*, 26(5), 537-547. <https://doi.org/10.1002/jts.21848>
- Kounenou, K., Kalamatianos, A., Nikoltsiou, P., y Kourmousi, N. (2023). The interplay among empathy, vicarious trauma, and burnout in greek mental health practitioners. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3503. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043503>
- Lakioti, A., Stalikas, A., y Pezirkianidis, C. (2020). The role of personal, professional, and psychological factors in therapists' resilience. *Professional Psychology: Research and Practice*, 51(6), 560-570. <https://doi.org/10.1037/pro0000306>
- Leung, T., Schmidt, F., y Mushquash, C. (2023). A personal history of trauma and experience of secondary traumatic stress, vicarious trauma, and burnout in mental health workers: A systematic literature review. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 15(Suppl 2), S213-S221. <https://doi.org/10.1037/tra0001277>
- Litam, S. D. A., Ausloos, C. D., y Harrichand, J. J. S. (2021). Stress and resilience among professional counselors during the COVID-19 pandemic. *Journal of Counseling & Development*, 99(4), 384-395. <https://doi.org/10.1002/jcad.12391>
- MacKay, L. M. (2017). Differentiation of self: Enhancing therapist resilience when working with relational trauma. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 38(4), 637-656. <https://doi.org/10.1002/anzf.1276>
- Makadia, R., Sabin-Farrell, R., y Turpin, G. (2017). Indirect exposure to client trauma and the impact on trainee clinical psychologists: Secondary traumatic stress or vicarious traumatization? *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(5), 1059-1068. <https://doi.org/10.1002/cpp.2068>

- Martin-Cuellar, A., Lardier, D. T., Atencio, D. J., Kelly, R. J., y Montañez, M. (2019). Vitality as a moderator of clinician history of trauma and compassion fatigue. *Contemporary Family Therapy*, 41, 408-419. <https://doi.org/10.1007/s10591-019-09508-7>
- Maslach, C. (1976). Burn-out. *Human behavior*, 5 (9), 16-22.
- McCann, L., y Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: a framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131-149. <https://doi.org/10.1007/BF00975140>
- Melaki, E., y Stavrou, P. D. (2023). Re-exploring the vicarious posttraumatic growth and trauma: A comparison study between private therapists and therapists in nonprofit organizations treating trauma survivors. *Traumatology*, 29(1), 27-35. <https://doi.org/10.1037/trm0000378>
- Merriman, O., y Joseph, S. (2018). Therapeutic implications of counselling psychologists' responses to client trauma: An interpretative phenomenological analysis. *Counselling Psychology Quarterly*, 31(1), 117-136. <https://doi.org/10.1080/09515070.2016.1266601>
- Michalchuk, S., y Martin, S. L. (2019). Vicarious resilience and growth in psychologists who work with trauma survivors: An interpretive phenomenological analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 50(3), 145-154. <https://doi.org/10.1037/pro0000212>
- Molnar, B. E., Sprang, G., Killian, K. D., Gottfried, R., Emery, V., y Bride, B. E. (2017). Advancing science and practice for vicarious traumatization/secondary traumatic stress: A research agenda. *Traumatology*, 23(2), 129-142. <https://doi.org/10.1037/trm0000122>
- Padmanabhanunni, A., y Gqomfa, N. (2022). "The ugliness of it seeps into me": Experiences of vicarious trauma among female psychologists treating survivors of sexual assault. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 3925. <https://doi.org/10.3390/ijerph19073925>
- Quitangon, G. (2019). Vicarious trauma in clinicians: Fostering resilience and preventing burnout. *Psychiatric Times*, 36(7), 18-19.
- Roberts, C., Darroch, F., Giles, A., y Bruggen, R. van (2022). You're carrying so many people's stories: vicarious trauma among fly-in fly-out mental health service providers in Canada. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 17(1), 2040089. <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2040089>
- Sabin-Farrell, R., y Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: implications for the mental health of health workers?. *Clinical psychology review*, 23(3), 449-480. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(03\)00030-8](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(03)00030-8)
- Skar, A. S., Shevlin, M., y Vang, M. L. (2022). Does personal therapy and supervision protect against burnout and secondary traumatization? A cross-sectional study among danish child protection workers. *Traumatology: An International Journal*, 29(2), 93-101. <https://doi.org/10.1037/trm0000372>
- Sodeke-Gregson, E. A., Holttum, S., y Billings, J. (2013). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *European journal of psychotraumatology*, 4(1), 21869. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21869>
- Strosky, D. G., Wang, D. C., Hill, P. C., Long, J. E., Davis, E. B., y Cuthbert, A. D. (2018). Students in faith-based doctoral psychology programs: Religious/Spiritual struggles moderate the effect of distress from clinical work on negative affect. *Journal of Psychology and Theology*, 46(1), 52-66. <https://doi.org/10.1177/0091647117750657>
- Sui, X. C., y Padmanabhanunni, A. (2016). Vicarious trauma: The psychological impact of working with survivors of trauma for South African psychologists. *Journal of Psychology in Africa*, 26(2), 127-133. <https://doi.org/10.1080/14330237.2016.1163894>
- Sutton, L., Rowe, S., Hammerton, G., y Billings, J. (2022). The contribution of organizational factors to vicarious trauma in mental health professionals: A systematic review and narrative synthesis. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2022278. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2022278>
- Wang, X., y Park-Taylor, J. (2021). Therapists' experiences of counseling foreign-national sex-trafficking survivors in the U.S. and the impact of COVID-19. *Traumatology: An International Journal*, 27(4), 419-431. <https://doi.org/10.1037/trm0000349>
- Wozencroft, A. J., Scott, J. L., y Waller, S. N. (2019). Professional quality of life in recreational therapists. *Therapeutic Recreation Journal*, 53(1), 22-36. <https://doi.org/10.18666/TRJ-2019-V53-I1-9098>
- Yuma, P., Powell, T., Scott, J., y Vinton, M. (2019). Resilience and coping for the healthcare community: A post-disaster group work intervention for healthcare and social service providers. *Journal of Family Strengths*, 19(1). <https://digitalcommons.library.tmc.edu/jfs>

Artículo

## Consideraciones Sobre la Aplicación de la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) en la Infancia y la Adolescencia: una Revisión Sistemática

María Rodríguez-Bocanegra  y Rafael Ferro-García 

Centro de Psicología Clínica C.E.D.I. Granada, España

### INFORMACIÓN

Recibido: Noviembre 28, 2023  
Aceptado: Enero 17, 2024

#### Palabras clave

Psicoterapia Analítica Funcional  
Infancia  
Adolescencia  
Revisión sistemática

### RESUMEN

La Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) es una terapia psicológica de filosofía contextual descrita por la literatura como efectiva y eficaz para trabajar distintas problemáticas, en su mayoría con población adulta. En el presente trabajo se reflexiona sobre la recomendación de intervenir con FAP en los problemas psicológicos que aparecen en la infancia y adolescencia. Para ello, se realiza una revisión sistemática de los estudios empíricos desde su surgimiento hasta la actualidad en estas poblaciones a través de bases de datos como *Google Académico* y *Researchgate*, del repositorio web de la propia terapia y de manuales clásicos y recientes. Se han revisado 17 trabajos descriptivos y experimentales seleccionados de un total de 32. Los resultados de esta revisión son prometedores y las consideraciones aportadas son congruentes para trabajar con FAP en problemas conductuales y emocionales con niños y adolescentes.

### Considerations on the Application of Functional Analytic Psychotherapy (FAP) in Childhood and Adolescence: A Systematic Review

#### ABSTRACT

Functional Analytic Psychotherapy (FAP) is a contextual philosophy psychological therapy described as effective and efficacious by the literature for working on different problems, mostly with adult population. In this manuscript, we reflect on the application of FAP for psychological problems in childhood and adolescence. A systematic review was carried out of the empirical studies in this population from its emergence to the present moment through the databases of *Google Scholar*, *Researchgate*, and the FAP web repository itself, as well as classic and recent manuals. From a total of 32 descriptive and experimental works, 17 were selected and reviewed. The results of this review are promising, and the considerations provided are consistent for applying FAP in behavioral and emotional problems with children and adolescents.

#### Keywords

Functional Analytic Psychotherapy  
Childhood  
Adolescence  
Systematic review

## Introducción

La Psicoterapia Analítica Funcional (*Functional Analytic Psychotherapy*, FAP; Kohlenberg y Tsai, 1991; Tsai et al., 2009) es una terapia de filosofía contextual que surgió a finales de los años 80. Está fundamentada en el conductismo radical y los conceptos descritos por Skinner (1953, 1957, 1974) sobre los eventos privados y la función del lenguaje en la situación terapéutica. FAP entiende la situación terapéutica como la interacción fundamental para el cambio en la conducta. Se sirve del Análisis Funcional de la Conducta para averiguar las funciones de los problemas del cliente y actuar directamente sobre la conducta. Ésta es moldeada progresivamente utilizando contingencias naturales, asumiendo la equivalencia funcional entre el ambiente clínico y el habitual del cliente. Para llevar a cabo este trabajo, el terapeuta analiza las Conductas Clínicamente Relevantes (CCR) y hace uso de las cinco reglas terapéuticas. Las CCR tipo 1 son los problemas del cliente que ocurren durante la sesión y cuya frecuencia debería ser disminuida. Las CCR tipo 2 son las mejorías del cliente que ocurren en sesión, y las CCR tipo 3 son las interpretaciones que emite el cliente sobre su propia conducta y lo que cree que la causa. La primera regla terapéutica consiste en observar las CCR del cliente; la segunda en evocar CCR1; la tercera en reforzar de forma natural y afectiva las CCR2; la cuarta en observar los efectos de este reforzamiento sobre la conducta del cliente; y la última en generar en el cliente un repertorio de descripción de las relaciones funcionales entre las variables de control y sus conductas (Ferro-García et al., 2015).

Históricamente, la flexibilidad en la aplicación de FAP ha permitido su combinación con otras terapias contextuales y cognitivo-conductuales, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (*Acceptance and Commitment Therapy*, ACT; Hayes et al., 1999) la Terapia de Activación Conductual (*Behavioral Activation*, BA; Martell et al., 2001), la Terapia Dialéctica Conductual (*Dialectical Behaviour Therapy*, DBT; Linehan, 1993), o la Terapia de Interacción Padres-Hijos (*Parent-Child Interaction Therapy*, PCIT; Eyberg, 1999; Eyberg y Funderburk, 2011), y en una variedad de problemáticas como depresión (López-Bermúdez et al., 2010), psicosis (Marín-Vila et al., 2022), problemas leves y graves de personalidad (De Sousa, 2003; Geremias, 2014), con mujeres víctimas de violencia de género (Vaca-Ferrer et al., 2020) o discapacidad intelectual (Ascanio-Velasco et al., 2020), así como con distintas culturas y poblaciones, aunque en su gran mayoría con población adulta.

Organizaciones oficiales, como la *Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, División 53 de la American Psychological Association (APA, 2012), recomiendan mayoritariamente tratamientos cognitivo-conductuales basados en la evidencia empírica y, en ocasiones, su combinación con un tratamiento médico-farmacológico para trabajar con los problemas en la infancia y adolescencia. Según Orgilés (2010), en comparación con los tratamientos psicológicos, los farmacológicos han demostrado menor eficacia para los trastornos infanto-juveniles, siendo por tanto los primeros los de elección. Sin embargo, no se declina su combinación en determinados problemas como es el caso del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en la infancia o de problemas emocionales en la adolescencia, enfocando el origen, el abordaje y la comprensión

del sufrimiento humano más desde una perspectiva neurobiológica y formal, que existencial, contextual, funcional. El estudio de terapias infanto-juveniles que se ocupen de la función por encima de la topografía crece exponencialmente como con PCIT, ACT y DBT. PCIT es una terapia indicada para niños con edades comprendidas entre los dos y los siete años que presentan problemas de conducta, Trastorno Negativista-Desafiante (TND), TDAH, y que sufren o están en riesgo de sufrir maltrato, aunque también es eficaz en otras problemáticas como la depresión y la ansiedad (Ferro-García et al., 2021). Trabaja con lo que ocurre en sesión a través del juego y enfatiza la importancia de establecer una buena relación terapéutica y el uso del análisis funcional de la conducta del niño. La aplicación de ACT en la infancia y adolescencia es conocida (Halliburton y Cooper, 2015; Hayes y Greco, 2008). El terapeuta infantil puede comprender la función del repertorio del menor y sus padres, adaptar estrategias prototípicas de ACT y usar el juego para debilitar el control que ejerce el lenguaje y prevenir o remediar los problemas derivados. DBT está orientada mayoritariamente a su trabajo con adolescentes que presentan graves trastornos emocionales y de conducta. Se centra fundamentalmente en el concepto de aceptación incondicional y validación del cliente, y en la enseñanza de habilidades de conciencia plena, tolerancia al malestar, regulación emocional y habilidades interpersonales. El terapeuta debe atender a cómo su conducta refuerza o castiga las del adolescente, reforzar expresiones del malestar que resulten más adaptativas en función de su historia, y no reforzar con su atención y calidez cuando el adolescente expone una conducta considerada problemática.

Si bien las intervenciones cognitivo-conductuales para trabajar con los problemas más usuales en la infancia y adolescencia son eficaces y efectivas, éstas suelen centrarse en la intervención de diagnósticos concretos y obvian o relegan a un segundo plano el uso del Análisis Funcional para analizar sus conductas y promover el cambio en sesión, así como el papel y la trascendencia de la relación terapéutica. Es por ello que desde este trabajo se reflexiona sobre la recomendación de intervenir con FAP, un psicoterapia contextual, flexible y funcional, en estas poblaciones, y se realiza una revisión sistemática de los estudios empíricos desde su surgimiento hasta la actualidad, acrecentando las aportaciones de otras revisiones de la literatura anteriores (Caetano, 2019; Mangabeira et al., 2012; Moreira y Oshiro, 2017). En ellas se concluye la recomendación de aplicar FAP para trabajar problemas conductuales y emocionales con niños y adolescentes, así como la necesidad de trabajos empíricos más precisos que permitan comprender mejor el proceso y la efectividad de FAP en estas poblaciones.

## Método

El presente trabajo presenta una revisión sistemática de la literatura científica que recoge el uso de FAP con niños y adolescentes. Para ello, se han seguido las directrices del método PRISMA (Page et al., 2021).

## Fuentes de Información y Estrategia de Búsqueda

Se han revisado trabajos publicados en portugués, español, inglés e italiano, en las bases de datos de *Google Académico* y

Researchgate, en el repositorio web de la propia terapia y en manuales clásicos (Kohlenberg y Tsai, 1991; Kanter et al., 2010) y recientes (Marín-Vila et al., 2022). Se utilizaron palabras clave de búsqueda en español “FAP infancia”, “FAP adolescencia”, “FAP niño”, “FAP adolescente”, y sus traducciones equivalentes en los idiomas señalados. El criterio de selección fue que presentasen datos descriptivos o experimentales de la aplicación de FAP con niños y adolescentes con independencia del problema tratado y de la metodología utilizada y sin restricción de fecha.

**Procedimiento de Selección y Recolección de Datos**

La búsqueda se realizó entre febrero y abril de 2023. En primera instancia se identificaron 32 trabajos atendiendo a las palabras clave, los títulos y los resúmenes. Para su cribado se procedió a la lectura de los títulos y, posteriormente, a la de los textos. Uno de ellos fue descartado tras leer el título y no ajustarse a los criterios de búsqueda e inclusión y ser únicamente un trabajo recomendado. Se confeccionó una tabla con el fin de valorar la elegibilidad: autores, año, título de la publicación, país de publicación, participantes y edad, diagnóstico formal, resultados y diseño. Se señaló FAP para describir la intervención llevada a cabo, por sí sola o en combinación con otras terapias o procedimientos. Tras la clasificación, 14 trabajos fueron descartados: 1 tras no tratarse de población infantil o adolescente, 8 por ser trabajos teóricos y 5 por problemas de acceso. Finalmente, se seleccionaron 17 trabajos con

datos descriptivos y experimentales de la aplicación de FAP con niños y adolescentes. En la Figura 1 se recoge el diagrama de flujo PRISMA correspondiente.

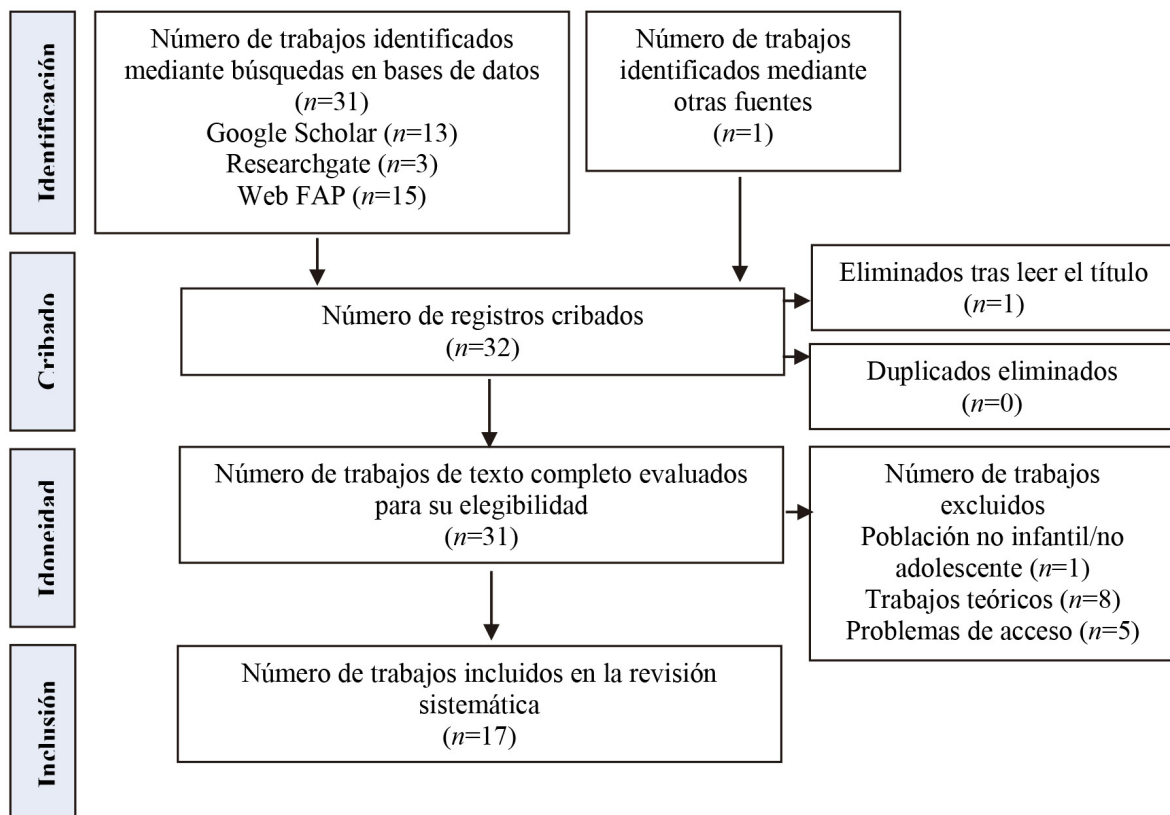
**Resultados**

A continuación, se describen las características principales de los estudios empíricos incluidos en la revisión y se recogen en la Tabla 1.

El estudio de Cattivelli et al. (2014) se realiza con tres niños de entre 11 y 12 años. Se prueba la efectividad de combinar FAP y ACT para promover habilidades sociales fuera del contexto clínico, en un intento de solventar las debilidades de procedimientos más tradicionales, más concretamente, la generalización a contextos más naturales. Además del moldeamiento de la conducta de los niños en sesión, utilizan informes compilados por los padres sobre el progreso en la vida diaria de los participantes. Los resultados indican una mejoría en todos los participantes, en conductas prosociales y de exposición al malestar emocional. Solo en raras ocasiones, expresaban comportamientos evitativos en forma de agresión, oposición o huida, por lo que los autores indican que los resultados deben ser interpretados con cautela.

El estudio de Cattivelli et al. (2012) aplica FAP para trabajar habilidades sociales y escolares con cinco menores de entre 11 y 15 años. Aunque no se indica el uso de ACT, los autores reconocen moldear repertorios de conducta basados en valores, en fomentar la flexibilidad y en promover estrategias de exposición al malestar y

Figura 1  
Diagrama PRISMA



de lenguaje funcional, como tactos y descripciones verbales más adaptativas, en relación a sus propias experiencias internas. Los resultados muestran un aumento significativo de las conductas prosociales en sesión y en el contexto natural de los participantes. Sin embargo, con varios de ellos el aumento no fue tan destacable al no haber sido sensibles hacia aspectos del desarrollo, por lo que indican que los resultados deben ser interpretados con cautela.

El trabajo de Conte (2001) se realiza con un niño de 10 años con enuresis. El objetivo es moldear con FAP en sesión la clase de conducta *autonomía*, y para ello comienza por reforzar de forma natural las demandas de ayuda y peticiones asertivas hacia el terapeuta. Los resultados indican grandes mejoras en la autonomía del niño y en la relación de éste con sus padres.

El estudio de Conte y Brandão (1999) se realiza con un niño de 9 años con dificultades interpersonales caracterizadas por actitudes disruptivas, exigentes y desobedientes, y problemas en la organización de la vida diaria. Analizan funcionalmente la conducta del niño con el uso de la *Child Behavioral Analytical Therapy* (TACI) para mejorar la organización de rutinas y FAP como principal modelo terapéutico para mejorar las interacciones sociales. Una de las principales distinciones entre FAP y TACI está en la relación terapéutica. Mientras que en TACI la relación terapéutica se utiliza para involucrar al niño en el proceso terapéutico y motivarlo a acudir a terapia, en FAP es la propia relación terapéutica el medio para promover el cambio en la conducta del niño. Señalan que el niño logró resultados muy positivos en las exigencias interpersonales, que el uso de las cinco reglas fue clave para el éxito terapéutico y la importancia de adaptar las estrategias de FAP al nivel de desarrollo del niño.

El trabajo de Díaz de Neira et al. (2021) es un trabajo grupal con cien adolescentes hospitalizados, que presentan una variedad de problemas conductuales y emocionales: agresividad, intentos e ideación suicida, estado de ánimo depresivo, alteración de la conducta alimentaria, problemas de conducta en general y problemas psicóticos. A través del uso combinado de FAP y ACT se obtienen resultados prometedores en cuanto a los objetivos propuestos y las CCR2: evitar que la hospitalización sea una experiencia re-traumatizante, fomentar el autocontrol, el conocimiento de sí mismos y la conducta orientada a valores, evitar la construcción de la identidad como pacientes psiquiátricos y mantener el contacto ocular. Al ser un estudio descriptivo y cualitativo, los autores indican que los resultados deben ser interpretados con cautela.

En el trabajo de Gaynor y Lawrence (2002) con diez adolescentes de entre 13 y 18 años con diagnóstico formal de fobia y depresión, se aplican los programas CWD-A (*Coping with Depression - Adolescents*) y FAP, descrito con el acrónimo LIVE (*Learning through In Vivo Experience*). CWD-A pretende moldear habilidades sociales con psicoeducación y ejercicios de roles. Solo ocho de los participantes finalizaron la intervención, cuyas mejoras en su bienestar emocional se mantuvieron a los tres meses de seguimiento.

El trabajo de Gosch y Vandenbergh (2004) se realiza con un niño de 9 años con problemas de conducta y TDAH. Se trabaja con FAP y estrategias del Análisis Aplicado de la Conducta para formar a los padres y profesora en el manejo de contingencias. Los resultados indican una mejora significativa en los problemas de conducta: tirar cosas, dar puñetazos, patadas, mordiscos, lanzar piedras y objetos contra familiares, romper cristales, desafíos en

clase, proferir insultos a los compañeros, a través del manejo de contingencias, así como en las CCR1 con FAP con el terapeuta, moldeando su repertorio de colaboración e interacción social con refuerzo natural (durante conversaciones y juegos) y con refuerzo arbitrario (con pegatinas tras seguir una regla del juego).

En el estudio de Marín-Vila et al. (2022) se trabaja con FAP con un joven de 16 años diagnosticado de psicosis. Los resultados son prometedores tras alcanzar las CCR2 propuestas y aparecer CCR3: identificar, comprender y distanciarse de la sintomatología psicótica, enmarcarla dentro de su historia en relación con distintos eventos traumáticos como respuestas de afrontamiento ante un malestar intenso, distanciarse del delirio y comprensión del mismo como respuesta de afrontamiento ante un malestar intenso, atribuyéndoles su propio significado. Consiguió fortalecer su estructura del yo, con mayor número de respuestas «yo x» bajo control privado y una mayor espontaneidad durante la conversación. Tras un año de tratamiento, se dio por finalizado el trabajo y se eliminó el tratamiento farmacológico.

En el trabajo de Martín-Murcia et al. (2011), se aplica FAP y ACT con una joven de 17 años diagnosticada con un trastorno de la conducta alimentaria y un patrón obsesivo de la personalidad, que mejora en las conductas prosociales, en la congruencia de la acción comprometida con los valores, en la desaparición de los problemas asociados al trastorno alimentario, en la normalización de los eventos privados y fomenta una conducta más flexible y abierta a la experiencia.

El estudio de Moreira (2018) es llevado a cabo con un niño de 6 años, víctima de abuso sexual con TACI y FAP. Los resultados avalan la conveniencia de trabajar con FAP para establecer una buena relación con el niño y conseguir avances en conductas prosociales y conversaciones más naturales y funcionales. Cuando se introduce FAP se reduce el porcentaje de las CCR1: tendencia a aislarse o retirarse, mostrar desconfianza y establecer conversaciones superficiales con el terapeuta; mientras que aumentan las CCR2: buscar el contacto social, mostrar una actitud de confianza y emitir un mayor número de autorrevelaciones durante la conversación. Además, el niño mejora en las puntuaciones de retraimiento, inseguridad social, actividad solitaria y con otros, búsqueda de otros intereses, acusaciones y resistencia.

En Moreira y Oshiro (2021) se trabaja con un niño de 11 años víctima de abuso sexual y aplican el Análisis Aplicado de la Conducta y FAP. Los resultados son equivalentes a su trabajo previo: se produce un incremento en el porcentaje de la emisión de las CCR2 y disminución del de las CCR1 en las fases FAP, y al contrario cuando se elimina FAP.

Newring y Wheeler (2012) aplican FAP en un grupo de jóvenes menores condenados o acusados de delitos de índole sexual. Los autores concluyen la adecuación de usar FAP para trabajar directamente sobre la función de cometer el delito sexual, ya que además se consiguieron mejoras en las CCR2 propuestas: la aceptación de la responsabilidad por el comportamiento delictivo, la identificación e intervención sobre distorsiones cognitivas en uno mismo y otros, la promoción de la responsabilidad solidaria y la actitud crítica sobre el impacto de sus acciones sobre los demás.

El trabajo de Oshiro (2011) con un joven de 17 años diagnosticado de esquizofrenia paranoide, concluye la recomendación de usar FAP en poblaciones con estas problemáticas, pues se consigue un gran avance en las CCR2 propuestas, especialmente en las medidas de

**Tabla 1**  
Estudios Empíricos Incluidos en la Revisión

Autor(es)	Año	País	Población	Diagnóstico formal	Terapia utilizada	Resultados	Diseño
Cattivelli, R., et al.	2014	Italia	N=3 11, 12 y 12 años	Habilidades sociales, problemas de aprendizaje, somatizaciones, absentismo escolar	FAP, ACT	Aumento de CCR2 (conductas prosociales y de exposición al malestar). Los resultados deben ser interpretados con cautela	Experimental con medidas repetidas
Cattivelli, R., et al.	2012	Italia	N=5 de 11 a 15 años	Habilidades sociales, absentismo escolar	FAP, técnicas de estudio	Aumento de las conductas prosociales en sesión y en el contexto natural. Los resultados deben ser interpretados con cautela	Experimental AB
Conte, F. C. S.	2001	Brasil	N=1 10 años	Enuresis	FAP	Mejoras en la autonomía del niño y mejora en la relación con sus padres	Experimental AB
Conte, F. C. S., y Brandão, M. Z. S.	1999	Brasil	N=1 9 años	Dificultades interpersonales y de organización	TACI, FAP	Con TACI mejoraron los problemas de organización rutinaria. Con FAP mejoraron los problemas interpersonales. Resultados muy positivos	Descriptivo
Díaz de Neira, M., et al.	2021	España	Adolescentes N=100 Con media de 15,1 años	Agresividad, intentos e ideación suicida, ánimo depresivo, problemas de conducta, de alimentación y psicóticos	FAP, ACT, terapia ocupacional	Resultados prometedores. Deben ser interpretados con cautela	Descriptivo
Gaynor, S. T., y Lawrence, S.	2002	EEUU	N=10 De 13 a 18 años	Fobia social, depresión	CWD-A, LIVE (FAP)	Los adolescentes que completaron el tratamiento, mejoraron y se mantuvo a los 3 meses de seguimiento	Experimental AB
Gosch, C. S., y Vandenberghe, L.	2004	Brasil	N=1 9 años	Problemas de conducta, TDAH	FAP, Análisis Aplicado de la Conducta	Mejora de CCR1 a través del manejo de contingencias con la madre y la profesora. Mejora de CCR1 a través de FAP con el terapeuta	Experimental AB
Marín-Villa, M., et al.	2022	España y EEUU	N=1 16 años	Psicosis	FAP, ACT	Resultados prometedores en CCR2 y CCR3: identificar, comprender funcionalmente su sufrimiento y distanciarse de la sintomatología psicótica. Se obtuvieron respuestas más espontáneas durante la conversación y un mayor número de verbalizaciones «yo x» bajo control privado	Descriptivo
Martín-Murcia, F., et al.	2011	España	N=1 17 años	Anorexia Nerviosa, Trastorno Obsesivo de la Personalidad	FAP, ACT	Mejora en conductas prosociales, en la congruencia de la acción comprometida, desaparición de los problemas alimentarios, conducta flexible y abierta a la experiencia y normalización de eventos privados	Experimental AB
Moreira, F. R.	2018	Brasil	N=1 6 años	Abuso sexual	TACI, FAP	Con FAP se reduce el porcentaje de CCR1 y aumentan CCR2. Mejoras en escalas de retraimiento, inseguridad social, actividad solitaria y con otros, búsqueda de otros intereses, acusaciones y resistencia	Experimental ABAB
Moreira, F. R., y Oshiro, C. K. B.	2021	Brasil	N=1 11 años	Abuso sexual	Análisis Aplicado de la Conducta, FAP	Incremento de CCR2 y disminución de CCR1 en las fases FAP, y resultados contrarios cuando se elimina FAP	Experimental ABAB
Newring, K. A. B., y Wheeler, J. G.	2012	EEUU	Jóvenes menores	Delito sexual	FAP	Mejora de CCR2: aceptar la responsabilidad por el comportamiento delictivo, identificar distorsiones cognitivas en uno mismo y otros, promover la responsabilidad solidaria y discutir el impacto de sus acciones en otros	Descriptivo
Oshiro, C. K. M.	2011	Brasil	N=1 17 años	Esquizofrenia paranoide	FAP	Mejora de CCR2: empatía, facilitación de la terapia., lenguaje coherente, ampliación del repertorio comportamental y autorrevelaciones	Experimental ABCBC
Rodríguez-Bocanegra, M., y Ferro-García, R.	2023	España	N=1 7 años	Problemas de conducta	PCIT, FAP, ACT	Mejora de CCR2 del niño: respetar turnos durante el juego y la conversación, obedecer, colaborar, mostrar respeto, ser honesto; y de los padres: flexibilidad, apertura a la experiencia e implicación con la terapia	Experimental AB con medidas repetidas
Velandia, C.	2012	Colombia	N=3 8, 10 y 11 años	Habilidades sociales, problemas de conducta	FAP	Resultados inconsistentes	Cuasiexperimental AB
Xavier, R. N.	2017	Brasil	N=3 9, 10 y 11 años	TND	FAP	Disminución de los problemas de conducta, aunque de distinta forma para cada participante. Resultados inconsistentes	Experimental AB
Xavier, R. N., et al.	2012	Brasil y EEUU	N=2 9 y 12 años	Problemas escolares, conducta desafiante	FAP	Mejoras en uno de los participantes en conductas de colaboración, demanda de ayuda, iniciativa, seguir reglas y compromiso. Resultados inconsistentes	Experimental AB



empatía y de facilitación de la terapia, así como de lenguaje coherente y uso de autorrevelaciones durante el diálogo y ampliación del repertorio comportamental.

Rodríguez-Bocanegra y Ferro-García (2023) exponen un trabajo donde aplican PCIT, FAP y ACT en un niño de 7 años que presenta problemas de conducta (desafíos, negativismo, interrupciones, mentiras, exigencias, rabietas...), y sus padres. En el caso del niño, se obtienen grandes mejoras en las CCR2: respetar turnos durante el juego y la conversación, ser paciente, obediente, colaborativo y respetuoso con la terapeuta y con sus padres. Con los padres también se obtienen mejoras en las CCR2: presentar una actitud flexible ante el comportamiento del niño, una mayor apertura a la experiencia e implicación con la terapia y dirigir su comportamiento a áreas valiosas en su relación con su hijo.

En el trabajo de Velandia (2012) se trabaja con FAP con tres niños de 8, 10 y 11 años con problemas de habilidades sociales y de conducta. Aunque tras la intervención estos se lograron estabilizar en los tres menores y al final de los procesos las mejoras presentadas tenían una mayor frecuencia que las conductas problemáticas, los resultados no muestran cambios significativos.

En el trabajo de Xavier (2017) se interviene con FAP en tres niños de 9, 10 y 11 años con diagnóstico de TND, cuyo objetivo es reforzar CCR2 incompatibles en la sesión terapéutica. Los problemas de conducta disminuyen considerablemente, aunque de distinta forma para cada participante, por lo que el autor considera sus resultados como inconsistentes.

Por último, en el estudio se Xavier et al. (2012) se trabaja con FAP en dos niños de 9 y 12 años que presentan problemas escolares y de conducta desafiante. Los resultados muestran mejorías más notables con uno de ellos a nivel escolar, en conductas de colaboración, de demanda de ayuda, de iniciativa, de seguimiento de reglas y de compromiso con el terapeuta, por lo que describe sus resultados como inconsistentes.

### Discusión y Conclusiones

Los problemas de conducta y emocionales en la infancia son uno de los motivos de consulta más frecuentes (Aláez et al., 2000). Normalmente ocurren en varios contextos y generan un gran impacto emocional en los menores y en sus familias, así como en sus relaciones. Del mismo modo, muchos adolescentes acuden a consulta al sentirse vacíos, conectados con todos y a la vez con nadie (Pérez-Álvarez, 2023), enrevesados en sus pensamientos y, en ocasiones, no saben cómo se sienten. La mayor parte de los estudios descritos muestran unos resultados adecuados sobre la aplicación de FAP con estas poblaciones y con estas problemáticas y son rigurosos con el uso del análisis funcional para guiar adecuadamente la intervención. Sin embargo, la literatura publicada al respecto es aún escasa, metodológicamente heterogénea y en ocasiones presenta resultados inconsistentes.

Una posible explicación a este fenómeno es la corriente imperante de elección y prioridad de prácticas basadas en la evidencia para trabajar los problemas psicológicos de la Society of Clinical Child and Adolescent Psychology (SCCAP, 2017) donde se proponen criterios metodológicos y niveles de apoyo a la evidencia para que una terapia sea considerada válida. A FAP, como indican Ferro-García et al. (2023), debido a su carácter funcional e idiográfico, le corresponde principalmente una investigación de

caso único de los problemas psicológicos que en su descripción funcional escaparían a los límites de sistemas diagnósticos nomotéticos y no adoptaría el criterio aceptado por la comunidad científica. De hecho, FAP no está reconocida como un tratamiento oficialmente apoyado empíricamente para ningún trastorno diagnóstico concreto, tampoco en la infancia y adolescencia.

Parafraseando a Pérez-Álvarez (2013): “el debate no recae si los tratamientos psicológicos funcionan o no, sino en cómo y por qué son eficaces”. Con base en las aportaciones y los prometedores resultados de este trabajo, FAP podría ser una terapia recomendable para trabajar con niños y adolescentes. El propio nombre de FAP daría respuesta en cuanto a cómo se considera eficaz, como se describe en Valero-Aguayo y Ferro-García (2015, 2018). En primer lugar, es una psicoterapia ya que hace uso del diálogo para crear una relación de intimidad, producir cambios en la sesión terapéutica y crear interacciones más sanas, se adecúa a la práctica habitual de otras acepciones terapéuticas y pretende conseguir cambios en la vida de los menores y sus familias fuera de consulta que les están impidiendo tener unas interacciones valiosas. En segundo lugar, es analítica en cada problema y objetivo de lo que ocurre dentro y fuera de sesión. Y, en tercer lugar, es funcional, pues se centra en las funciones de las conductas, y no tanto en sus formas. Además, en cuanto a por qué es eficaz, podría decirse que el moldeamiento natural de la conducta de los menores en sesión permitiría una generalización funcional a la vida cotidiana de las conductas de los menores y de sus familias, aunque puedan ser formalmente diferentes son equivalentes funcionalmente con las conductas que se dan en sesión.

Siendo los problemas de conducta y emocionales los más frecuentes en la población infantil y los problemas leves y graves del yo también muy frecuentes en la población joven, FAP con su teoría sobre el desarrollo del yo, que hipotetiza cómo pueden desarrollarse, mantenerse e intervenir con las patologías del yo, podría ser la psicoterapia más idónea para fomentar un desarrollo del yo adaptativo y prevenir problemas psicológicos. Teniendo en cuenta cómo los tutores afectan a las interacciones interpersonales y a otras contingencias del entorno desde la infancia, se valdría de la relación terapéutica y su contexto para provocar el cambio en la conducta del menor. El desarrollo adecuado del yo en la infancia se realiza a través de un entrenamiento social y verbal que llevan a cabo los cuidadores del niño (Ascanio-Velasco et al., 2020; Ferro-García y Valero-Aguayo, 2017) y tiene por finalidad que emociones o necesidades estén bajo control de la propia estimulación privada sin que sea necesario acudir a estímulos externos para poder ser tactadas, reconocidas. Se puede establecer un desarrollo desadaptativo del yo cuando estas respuestas quedan bajo control público y puede ocasionar un «yo inseguro» si no se sabe qué se siente, se quiere o se piensa, o un «yo inestable» cuando las opiniones de uno están bajo control de los demás y se es muy sensible a las críticas, pudiendo ocasionar problemas de empatía, dependencia de los demás, sentirse vacío, no saber quién se es y evitar las relaciones de intimidad por ser aversivas e imprevisibles. La infancia y adolescencia son por tanto etapas cruciales para fomentar un desarrollo del yo adaptativo y prevenir problemas psicológicos.

Otra posible explicación sería la dificultad de aplicar esta terapia con niños y adolescentes. Algunos de los retos que debe asumir el terapeuta FAP con estas poblaciones son cuando:

1. *El menor no da descripciones detalladas o precisas de su propia experiencia privada, de los acontecimientos del entorno, o de los efectos sobre su conducta.* El terapeuta debe hipotetizar si se trata de la evitación del menor de revelar los estilos educativos de sus padres, evitar exponerse al malestar que genera hablar de sus propias experiencias, evitar perder ciertos privilegios o presentarse de forma positiva ante el terapeuta. Cuando los menores se muestran desafiantes, retraídos o suspicaces en sesión, pueden estar presentando modelos de conducta propios de los padres o conductas que les suelen servir en las interacciones con éstos o sus iguales (Newring et al., 2021). Otra hipótesis a considerar es que los menores realmente desconozcan cómo identificar o tactar dichas experiencias y/o cómo expresarlas, y si las conductas objetivo están o no presentes en su repertorio.
2. *Resulta complejo definir quién es el cliente identificado.* Puede ocurrir que el menor vea a sus tutores como los responsables del problema, que no crea que exista un problema o que identifique otros (Newring et al., 2021). El terapeuta deberá moldear al menor en la identificación del problema desde una perspectiva contextual, encuadrándolo en las interacciones que se establecen y no tanto en los individuos que lo sufren, estar atento a reforzar actitudes más flexibles y cuando el menor se aproxime a contextualizar la conducta de sus padres atendiendo a sus propias historias personales. Aunque hay padres que desean mejorar, también ocurre que el tutor vea al menor como el único responsable del problema y su estilo de crianza tienda a ser autoritario con estrategias coercitivas y consecuencias aversivas como contingencia principal, o muy permisivo, prestando poca atención al menor. Llegados a este punto, el terapeuta debe adaptarse y adaptar la terapia a la edad del menor. En el caso de los adolescentes, se deberá valorar si la tarea terapéutica se limita a trabajar con el adolescente para que tolere las condiciones asociadas con el tutor y se proponga aclarar y vivir de acuerdo con las metas y valores que le son significativos (Newring et al., 2021). En el caso de los niños, siempre que sea recomendable, el terapeuta deberá esforzarse para implicar a los tutores.
3. *Resulta costoso guiar la evaluación y la conceptualización del caso.* En los adolescentes suele ser mayor la presencia de CCR1 en la fase inicial y menor la de CCR2, por lo que se deberá especificar clases particulares de conducta que ya estén presentes en su repertorio. Otra consideración a la hora de clarificar las CCR son los conflictos de valores prototípicos durante la adolescencia, y que existan varios objetivos de tratamiento (Newring et al., 2021). Puede ser útil seguir la jerarquía desarrollada por Linehan (1993) y refinada por Schmidt et al. (2002): conductas autolesivas y suicidas, conductas agresivas, otras conductas distintas a las anteriores que interfieren con el tratamiento y conductas que interfieren con la calidad de vida. Además, habrá ocasiones en las que se deberá conceptualizar el caso del menor y también de sus tutores. Para guiar este trabajo, puede servirse de la conceptualización expuesta en Ferro-García et al. (2009), del *Functional Idiographic Assessment Template* (FIAT) de Callaghan (2006), o del modelo *Awareness, Courage & Love* (ACL) propuesto por Maitland et al. (2017).
4. *Debe tener en cuenta las condiciones y los acontecimientos propios de este grupo evolutivo durante la terapia.* Es decir, el continuo cambio en el comportamiento en estas edades, así como las condiciones externas relativas a las variaciones en el contexto social, familiar, escolar y cultural, como ocurre con la música, las series, los medios de comunicación o las redes sociales, donde el entorno puede actuar como un sistema de creencias, o una forma de percibir lo que es válido; y las condiciones internas, como los cambios hormonales, físicos, afectivos y existenciales. Estos factores pueden afectar en la terapia de varias maneras, especialmente con adolescentes: definir la CCR y diferenciarla de una conducta «normal» puede ser difícil; lo que es evocador de CCR puede variar, así como las propiedades de reforzamiento y castigo de los estímulos; a medida que el adolescente cambia de opinión sobre quién es y qué quiere, puede tener una mayor o menor capacidad o motivación para expresarse y comunicar estos cambios; y la generalización es difícil, ya que la vida diaria también está en constante transformación (Newring et al., 2021).
5. *Debe ser sensible a su papel, a la complejidad en la relación terapéutica y a la guarda del secreto profesional.* No debemos olvidar que el terapeuta encarna el papel de «otro adulto», por lo que tratar de romper esta regla requiere un trabajo arduo. Estar en un contexto con un adulto que no trate de imponer el cambio a través del sermón, la orden o la crítica puede ser una experiencia novedosa, natural y suficiente para romper dicha regla. La infancia y la adolescencia pueden considerarse una oportunidad para aprender y mejorar modos de funcionamiento psicológico más adaptativos y validantes. En el caso de niños que presentan problemas de conducta y/o emocionales, es crucial enfatizar una buena relación tanto con el niño como con los padres, con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento, prevenir abandonos y promover el cambio y el éxito psicoterapéutico. Con los adolescentes, tal y como se indica en Fernández-González et al. (2016), una sólida alianza terapéutica predice mejores resultados y una mayor adherencia al proceso. Además, los valores y habilidades del terapeuta son muy importantes a la hora de crear una relación de intimidad. El terapeuta debe ser conocedor de sí mismo y de sus limitaciones, ser cálido, dinámico, auténtico, genuino, colaborativo, valiente, respetuoso (Valero-Aguayo y Ferro-García, 2018), y hábil para adaptar los recursos lúdicos para provocar CCR, ser conocedor y sensible hacia los aspectos del desarrollo evolutivo, estar exento de prejuicios, ser flexible a la subcultura del lenguaje, valores y sistema de creencias propios de estas edades y hacer del contexto clínico un espacio protegido para el menor. Cuando se trata de un adolescente el terapeuta debe ser especialmente sensible y cuidadoso con la confidencialidad de los datos y puede llegar a un dilema donde lo ético, lo legal y las buenas prácticas chocan. Hablamos de cuando la vida del menor adolescente está en peligro e informar de ello a los tutores es sinónimo para el adolescente de violar su confianza. En este escenario, el terapeuta debe establecer un compromiso de respetar la confidencialidad a la vez que debe tratar de moldear para que sea el menor quien informe a sus padres. Además, como señala De Moura (2022), no se debe olvidar que el enfoque de FAP aplica los procedimientos del análisis de la conducta dentro de los

límites del contexto de tratamiento, por lo que el contacto terapeuta-cliente se ve muy restringido al momento de la terapia. Estas condiciones también se aplican al contexto de psicoterapia infantil y adolescente, porque difícilmente tenemos acceso al menor fuera del contexto clínico. Sin embargo, estas limitaciones pueden ser también una oportunidad para crear una relación más intensa que promueva cambios significativos desde la intimidad terapéutica. Aunque la aplicación de FAP con niños y adolescentes no difiere significativamente de su aplicación con adultos, es importante adaptar el lenguaje, los materiales y las metas a su comportamiento, su desarrollo y su edad (Cattivelli et al., 2012), además de considerar cómo los padres pueden (o no) contribuir a solucionar el problema para con sus hijos. El terapeuta puede usar un reforzamiento más arbitrario con niños más pequeños y en una fase inicial, con el fin de potenciar la relación terapéutica (con pegatinas, juguetes, caramelos...), para pasar a moldear naturalmente dichos cambios, como recomiendan Kohlenberg y Tsai (1991). Con estas poblaciones puede hacerse a través del juego en sesión y no solo en la situación verbal. Para niños más pequeños pueden usarse juegos con normas para provocar y moldear las CCR, como el seguimiento de reglas, la cesión de turnos o las distintas reacciones emocionales que puedan surgir; así como juegos sin normas o test y materiales proyectivos: dibujos, láminas de series temporales, juegos de asociación libre o ilustrados. Para adolescentes pueden usarse juegos de elección moral y de asociación libre, test proyectivos, la música, y ejercicios como el de *escritura con la mano no dominante* (Valero-Aguayo y Ferro-García, 2015) o preguntas en función de la fase de intervención en la que nos encontremos (ver Holman et al., 2017).

Por todo lo anterior, desde este trabajo se recomienda aplicar FAP para trabajar problemas conductuales y emocionales con niños y adolescentes. Aunque los estudios sobre su aplicación sean aún escasos, los resultados son prometedores y las consideraciones aportadas son congruentes, como también mostraron los estudios de revisión anteriormente mencionados. Podría decirse que es necesario seguir valorando la adecuación de FAP como el tratamiento de elección, o en combinación con otras terapias para los problemas de sufrimiento emocional en estas poblaciones, y sus familias.

### Conflicto de Intereses

Los autores de este trabajo declaran que no existe conflicto de intereses.

### Referencias

Nota: Se señala con asterisco los estudios empíricos utilizados en la revisión.

- Aláez, M., Martínez-Aries, R., y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y género. *Psicothema*, 12(4), 525-532. <https://www.psicothema.com/pdf/367.pdf>
- American Psychological Association [APA] (2012). *Effective child therapy by the Society of Clinical Child & adolescent psychology*. Effective Child Therapy. <https://effectivechildtherapy.org/>
- Ascanio-Velasco, L., Ferro-García, R., y Rodríguez-Bocanegra, M. (2020). Mejorando una relación terapéutica hostil con la Psicoterapia Analítica Funcional. *Análisis y modificación de conducta*, 46(173-174), 67-84. <https://doi.org/10.33776/amc.v46i173-4.4676>
- Caetano, J. G. L. (2019). Utilização de terapia analítica funcional (FAP) no atendimento clínico infantil. *Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa*, 35(69), 169-178. <http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistateste/article/view/1181>
- Callaghan, G. M. (2006). The Functional Idiographic Assessment Template (FIAT) System: For use with interpersonally-based interventions including Functional Analytic Psychotherapy (FAP) and FAP-enhanced treatments. *The Behavior Analyst Today*, 7(3), 357-398. <https://doi.org/10.1037/h0100160>
- \* Cattivelli, R., Musetti, A., y Perini, S. (2014). L'approccio ACT-FAP nella promozione delle abilità sociali in adolescenti e preadolescenti con difficoltà emotive. *Psicologiadell'educazione*, 8(1), 97-112. <https://www.researchgate.net/publication/260578765>
- \* Cattivelli, R., Tirelli, V., Berardo, F., y Perini, S. (2012). Promoting appropriate behavior in daily life contexts using functional analytic psychotherapy in early-adolescent children. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 25-32. <https://doi.org/10.1037/h0100933>
- \* Conte, F. C. S. (2001). A Psicoterapia Analítica Funcional e um sonho de criança. En H. K. Guilhari, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz y M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 7. Expondo a variabilidade* (pp. 351-360). ESEtec.
- \* Conte, F. C. S., y Brandão, M. Z. S. (1999) Psicoterapia analítico-funcional: a relação terapêutica e a análise comportamental clínica. En R. R. Kerbauy y R. C. Wielenska (org.). *Sobre comportamento e cognição: psicologia comportamental e cognitiva: da reflexão teórica à diversidade na aplicação*. ESEtec, Vol. 4 (pp. 134-148).
- \* Díaz de Neira, H. M., Marín-Vila, M., y Martínez-González, L. M. (2021). Intervención psicoterapéutica grupal en una Unidad de Hospitalización Breve de Adolescentes desde las terapias contextuales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(139), 67-87. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352021000100005>
- Eyberg, S. M. (1999). *Parent-Child Interaction Therapy (PCIT). Integrity Checklist and Session Materials*.
- Eyberg, S. M., y Funderburk, B. (2011). *Parent-Child Interaction Therapy Protocol*. PCIT International.
- Fernández-González, O. M., Herrera-Salinas, P., y Escobar-Martínez, M. J. (2016). Adolescentes en Psicoterapia: Su Representación de la Relación Terapéutica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(1), 559-575. <https://doi.org/10.11600/1692715x.14138300814>
- Ferro-García, R., Calvillo-Mazarro, M., y López-Bermúdez, M. A. (2023). Análisis Crítico del Modelo de Conexión Social propuesto desde la Psicoterapia Analítica Funcional. *Análisis y Modificación de Conducta*, 49(180), 101-115. <http://dx.doi.org/10.33776/amc.v49i180.7683>
- Ferro-García, R., Rodríguez-Bocanegra, M., y Ascanio-Velasco, L. (2021). Una revisión sistemática de la efectividad y eficacia de la terapia de interacción padres-hijos. *Papeles del Psicólogo*, 42(2), 119-134. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2943>
- Ferro-García, R., y Valero-Aguayo, L. (2017). Hipótesis transdiagnóstica desde la Psicoterapia Analítica Funcional: La formación del Yo y sus problemas. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19(3), 145-165. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v19i3.1060>

- Ferro-García, R., Valero-Aguayo, L., y López-Bermúdez, M. A. (2009). La conceptualización de casos clínicos desde la Psicoterapia Analítica Funcional. *Papeles del Psicólogo*, 30(3), 255-264. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1754.pdf>
- Ferro-García, R., Valero-Aguayo, L., y López-Bermúdez, M. A. (2015). Fundamentos, características y eficacia de la Psicoterapia Analítica Funcional. *Análisis y Modificación de Conducta*, 41(163-164), 51-73. <https://doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2794>
- \* Gaynor, S. T., y Lawrence, P. S. (2002). Complementing CBT for depressed adolescents with Learning through In Vivo Experience (LIVE): Conceptual analysis, treatment description, and feasibility study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 30(1), 79-101. <https://doi.org/10.1017/S135246580200108X>
- Geremias, M. C. G. (2014). *Manejo de esquivas emocionais na Psicoterapia Analítica Funcional: Delineamento experimental de caso único*. (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- \* Gosch, C. S., y Vandenbergh, L. (2004). Análise do comportamento e a relação terapeuta-criança no tratamento de um padrão desafiador-agressivo. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, 6(2), 173-181. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v6i2.52>
- Halliburton, A. E., y Cooper, L. D. (2015). Applications and adaptations of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.01.002>
- Hayes, S. C., y Greco, L. A. (2008). Acceptance and Mindfulness for Youth: It's time. En L. A. Greco y S. C. Hayes (eds.), *Acceptance & Mindfulness Treatments for Children & Adolescents* (pp. 3-13). New Harbinger Publications
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An Experiential Approach to Behavior Change*. The Guilford Press.
- Holman, G., Kanter, J., Tsai, M., y Kohlenberg, R. J. (2017). *Functional Analytic Psychotherapy Made Simple: A Practical Guide to Therapeutic Relationships*. New Harbinger Publications.
- Kanter, J., Tsai, M., y Kohlenberg, R. J. (Eds.). (2010). *The practice of functional analytic psychotherapy*. Springer.
- Kohlenberg, R. J., y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy. Creating intensive and curative Therapeutic Relationships*. Plenum Press (traducción en Psara Ediciones).
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. The Guilford Press.
- López-Bermúdez, M. A., Ferro-García, R., y Valero-Aguayo, L. (2010). Intervención en un trastorno depresivo mediante la Psicoterapia Analítica Funcional. *Psicothema*, 22(1), 92-88.
- Mangabeira, V., Kanter, J., y Prette, G. del (2012). Functional Analytic Psychotherapy (FAP): A review of publications from 1990 to 2010. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 78-89. <https://doi.org/10.1037/h0100941>
- Maitland, D. W., Kanter, J. W., Manbeck, K. E., y Kuczynski, A. M. (2017). Relationship science informed clinically relevant behavior in Functional Analytic Psychotherapy: The Awareness, Courage, and Love Model. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(4), 347-359. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.07.002>
- \* Marín-Vila, M., Ortiz-Fune, C., y Kanter, J. W. (2022). Una aproximación al abordaje relacional de la psicosis: psicoterapia analítica funcional (FAP). En J. A. Díaz Garrido, R. Zúñiga Costa, H. Laffite Cabrera y E. M. J. Morris (Coords.). *Modelos del Cambio. Casos clínicos en psicosis* (pp. 399-416). Ed. Pirámide.
- Martell, C. R., Addis, M. E., y Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context, strategies for guided action*. Norton.
- \* Martín-Murcia, F., Cangas-Díaz, A. J., y Pardo-González, L. (2011). A case study of anorexia nervosa and obsessive personality disorder using third-generation behavioral therapies. *Clinical Case Studies*, 10(3), 198-209. <https://doi.org/10.1177/1534650111400899>
- \* Moreira, F. R. (2018). *Os efeitos da psicoterapia analítica funcional (FAP) no tratamento de uma criança vítima de abuso sexual [Los efectos de Psicoterapia Analítica Funcional (PAF) en el tratamiento de un niño víctima de abuso sexual]*. (Tesis Doctoral). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Moreira, F. R., y Oshiro, C. K. B. (2017). Reflexões sobre terapia analítico comportamental infantil e Psicoterapia Analítica Funcional com crianças [Reflexiones sobre la terapia analítica conductual infantil y la Psicoterapia Analítica Funcional con niños]. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19(3), 166-184. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v19i3.1061>
- \* Moreira, F. R., y Oshiro, C. K. B. (2021). A aplicação da FAP em um caso de abuso sexual infantil. En C. K. B. Oshiro y T. A. S. Ferreira (eds.), *Terapias contextuais comportamentais: Análise funcional e prática clínica* (pp. 62-76). Santana de Parnaíba: Manole.
- Moura, C. B. de (2022). Introduction to Functional-Analytic Psychotherapy with Children. En A. S. U. Rossi et al. (eds.), *Clinical Behavior Analysis for Children*, [https://doi.org/10.1007/978-3-031-12247-7\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-031-12247-7_9)
- Newring, R. W., Parker, C. R., y Newring, K. A. B. (2021). Estrategias e ideas de la PAF para la intervención con adolescentes. En J. W. Kanter, M. Tsai, y R. B. Kohlenberg (Ed), *La práctica de la psicoterapia analítica-funcional* (pp. 199-216). ABA España. [https://doi.org/10.26741/978-84-09-34754-4\\_11](https://doi.org/10.26741/978-84-09-34754-4_11)
- \* Newring, K. A., y Wheeler, J. G. (2012). Functional Analytic Psychotherapy with juveniles who have committed sexual offenses. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 102-110. <https://doi.org/10.1037/h0100944>
- Orgilés, M. (2010, octubre). Trastornos psicológicos en niños y adolescentes: los tratamientos que funcionan. *INFOCOP*. <https://www.infocop.es/trastornos-psicologicos-en-ninos-y-adolescentes-los-tratamientos-que-funcionan/>
- \* Oshiro, C. K. B. (2011). *Delineamento experimental de caso único: a Psicoterapia Analítica Funcional com dois clientes difíceis*. (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). Updating guidance for reporting systematic reviews: development of the PRISMA 2020 statement. *Journal of Clinical Epidemiology*, 134, 103-112. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2021.02.003>
- Pérez-Álvarez, M. (2013). Anatomía de la Psicoterapia: el diablo no está en los detalles. *Clinica Contemporánea*, 4(1), 5-28. <https://doi.org/10.5093/cc2013a1>
- Pérez-Álvarez, M. (2023). *El individuo flotante*. Editorial Deusto.
- \* Rodríguez-Bocanegra, M., y Ferro-García, R. (2023). Mejorando la Efectividad de la Terapia de Interacción Padres-Hijos (PCIT) con Terapias Contextuales: un Estudio de Caso Único. *Apuntes de Psicología*, 41(2), 77-85. <https://doi.org/10.55414/ap.v41i2.1516>
- Schmidt, H., Baltrusis, R., Beach, B., Brunson, K., Byars, M., German, N., et al. (2002). *Integrated treatment model report*. Washington State Juvenile Rehabilitation Administration.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. McMillan.

- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. Knopf.
- Society of Clinical Child and Adolescent Psychology. (2017). Effective Child Therapy. Evidence-based mental health treatment for children and adolescents. Estados Unidos: Effective Child Therapy. <https://effectivechildtherapy.org/concerns-symptoms-disorders/>
- Sousa, A. C. A. de (2003). Transtorno de personalidad borderline sob uma perspectiva analítico-funcional. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(2), 121-137.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. K., Kohlenberg, B., Follete, W. C., y Callaghan, G. M. (2009). *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, courage, love, and behaviorism*. Springer.
- Vaca-Ferrer, R., García, R. F., y Valero-Aguayo, L. (2020). Eficacia de un programa de intervención grupal con mujeres víctimas de violencia de género en el marco de las terapias contextuales. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 36(2), 188-199. <https://doi.org/10.6018/analesps.396901>
- Valero-Aguayo, L., y Ferro-García, R. (2015). *La Psicoterapia Analítica Funcional: El análisis funcional en la sesión clínica*. Síntesis.
- Valero-Aguayo, L., y Ferro-García, R. (2018). *Tratando con... Psicoterapia Analítica Funcional*. Pirámide.
- \* Velandia, C. (2012). *Efectos de la Psicoterapia Analítica Funcional sobre el comportamiento problemático de tres niños* (Doctoral dissertation, Tesis de grado para acceder al título de Master en psicología clínica). Pontificia Universidad Javeriana.
- \* Xavier, R. N. (2017). *Eficácia da Psicoterapia Analítica Funcional para o Trastorno de Oposição Desafiante: experimento de caso único*. (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- \* Xavier, R. N., Kanter, J. W., y Meyer, S. B. (2012). Transitional probability analysis of two Child Behavior Analytic Therapy cases. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 182-188. <https://doi.org/10.1037/h0100954>

Artículo

## El Gobierno del Bienestar: ¿Hacia un “Mundo Feliz”?

Alex Romani Rivera<sup>1,2</sup> , Sergi Parellada Guillamón<sup>1</sup>  y Francisco Tirado Serrano<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Universitat Autònoma de Barcelona, España

<sup>2</sup> Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

### INFORMACIÓN

Recibido: Diciembre 24, 2023

Aceptado: Marzo 5, 2024

#### Palabras clave

Felicidad  
Gubernamentalidad  
Psicología positiva  
Psicopolítica  
Poder

### RESUMEN

En este artículo se describe el fenómeno del “gobierno del bienestar”, que comprende el uso de la felicidad como herramienta de poder utilizada por organismos gubernamentales, no gubernamentales, y organizaciones públicas y privadas de todo el planeta. A partir de una exploración cronológica de las políticas globales contemporáneas y a través de las prácticas felicistas que podemos encontrar en los diferentes ámbitos de nuestra vida cotidiana se explica que la felicidad se está convirtiendo en un dispositivo de control social y que se está institucionalizando mediante su 1) Universalización, 2) Privatización, 3) Cientificación, y 4) Cajanegrización. Finalmente, se exponen las consecuencias de todo ello con el objetivo de evitar que el imperativo de felicidad nos gobierne hacia un “mundo feliz” huxleyano en el que podría imperar un “régimen del bienestar” que cada vez parece menos utópico.

## The Governance of Well-being: Towards a “Brave new World”?

### ABSTRACT

This article describes the phenomenon of the “governance of well-being,” which includes the use of happiness as a tool of power used by governmental, non-governmental, and public and private organizations around the world. Based on a chronological exploration of contemporary global policies and through the happiness practices that we can find in the different areas of daily life, it is explained that happiness is becoming a device of social control and that it is being institutionalized through its 1) universalization, 2) privatization, 3) scientification, and 4) blackboxing. Finally, the consequences of all this are exposed in order to prevent the imperative of happiness from governing us towards a Huxleyan “brave new world,” in which a “welfare regime” could prevail that seems less and less utopian.

#### Keywords

Happiness  
Governmentality  
Positive psychology  
Psychopolitics  
Power

El siglo XXI ha visto emerger un concepto denominado “felicidad” cuya principal función es gobernar sociedades. Comprendemos la “felicidad” como un indicador de desarrollo de sus naciones y la promovemos desde su vertiente más aplicada, ya que hacemos que devenga una empresa que prioriza la maximización tanto de la productividad como de la rentabilidad. Además, hemos convertido su investigación en un ámbito académico que conforma la sociedad del conocimiento y que ha sumergido en un giro científico diversas áreas de la vida cotidiana. En definitiva: la “felicidad” es nuestra atmósfera. Nos la encontramos por todas partes pero no la encontramos en ningún sitio. Estamos haciendo de ella una institución, por lo que hoy ya actúa como dispositivo de control que sirve para administrar sociedades, relaciones entre personas, y formas de ser y estar en el mundo.

Tal y como afirma Franco Berardi (2003, p. 29), “una promesa de felicidad recorre la cultura de masas, la publicidad y la misma ideología económica. En el discurso común la felicidad no es ya una opción, sino una obligación, es el valor esencial de la mercancía que producimos, compramos y consumimos”. Nuestra actualidad la caracteriza un régimen llamado neoliberalismo, que en vez de obstaculizar o someter, busca activar, motivar y optimizar. En vez de reprimir, permite, y en vez de repeler, seduce a través de una nueva forma de poder inteligente (*smart*) que destaca por su positividad y que se centra en generar emociones positivas para que nos sometamos a él voluntariamente. Michel Foucault utilizó el término “gubernamentalidad” para referirse al proceso mediante el cual el Estado moldea las subjetividades de sus ciudadanos con el fin de que desarrollen prácticas que favorezcan sus programas (Ortiz, 2017). Pero el “Estado” público ya no es el único que ostenta el poder, ahora también lo ejercen las instituciones privadas, las organizaciones no gubernamentales y las grandes multinacionales. En este nuevo paradigma somos gobernados por dispositivos que no solo controlan las vidas de las personas a través de sus cuerpos, sino también mediante la gestión de la psique. En palabras del filósofo Byung-Chul Han (2014) nos encontramos ante una “técnica de dominación que estabiliza y reproduce el sistema dominante por medio de una programación y control psicológicos”. Y en esa misma línea, Edgar Cabanas (2020) califica el tipo de cultura que se está imponiendo como ideología felicista, como negocio, como un tipo de discurso imperativo que genera efectos adversos a nivel psicológico y social. Incluso hay propuestas que argumentan que el sufrimiento actual se debe a la búsqueda misma de la felicidad como un imperativo (Fagundes et al., 2018).

Este artículo se enmarca en el anterior debate y su objetivo es explicitar cómo las instituciones públicas y privadas, gubernamentales y no gubernamentales utilizan “la felicidad” para ejercer poder sobre las poblaciones de diferentes países a partir de una evaluación de sus tendencias emergentes. A través de un análisis crítico de sus discursos y prácticas en la vida cotidiana de los ciudadanos, se pretende analizar qué tienen en común los dispositivos de institucionalización de la felicidad y comprobar si se está expandiendo un discurso político que nos obliga a ser felices. Por eso, examinamos los tipos de mecanismos que utilizan las organizaciones globales para (re)producir un Imperativo de Felicidad que está (re)modelando el nuevo imaginario social del Bienestar. Con este análisis se pretende en última instancia alcanzar una finalidad ética que consistiría en promover una reflexividad

científica, política y social frente a un ejercicio de gubernamentalidad (gobierno de la mentalidad) principalmente promovido por la disciplina positiva de la sociedad neoliberal.

### El Gobierno de la Felicidad

Permítasenos comenzar este texto con varias viñetas históricas. En 1972, como respuesta a las críticas sobre la pobreza económica de su país (Otálvaro, 2014), el rey de Bután creó el índice de Felicidad Interna Bruta (FIB) para poder explicar el desarrollo humano de las sociedades más allá de términos económicos como el Producto Interno Bruto (PIB).

En 2011, la ONU adoptó por unanimidad la resolución A/65/L.86 de la Asamblea General presentada por Bután en la que se pedía un “enfoque holístico del desarrollo” destinado a promover la felicidad y el bienestar sostenibles (ONU, 2011). Esto fue seguido al año siguiente por una reunión de expertos mundiales, líderes espirituales y de la sociedad civil para desarrollar un nuevo paradigma económico basado en la sostenibilidad y el bienestar (Rizvi, 2012). De esta forma se difundió globalmente el trabajo pionero del Gobierno de Bután para desarrollar un índice de desarrollo que ponía a la felicidad como prioridad.

Aunque seguramente los objetivos de Bután y la cosmovisión budista de la felicidad son mucho más amplios que los de la literatura y comprensión occidental, en 2013 la felicidad se convirtió ya en un asunto de Estado en Venezuela con la creación del “Viceministerio de la suprema felicidad social del pueblo”. Parafraseando al economista venezolano experto en políticas públicas Ángel Alayón, la felicidad ya no solo forma parte de las connotaciones académicas para la autoayuda y la superación, sino que también se ha convertido en una rama de la ciencia política y la economía (Pardo, 2013). Pese a haber obtenido en 2008 el reconocimiento del *Guinness World Record* como el país ‘más feliz’ del mundo, Venezuela fue incluida en 2019 en la lista de países con el mayor número de suicidios, y en 2023 es el menos feliz de América, encontrándose en la posición 88 de 137 posibles según el *World Happiness Report* (Helliwell et al., 2023).

En 2016, los Emiratos Árabes Unidos (EAU) crearon el “Ministerio de Felicidad” con el objetivo de generar “bondad social y satisfacción como valores fundamentales” en el país. Se dieron pasos concretos como desarrollar una encuesta para determinar cómo se sentían los empleados, el grado de satisfacción en las oficinas públicas mediante emoticonos, y hasta la creación de una “Patrulla de la Felicidad” formada por policías que, en vez de poner multas, entregaban regalos a los conductores que no violaban las normas (RT, 2017). Sin embargo, la iniciativa tuvo opositores que aconsejaron que sus autoridades también se ocuparan del respeto de los derechos humanos. Al final, con los cambios anunciados en 2020, el “Ministerio de la Felicidad” que en un principio se creó para que el país fuera uno de los cinco más felices del mundo, se renombró y pasó a ser el “Ministerio de Estado para el Desarrollo del Gobierno y el Futuro” (El Diario, 2020). También en 2016, el segundo estado más poblado de la India -con 70 millones de habitantes- creó su propio índice de felicidad prometiendo programas sociales que incluían el yoga, la meditación o los peregrinajes religiosos así como la proporción de psicólogos para aconsejar a la gente cómo estar «siempre feliz» (Marszal, 2016). A pesar de ser uno de los estados más pobres del país y tener las cifras más altas de suicidios entre los

campesinos, y aunque es un estado afectado por altas tasas de malnutrición, mortalidad materna e infantil, así como un elevado número de violaciones, el ministro estatal y autor de la iniciativa Shivraj Singh Chouhan designó como "ministro de la felicidad" a Lal Singh Arya para garantizar "el contento en la vida de la gente común". Pero Arya tuvo un comienzo inestable en su nueva posición, ya que poco después de su nombramiento fue arrestado por cargos de asesinato de un líder del Congreso. En 2018, Arya declaró que su departamento había preparado un informe para aumentar el cociente de felicidad de las personas con aportes de expertos de los Emiratos Árabes Unidos, Venezuela, Mauricio y Bután, que habrían ayudado a los funcionarios a estructurar el departamento. También dijo que "estábamos planeando implementarlo esta vez" (Venugopal, 2018), pero en las elecciones de ese mismo año no fue reelegido, desvaneciendo la idea impulsada por el ministro Chouhan (Tiwari, 2018). A día de hoy, el programa de felicidad en India está a cargo de voluntarios que piden más apoyo y recursos para llegar a todos los distritos del estado central.

Mientras tanto, en Copenhague ya se puede visitar el "Museo de la Felicidad", pagando para aprender cómo los gobiernos mundiales están adaptando el bienestar como objetivo para la sociedad. De la tasa que supone la entrada en el mencionado museo se encarga el *Happiness Research Institute*, un grupo de expertos independiente que explora por qué algunas sociedades son más felices que otras con el objetivo de "informar a los responsables de la toma de decisiones sobre las causas y efectos de la felicidad humana, hacer que el bienestar subjetivo forme parte del debate sobre políticas públicas y mejorar la calidad de vida general de los ciudadanos de todo el mundo". De igual forma que la cultura nórdica se ha adaptado al contexto físico, su felicidad es a la vez una adaptación a su cultura; una felicidad encastada en el sistema capitalista.

De un modo similar, Francia convocó a un panel de expertos liderado por dos Premios Nobel de Economía para crear un sistema que midiera el nivel de felicidad de la población con el objetivo de diseñar políticas públicas basado en indicadores como poder pagar vacaciones o haber comido lo que se quisiese durante las últimas dos semanas, el cual fue copiado por Reino Unido (Pardo, 2013).

España ha sido el último país en unirse a la preocupación por la felicidad: en abril de 2017, el foro organizado por Nueva Economía e Innovación Social abrió el primer centro para medir la FIB. Según el director del "NESI Forum" Diego Isabel La Moneda; la economía debe contribuir a mejorar la felicidad y estar al servicio de las personas, no al revés (Servimedia, 2017). Por otro lado, Felipe Viveros, coordinador europeo del Centro Butanés de la Felicidad Interior Bruta, comentó que los sistemas actuales como el PIB se crearon a principios de siglo y por ende hay que actualizarlos para que estén al servicio de la gente y del planeta.

### Hacia un "Mundo Feliz"

Como se puede observar, la "felicidad" se está institucionalizando con rapidez y por todo el planeta a pesar de que resulta una obviedad que bastantes problemáticas relacionadas con los derechos humanos están todavía por resolver. Por tanto, se torna pertinente la siguiente pregunta: ¿Por qué en la actualidad se habla de la felicidad desde ámbitos como la economía o la política? La respuesta se halla en la instauración de un nuevo tipo de gubernamentalidad o régimen de gobierno.

Cualquier diccionario de ciencias sociales informa de que institucionalizar es crear normas que se puedan repetir en el tiempo y en el espacio. Y esto es precisamente lo que hace el discurso felicista, que con un cuerpo extenso y articulado de conocimientos estructura cómo entendemos y experimentamos el nuevo gran fenómeno de tener que ser felices, ahora ya de forma institucionalizada. A través del *marketing* y la propaganda, el nuevo concepto de "felicidad" se destila en todos los rincones de la vida cotidiana para hacer negocio, para aumentar el rendimiento, y para obtener poder.

### Autoayuda: la (Auto)cura del S. XXI

En el anterior contexto, conocido como el "giro de la felicidad" (Ahmed, 2010), han proliferado las prácticas y discursos de la Psicología Positiva, del *coaching*, y de la autoayuda. Recurriendo a ellos nos auto-administramos bienestar, intentamos calmar temporalmente un malestar que no acabamos de identificar claramente y trenzamos un *modus vivendi* que hace poco a poco de la búsqueda de felicidad su eje central y de su venta una creación de un mercado propio multimillonario. En ese sentido, Brito et al. (2020) insisten en el efecto normalizador que la "autoayuda" tendría sobre las subjetividades de los ciudadanos neoliberales. Tal y como explican Cabanas y Huertas (2014), tanto la Psicología Positiva como la autoayuda defienden la búsqueda de la felicidad como algo inherente a la condición humana.

Y eso es precisamente lo que hacen los *bestseller* de la autoayuda como el de Neil Pasricha (2016), en el que proclama que tiene el objetivo de "encontrar la ecuación exacta de la felicidad", y lo intenta con la siguiente proposición: SER FELIZ → GRAN TRABAJO → GRAN ÉXITO. "¿Qué es lo primero que debes hacer antes de poder ser feliz? Sé feliz. Sé feliz en primer lugar." En definitiva, nos vende una mentira basada en una falacia: la felicidad se consigue con... felicidad. La rigurosa reflexión de Pérez-Álvarez (2016) demostró que efectivamente "lo feliz es falaz", y que la debilidad teórica de la Psicología Positiva está igual de presente en la mercantilización felicista de la autoayuda. Mo Gawdat, ex director comercial de *Google*, explica en su libro que "la forma más sencilla para que un ingeniero exprese la definición de felicidad es una expresión matemática: el algoritmo de la felicidad" (Gawdat, 2018).  $Felicidad \geq Tu\ percepción\ de\ los\ acontecimientos - Expectativas$ . "Lo que significa que si percibes algo equivalente o mejor que tus expectativas, eres feliz; o, al menos, no eres infeliz." Victor Küppers, orador que imparte magistralmente el dogma de la Psicología Positiva, también tiene su propia fórmula:  $V = (C + H) \times A$ . Donde la C es Conocimientos, la H es Habilidades y la A es Actitud. La V es el Valor de las personas. El fundador de la Psicología Positiva, Martin Seligman, propuso en su libro "La auténtica felicidad" una ecuación que intentaba resolver la incógnita "¿se puede ser más feliz de forma duradera?". Rezaba así:  $F = R + C + V$ . "En la que F es su nivel de felicidad duradera, R su rango fijo, C las circunstancias de su vida y V representa los factores que dependen del control de su voluntad" (Seligman, 2002, p. 79). Curiosamente, años más tarde cambió su propia fórmula.

### Cómo ser Feliz: una Educación Demasiado Positiva

Obviamente, la educación es un ámbito muy relevante para la institucionalización de la felicidad. De ese modo, paulatinamente



hemos entrado en una nueva forma de “producción inmaterial” en la que ya no solo se valoran los conocimientos técnicos (*hard skills*) o la posesión de información sino también las competencias emocionales (*soft skills*). En la actualidad lo que más se pone en valía -por su capacidad de desarrollo, su inimitabilidad y su “ventaja competitiva” (Luthans et al., 2007)- son los recursos psicológicos (o personales) de los individuos como la Actitud, la Inteligencia Emocional, las Fortalezas personales o el Capital Psicológico. Para algunos autores, todo esto muestra que hemos entrado en un nuevo tipo de capitalismo que, más allá de la información (Zuboff, 2015), se centra y opera en las emociones (Illouz, 2019).

El programa de *Master of Applied Positive Psychology* de la Universidad de Pensilvania fue el primero en el mundo en ofrecer un título en este campo de estudio bajo la supervisión del Dr. Martin Seligman, fundador de la disciplina de psicología positiva y creador del programa. A partir de entonces, proliferaron multitud de másteres similares en diferentes lugares del mundo como Inglaterra, Sudáfrica, Australia y Europa. Curiosamente, todos ellos apuestan por un modelo online que permite la formación permanente sobre psicología positiva en cualquier parte del mundo sin moverse de casa, siempre que se pueda pagar las matrículas universitarias que oscilan entre los 2.650 euros y los 71.944 dólares estadounidenses.

Las mismas instituciones académicas son quienes están detrás de la creación y mercantilización de opciones más asequibles para el gran público como los *Massive Open Online Courses* (MOOCs) de felicidad. La Universidad de California creó el primer curso online de ocho semanas que se acuñó como *The Science of Happiness* y que actualmente es ofrecido a través de la plataforma EdX. Por otro lado, la Universidad de Yale ofrece su curso *The Science of Well-Being* a través de Coursera. La prestigiosa Universidad de Harvard no tardó en afianzar las clases de Psicología Positiva con el Dr. Tal Ben-Shahar, fundador de su llamada *Happiness Studies Academy* a través de la que vende el *Certificate in Happiness Studies* y el *Master of Arts in Happiness Studies* de la Universidad de Centenary.

A todo esto se suma que la obsesión por el estudio de la felicidad ya se ha filtrado hasta la educación primaria y secundaria con propuestas como *The Happier School Program* en Estados Unidos, el *Happy School Program* en Australia y Nueva Zelanda, o el programa *Aulas Felices* (Arguís et al., 2010) y el Programa de Felicidad en las Escuelas en España.

### Un Trabajador Feliz es un Trabajador Productivo

La felicidad, el bienestar, y lo emocional son el nuevo terreno de juego de la capitalización y generación de riqueza: las grandes corporaciones e instituciones invierten en emociones, buscan su rentabilidad, las acumulan y las venden. Las usan como producto para generar un plus de valor que se añade al que genera la información y la circulación de mercancías. En consonancia con el capitalismo neoliberal, el Capital Psicológico está situado en la Psicología Organizacional Positiva, es decir en el mundo del trabajo y de las organizaciones, que es donde se mueve más dinero. Bajo la teoría del *Happy-Productive Worker* (Lucas y Diener, 2003), se propone trabajar felizmente para mejorar la productividad y “obtener una ventaja competitiva” (Luthans et al., 2007). Esto se traduce en la aparición de una nueva ética laboral en la que el empleado es quien debe considerar el trabajo como un espacio de

autorrealización y desarrollo de sus habilidades personales (Cabanas y Sánchez-González, 2012). El hecho de encomendar al individuo toda la gestión de su mundo interno beneficia a la empresa porque supone una menor inversión en control y supervisión externa, a la vez que la autonomía del trabajador se presenta relacionada con su bienestar y su satisfacción personal (Pérez-Álvarez et al., 2018).

De hecho, la Psicología Positiva establece un vínculo entre salud mental y éxito (Lyubomirsky et al., 2005) y explica que la salud está estrechamente ligada al capital justificando en términos literalmente económicos lo que se denomina como un Retorno Operativo de Inversión, o sea, una cantidad de recursos monetarios que es ahorrada en el uso de servicios de salud o que retorna por otras vías, como es el caso del incremento de la productividad en las empresas. Según el *World Economic Forum*, el valor de este retorno se calcula en 2,97 euros por euro invertido en Programas de Felicidad en las empresas. En este nuevo paradigma, la Pirámide de Maslow ha sido invertida (Cabanas y Sánchez-González, 2016), ya que ser feliz es hoy un requisito básico necesario que todo trabajador debe mostrar para ser contratado y para alcanzar el éxito. Por desgracia, esta lógica forma parte de un fenómeno económico, social y cultural que se extiende mucho más allá del negocio.

### El Negocio del Ocio: el Felicismo de la Vida Privada

Gilles Deleuze y Félix Guattari (1987) adelantaron hace décadas que la característica de las sociedades modernas iba a ser un exceso de comunicación, generando, paradójicamente, con esa actividad una ausencia de creatividad y una extendida normalización de conductas socialmente aceptadas, como aparentar bienestar y felicidad. Es evidente que la comunicación constante facilita la (re) construcción continua de símbolos y significados, pero lo más relevante es que también crea la necesidad permanente del ejercicio mismo de tal comunicación (*communicatio*; poner en común). Esto conduce a lo que Han (2013) denomina “dictadura de la transparencia” y que sería la característica esencial de nuestro presente. En ella, nos hacemos visibles voluntariamente y toda la información que producimos a través de cada una de nuestras acciones cotidianas a través de los dispositivos tecnológicos que nos acompañan (móviles, relojes inteligentes, pulseras biométricas, etc.) se recoge y se segmenta para construir psicografías globales que se proyectan hacia el futuro. Este *Big Data* promueve que nuestra salud se mida constantemente y que todo se convierta en algún tipo de dato a través de recordatorios, publicaciones, anuncios y aplicaciones. Por ejemplo, una *app* como *Happify* instalada en tu *smartphone* puede lanzar un *pop-up* que avisa de que tienes que realizar alguna práctica de bienestar diaria, y tras ello, te permite publicar (*publicus*; hacer público) que la has realizado. El movimiento denominado *Quantified Self*, que tiene como objetivo incrementar el rendimiento físico, mental y espiritual a través de la automedición es un buen ejemplo de ello (Lupton, 2016; Nafus y Sherman, 2014). Conocerse a uno mismo, autoayudarse y autocuidarse es precisamente lo que genera material y elementos para comunicar y exhibirse continuamente ante los demás. Desde el punto de vista de algunos autores (Illouz, 2019; Lazzarato, 2012), esta necesidad no supone más que la implementación de un nuevo mecanismo de autoexplotación que tiene en la generación de información el principal vehículo y en nuestra propia subjetividad el principio y final del horizonte de ese proceso. En ese sentido, esta

permanente generación de información sobre nosotros mismos que se expresa en aplicaciones informáticas que utilizamos cada día como TikTok, Facebook, Instagram, etc., y que abre un espacio para la comunicación total se asimila al panóptico (el ojo que todo lo ve) descrito por Foucault (2007) como mecanismo de control. La única diferencia es que ahora no operan las miradas de un ojo físico sino la producción y circulación constante de información entre comunidades muy amplias de individuos e instituciones. Se está produciendo una mercantilización integral de la existencia a través de campañas como las de Nocilla con su "felicidad de la buena" o Coca-Cola con su "destapa la felicidad" que usan "la felicidad" para promocionar sus productos. Además, también vemos que el cine, el arte, las series, y las ofertas de viajes se han apuntado a esta tendencia positiva ya que el discurso del bienestar (o el de "estar bien") está más en auge que nunca. Como se ha observado, el ocio se ha convertido en negocio, y la vida privada ha pasado a estar también controlada por "la felicidad".

### **La Felicidad Como Dispositivo de Gubernamentalidad**

Los ejemplos señalan que la felicidad ha echado raíces en todas las parcelas de la vida cotidiana contemporánea. Y esas raíces se están convirtiendo en un verdadero dispositivo de gubernamentalidad a través de su: 1) Universalización, 2) Privatización, 3) Cientificación, y 4) Cajanegrización.

### **La Universalización de la Felicidad**

Tal y como muestran las viñetas históricas previas, las organizaciones públicas y privadas llevan años haciendo de la felicidad una norma y objetivo universal. No obstante, la felicidad no es entendida de la misma forma en diferentes puntos del planeta, y no todas las personas la buscan, ni lo hacen de la misma manera. Se nos ha hecho creer que la búsqueda de la felicidad es un imperativo universal, y es por eso que se crean soluciones para satisfacer esta necesidad generada.

A causa de esta obligación (auto)impuesta por los gobiernos, por las instituciones, y por los "científicos de la felicidad", en una escala global se están desplegando mecanismos que promueven la generación y recogida masiva de datos sobre los estados emocionales de los países y de los individuos con la finalidad de crear todavía más herramientas de control social.

La simple y obvia constatación de que mientras los países del primer mundo buscan y venden vivencias felices, los países en vías de desarrollo todavía luchan por una supervivencia casi anclada en situaciones medievales, muestra que estamos ante un concepto difícilmente universalizable.

### **La Privatización de la Felicidad**

Paradójicamente, esta universalización recae en manos de unos pocos: las grandes corporaciones e instituciones privadas. La felicidad "para todos" abre un nicho económico importante en el S.XXI y por tal razón es imprescindible universalizarla, pero manteniendo el producto privatizado y bajo control de grandes corporaciones.

Como hemos visto, así lo hacen todo tipo de instituciones. Los gobiernos utilizan "la felicidad" como política populista para

desmarcar positivamente sus propuestas y darle un toque de valor añadido con la excusa de intentar hacer más felices a sus ciudadanos. Ese es el gobierno de la felicidad: se priva al pueblo de ella para después otorgar desde una posición de poder. Como es obvio, las instituciones privadas también se han dado cuenta de lo rentable que es capitalizar productos intangibles como las emociones y están privatizando "la felicidad". Con la excusa de investigarla, se crean los autodenominados "Institutos de la Felicidad" que no son más que grupos de autoproclamados "expertos" independientes que tienen la misión autoimpuesta de informar a los tomadores de decisiones sobre las causas y efectos de la felicidad humana, hacer que el bienestar subjetivo forme parte del debate sobre políticas públicas y mejorar la calidad de vida general de los ciudadanos de todo el mundo.

En el ámbito académico, la lógica implícita es formarse en felicidad para poder enseñar a otras personas cómo ser felices. Por lo tanto, no debería sorprendernos la siguiente pregunta: ¿Qué es lo que tienen en común todos los cursos de formación sobre felicidad? La respuesta es que todos ellos son propios (no oficiales) y que están respaldados mayormente por universidades privadas. El hecho de tener que pagar matrículas desorbitadas para estudiar cómo ser feliz es lo mismo que tener que comprar la felicidad, una privatización que no todos pueden o están dispuestos a aceptar.

### **La Cientificación de la Felicidad**

Si algo caracteriza a nuestra presente es que la ciencia ha devenido una empresa que prioriza la maximización de la rentabilidad. El ansia de investigación ha conformado una nueva sociedad del conocimiento que ha sumergido en un giro científico áreas esenciales de la vida, y puede ejercer poder sobre ellas para administrar sociedades, relaciones entre personas, y formas de ser y estar en el mundo. En concreto, como el estudio y divulgación de la felicidad queda a manos de unos pocos, la ciencia felicista debe reconocer que los constructos que crea y promueve pueden causar efectos no deseados. Para paliar esos efectos es necesario que la forma de producir, concebir y transmitir el conocimiento se haga desde un prisma ético y político.

Sin lugar a duda, la Psicología Positiva es prescriptiva ya que con su estudio científico de la felicidad anticipa necesidades y nos dice cómo debemos vivir. Pero como se ha demostrado, esta llamada "ciencia de la felicidad" sufre de importantes debilidades teóricas Pérez-Álvarez (2016). Para empezar, la felicidad es un concepto sincategoremático, es decir que su significado depende de otros términos, y ese es el vacío que la Psicología Positiva está intentando rellenar con sus experimentos científicos. Por otra parte, la felicidad no es un objeto de estudio estático de la ciencia natural, es algo humano que debería observarse como mínimo bajo la mirada de las ciencias sociales. En definitiva, no hace falta una "ciencia de la felicidad" para los consejos de sentido común que esta "descubre", pero se empeñan en científizarla para que compremos sus resultados.

De hecho, la propia Barbara Fredrickson, una de las investigadoras más reconocidas en Psicología Positiva, reconoció el fracaso de ecuaciones matemáticas mal aplicadas a su campo (Fredrickson, 2013). La pregunta que debemos plantearnos no es si existe un algoritmo de la felicidad o no, sino si el solo hecho de formularla así podría ser un mecanismo para vender ese Imperativo de Felicidad. El gran error de cálculo de la autoayuda es intentar

dar soluciones matemáticas a problemas que no lo son, porque cae en un generalismo que en vez de despejar incógnitas, multiplica dudas. Además, ¿qué consecuencias puede tener intentar calcular el valor de las personas? Lo que está claro es que la Psicología Positiva hace una gran apuesta y promoción sobre la importancia del Capital Psicológico y su cientificación.

### La Cajanegrización de la Felicidad

Bruno Latour (2021) emplea el término “cajanegrización” para describir el proceso de invisibilización de cualquier cosa a causa de su propio éxito. Es decir, cuando un hecho está culturalmente consensuado y bien establecido, como es el caso de “la felicidad” enraizada hasta la médula de la sociedad actual, se pasa ya a centrarse solo en los beneficios que genera y no en los mecanismos que la hacen funcionar. Así, paradójicamente, sucede que cualquier concepto estudiado bajo el paraguas de “la ciencia” se vuelve más opaco cuanto más éxito obtiene.

Y como el triunfo del gobierno de la felicidad se ha hecho más que patente (literalmente se están patentando modelos de gobierno para crear sociedades más felices) en todos los ámbitos de la vida cotidiana, y cómo la cotidianidad no se problematiza porque de forma intrínseca se da por sentada por el hecho ser corriente y ordinaria; “la felicidad” ha pasado a estar claramente cajaneigrizada. Este proceso de automatización de mecanismos exitosos debe ser estudiado desde la sociología o mejor, desde la psicología social de la ciencia y la tecnología para comprender cómo “lo humano” y lo “no-humano” establecen las fronteras entre “lo social” y “lo natural”, interacciones que día a día construyen y mantienen las categorías en las que nos encontramos sujetos y de las que nos es difícil escapar.

Deberíamos intentar descajanegrizar la felicidad planteando hipótesis complejas sobre sus sistemas de funcionamiento y siendo más reflexivos sobre sus modos de aplicación e implicaciones. En el caso de “la felicidad”, es lícito y necesario preguntarse si los resultados obtenidos por las instituciones que la promueven son “construidos” o “reales”, ya que siempre ha habido y seguirá habiendo una conexión entre la política y la ciencia natural.

### Conclusiones

La universalización, privatización, cientificación y cajaneigrización constituyen cuatro mecanismos que cierran el proceso de institucionalización de la felicidad y la convierten en un nuevo dispositivo de gubernamentalidad. Este “gobierno de la mentalidad” es una prisión positiva y sin muros, que reina sobre nuestras mentes para inocular una autoesclavitud del rendimiento y de la automejora a través del consumismo y el entretenimiento. Los mecanismos actuales usados para hacernos perseguir “la felicidad” se parecen demasiado al “soma” del “mundo feliz” que predijo Aldous Huxley (1932) en su novela distópica. El gobierno de la felicidad es la dictadura encubierta perfecta porque todo el mundo la quiere y porque puede usarse -y se usa- para justificar la opresión (Ahmed, 2010) y para mantener el control social sin oposición. Pero el discurso felicista no se presenta por igual a lo largo de todo el mapa político internacional, sino que se moldea para satisfacer los objetivos de cada nación siendo precisamente ese el argumento que se utiliza para esquivar el debate democrático en

nombre del bienestar, aunque se vulneren sus derechos humanos. Teniendo en cuenta todo lo anterior, podemos temer con cierta seguridad que los virulentos dispositivos para controlar nuestra salud física, como en su momento lo fue el “Certificado Covid”, se expandan y muten hacia un “Certificado Feliz” que permita controlar, también, la salud mental del individuo a escala global: hacia un mundo donde solo se nos permita ser felices.

¿Pero quién querría un mundo así? ¿Y para qué? Las personas y los organismos que promueven la felicidad la abordan desde una posición privilegiada, más bien cómoda, que les hace comprenderla de una determinada manera que no es pertinente ni aplicable para todo el mundo. Hemos llegado hasta este punto porque a estos discursos subyacen ciertos intereses que sirven para obtener algo que el ser humano ha anhelado desde tiempos inmemoriales y que procede de nuestros orígenes antropológicos: tener el poder y mantener el control, en otras palabras, gobernar. Y no ha sido hasta la actualidad que nos hemos dado cuenta de que la mejor forma de gobierno es a través de la felicidad. Todo el mercado de la autoayuda, los *coaches*, o los productos de bienestar persiguen el beneficio económico lucrándose de la sed de felicidad que ellos mismos han generado. También hay intereses de estatus social que usan la supuesta “ciencia de la felicidad” para dar renombre institucional a sus empresas o centros educativos. Y también intereses políticos como la desactivación sindical y de revuelta, que facilita la manipulación de una población centrada en su permanente evaluación emocional. Como se ha demostrado, el discurso felicista provoca, en términos psicosociales, relaciones de poder que no solo afectan a la política y economía de ciertos países, sino que también han modificado los estándares éticos de la época en el mundo entero.

Aún así, el derrumbamiento del mito de la felicidad no debería abocar a un nihilismo destructivo sino que ha de servir para crear una individualidad y una sociedad más sensata y más serena, dejando de lado la fatigante búsqueda obligada de algo que nosotros mismos hemos creado para goberarnos. Precisamente, el objetivo de esta investigación ha sido describir y explicar las relaciones de poder de este nuevo “mundo feliz” por el bien de la comunidad y para que los individuos puedan tomar sus propias decisiones con el máximo de información disponible. Estas conclusiones pueden conducirnos a una comprensión más profunda de los discursos y prácticas de gran variedad de ámbitos, pero lo cierto es que la propia forma de analizarlos va más allá de la psicología, incluso va más allá que un solo campo en concreto; la Psicopolítica Gubernamental se encuentra en todas partes, eso es precisamente lo que pretende, ha hecho de la felicidad su esclava y dueña simultáneamente, promoviéndose y perpetuándose para la sostenibilidad del sistema en el que ella misma -la gubernamentalidad, no la felicidad- se ha auto constituido.

Las futuras líneas de investigación deberán aprender a traspasar fronteras -culturales y disciplinares- para poder abarcar de la forma más completa posible un tema tan complejo como el de la felicidad. Las difracciones y reflexiones de este estudio podrían aplicarse principalmente a la vida cotidiana de todas aquellas personas que -de forma directa o indirecta, consciente o inconsciente- se ven afectadas por el *modus operandi* del “gobierno de la felicidad”. La aplicación de las soluciones propuestas ayudaría a conseguir una verdadera liberación de la responsabilidad individual que se nos ha impuesto, logrando por fin una “depsicologización” y una “desubjetivación” de

la culpa por no cumplir con los estándares de la sociedad neoliberal, del cansancio de la sociedad de la transparencia y de la infelicidad de la búsqueda interminable de la felicidad.

### Agradecimientos

El presente artículo se ha desprendido del trabajo realizado en el marco de investigación del grupo *Barcelona Science and Technology Studies* (STS-b). Programa de doctorado Persona y Sociedad en el Mundo Contemporáneo, Departamento de Psicología Social, Universidad Autónoma de Barcelona (España).

### Financiación

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales.

### Conflicto de Intereses

Esta investigación no ha presentado conflicto de intereses.

### Referencias

- Ahmed, S. (2010). *The promise of happiness*. Duke University Press. <https://doi.org/10.1215/9780822392781>
- Arguís, R., Bolsas, A. P., Hernández, S., y Salvador, M. (2010). *Programa "Aulas felices"*. *Psicología positiva aplicada a la educación*. SATI, Zaragoza.
- Berardi, F. (2003). *La fábrica de la infelicidad. Nuevas formas de trabajo y movimiento global*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Brito, L. X., Guamán, G. N., y Capito, A. P. (2020). El imperativo de la felicidad en la literatura de autoayuda. La cosificación del sujeto moderno. *Question*, 1(65), e241. <https://doi.org/10.24215/16696581e241>
- Cabanas, E., y Sánchez-González, J. C. (2012). The roots of positive psychology. *Papeles del Psicólogo/ Psychologist Papers*, 33, 172-182.
- Cabanas, E., y Huertas, J. A. (2014). Psicología positiva y psicología popular de la autoayuda: un romance histórico, psicológico y cultural. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 30(3), 852-864. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.169241>
- Cabanas, E., y Sánchez-González, J. C. (2016). Inverting the pyramid of needs: Positive psychology's new order for labor success. *Psicothema*, 28(2), 107-113. <https://doi.org/10.7334/psicothema2015.267>
- Cabanas, E. (2020, 16-17 de diciembre). Seminario "Happycràcia, una crítica a la industria de la felicidad" [conferencia] organizado por el "Institut d'Humanitats de Barcelona" en colaboración con el "Centre de Cultura Contemporània de Barcelona" (CCCB). <https://www.instituthumanitats.org/ca/cursos/happycracia-online>
- Deleuze, G., y Guattari, F. (1987). *A Thousand Plateaus. Capitalism and Schizophrenia*. Continuum.
- El Diario. (2020, 5 de julio). *Emiratos reforma Gobierno: prevé teletrabajo pero no Ministerio de Felicidad*. [https://www.eldiario.es/politica/emiratos-reforma-gobierno-preve-teletrabajo-pero-no-ministerio-de-felicidad\\_1\\_6083255.html](https://www.eldiario.es/politica/emiratos-reforma-gobierno-preve-teletrabajo-pero-no-ministerio-de-felicidad_1_6083255.html)
- Fagundes, A. T., Pacheco, F. F., y Herzo, R. (2018). El imperativo de felicidad en los días actuales. *Trivium: Estudios Interdisciplinarios*, 10(1), 49-59. <http://dx.doi.org/10.18379/2176-4891.2018v1p.49>
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica: curso en Collège de France* (1ª Ed). Fondo de Cultura Económica.
- Fredrickson, B. L. (2013). Updated thinking on positivity ratios. *American Psychologist*, 68, 814-822. <https://doi.org/10.1037/a0033584>
- Gawdat, M. (2018). *El algoritmo de la felicidad. Solve for happy. Engineer your path to joy*. Editorial Planeta.
- Han, B.-C. (2013). *La sociedad de la transparencia*. Herder Editorial, S.L.
- Han, B.-C. (2014). *Psicopolítica. Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Herder Editorial S.L.
- Helliwell, J. F., Layard, R., Sachs, J. D., Aknin, L. B., Neve, J.-E. de, y Wang, S. (Eds.). (2023). *World Happiness Report 2023 (11th ed.)*. Sustainable Development Solutions Network.
- Huxley, A. (1932). *Un mundo feliz*. Editorial Circulo de Lectores.
- Illouz, E. (2019). *Capitalismo, consumo y autenticidad: Las emociones como mercancía*. Katz Editores.
- Latour, B. (2021). *La esperanza de Pandora: ensayos sobre la realidad de los estudios de la ciencia*. Editorial Gedisa.
- Lazzarato, M. (2012). *The making of the indebted man: An essay on the neoliberal condition*. Semiotext(e).
- Lucas, R. E., y Diener, E. (2003). The happy worker: Hypotheses about the role of positive affect in worker productivity. In M. B. Burck y A. M. Ryan (Eds.), *Personality and work* (pp. 30-59). San Francisco: Jossey-Bass.
- Lupton, D. (2016). *The quantified self*. John Wiley & Sons.
- Luthans, F., Youssef, C. M., y Avolio, B. J. (2007). *Psychological Capital: Developing the Human Competitive Edge*. Oxford University Press.
- Lyubomirsky, S., King, L., y Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855.
- Marszal, A. (2016, July 1). India to create a ministry of happiness. *The Telegraph*. <https://www.telegraph.co.uk/news/2016/07/01/india-gets-its-first-ministry-of-happiness/>
- Nafus, D., y Sherman, J. (2014). Big data, big questions. This one does not go up to 11: the quantified self movement as an alternative big data practice. *International Journal of Communication*, 8, 1784-1794.
- ONU, Organización de las Naciones Unidas. (2011). *La felicidad: hacia un enfoque holístico del desarrollo*. [https://digitallibrary.un.org/record/707073/files/A\\_65\\_L-86-ES.pdf](https://digitallibrary.un.org/record/707073/files/A_65_L-86-ES.pdf)
- Ortiz Gómez, M. G. (2017). Industria de autoayuda y gubernamentalidad neoliberal: la reconfiguración del rol ciudadano. *Tla-melau, Revista de Ciencias Sociales*, 10(41), 26-39. <http://dx.doi.org/10.32399/rtla.10.41.204>
- Otálvaro, O. A. (2014). La Felicidad Nacional Bruta de Jigme Singye Wangchuck. Una vía para medir el desarrollo. *Revista de la Facultad de Trabajo Social*, 30(30), 155-169.
- Pardo, D. (2013, 29 de octubre). ¿Para qué sirven los ministerios de la felicidad? *BBC News Mundo*. [https://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/10/131029\\_venezuela\\_felicidad\\_viceministerio\\_suprema\\_maduro\\_dp](https://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/10/131029_venezuela_felicidad_viceministerio_suprema_maduro_dp)
- Pasricha, N. (2016). *La ecuación de la felicidad*. Editorial Sirio.
- Pérez-Álvarez, M. (2016). The science of happiness: As felicitous as it is fallacious. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 36(1), 1-19. <https://doi.org/10.1037/teo0000030>
- Pérez Álvarez, M., Sánchez González, J. C., y Cabanas Díaz, E. (2018). *La vida real en tiempos de la felicidad: crítica de la psicología (y de la ideología) positiva*. Madrid: Alianza Editorial
- Rizvi, H. (2012, 5 de abril). Bután quiere medir la felicidad en el mundo. *Euroxpress*. <https://www.euroxpress.es/noticias/butan-quiere-medir-la-felicidad-en-el-mundo>
- RT (2017, 23 de marzo). Ministerios de la Felicidad: iniciativas estatales para que la gente sea más feliz. <https://actualidad.rt.com/actualidad/234008-ministerios-felicidad-butan-eau-india>

- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. The Free Press. New York.
- Servimedia. (2017, 20 de marzo). España abrirá en abril el primer centro para medir la Felicidad Interior Bruta (FIB). <https://www.servimedia.es/noticias/685724>
- Tiwari, V. (2018, december 12). Madhya Pradesh Results Bring Bad News For India's Only Happiness Minister. *NDTV*. <https://www.ndtv.com/india-news/madhya-pradesh-results-bring-bad-news-for-indias-only-happiness-minister-lal-singh-arya-1961725>
- Venugopal, V. (2018, 14 de diciembre). MP's former "happiness" minister Lal Singh Arya says more rallies by PM Modi could have improved BJP's tally. *The Economic Times*. <https://economictimes.indiatimes.com/news/elections/assembly-elections/madhya-pradesh-assembly-elections/mps-former-happiness-minister-lal-singh-arya-says-more-rallies-by-pm-modi-could-have-improved-bjps-tally/articleshow/67083474.cms?from=mdr>
- Zuboff, S. (2015). Big other: surveillance capitalism and the prospects of an information civilization. *Journal of Information Technology*, 30(1), 75-89. <https://doi.org/10.1057/jit.2015.5>

Artículo

# Cambio de Idioma como Mecanismo de Distanciamiento Emocional y su Implicación en las Conductas de Salud: una Revisión Sistemática

Naroa Alcaide  y Ainara Aranberri Ruiz 

Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, España

## INFORMACIÓN

Recibido: Octubre 5, 2023

Aceptado: Enero 10, 2024

### Palabras clave

Cambio de idioma  
Distanciamiento emocional  
Lengua extranjera  
Lengua nativa  
Conductas de salud

### Keywords

Language switching  
Emotional distancing  
Foreign language  
Native language  
Health behaviors

## RESUMEN

**Objetivos:** El presente trabajo tiene como objetivos presentar los modelos teóricos más relevantes sobre las conductas de salud, analizar la influencia del distanciamiento emocional y el tipo de idioma –nativo o extranjero– en la toma de decisiones, e identificar el impacto que ejerce el cambio de un idioma nativo a uno extranjero sobre las decisiones y las conductas relacionadas con la salud. **Metodología:** Los dos primeros objetivos se abordaron a través de una revisión narrativa, mientras que para el último se realizó una revisión sistemática mediante el Protocolo PRISMA. Tras una selección de estudios en bases de datos especializadas, fueron siete los estudios seleccionados. **Resultados:** El cambio de una lengua nativa a una extranjera contribuyó a la mejora de la salud de las personas, pues correlacionó alta y positivamente con la intencionalidad de realizar conductas de salud a través del distanciamiento emocional. También se encontró un resultado en contra del efecto beneficioso del cambio a una lengua extranjera sobre la salud. **Conclusiones:** Futuras líneas de investigación deberían centrarse en analizar el impacto que ejercen las lenguas extranjeras sobre la mejora de la salud de las personas en contextos naturales y cotidianos.

## Language Switching as an Emotional Distancing Mechanism and its Implication for Health Behaviors: A Systematic Review

### ABSTRACT

**Objectives:** The objectives of this study are to present the most relevant theoretical models on health behaviors, to analyze the influence of emotional distancing and the type of language–native or foreign–on decision making, and to identify the impact of changing from a native to a foreign language on health-related decisions and behaviors. **Methodology:** The first two objectives were addressed through a narrative review, while for the last one a systematic review was conducted using the PRISMA Protocol. A selection of studies in specialized databases resulted in seven studies being chosen. **Results:** Switching from a native language to a foreign language contributed to the improvement of people’s health, as it correlated highly and positively with the intentionality of performing health behaviors through emotional distancing. One result was also found contrary to the beneficial effect of switching to a foreign language on health. **Conclusions:** Future lines of research should focus on analyzing the impact of foreign languages on improving people’s health in natural and everyday contexts.

En una sociedad globalizada y multicultural como la actual, la existencia, o más bien, la coexistencia de múltiples lenguas es una realidad innegable. En relación a una posible clasificación de las lenguas existentes, podríamos dividir las lenguas existentes, por una parte, y lenguas extranjeras, por otra. Pavlenko (2012) entiende por lengua materna aquella que ha sido adquirida después del nacimiento dentro del seno familiar, en un contexto de socialización primaria (Berger y Luckmann, 1986). Por el contrario, una lengua extranjera está relacionada con un *contexto de adquisición* distinto y de menor afectividad, esto es, con los denominados contextos de socialización secundaria –como, por ejemplo, el contexto académico– (Berger y Luckmann, 1986).

Junto con la globalización y la multiculturalidad, los crecientes movimientos migratorios también han provocado una elevada exposición a lenguas extranjeras (Čavar y Agnieszka, 2017; Saile et al., 2022). Así, la coexistencia de diferentes lenguas en territorios multilingües y la exposición a lenguas no nativas ha llevado a las personas a desenvolverse en más de un idioma.

El cambio de una lengua materna a una extranjera repercute en cómo las personas, ya sean bilingües –capaces de emplear dos idiomas de manera indistinta– o multilingües –con la habilidad de expresarse en varias lenguas–, perciben la realidad y, por ende, piensan, toman decisiones y actúan. Investigaciones diversas relacionadas con el bilingüismo y multilingüismo muestran cómo expresarse en una lengua extranjera modifica las percepciones (Woumans et al., 2020), reduce las respuestas emocionales asociadas a situaciones que, por ejemplo, evocan miedo o ansiedad (Caldwell-Harris y Ayçiçeği-Dinn, 2009; Dylman y Bjärtå, 2019; Iacozza et al., 2017), y promueve un proceso de toma de decisiones deliberado y racional (Costa et al., 2014a; Keysar et al., 2012; Schroeder y Chen, 2021).

El procesamiento de una lengua extranjera y su influencia en la toma de decisiones queda recogido mediante el término *The Foreign Language Effect*, traducido al castellano como el Efecto de las Lenguas Extranjeras –en adelante, ELE–, ampliamente estudiado en dilemas morales (Costa et al., 2014b; Hayakawa et al., 2017; Kyriakou et al., 2022) y en el campo de las apuestas como propulsoras de la toma de decisiones más arriesgadas (Costa et al., 2014a; Hadjichristidis et al., 2015). Si bien existe una gran fuente de investigación relativa a estos dos ámbitos, la toma de decisiones en contextos médicos y/o de salud está recibiendo un gran interés en los últimos años. A raíz del Covid-19, se ha visto la necesidad de invertir y buscar recursos para la mejora de la salud desde una perspectiva holística que aborde no solo la ausencia de enfermedad, sino también la búsqueda de la salud tanto física como mental de todo individuo.

En el presente trabajo se realiza una revisión sistemática para analizar la influencia del cambio de un idioma nativo a uno extranjero en la toma de decisiones y en las conductas de salud –entendiendo por conducta de salud aquella que se orienta a la mejora de la salud–. Para ello, se considera el cambio de idioma como un mecanismo de *distanciamiento emocional*, es decir, un mecanismo que reduce las respuestas emocionales de las personas. El término *distanciamiento emocional*, hace referencia a la *Hipótesis del Distanciamiento emocional* (Keysar et al., 2012), entendida en esta revisión como parte integrante de un marco teórico más amplio: la *Teoría del Procesamiento Dual* –en adelante, TPD– de Kahneman (2011). Tal y como postula la TPD, las personas procesan la información ateniendo a dos tipos de sistemas

de pensamiento, denominados como *sistema 1* y *sistema 2*. Mientras que la lengua extranjera estaría sometida al *sistema 2*, racional y deliberado, la lengua nativa estaría más ligada al *sistema 1*, intuitivo y emocional. Las percepciones distorsionadas de las personas, al igual que las creencias supersticiosas relativas a la salud (Schellack et al., 2022), son consecuencia de los sesgos cognitivos originados en el *sistema 1*. Sin embargo, dichas percepciones que guían las conductas de salud (Janz y Becker, 1984; Prochaska y DiClemente, 1982), pueden ser modificadas mediante la reducción de las respuestas emocionales asociadas a una lengua extranjera, según la *Hipótesis del Distanciamiento Emocional* (Keysar et al., 2012). Estudios recientes subrayan la importancia de la lengua extranjera para la elección de conductas que mejoran la salud a través de: a) la disminución de las respuestas de miedo y ansiedad originadas ante la presencia de mensajes públicos relacionados con enfermedades (Schroeder y Chen, 2021); y b) el aumento del nivel de control individual ante mensajes sanitarios que constriñen su libertad individual (Saile et al., 2022).

### Objetivos del Estudio

Tras haber introducido los componentes claves a estudiar, es decir, las lenguas extranjeras y nativas, el distanciamiento emocional y las conductas de salud, y tomando en consideración su gran relevancia en la conducta humana, los objetivos principales de este trabajo son: a) presentar los modelos teóricos más relevantes sobre las conductas de salud; b) analizar la influencia del distanciamiento emocional y el tipo de idioma –nativo o extranjero– en la toma de decisiones; y c) identificar el impacto del cambio de una lengua nativa a una extranjera sobre las decisiones y las conductas relacionadas con la salud. Los dos primeros objetivos se abordarán mediante una revisión narrativa y, para el último, se procederá a una revisión sistemática con el Protocolo PRISMA (Page et al., 2021).

### Modelos Teóricos Sobre las Conductas de Salud

Una de las líneas de investigación con mayor reconocimiento y aplicabilidad en el ámbito de la salud corresponde al *Modelo de Creencias de Salud*, –en adelante, MCS– (Janz y Becker, 1984). Según este modelo, las conductas de salud son conductas preventivas adquiridas a raíz de los beneficios y costes percibidos. Más concretamente, las personas adoptan conductas de prevención de enfermedades en función de cómo de beneficioso o costoso perciben y creen que resultaría realizarlas. La percepción de una enfermedad como severa y con una alta probabilidad de ser padecida, junto con las creencias personales en torno a los beneficios o costes de realizar conductas de salud para prevenirlas, hace que las personas atiendan, en mayor o menor medida, a las claves ambientales que fomentan la realización de conductas de salud. El modelo entiende que toda persona está expuesta a claves ambientales –como, por ejemplo, las campañas preventivas en los medios de comunicación o los consejos de profesionales– que condicionan cómo de amenazante se percibe la enfermedad y la importancia de actuar.

En resumen, la premisa básica de esta modelo reside en que la probabilidad de adoptar conductas de salud en las personas depende de sus creencias y/o percepciones individuales. En primer lugar, de la creencia –o percepción– de que la enfermedad es amenazante y grave. En segundo lugar, de la creencia –o percepción– de que los

beneficios superan en número e importancia a los costes asociados a las acciones preventivas o conductas de salud. Y, en tercer y último lugar, de la creencia –o percepción– de que para que las acciones preventivas sean eficaces, conviene trabajar sobre los *factores modificadores* –variables psicológicas, culturales, sociales etc.– que de manera indirecta influyen en las percepciones y creencias relativas a la salud, hasta tal punto que pueden ser capaces de modificarlas.

Otro de los modelos utilizados para la realización de conductas de salud es el *Modelo de Etapas de Cambio* (Prochaska y DiClemente, 1982). Este modelo, al igual que el anterior, se plantea desde una perspectiva cognitiva, pero más estructurada. Se parte del planteamiento de que las personas van transitando de manera progresiva por las diferentes etapas hasta que la nueva conducta de salud es adquirida y se convierte en rutinaria. Así, las conductas de salud son concebidas como parte integrante de un plan de acción que trae consigo la implantación progresiva de conductas que mejoren la salud. Consta de cinco etapas diferenciadas: *pre-contemplación*, *contemplación*, *determinación*, *acción* y *mantenimiento*. En la etapa de *pre-contemplación*, la persona no es consciente de la necesidad de realizar un cambio en su estilo de vida y, por tanto, no contempla ninguna alternativa. En la *etapa de contemplación*, cuando la persona se vuelve consciente de la importancia que tiene para su salud adquirir nuevos hábitos saludables, empieza a valorar la posibilidad de cambiar su manera de actuar. Y, posteriormente, en la *etapa de determinación*, crea planes de actuación nuevos. Es en la *etapa de la acción* cuando los lleva a cabo. Y en la *etapa de mantenimiento* cuando se continúa con su realización. En este modelo, al igual que en el MCS, se dota de importancia a tres componentes fundamentales: 1) las percepciones de la persona sobre una manera de actuar no saludable; 2) su identificación con dicha conducta; y 3) el conocimiento necesario para modificarla y adquirir una nueva conducta.

### Distanciamiento Emocional, Tipo de Idioma y Toma de Decisiones

Partiendo del supuesto de que toda conducta humana –incluyendo las conductas de salud– deriva de un proceso de toma de decisiones previo que está influido en gran medida por las percepciones y creencias individuales, tal y como se menciona en los modelos teóricos anteriores, es de vital importancia recoger cómo dichas percepciones y creencias pueden ser modificadas por un fenómeno muy particular y muy estudiado en los últimos años: el ELE sobre la percepción de la realidad y la toma de decisiones. Dicho efecto, mencionado en la introducción, ha sido ampliamente estudiado en *contextos de apuestas, y de pérdidas y ganancias*, donde la lengua extranjera se ha relacionado con la toma de decisiones más arriesgadas (Costa et al., 2014a; Hadjichristidis et al., 2015; Hayakawa et al., 2019; Keysar et al., 2012); en *dilemas morales* (Corey et al., 2017; Costa et al., 2014b; Hayakawa et al., 2017; Keysar et al., 2012); y en el *ámbito judicial*, donde la lengua no nativa juega un papel importante en la percepción y evaluación de los crímenes como menos severos (Woumans et al., 2020).

Una de las teorías más consensuadas y con evidencia empírica que explica el ELE sobre la toma de decisiones, es la *Hipótesis del Distanciamiento Emocional* (Keysar et al., 2012), encuadrada dentro de la TPD (Kahneman, 2011). Según la *Hipótesis del Distanciamiento*

*Emocional* (Keysar et al., 2012), pensar en una lengua extranjera reduce los sesgos cognitivos asociados al proceso de la toma de decisiones –como, por ejemplo, el *efecto marco*–, puesto que esta proporciona una mayor distancia con respecto al sistema emocional o *sistema 1* que la lengua materna. Si se toma como referencia la TPD (Kahneman, 2011), el pensamiento de las personas es el resultado de los dos sistemas de pensamiento mencionados anteriormente; el *sistema 1*, automático e intuitivo que, en ocasiones, se deja llevar por diferentes sesgos cognitivos o errores sistemáticos; y el *sistema 2*, lento, racional y deliberado, que intenta corregir dichos sesgos cognitivos. A diferencia de la lengua nativa, que parece estar mucho más arraigada en el sistema emocional, la lengua extranjera está *distanciada* de dicho sistema, del *sistema 1*, exactamente, tal y como propone la hipótesis anterior. En consecuencia, los errores sistemáticos o sesgos que derivan del procesamiento rápido e intuitivo del *sistema 1*, disminuyen cuando interviene la lengua extranjera.

En este trabajo en particular, la *Hipótesis del Distanciamiento Emocional* (Keysar et al., 2012) es clave para comprender cómo el cambio de una lengua nativa a una extranjera reduce las respuestas emocionales y, en consecuencia, conduce a sus hablantes, por una parte, a tomar decisiones más deliberadas y, por otra parte, a realizar conductas que mejoren su salud. Así, cuando hablamos del cambio de idioma como mecanismo de *distanciamiento emocional*, nos estamos refiriendo a la reducción de la respuesta emocional y a la activación de un sistema de procesamiento deliberado o *sistema 2*, como consecuencia del cambio de una lengua materna a una aprendida con posterioridad.

Los *contextos de adquisición* y el *nivel de dominio* de las lenguas (Pavlenko, 2012) también han sido consideradas como explicaciones tentativas de la existencia de un menor número de respuestas emocionales en la lengua extranjera. Las lenguas nativas son adquiridas en *contextos de socialización primaria* (Berger y Luckmann, 1986), donde prima la afectividad y el vínculo con los otros significativos. Además, el dominio de la lengua es muy alto, pues es hablada desde el nacimiento dentro del seno familiar (Pavlenko, 2012). Y, por tanto, el conocimiento de dicha lengua para la comprensión de cualquier información, incluyendo la relacionada con la salud, es elevado. Por su parte, las lenguas extranjeras son adquiridas en *contextos de socialización secundaria* (Berger y Luckmann, 1986), caracterizados por las relaciones en ámbitos formales –como, por ejemplo, el colegio y/o el trabajo– donde el *nivel de dominio* de la lengua puede ser variable y, en ocasiones bajo, dificultando así la comprensión (Pavlenko, 2012).

Todo lo mencionado anteriormente sobre el ELE y la *Hipótesis del Distanciamiento Emocional* (Keysar et al., 2012) ha empezado a ser analizado recientemente en *contextos relacionados con la salud*. Schroeder y Chen (2021) publicaron un meta-análisis cuyo objetivo principal era analizar el ELE en dichos contextos. Sus tres líneas de investigación fueron: 1) el procesamiento oral y escrito de información relacionada con la salud y las enfermedades en una lengua extranjera y su influencia en las respuestas de miedo y ansiedad; 2) la toma de decisiones y la menor susceptibilidad hacia los sesgos cognitivos mediante el empleo de una lengua extranjera; y 3) la comprensión de información relacionada con la salud en una lengua no nativa.

En primer lugar, se estudiaron las respuestas de miedo y ansiedad que podían elicitar las pandemias –incluyendo la actual del Covid-19–. Diversos estudios (Caldwell-Harris y Ayçiçeği-Dinn,



2009; Dylman y Bjärtå, 2019; Iacozza et al., 2017) encontraron evidencia a favor de la reducción de respuestas de miedo y ansiedad gracias al procesamiento de una lengua extranjera. Tal y como mencionaron Schroeder y Chen (2021), dicha reducción de las respuestas emocionales no solo podría ser útil durante un brote masivo de una enfermedad —a través de la disminución de pensamientos y estados ansiosos—, sino que también podría ayudar a paliar las consecuencias psicológicas que traerá consigo en un futuro, y mejorar así la salud de las personas. El Covid-19 ha afectado negativamente a la salud de las personas, pues ha traído consigo una peor calidad del sueño (Franceschini et al., 2020); el incremento de pensamientos suicidas durante los confinamientos (Killgore et al., 2020); y la disminución de la sensación de control de los habitantes de todo el mundo en lo relativo a lo que ocurre en sus vidas (Wnuk et al., 2020). Schroeder y Chen (2021) añadieron, además, el importante papel que cumplirá la psicoterapia para muchos pacientes afectados por el Covid-19. Diversos estudios consideran el cambio de un idioma nativo a uno extranjero como un medio fácil y efectivo de comunicar experiencias que llevan asociadas una alta activación emocional (Gawinkowska et al., 2013). En la consulta terapéutica, los pacientes decidieron expresarse en su segundo idioma o en un idioma extranjero con el propósito de reducir las respuestas emocionales que podrían originarse al revivir en terapia una experiencia traumática (Dewaele y Costa, 2013).

En segundo lugar, se investigó la toma de decisiones en una lengua no nativa y su repercusión en varios sesgos cognitivos relacionados con la salud. Por una parte, el *efecto marco*, donde el proceso de la toma de decisiones se ve influido por cómo se presenta un determinado problema, fue analizado a través del famoso problema de la Enfermedad de Asia de Kahneman y Tversky (1979, citado en Schroeder y Chen, 2021). Se plantearon dos versiones del mismo problema, con la única diferencia de que, la primera, se orientó en términos de vidas salvadas (desde un marco de las ganancias) y, la segunda, en términos de vidas perdidas (desde un marco de las pérdidas). A pesar de que ambas versiones eran idénticas, las decisiones que se tomaron para la solución del problema que repercutía en la salud de 600 personas fueron diferentes en función del marco. En la versión de vidas salvadas se optó con mayor frecuencia por el programa B, el cual proponía que de elegir dicho programa la probabilidad de que 600 personas se salvaran era de 1/3 y la probabilidad de que no se salvara nadie era de 2/3. Mientras tanto, en la de vidas perdidas se optó mayoritariamente por el programa A, un programa que implicaba un menor riesgo, pues de elegirlo 400 —sobre las 600— personas morirían. Por otra parte, también se analizó el *sesgo optimista*, que hace referencia al pensamiento optimista que puede tener una persona de no contraer una enfermedad. Ante dicho sesgo cognitivo, la percepción del riesgo de contraer, por ejemplo, el Covid-19, disminuye, reduciendo así la probabilidad de que una persona realice conductas de salud preventivas (Park et al., 2021). Según Schroeder y Chen (2021), los dos sesgos mencionados fueron exitosamente reducidos mediante el cambio de una lengua nativa a una extranjera, promoviendo así la toma de decisiones deliberadas y beneficiosas para la salud.

Y, en tercer y último lugar, en relación a la comprensión de información relacionada con la salud, se observó que disminuía ante el empleo de una lengua extranjera. El bajo *nivel de dominio* de una persona en una lengua, impidió la buena comprensión de información crucial para la salud de las personas (Wilson et al.,

2005). Análogamente, tal y como sugirieron Schroeder y Chen (2021), la mala comprensión de información como consecuencia de la lengua extranjera podría haber promovido los malentendidos o incluso el incumplimiento de medidas de prevención del Covid-19.

## Lengua Extranjera y Conductas de Salud

En base a los contenidos hasta ahora mencionados, la lengua extranjera parece repercutir en la toma de decisiones y en la conducta de las personas en una amplia gama de situaciones, desde situaciones hipotéticas hasta cotidianas. Por ello, la presente revisión sistemática mediante el protocolo PRISMA pretende analizar si, efectivamente, el cambio de un idioma nativo a uno extranjero podría relacionarse con la mejora de la salud de las personas. Teniendo en cuenta que la lengua extranjera está *distanciada* del sistema emocional —*Hipótesis del Distanciamiento Emocional*— y, en consecuencia, se somete a un tipo de procesamiento de pensamiento más deliberado y racional, mencionado anteriormente como *sistema 2* -TPD-, se predice que el empleo de una lengua no nativa cambiará la percepción errónea de las personas sobre información relacionada con cuestiones de salud. Cambiando sus percepciones, en ocasiones distorsionadas por los sesgos cognitivos, las decisiones y conductas de salud que realicen serán más deliberadas.

## Método

### Estrategia de Búsqueda

La búsqueda bibliográfica se realizó siguiendo el modelo PRISMA (Elementos de informes preferidos para revisiones sistemáticas y meta-análisis) (Page et al., 2021). La búsqueda final, realizada en mayo 2023, incluye las bases de datos electrónicas Scopus y Web of Science. Se establecieron límites temporales en los estudios a partir del año 2000 y de lenguaje —inglés—. Los términos de búsqueda empleados fueron: “foreign language effect” o “foreign language” o “second language” o “learned language”, “native language” o “first language”, “language intervention”, “emotion” o “emotions” o “emotional”, “decision making” o “public health” o “health decisions” o “health behaviors”, “health” y “Covid-19”. La búsqueda detallada se muestra en las Tablas 1 y 2.

### Extracción de Datos

Con el propósito de realizar un análisis exhaustivo de los estudios seleccionados, se extrajeron los datos relevantes de cada uno de ellos (ver Tabla 3). La información sintetizada hace referencia a la autoría de la publicación, lengua nativa y extranjera empleadas por los/as participantes, su lugar de residencia, tamaño de la muestra, edad de los/as participantes del estudio, estímulos relacionados con la salud, instrumentos para la evaluación del nivel de la/s lengua/s y resultados más relevantes.

### Selección de Estudios y Criterios de Elegibilidad

Se realizó la primera selección de publicaciones en base al título, resumen y palabras clave. Los artículos elegibles se identificaron mediante la selección de criterios de inclusión y

**Tabla 1**

Descripción de la Estrategia de Búsqueda en Scopus (19 mayo de 2023)

Delimitación de la búsqueda	Resultados
TITLE-ABS-KEY ( "foreign language" OR "foreign language effect" OR "learned language" OR "second language" ) AND TITLE-ABS-KEY ( "native language" OR "first language" ) AND TITLE-ABS-KEY ( "emotion" OR "emotions" OR "emotional" ) AND DOCTYPE ( "ar" ) AND PUBYEAR > 1999	174
TITLE-ABS-KEY ( "foreign language" OR "foreign language effect" OR "second language" ) AND TITLE-ABS-KEY ( "native language" OR "first language" ) AND TITLE-ABS-KEY ( "emotion" OR "emotions" OR "emotional" ) AND TITLE-ABS-KEY ( "decision making" OR "health decisions" OR "health behaviors" OR "public health" ) AND DOCTYPE ( "ar" ) AND PUBYEAR > 1999	28
TITLE-ABS-KEY ( "language intervention" AND "foreign language" AND "COVID-19" AND "health" ) AND DOCTYPE ( "ar" ) AND PUBYEAR > 1999	2

**Tabla 3**

Características los Estudios Seleccionados y Resultados Encontrados

Autor/es	Lengua Nativa y Extranjera	Lugar de Residencia Participantes	Tamaño Muestra	Edad	Instrumentos Nivel Lengua/s	Estímulos Salud	Resultados
Alkhamash et al. (2022)	LN: árabe LE: inglés	Arabia Saudita	N=368 (estudiantes)	18-22	MCER	Hipotéticos	Uso de LE = mayor disposición a realizar conductas de salud.
Azevedo et al. (2022)	LN: mandarín LE: inglés	Estados Unidos	N=78 (estudiantes)	+18	Autorregistro ELP; ERVT-V3 (Ekstrom et al., 1976)	Hipotéticos	Uso de LE = mayor sensibilidad (para percibir los riesgos objetivos de contraer una enfermedad + realizar conductas para su prevención).
Geipel et al. (2022)	LN: cantonés LE: inglés	Hong Kong	N=611	+18	Cuestionario elaborado <i>ad hoc</i>	Reales	La comunicación de información en LE = mayor confianza hacia la vacunación.
Hayakawa et al. (2021)	LN: mandarín LE: inglés	Estados Unidos	N=160	+18	LEAP-Q (Marian et al., 2007)	Hipotéticos	Empleo de LE = mayor sensibilidad hacia riesgos (sobre aceptación y/o rechazo de tratamientos para la prevención de enfermedades)
Hayakawa et al. (2022)	LN: mandarín LE: inglés	Estados Unidos	N=160	+18	LEAP-Q (Marian et al., 2007)	Hipotéticos	Empleo de LE= disminución en cuanto a severidad percibida de las condiciones médicas.
Saile et al. (2022)	LN: alemán LE: inglés	Alemania	N=605 (estudiantes)	+18	Cuestionario de Autoevaluación elaborado <i>ad hoc</i>	Reales	Uso de LE = aumento de la sensación de control individual + confianza hacia instrucciones de prevención del Covid-19.
Zhao et al. (2021)	LN: inglés LE: francés	Quebec, Canadá	N=314	18-81	LBQ	Hipotéticos	Empleo de LE= respuestas de ansiedad en sus hablantes, dificultando su acceso a servicios sanitarios de calidad.

Nota. MCER: Marco Común Europeo de Referencia para las Lenguas; ELP: English Language Proficiency; ERVT-V3: Extended Range Vocabulary Test, Version 3; LEAP-Q: Language Experience and Proficiency Questionnaire; LBQ: Language Background Questionnaire.

exclusión. Los criterios de inclusión utilizados hacen referencia a estudios que mencionan el fenómeno de la lengua extranjera y sus efectos en la toma de decisiones y conductas relacionadas con la salud en adultos –edad superior a 18 años–, y artículos publicados en inglés. Por lo tanto, los criterios de exclusión se refieren a publicaciones en idiomas diferentes al inglés; a artículos completos con acceso restringido; publicaciones que no guardan relación ni con la toma de decisiones ni con las conductas de salud; o que analizan el ELE sobre la adquisición y extinción del miedo (ver Figura 1).

## Resultados

Los resultados obtenidos tras la revisión sistemática de los siete artículos han sido diversos, tal vez debido a la variedad de objetivos y metas de cada estudio. Si bien en todos ellos se aborda el tema del cambio de una lengua nativa a una extranjera en contextos relacionados con la salud, los focos de interés y las hipótesis de estudio son diferentes.

**Tabla 2**

Descripción de la Estrategia de Búsqueda en Web of Science (19 mayo de 2023)

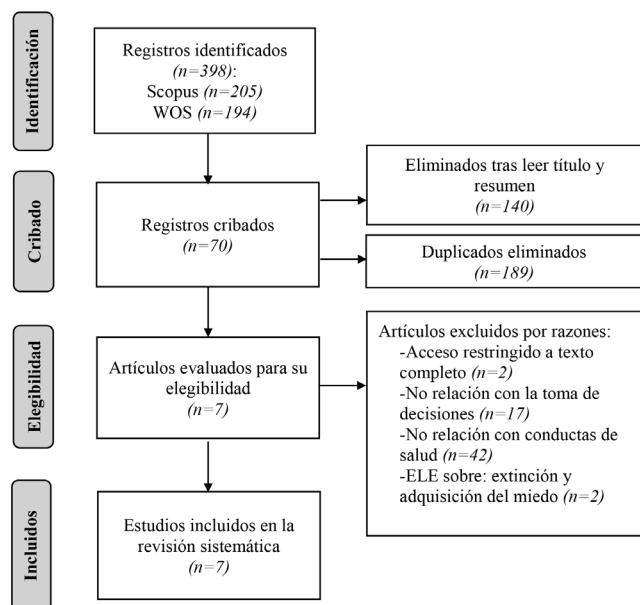
Delimitación de la búsqueda	Resultados
(TS= ("foreign language" OR "foreign language effect" OR "learned language" OR "second language") AND TS= ("native language" OR "first language") AND TS= ("emotion" OR "emotion" OR "emotional")) AND DT= ("ARTICLE") Período de tiempo: 2000-2023.	166
(TS= ("foreign language" OR "foreign language effect" OR "second language") AND TS= ("native language" OR "first language") AND TS= ("emotion" OR "emotions" OR "emotional")) AND TS= ("decision making" OR "public health") AND DT= ("ARTICLE") Período de tiempo: 2000-2023.	27
TS= ("language intervention" AND "foreign language" AND "Covid-19" AND "health") AND DT= ("ARTICLE") Período de tiempo: 2000-2023.	1

Un resultado consistente entre los estudios seleccionados es que, en la mayoría de las situaciones, la lengua extranjera funciona como un mecanismo que favorece las conductas de salud, mediante; el *distanciamiento emocional* (Azevedo et al., 2022; Hayakawa et al., 2021 y Hayakawa et al., 2022); el aumento de la confianza y seguridad en la efectividad de herramientas sanitarias, como las instrucciones de prevención del Covid-19 (Saile et al., 2022) o la vacunación (Geipel et al., 2022); y una mayor disposición a realizar conductas que mejoren la salud de uno/a mismo/a y del resto (Alkhamash et al., 2022).

Otro de los resultados que sobresalen de estos estudios es el ELE sobre la percepción de estímulos y riesgos. En los estudios de Hayakawa et al. (2021 y 2022) se observó cómo, efectivamente, gracias al *distanciamiento emocional*, el procesamiento de información sobre la salud en una lengua extranjera se asoció con la disminución en cuanto a severidad de: 1) los síntomas de una enfermedad concreta; y 2) los efectos secundarios o posibles complicaciones derivadas de un determinado tratamiento. Junto con la disminución de la percepción de que las enfermedades son graves

**Figura 1**

Diagrama de Flujo de Elementos de Informes Preferidos Para Revisiones Sistemáticas y Meta-Análisis (PRISMA)



o los posibles tratamientos son complicados, en el estudio de Azevedo et al. (2022) la lengua extranjera se asoció con un aumento de la percepción de *riesgos objetivos*, es decir, sucesos peligrosos o dañinos atendiendo a datos o información objetiva. La subida del colesterol –dato objetivo–, hizo que pacientes ficticios percibieran un mayor riesgo de contraer una enfermedad cardiovascular. Como consecuencia, la lengua extranjera correlacionó alta y positivamente con la intencionalidad de realizar conductas de prevención de dichas enfermedades.

En cuanto a los estudios que abordan la comunicación de información relacionada con el Covid-19 en un idioma extranjero, se evidenció una clara y potente influencia de la lengua extranjera sobre la percepción de control de los individuos. Saile et al. (2022) observaron cómo la comunicación de instrucciones utilizadas para atenuar la propagación del Covid-19 en una lengua extranjera eran valoradas más positivamente. Asimismo, el empleo de la lengua no nativa en esta situación se relacionó con un aumento del nivel de control individual y con una mayor disposición a cumplir con las indicaciones recibidas. En el estudio de Geipel et al. (2022), la información relacionada con las vacunas contra al Covid-19 y comunicada en un idioma extranjero, aumentó la confianza y la disposición de las personas hacia la vacunación.

A excepción de la mayoría de los estudios mencionados, en el realizado por Zhao et al. (2021) se encontró que el empleo de la lengua extranjera condujo a estados de ansiedad cuando una persona se encontraba en un contexto médico donde la comunicación profesional-paciente fue realizada en un idioma no nativo. Esa ansiedad asociada a una lengua extranjera en contextos médicos discordantes (el profesional habla en su lengua materna y el paciente en una lengua extranjera, aprendida) dificultó su acceso a una atención sanitaria de calidad, repercutiendo negativamente en su salud. Así, el cambio a una lengua extranjera, en vez de considerarse como beneficiosa para la salud de las

personas, en este estudio se considera como un importante obstáculo para aquellas minorías que no poseen la seguridad necesaria ni un *nivel de dominio* de la lengua adecuado para desenvolverse en ella.

## Discusión

En un mundo globalizado como el actual, son cada vez más las personas que residen en territorios multilingües, donde deben desenvolverse en más de un idioma. Así, es común que en un mismo territorio las personas se comuniquen en diferentes idiomas, además del nativo. En esta revisión sistemática, realizada mediante el protocolo PRISMA, se ha enfocado el cambio de idioma desde un lugar próximo a la comunicación de información de la salud. Al igual que se emplean las lenguas para hablar de uno/a mismo/a o intercambiar opiniones sobre un tema en particular, también sirve para contrastar o conocer información que puede mejorar la salud de las personas. Más concretamente, lo analizado en estas páginas tiene que ver con cómo el cambio de un idioma nativo a uno extranjero, a la hora de la comunicación de información relacionada con la salud, puede repercutir en la percepción de sus oyentes o hablantes –dependiendo de su función– y, consecuentemente, en su salud.

En primer lugar, se ha observado la existencia de un amplio consenso en que las percepciones y creencias individuales influyen, en gran medida, en la manera de pensar y actuar de las personas en relación con su salud, tal y como queda plasmado en el MCS (Janz y Becker, 1984) y en el Modelo de Etapas de Cambio (Prochaska y DiClemente, 1982). La percepción de una enfermedad como grave y con una alta probabilidad de ser padecida, junto con las creencias personales en torno a los beneficios o costes de realizar conductas de salud para prevenirlas, hace que las personas reconsideren la opción de responsabilizarse de su salud (Janz y Becker, 1984).

En este sentido, la lengua extranjera ha conseguido, según los diferentes estudios analizados, cambiar las percepciones de las personas hasta el punto de: 1) disminuir el grado de severidad de tanto los síntomas –fiebre, neumonía y/o dolor de garganta– de una enfermedad concreta –como, por ejemplo, la gripe–, como de los efectos secundarios –dificultades respiratorias, reacciones alérgicas y/o debilidad muscular– derivados de un tratamiento preventivo –como, por ejemplo, la vacuna contra la gripe– (Hayakawa et al., 2022); 2) hacer a las personas capaces de percibir con una mayor sensibilidad los *riesgos objetivos* asociados al hecho de contraer una patología y de aceptar o rechazar un tratamiento de prevención de enfermedades (Azevedo et al., 2022; Hayakawa et al., 2021); 3) aumentar la percepción de control individual junto con el grado de confianza y seguridad en la efectividad de herramientas sanitarias, como las instrucciones de prevención del Covid-19 (Saile et al., 2022) o la vacunación (Geipel et al., 2022); y 4) favorecer la disposición hacia la realización de conductas que mejoren la salud de uno/a mismo/a y del resto (Alkhamash et al., 2022).

Una de explicaciones que mayor aceptación ha recibido en la literatura acerca del ELE sobre la percepción, la toma de decisiones y la conducta, ha sido la *Hipótesis del Distanciamiento emocional* (Keysar et al., 2012), que está a su vez muy ligada a la TPD (Kahneman, 2011), mencionados ambos a lo largo de este trabajo. La lengua extranjera, a diferencia de la nativa, no se rige por un procesamiento emocional o intuitivo –*sistema I*–, propio de las

lenguas nativas. A diferencia de estas últimas, la lengua extranjera se somete a un procesamiento más deliberado –sistema 2–, de ahí la posibilidad de que dicha lengua conduzca a las personas a tomar decisiones y actuar más deliberadamente cuando tiene que ver con su salud. En vez de dejarse llevar por las emociones –como, por ejemplo, el miedo y/o el enfado– se guían por lo racional y por los riesgos objetivos que existen si no ponen remedio a su condición médica, en el caso de tenerla o de ser propensos a desarrollarla.

Uno de los resultados que no concuerda con el efecto beneficioso de la lengua extranjera sobre la mejora de salud, es el obtenido en el estudio de Zhao et al. (2021). A diferencia del resto de estudios analizados en la presente revisión sistemática, en este estudio se encontró que, la lengua extranjera suponía un importante impedimento para la salud de las minorías residentes en Quebec, dado que no poseían ni la seguridad ni los conocimientos necesarios para manejarse en un idioma que no era el nativo. Comprender información sanitaria en un idioma no materno puede resultar complicado cuando no se posee un nivel medio-alto de ese idioma, hasta el punto de que la falta de comprensión puede llegar a evocar estados de ansiedad. Para prevenir situaciones incómodas o desagradables, es común que las personas decidan no acudir a los centros sanitarios, pudiendo repercutir negativamente en su salud.

A modo de limitación, cabe indicar que los estudios seleccionados son escasos y a la vez muy diversos pues ponen el foco en aspectos de la salud diferentes. En base a las evidencias empíricas encontradas, se puede concluir que el uso de la lengua extranjera para la mejora de la salud de las personas en contextos naturales no ha sido objeto principal de investigación. La mayoría de los estudios, a excepción de dos (Geipel et al., 2022; Saile et al., 2022) están asociados a contextos hipotéticos, de ahí la dificultad de extrapolar los resultados al día a día. Sin embargo, esta tendencia podría cambiar como consecuencia de la reciente crisis sanitaria mundial vivida recientemente. La salud es un aspecto prioritario para toda la persona; de ahí, la importancia de analizar cualquier herramienta –incluyendo el idioma– que pueda contribuir a su mejora desde una perspectiva holística. Futuras líneas de investigación podrían investigar en mayor profundidad el cambio de idioma sobre la mejora de la salud de las personas en contextos naturales y cotidianos.

### Conflicto de Intereses

No existe conflicto de intereses.

### Referencias

- Alkhamash, R., Asiri, Y. A., Alqarni, I. R., y Al-Hoorie, A. H. (2022). Can language influence health decisions? The role of foreign language and grammatical structure. *Journal of Psycholinguistic Research*, 52, 957-974. <https://doi.org/10.1007/s10936-022-09918-z>
- Azevedo, R. F. L., Roy, B., Christianson, K., Zhong, Y., y Morrow, D. G. (2022). Affective distancing associated with second language use influences response to health information. *Languages*, 7(2), 120. <https://doi.org/10.3390/languages7020120>
- Berger, P. L., y Luckmann, T. (1986). La sociedad como realidad subjetiva: Internalización de la realidad. En *La construcción social de la realidad* (pp. 164-227). Amorrortu. <https://redmovimientos.mx/wp-content/uploads/2020/07/La-Construcci%C3%B3n-Social-de-la-Realidad-Berger-y-Luckmann.pdf>
- Caldwell-Harris, C. L., y Ayciçeği-Dinn, A. (2009). Emotion and lying in a non-native language. *International Journal of Psychophysiology*, 71(3), 193-204. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2008.09.006>
- Čavar, F., y Tytus, A. E. (2017). Moral judgement and foreign language effect: When the foreign language becomes the second language. *Journal of Multilingual and Multicultural Development*, 39(1), 17-28. <https://doi.org/10.1080/01434632.2017.1304397>
- Corey, J. D., Hayakawa, S., Foucart, A., Aparici, M., Botella, J., Costa, A., y Keysar, B. (2017). Our moral choices are foreign to us. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 43(7), 1109-1128. <https://doi.org/10.1037/xlm0000356>
- Costa, A., Foucart, A., Arnon, I., Aparici, M., y Apesteguía, J. (2014a). “Piensa” twice: On the foreign language effect in decision making. *Cognition*, 130, 236-254.
- Costa, A., Foucart, A., Hayakawa, S., Aparici, M., Apesteguía, J., Heafner, J., y Keysar, B. (2014b). Your morals depend on language. *PLoS ONE*, 9(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094842>
- Dewaele, J. M., y Costa, B. (2013). Multilingual clients’ experience of psychotherapy. *Language and Psychoanalysis*, 2(2), 31-50.
- Dylman, A. S., y Bjärtå, A. (2019). When your heart is in your mouth: The effect of second language use on negative emotions. *Cognition and Emotion*, 33(6), 1284-1290. <https://doi.org/10.1080/02699931.2018.1540403>
- Franceschini, C., Musetti, A., Zenesini, C., Palagini, L., Scarpelli, S., Quattropiani, M. C., Lenzo, V., Freda, M. F., Lemmo, D., Vegni, E., Borghi, L., Saita, E., Cattivelli, R., Gennaro, L. de, Plazzi, G., Riemann, D., y Castelnuovo, G. (2020). Poor sleep quality and its consequences on mental health during the COVID-19 lockdown in Italy. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.574475>
- Gawinkowska, M., Paradowski, M. B., y Bilewicz, M. (2013). Second language as an exemptor from sociocultural norms. Emotion-Related Language Choice revisited. *PLoS ONE*, 8(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0081225>
- Geipel, J., Grant, L. H., y Keysar, B. (2022). Use of a language intervention to reduce vaccine hesitancy. *Scientific Report*, 12, 253. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-04249-w>
- Hadjichristidis, C., Geipel, J., y Savadori, L. (2015). The effect of foreign language in judgments of risk and benefit: The role of affect. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 21(2), 117-129. <https://doi.org/10.1037/xap0000044>
- Hayakawa, S., Lau, B. K. Y., Holtzmann, S., Costa, A., y Keysar, B. (2019). On the reliability of the foreign language effect on risk-taking. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 72(1), 29-40. <https://doi.org/10.1177/1747021817742242>
- Hayakawa, S., Pan, Y., y Marian, V. (2021). Using a foreign language changes medical judgments of preventative care. *Brain Sciences*, 11(10), 1309.
- Hayakawa, S., Pan, Y., y Marian, V. (2022). Language changes medical judgments and beliefs. *International Journal of Bilingualism*, 26(1), 104-121. <https://doi.org/10.1177/13670069211022851>
- Hayakawa, S., Tannenbaum, D., Costa, A., Corey, J. D., y Keysar, B. (2017). Thinking more or feeling less? Explaining the foreign-language effect on moral judgment. *Psychological Science*, 28(10), 1387-1397. <https://doi.org/10.1177/0956797617720944>
- Iacozza, S., Costa, A., y Duñabeitia, J. A. (2017). What do your eyes reveal about your foreign language? Reading emotional sentences in a native and foreign language. *PLoS ONE*, 12(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186027>

- Janz, N. K., y Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47. <https://doi.org/10.1177/109019818401100101>
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. Penguin Books.
- Keysar, B., Hayakawa, S. L., y An, S. G. (2012). The foreign-language effect: Thinking in a foreign tongue reduces decision biases. *Psychological Science*, 23(6), 661-668. <https://doi.org/10.1177/0956797611432178>
- Killgore, W. D. S., Cloonan, S. A., Taylor, E. C., Allbright, M. C., y Dailey, N. S. (2020). Trends in suicidal ideation over the first three months of COVID-19 lockdowns. *Psychiatry Research*, 293. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113390>
- Kyriakou, A., Foucart, A., y Mavrou, I. (2022). Moral judgements in a foreign language: Expressing emotions and justifying decisions. *International Journal of Bilingualism*. <https://doi.org/10.1177/13670069221134193>
- Marian, V., Blumenfeld, H. K., & Kaushanskaya, M. (2007). The Language Experience and Proficiency Questionnaire (LEAP-Q): assessing language profiles in bilinguals and multilinguals. *Journal of speech, language, and hearing research: JSLHR*, 50(4), 940-967. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2007\)067](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2007)067)
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., . . . Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: Una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- Park, T., Ju, I., Ohs, J. E., y Hinsley, A. (2021). Optimistic bias and preventive behavioral engagement in the context of COVID-19. *Research in social & administrative pharmacy: RSAP*, 17(1), 1859-1866. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.06.004>
- Pavlenko, A. (2012). Affective processing in bilingual speakers: Disembodied cognition? *International Journal of Psychology*, 47(6), 405-428. <https://doi.org/10.1080/00207594.2012.743665>
- Prochaska, J. O., y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276-288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Saile, K., Munz, R., y Hüttl-Maack, V. (2022). How providing public COVID-19 mitigation instructions in a foreign language can increase people's sense of control. *PLoS ONE*, 17(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277366>
- Schellack, N., Strydom, M., Pepper, M. S., Herd, C. L., Hendricks, C. L., Bronkhorst, E., Meyer, J. C., Padayachee, N., Bangalee, V., Truter, I., Ellero, A. A., Myaka, T., Naidoo, E., y Godman, B. (2022). Social media and COVID-19 – Perceptions and public deceptions of Ivermectin, Colchicine and Hydroxychloroquine: Lessons for future pandemics. *Antibiotics*, 11(4), 445. <https://doi.org/10.3390/antibiotics11040445>
- Schroeder S. R., y Chen P. (2021). Bilingualism and COVID-19: Using a second language during a health crisis. *Journal of Communication in Healthcare*, 14(1), 20-30. <https://doi.org/10.1080/17538068.2020.1864611>
- Wilson, E., Chen, A. H., Grumbach, K., Wang, F., y Fernandez, A. (2005). Effects of limited English proficiency and physician language on health care comprehension. *Journal of general internal medicine*, 20(9), 800-806. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0174.x>
- Wnuk, A., Oleksy, T., y Maison, D. (2020). The acceptance of Covid-19 tracking technologies: The role of perceived threat, lack of control, and ideological beliefs. *PLoS ONE*, 15(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238973>
- Woumans, E., Cruyssen, I. van der, y Duyck, W. (2020). Crime and punishment: Morality judgment in a foreign language. *Journal of Experimental Psychology: General*, 149(8), 1597-1602. <https://doi.org/10.1037/xge0000736>
- Zhao, Y., Segalowitz, N., Voloshyn, A., Chamoux, E., y Ryder, A. G. (2021). Language barriers to healthcare for linguistic minorities: The case of second language-specific health communication anxiety. *Health Communication*, 36(3), 334-346. <https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1692488>

Artículo

# Psicología de Emergencias: una Nueva Profesión para una Actual Necesidad Social

María Antonia Soto-Baño<sup>1</sup>  y Vicente Javier Clemente-Suárez<sup>1,2</sup> 

<sup>1</sup> Universidad Europea de Madrid, España

<sup>2</sup> Universidad de la Costa. Barranquilla, Colombia

## INFORMACIÓN

Recibido: Julio 4, 2023  
Aceptado: Octubre 28, 2023

### Palabras clave

Psicología de emergencias  
Formación  
Especialización  
Competencias profesionales  
Regulación

## RESUMEN

Las actuales necesidades sociales en situaciones de crisis, emergencias y catástrofes, ha llevado a que la actuación de los profesionales de la psicología de emergencias se convierta en un servicio imprescindible de respuesta para la ciudadanía. No cabe duda de que esto hace necesario que se trabaje en el diseño de una formación especializada de los psicólogos de emergencias por parte tanto de entidades gubernamentales como asociaciones científicas y colegios profesionales, de manera que se garantice el nivel mínimo y esencial de formación de estos profesionales para una intervención y asistencia de calidad en este ámbito de actuación de la psicología. Debido a la específica idiosincrasia en la que se encuentra esta disciplina en este momento, con este trabajo desarrollamos una aproximación a un modelo formativo basado en competencias, el cual consideramos una opción adecuada a seguir para alcanzar la regulación necesaria en la especialización de esta nueva profesión.

## Psychology of Emergencies: A new Profession for a Current Social Need

## ABSTRACT

The current social needs in situations of crises, emergencies, and catastrophes have led to the work of emergency psychology professionals becoming an essential response service for citizens. This makes it necessary to work on the design of specialized training for emergency psychologists by government entities and scientific and professional associations, so as to guarantee a minimum and essential level of training for these professionals to provide quality intervention and care in the field of psychology. Due to the specific idiosyncrasies of the discipline at this time, in this paper we develop an approach to a training model based on competencies, which we consider an appropriate option to follow in order to achieve the necessary regulation in the specialization of this new profession.

### Keywords

Emergency psychology  
Training  
Specialization  
Professional skills  
Regulation

## Introducción

Resulta evidente que vivimos en una sociedad sensibilizada por el impacto tanto físico como mental que producen en la ciudadanía las situaciones de crisis, emergencias y desastres. En este sentido, la demanda de contar con la asistencia de profesionales de la psicología de emergencias en estas situaciones suele ser correspondida, por parte de los organismos gestores de las mismas, con la aportación de dispositivos específicos de profesionales para dar respuesta y atender las necesidades de índole psicológica y de alto impacto emocional que se producen tanto de la población afectada como en los profesionales pertenecientes a los servicios de intervención.

En España, los atentados terroristas de Madrid (2004) y Barcelona (2017), los accidentes aéreos de Spanair (2008) y Germanwings (2015), el terremoto de Lorca (2011) o el accidente del tren Alvia en Santiago de Compostela (2012), son sólo algunos ejemplos de la importante labor desarrollada por los profesionales de la psicología de emergencias. A ello, debemos sumar las numerosas situaciones de emergencia ordinaria como accidentes de tráfico, suicidios, violencia de género..., en las que el papel de este profesional resulta fundamental para contribuir tanto a minimizar el impacto psicológico ocasionado por las mismas como a la prevención de aparición de psicopatología postraumática futura.

Sin embargo, si ha habido una situación que ha marcado un antes y un después en el impacto a la salud mental de la población e impulsado iniciativas para contribuir a su atención y cuidado, ha sido la reciente crisis de la COVID-19. En este sentido, numerosos dispositivos de psicólogos se pusieron en marcha, no sólo en España sino en la mayoría de los países del mundo, para asistir tanto a la población como a profesionales, principalmente sanitarios, que realizaban labores de ayuda en los momentos más difíciles de la pandemia.

Como consecuencia de ello, la Unión Europea aprueba el Reglamento 2021/241, de 12 de febrero de 2021 por el que establece el “Mecanismo de Recuperación y Resiliencia”, (Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea, 2021), por el cual, entre otras medidas, se insta a los Estados miembros a reforzar la resiliencia de la población mediante el apoyo a medidas dentro del ámbito de la salud con miras a entre otras cosas, “aumentar la capacidad de respuesta y la preparación ante las crisis, mejorando la continuidad de las actividades y los servicios públicos”. Siguiendo esta línea, el 29 de abril de 2021, España aprueba el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital, 2021) incluyendo en el componente 18 de sus políticas palanca, la Renovación y ampliación de las capacidades del Sistema de Salud, basándose en la idea de que para que una sociedad sea resiliente debe contar con las capacidades necesarias para hacer frente a los retos que futuros que puedan darse. En este sentido, se hace referencia a la necesidad de reforzar las capacidades en el plano sanitario ante futuras situaciones de distinta naturaleza que requieren anticipación, respuesta rápida y coordinación.

Estas iniciativas son un claro ejemplo de la importancia de la necesidad de impulsar acciones que contribuyan a garantizar una adecuada asistencia en la salud mental ante situaciones de crisis, emergencias y catástrofes y, por tanto, acciones que garanticen la

regulación formativa y especialización de los profesionales de la psicología de emergencias que intervendrán ante estas situaciones. En este sentido, en nuestro país, la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (Jefatura del Estado, 2003b), determina la necesidad de llevar a cabo una revisión permanente de las metodologías docentes y las enseñanzas en el ámbito sanitario y el Real Decreto 589/2022, de 19 de julio, por el que se regula la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud (Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática, 2022), señala la importancia de una adecuada formación en las personas especialistas en Ciencias de la Salud como principio fundamental sobre el que debe articularse el Sistema Nacional de Salud, y hace referencia a que en lo referente a esta formación, “la experiencia acumulada, ha puesto de manifiesto la importancia que tiene la adquisición de una serie de competencias, principalmente de tipo actitudinal, necesarias para el ejercicio profesional de las personas especialistas”. De este modo se considera fundamental “garantizar que las personas especialistas en Ciencias de la Salud adquieran, y mantengan durante todo su ejercicio profesional estas competencias imprescindibles para la prestación de una atención de la salud de calidad y eficiente”.

En este sentido, en los últimos tiempos viene existiendo un amplio debate de opinión entre expertos, colegios profesionales, sociedades científicas y otros organismos (Protección Civil, Unidad Militar de Emergencias, etc.) sobre la importancia y necesidad de que los profesionales de la psicología de emergencias cuenten con una formación específica que garantice su especialización en este ámbito (Losada Fernández, 2004; Valero Álamo, 2001, Soto-Baño y Clemente-Suárez, 2021a). Aspecto que tras la crisis ocasionada por la COVID-19 se hizo aún más evidente y así quedó reflejado en el punto 8.d. del documento de consenso suscrito por una veintena de Organizaciones de la Psicología vinculadas al ámbito sanitario donde se abordaban líneas futuras de desarrollo de la Psicología en nuestro país (Consejo General de la Psicología, 2020). Además, desde el Consejo General de la Psicología de España se viene trabajando en esta línea y cuenta con una Acreditación Nacional de Psicólogo Experto en Psicología de Emergencias y Catástrofes (Comisión Nacional de Acreditación Profesional, 2017), con la que se pretende establecer unos criterios mínimos de formación y experiencia en este ámbito con los que se garantice la cualificación profesional de estos profesionales.

Es por ello, que en este trabajo, y partiendo de la base de las particularidades y características específicas del ámbito de actuación del psicólogo de emergencias, planteamos un modelo formativo de capacitación basado en competencias profesionales que pueda servir de iniciativa para la formación requerida ante una posible regulación de especialización de este profesional (Soto-Baño y Clemente-Suárez, 2021a), sirviendo de base incluso para la creación de un posible Diploma de Acreditación en Psicología de Emergencias (Congreso de los Diputados, 2018; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015), pues tal y como establece el Real Decreto 589/2022, “cuando una determinada área de conocimiento o de competencias no se adecúe a los criterios regulados en el mismo para las especialidades o áreas de capacitación específica, podrá valorarse su formación a través de la formación continuada de los profesionales y, si fuera pertinente, ser objeto de un Diploma de Acreditación o Diploma de Acreditación Avanzada”.

Esta opción es algo que ya contó con el informe favorable del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud en el año 2018, tal y como indica la Proposición no de Ley presentada en el Congreso de los Diputados ese mismo año ([Congreso de los Diputados, 2018](#)). Ante este escenario y atendiendo a estas normativas, es evidente que resulta imprescindible impulsar en la actualidad dos acciones muy concretas en este ámbito de actuación de la psicología, por un lado dotar de continuidad a los profesionales de la psicología de emergencias en su actividad laboral incorporándolos a los organismos de respuesta ante estas situaciones, y por otro, delimitar claramente su perfil profesional y garantizar la especialización y formación específica necesaria para el desempeño de esta profesión dentro de su marco competencial de actuación.

### Bases del Modelo Formativo Basado en Competencias

La definición del concepto de competencia es compleja y son múltiples las acepciones que encontramos en la literatura científica desde que en el año 1973 McClelland indujese a medir la competencia en lugar de la inteligencia ([McClelland, 1973](#)), definiéndola como “una característica subyacente de un individuo que está causalmente relacionada con criterios referenciados con el desarrollo efectivo o superior en un trabajo o situación”. Una definición más reciente es la de [Echeverría \(2002\)](#), quien la define como “una capacidad efectiva para llevar a cabo exitosamente una actividad laboral plenamente identificada, que se puede evaluar a través de resultados observables, donde se integran los conocimientos (saberes), habilidades y destrezas (saber hacer), actitudes y comportamientos (saber estar, y valores y creencias (saber ser). En este sentido, [Kane \(1992\)](#), define a un profesional como competente en la medida en que “utiliza los conocimientos, habilidades, actitudes y buen juicio asociados a su profesión, con la finalidad de poder desarrollarla de forma eficaz en aquellas situaciones que corresponden al campo de su práctica profesional”. Así, siguiendo a [Villa \(2007\)](#), el aprendizaje basado en competencias consiste en “desarrollar las competencias genéricas y específicas con el propósito de capacitar a la persona sobre los conocimientos científicos y técnicos, así como de aplicarlos en contextos diversos y complejos, integrándolos con sus propias actitudes y valores en un modo propio de actuar personal y profesionalmente”.

En el ámbito sanitario español, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de salud ([Jefatura del Estado, 2003a](#)), en su artículo 42, establece una definición del término competencia que es el referente nacional a la hora de establecer y delimitar los objetivos formativos y competenciales de un profesional en este ámbito: “la competencia profesional es la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que se le plantean”. Por tanto, es importante que un profesional pueda demostrar no sólo que es competente (sabe) sino que ante una situación real sepa actuar y pueda demostrar su capacidad de desempeño (sabe cómo, lo demuestra y lo hace).

Este modelo se basa en la propuesta que realizó el psicólogo George [Miller \(1990\)](#) para valorar la competencia profesional a través de una pirámide de cuatro niveles de formación por orden de complejidad. Los dos niveles inferiores hacen referencia a la cognición, encontrándose en la base de la misma el conocimiento

que un profesional debe saber para desarrollar sus tareas profesionales eficazmente (sabe), seguido de la competencia o capacidad para saber cómo aplicar los conocimientos a casos de análisis e interpretación concretos (sabe cómo). Los dos siguientes niveles se refieren a conductas, de este modo, el siguiente de los niveles hace referencia a la demostración de cómo se utilizan ese conocimiento y competencia en contextos simulados (muestra cómo). Finalmente, en el vértice y cima de la pirámide se encontraría el desempeño (hace), es decir, lo que el profesional realmente hace en su práctica profesional real

Así, los actuales modelos formativos de profesionales sanitarios están evolucionando hacia la creación de nuevas opciones centradas en una formación basada en la adquisición de competencias, es decir en la capacidad de demostrar competencia y capacidad ([Hernández-Ávila y Casanova-Moreno, 2018](#)). De este modo, a los procesos formativos y de profesionalización se les están incorporando el uso de la tecnología, como las simulaciones y experiencias basadas en realidad virtual, de manera que se mejore la práctica y facilite la adquisición y retención tanto de conocimientos como habilidades.

Es por ello que, en los últimos años, el concepto de “competencia profesional”, se ha introducido en varias profesiones sanitarias como la enfermería y la medicina, buscando fórmulas que lleven a la formación de profesionales altamente competentes ([Escobar Yéndez, Tamayo Escobar y García Olivera, 2022](#); [González Caballero, 2020](#); [Mazacón Gómez, Paliz Sánchez y Caicedo Hinojosa, 2020](#)). En este sentido, consideramos que la psicología también debe unirse a esta corriente y por tanto introducir nuevos sistemas de aprendizaje y adquisición de perfiles profesionales basados en dicho concepto, pues los sistemas formativos excesivamente rígidos, como los modelos tradicionales de formación, cuentan con serias dificultades para adaptarse a la rapidez con la que surgen y cambian las necesidades de nuestra sociedad, y muy especialmente en el ámbito de actuación de este profesional de la psicología, como son las situaciones de crisis, emergencias o catástrofes. Pues tal y como señala [Amador-Soriano, Velázquez-Albo y Alarcón-Pérez \(2018\)](#) “la preparación por competencias del psicólogo es una oportunidad para posicionarlo como un profesional con conocimientos, habilidades, actitudes y valores propios”.

### Competencias Profesionales del Psicólogo de Emergencias

Aunque el número de artículos que tienen como objeto la determinación del perfil competencial del psicólogo de emergencias es escaso, encontramos algunos ejemplos ([Losada Fernández, 2004](#); [Vera y Puertas, 2001](#)). En este sentido, destacamos el estudio de [Fernández-Millán, González-Cánovas y Fernández-Navas \(2018\)](#) realiza un análisis de investigación sobre el trabajo del psicólogo de emergencias en los distintos Grupos de Intervención Psicológica en Emergencias y Catástrofes (GIPECs) de los Colegios Oficiales de Psicólogos nacionales en el que concluye que existen siete competencias que explican el 95,63% de las destrezas que un psicólogo debe poseer para realizar un trabajo eficiente en este ámbito (resistencia a la tensión, comunicación, flexibilidad, empatía, colaboración, trabajo en equipo y conocimientos técnicos).

En el modelo que aquí planteamos, partimos de la base de que son las necesidades sociales y de los profesionales de la psicología las que deben orientar la definición de las competencias que debe



adquirir el psicólogo de emergencias a través de unos objetivos generales de aprendizaje que delimiten tanto los programas formativos como los criterios de evaluación de dichas competencias. En este sentido, los objetivos generales de la formación psicológica en emergencias podríamos resumirlos en dos líneas o principios generales básicos: por un lado, aportar los conocimientos necesarios para la adecuada práctica de la psicología en situaciones de crisis, emergencias y catástrofes, y por otro, permitir la consecución de las habilidades y competencias necesarias para la atención integral a las víctimas, afectados, personal de intervención y gestores de éstas.

Entendiendo al psicólogo de emergencias como el “profesional que interviene en todas las fases de una situación crítica (normalidad, respuesta y rehabilitación), que en el contexto de urgencias, emergencias, desastres o catástrofes hacen referencia a sucesos de alto impacto emocional, que suceden de forma imprevista y que por la sensación de amenaza objetiva o percibida que se experimenta, son capaces de paralizar los recursos habituales de las personas y comunidad afectadas que, en circunstancias normales, podría afrontarlos de un modo más eficaz” (Soto-Baño y Clemente-Suárez, 2021b), los programas formativos basados en competencias deben garantizar que este profesional esté preparado no sólo en el conocimiento formativo de esta disciplina y de su ámbito de actuación para el correcto desempeño de su trabajo, sino que debe contar con las características psicológicas y emocionales necesarias para el desarrollo de esta labor. De este modo, esta formación también debe ir orientada a minimizar las consecuencias del impacto psicológico y emocional directo o indirecto que pudiese darse en estas situaciones en su propia salud mental.

En la *Tabla 1*, mostramos el diseño del plan de formación basado en competencias profesionales que consideramos debe reunir el psicólogo de emergencias. Este plan se estructura en cuatro bloques competenciales principales, que a su vez se subdividen en diferentes criterios competenciales, incluyendo en cada uno de ellos las distintas competencias que el profesional de la psicología de emergencias debe acreditar alcanzar. Desde este planteamiento, se podría decir que todos aquellos profesionales de la psicología que acreditasen contar con estas competencias estarían debidamente cualificados para el desempeño de esta profesión. Desde este planteamiento, podemos decir que los profesionales de la psicología que acreditasen contar con estas competencias estarían debidamente cualificados para el desempeño de esta profesión.

### **Pruebas y Métodos de Evaluación de Competencias**

Siguiendo las bases del modelo formativo basado en competencias expuesto, el conjunto de competencias profesionales que deben de reunir los psicólogos de emergencias debe ser evaluado tanto por los comportamientos observables, como por los criterios de verificación que determinen la presencia de las mismas a través de instrumentos de medición y evaluación que establezcan dicho cumplimiento.

Sin embargo, somos conscientes de la complejidad de este proceso evaluativo en todos sus niveles por lo que consideramos que, para evaluar cada competencia profesional, se debe de contar con diferentes instrumentos, pues es difícil que un único método de evaluación por sí mismo proporcione toda la información necesaria

para valorar de forma objetiva una determinada competencia. Es por ello que, consideramos necesaria la combinación de diferentes métodos de evaluación y valoración tanto para las diferentes habilidades cognoscitivas como conductuales que componen el concepto de competencia profesional, pudiendo ser, en algunos casos, alternativos o incluso complementarios.

De este modo, debido a la dificultad de la cuantificación de la conducta y a la diversa naturaleza de los métodos orientados a la evaluación de competencias profesionales, mostramos en este trabajo una base de aquellos que consideramos podrían ser utilizados para construir un futuro modelo evaluativo de consenso que contase con la participación de todos los agentes implicados en la determinación del proceso formativo y de especialización del psicólogo de emergencias, desde los propios profesionales de la psicología a los organismos gubernamentales y entidades científicas y profesionales.

Siguiendo el modelo de la pirámide de Miller (1990) y algunos de los métodos de evaluación seguidos por diversos autores (Almuedo et al., 2011; Durante, 2006; Martínez Carretero, 2005; Martínez Pantoja, 2012; Schuwirth et al., 2004) mostramos y desarrollamos algunas de las pruebas y métodos evaluativos de competencias que podrían ser empleados en cada uno de sus distintos niveles. (*Figura 1*).

### **Métodos para Evaluar los Niveles Cognitivos: Conocimientos (Saber) y la Competencia (Saber Cómo)**

#### ***Pruebas escritas***

Son las más comúnmente empleadas en estos niveles en cualquiera de su tipología de examen: preguntas de respuesta corta, larga, respuesta múltiple, de ensayo, resolución de casos, etc. Se recomienda que el diseño de estas pruebas se realice en su mayor parte con descripciones referidas a situaciones reales.

#### ***Pruebas orales***

Estas pruebas permiten evaluar la capacidad teórica para resolver situaciones específicas en el contexto de las emergencias y catástrofes. Además, permiten acreditar la madurez en el desarrollo de las aptitudes competenciales y aplicación de los conocimientos adquiridos mostrando la capacidad de organización, planificación y comunicación oral de la persona evaluada.

### ***Publicaciones y Trabajos Científicos***

Además de estos métodos, las publicaciones que el profesional haya realizado también son un método a tener en cuenta para acreditar la formación alcanzada en este nivel.

Así, se tendrían en cuenta los siguientes trabajos y documentación que aportasen los profesionales a la hora de evaluar estos niveles:

- Tesis Doctorales y trabajos finales de programas formativos: Trabajos Finales de Grado, de Máster, Tesinas, etc., que permiten aproximarse a la investigación científica y al rigor de un trabajo académico escrito de calidad.
- Publicaciones: publicaciones científicas y trabajos de investigación publicados en revistas, Congresos, etc. del ámbito de la psicología y de las emergencias.

**Tabla 1**  
Plan de Formación Basado en Competencias Profesionales

<b>Bloque I: Valores, actitudes y ética profesional</b>		<b>Bloque II: Conceptualización, normativa y marco de actuación en emergencias</b>	
<b>Criterio 1: Comportamientos y habilidades profesionales</b>		<b>Criterio 1: Protección Civil, prevención y gestión de emergencias</b>	
<b>Competencias</b>		<b>Competencias</b>	
1	Conoce y maneja habilidades de regulación interpersonal para la gestión de personas y grupos.	1	Conoce aspectos generales de las situaciones de crisis y emergencias, sus tipos y fases.
2	Conoce y maneja técnicas de autocontrol y autogestión para la gestión de diferentes situaciones de alto impacto emocional.	2	Conoce en profundidad el sistema nacional, autonómico y local de Protección Civil, sus funciones, marco jurídico y organización.
3	Colabora y coopera con el resto de personal de intervención, forma parte de un grupo y trabaja en equipo.	3	Conoce los mecanismos de respuesta internacional, organizaciones y Sistema de Cooperación Internacional en Emergencias (ONU, Clúster, VARD, etc.)
4	Conoce y maneja los síntomas y las reacciones del estrés emocional propio mostrando resistencia al mismo.	4	Conoce el funcionamiento de los centros coordinadores de Emergencias y Teléfono Único de Emergencias 112.
5	Tiene la capacidad de modificar la propia conducta ante dificultades o cambios en el entorno.	5	Conoce el funcionamiento y actuación de los diferentes equipos de intervención en situaciones de emergencias: equipos de Extinción de Incendios y Salvamento, logísticos, de búsqueda y rescate (subacuático, perros, montaña, etc.) y de intervención en inmuebles, infraestructuras y restablecimiento de servicios esenciales.
6	Posee habilidades de toma de decisiones y reacción rápida ante entornos y situaciones cambiantes o poco definidas.	6	Conoce la estructura y organización de la Unidad Militar de Emergencias.
7	Posee habilidades sociales, comunicativas y empáticas.	7	Conoce y elabora planes de emergencia tanto de ámbito estatal, autonómico y local.
8	Tiene capacidad de trabajo de forma autónoma.	8	Conoce las funciones, escenarios de intervención, protocolos y proceso de intervención psicológica del psicólogo en el ámbito de la Protección Civil.
9	Posee habilidad y capacidad para asumir responsabilidades inesperadas.	9	Conoce la estructura y el modelo de intervención psicológica y psicosocial en situaciones de emergencias en el ámbito tanto municipal, como autonómico, estatal y europeo: equipos ERIES de Cruz Roja, SAMUR de Protección Civil de Madrid, GIPECS de los Colegios Oficiales de Psicólogos, etc.
10	Conoce y posee habilidades en telecomunicaciones y uso de las nuevas tecnologías en situaciones de crisis y emergencias.	10	Sabe integrar la actuación del equipo de intervención psicológica con los distintos equipos de intervención en diferentes escenarios.
11	Conoce los elementos esenciales de la profesión del psicólogo de emergencias, incluyendo los principios éticos y responsabilidades legales.	11	Conoce el marco jurídico y legal nacional e internacional sobre la intervención psicológica en emergencias.
12	Entiende la importancia de estos principios para el beneficio de la sociedad y la profesión, con especial cuidado al secreto profesional.	12	Conoce el marco legal de protección a víctimas y afectados en situaciones de emergencia.
<b>Bloque III: Modelos y procedimientos de intervención psicológica en situaciones de crisis, emergencias y catástrofes</b>		<b>Bloque IV: Intervención multidisciplinar en ámbitos específicos</b>	
<b>Criterio 1: Intervención psicológica en crisis y emergencias</b>		<b>Criterio 1: Intervención psicológica en el ámbito escolar</b>	
<b>Competencias</b>		<b>Competencias</b>	
1	Conoce y aborda las características de las situaciones de crisis, su proceso de afrontamiento y resolución.	1	Conoce los planes de autoprotección escolar.
2	Conoce y maneja respuestas psicológicas individuales y colectivas ante situaciones de crisis y emergencia.	2	Conoce y aplica técnicas de intervención psicológica con niños y adolescentes en contexto escolar tanto en muertes inesperadas como en incidentes con múltiples víctimas o desastres naturales.
3	Reconoce y sabe gestionar los factores de protección y vulnerabilidad tanto propios como en personas afectadas.	3	Conoce y aplica técnicas de intervención psicológica y asesoramiento con el profesorado.
4	Maneja y aplica técnicas de Primeros Auxilios Psicológicos en situaciones críticas.	4	Conoce y aplica técnicas de fomento de la Resiliencia en niños y adolescentes.
5	Conoce y aplica técnicas de intervención psicológica en crisis en poblaciones especiales: niños, adolescentes, ancianos, personas con discapacidad física o sensorial, con trastornos mentales, enfermedades crónicas o terminales, consumidores de sustancias, personas de lengua extranjera, etc.	5	Conoce las funciones y roles de los orientadores educativos en situaciones de emergencia o catástrofe.
6	Conoce y aplica técnicas de intervención en estrés agudo, cuadros de ansiedad, angustia, agitación psicomotora, procesos de duelo y manejo de la culpa.	<b>Criterio 2: Intervención psicológica desde el ámbito social</b>	
7	Conoce y aplica técnicas de comunicación de fallecimiento en situaciones críticas.		
8	Conoce y aplica técnicas de asistencia telefónica en situaciones de crisis, emergencias.	<b>Competencias</b>	
9	Conoce, aplica y maneja técnicas de intervención en situaciones especiales: suicidio, accidentes de tráfico, violencia de género y violencia familiar, incendios, evacuación de edificios, gestión de alojamientos temporales, situaciones de rescate y desaparecidos, etc.	1	Conoce la estructura y funcionamiento de los Servicios Sociales municipales, autonómicos y estatales.
10	Maneja y aplica técnicas de asistencia e intervención psicológica en situaciones de seguridad críticas: negociación e incidentes con rehenes, personas armadas y/o verbal o físicamente violentas, incidentes con presencia de artefactos explosivos, amenaza NRBQ, etc.	2	Conoce y coordina la asistencia psicológica con los distintos equipos de intervención social (trabajadores sociales, Servicios Sociales de Atención Primaria, etc.)
11	Conoce los dispositivos de intervención ante atentados terroristas y aplica técnicas específicas de intervención ante ellos.	3	Conoce la intervención específica de organismos sociales, entidades y organizaciones sin ánimo de lucro.
12	Conoce las especiales características de intervención ante conflictos armados.	4	Conoce y aplica técnicas de intervención familiar y educativa.
		5	Conoce y aplica técnicas de intervención psicológica a personas en riesgo de exclusión social.

<b>Criterio 2: Intervención psicológica en incidentes con múltiples víctimas y catástrofes</b>		<b>Criterio 3: Actuación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en situaciones de crisis, emergencias y catástrofes</b>	
<b>Competencias</b>		<b>Competencias</b>	
1	Organiza y coordina dispositivos de intervención en accidentes de tráfico, catástrofes naturales (terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas, etc.), pandemias, accidentes ferroviarios y aéreos con múltiples víctimas, y ser capaz de aplicar técnicas de asistencia psicológica a afectados.	1	Conoce el tratamiento de los cometidos legales, estructura, organización, funciones y competencias de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.
2	Diseña y organiza actuaciones preventivas y de desarrollo de planes de actuación e intervención en la población en zonas de alto riesgo.	2	Conoce la estructura de seguridad en España y el modelo policial español, policías locales, autonómicas, etc.
3	Gestiona de forma adecuada la comunicación en situaciones de crisis, emergencias o catástrofe: información a la población, medios de comunicación, redes sociales, etc.	3	Conoce el concepto y alcance de la Seguridad Ciudadana en España: Seguridad Ciudadana, Seguridad Privada y Orden Público.
4	Conoce y aplica técnicas de intervención y asistencia con Inmigrantes, desplazados y refugiados.	4	Conoce las salas y sistemas de coordinación de las Fuerzas y cuerpos de Seguridad en situaciones de crisis, grandes catástrofes y atentados terroristas.
5	Maneja y aplica técnicas de planificación estratégica con las personas que gestionan una emergencia y asesoramiento en el análisis y toma de decisiones en situaciones de emergencia y catástrofe.	5	Conoce el protocolo nacional de actuación Médico-forense de Policía Científica en sucesos con víctimas múltiples y el funcionamiento del dispositivo de policía científica.
<b>Criterio 3: Intervención psicológica en personal de intervención</b>		<b>Criterio 4: Actuación sanitaria en urgencias, emergencias y catástrofes</b>	
<b>Competencias</b>		<b>Competencias</b>	
1	Conoce y maneja situaciones de alto impacto psicológico, vulnerabilidad y reacciones psicológicas y emocionales.	1	Conoce la estructura, medios y servicios de los distintos sistemas y servicios de urgencias y emergencias sanitarias.
2	Conoce y aplica técnicas de gestión del estrés, burnout, estrategias de resiliencia y recuperación.	2	Conoce y aplica los principios de la Conducta PAS, Soporte Vital Básico y Primeros Auxilios en traumatismos, heridas, hemorragias, quemaduras, etc.
3	Conoce y aplica técnicas psicológicas para el manejo de la traumatización vicaria, trastorno de estrés Agudo y TEPT en el personal de intervención en emergencias.	3	Conoce la actuación sanitaria en pacientes traumatizados y politraumatizados, personas alteradas, urgencias psiquiátricas colectivas y medidas coercitivas.
4	Conoce y aplica técnicas y estrategias psicológicas de descarga Emocional, counselling, defusing, debriefing, etc. con los equipos de intervinientes.	4	Conoce los aspectos específicos del transporte sanitario: Terrestre, Aéreo y Marítimo.
5	Conoce los sistemas de peer support y aplicar técnicas de intervención preventiva con profesionales y voluntarios de las emergencias.	5	Conoce los cuadros psiquiátricos más frecuentes y psicofarmacología de urgencias.
6	Conoce y aplica procesos de selección y valoración de perfiles de personalidad en voluntarios y profesionales de intervención.	6	Conoce el triaje y logística sanitaria en catástrofes y la gestión higiénico-sanitaria de los albergues temporales.
<b>Criterio 4: Intervención psicológica en la fase post-impacto a corto plazo para la promoción de la salud y prevención de psicopatología</b>		<b>Criterio 5: Actuación Médico-Forense en Emergencias y Catástrofes</b>	
<b>Competencias</b>		<b>Competencias</b>	
1	Conoce los distintos tipos de procesos de duelo y su intervención en diversas poblaciones: adultos, niños, personas con enfermedades degenerativas (Alzheimer, Parkinson, etc.).	1	Conoce la organización de la medicina forense en España, estructura y objetivos de los Institutos de Medicina Legal.
2	Interviene en crisis con personas con trastornos psicopatológicos previos a experiencias traumáticas.	2	Conoce los métodos y técnicas de investigación en situaciones de muerte violenta o sospechosa de criminalidad.
3	Interviene en crisis con personas con trastornos adaptativos, TEPT y trastornos disociativos y psicósomáticos.	3	Conoce los principios de la autopsia psicológica y la gestión de los riesgos naturales y antrópicos con víctimas mortales.
4	Conoce y aplica técnicas de intervención postrauma: Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) centrado en eventos recientes, terapia cognitivo conductual centrada en el trauma, desensibilización sistemática, etc. tanto en población adulta como infantil.	4	Conoce el catálogo de riesgos específicos desde el punto de vista médico forense.
5	Conoce y aplica técnicas y abordajes terapéuticos a nivel individual, grupal y mixto.	5	Organiza y coordina la integración de los equipos psicológicos de intervención en dispositivos marco de actuación siguiendo el RD 32/2009.
6	Conoce las propiedades farmacológicas y efectos secundarios de fármacos normalmente asociados a sintomatología traumática y trastornos psicopatológicos.	6	Conoce la actuación de los Servicios Funerarios y se coordina con ellos.
<b>Criterio 6: Protocolos de Coordinación y Trabajo en Red de los Servicios Públicos para la Asistencia Psicológica en Catástrofes</b>			
<b>Competencias</b>			
1		Conoce los recursos estatales, autonómicos y municipales de los servicios de psicología de emergencias y catástrofes, las redes asistenciales sanitarias, educativas, de servicios sociales, ONG's, etc.	
2		Conoce, elabora y aplica protocolos de Intervención y coordinación entre los recursos públicos y privados.	
3		Organiza y coordina redes de derivación entre los distintos recursos.	

Figura 1  
Pirámide de Miller con Métodos de Evaluación para el Psicólogo de Emergencias



© María Antonia Soto Baño

### Métodos Para Evaluar los Niveles Conductuales: Actuación (Muestra Cómo) y Práctica (Hace)

#### Pruebas Basadas en Simulaciones

Entre las más conocidas, y comúnmente aplicadas, encontramos las basadas en la técnica de Role Playing donde es importante que las personas que participan como figurantes estén bien entrenadas para representar una situación de crisis específica de manera que se pueda valorar la capacidad de resolución e intervención del psicólogo. Sin embargo, en la actualidad, es conveniente que estas pruebas se complementen con la aplicación y utilización de nuevas tecnologías, de manera que podamos simular situaciones con realidad virtual ya que, por ejemplo en catástrofes pueden ser muy útiles para valorar la capacidad de respuesta de un profesional, principalmente en relación a la coordinación y gestión de distintos equipos de profesionales y su interacción con otros organismos participantes en las mismas. Estas situaciones, también pueden ser valoradas a través de distintos simulacros en los que los psicólogos participen con otros organismos y equipos de intervención (bomberos, sanitarios, policías, Fuerzas Armadas, etc.)

#### Pruebas de Observación Directa

La observación directa de la práctica de un profesional es una de las mejores metodologías para percibir la capacitación alcanzada en un dominio competencial o una competencia. Para ello se pueden utilizar espejos o grabaciones que permitan poder realizar esta observación si de modo directo no es posible.

#### Informes de Práctica Profesional

Este es buen método para evaluar la intervención realizada por el psicólogo ante una situación real concreta, valorando la contextualización, técnicas empleadas y resolución que realiza de

la misma. Además, estos informes suelen realizarse dentro del marco de una institución u organismo competente en emergencias, por lo que es un buen método para conocer el grado de cumplimiento de estándares e indicadores de calidad.

#### Feedback 360

La Evaluación de 360 es una herramienta basada en la recopilación de información de múltiples fuentes. Comporta la evaluación de diversos aspectos de la actividad del profesional por parte de múltiples personas presentes en su trabajo y también suele incluir la autoevaluación. Aunque consideramos que no es fácil aportar este tipo de evidencias, sin embargo, no por ello deberíamos excluir esta posibilidad pues para esta valoración se podrían incluir encuestas de satisfacción a personas atendidas, valoración de otros compañeros, del responsable del equipo de psicólogos, de representantes de otros equipos y organismos con los que el profesional haya colaborado, etc. que valoren el desempeño y práctica profesional de la persona evaluada.

En todos los casos, la acreditación en la adquisición de estas competencias se podría realizar presentando distintas pruebas y certificados donde conste su adquisición dentro del campo de actuación de la psicología de emergencias en ámbito público o privado. Así, entre las distintas formas de acreditar los conocimientos y competencias adquiridas en estas pruebas, se encontrarían los certificados de aprovechamiento de actividades de formación que evalúen estos conocimientos en másteres, postgrados, cursos, actividades de formación continuada (FC), práctica profesional en distintos equipos y organismos, etc.

### Conclusiones

Es indudable que nos encontramos en una situación en la que resulta imprescindible definir qué perfil profesional de psicólogo de emergencias queremos formar, para que dé respuesta a las

necesidades sociales que incuestionablemente se producen en las situaciones de crisis, emergencias y catástrofes.

En la actualidad, resulta fundamental que el proceso formativo se base en las nuevas metodologías de enseñanza que facilitan un aprendizaje más activo y significativo: estudio de casos, aprendizaje basado en problemas, aprendizaje cooperativo que propician el desarrollo de competencias complejas como el pensamiento crítico, la comunicación, la colaboración o la resolución de problemas, etc.

Es por ello por lo que debemos sustituir la idea de que un profesional competente es aquel que posee únicamente los conocimientos y habilidades para desempeñar una profesión específica, siendo la formación basada en competencias un modelo que puede proporcionar mayor adaptación a la formación necesaria para los profesionales de la psicología de emergencias, siendo el perfil profesional basado en competencias un modo de determinar de una forma objetiva y sistemática las competencias que debe reunir este profesional para el ejercicio de su profesión. Con este trabajo, pretendemos dar respuesta a los intereses tanto de los profesionales, para que consigan su necesaria especialización, como garantizar la calidad de la asistencia psicológica que se proporciona a la ciudadanía ante estas situaciones. Pues no hay duda que para que los servicios que proporcionan a los ciudadanos sean de calidad, debemos asegurar la competencia de los profesionales que la realizan.

Ante esta situación, y por la especial idiosincrasia de este perfil profesional consideramos necesaria la elaboración de una propuesta formativa y competencial específica, pues consideramos que no es oportuno, y supone un riesgo, que su formación quedase diluida dentro de otros programas formativos pertenecientes a otras áreas de la psicología como el Grado en Psicología, el Máster en Psicología General Sanitaria o el programa formativo PIR de Especialista en Psicología Clínica.

En nuestra opinión, los modelos tradicionales y de profesionalización basados en el sistema de residencia, debido a su complejidad y no adecuación a las características y necesidades de esta disciplina en el momento actual, los consideramos inviables como planteamiento para la especialización de los profesionales en psicología de emergencias. Es por ello por lo que ofrecemos aquí una aproximación a un modelo formativo de especialización basado en competencias que pueda servir de base a una nueva forma de acreditación y certificación profesional en el ámbito de la psicología de emergencias.

De este modo, pretendemos iniciar una reflexión y una futura línea de acción para la creación de nuevas especialidades en psicología a través de la modalidad de creación de Diplomas de Acreditación, pues lo importante para su obtención es que el psicólogo acredite contar con las competencias requeridas a través de la aportación de las pruebas establecidas para ello.

Para ello, es indudable que, en nuestro país, se hace necesaria la coordinación y colaboración de todos los organismos gubernamentales implicados, colegios profesionales, asociaciones científicas y profesionales de la psicología, dejando atrás rigideces, rencillas y perjuicios que nos impidan avanzar en proporcionar a la sociedad un profesional de la psicología competente capaz de dar respuesta a las necesidades de salud mental en situaciones de crisis, emergencias y desastres.

### Conflicto de Intereses

No existen conflicto de intereses.

















### Referencias

- Almuedo-Paz, A., Brea-Rivero, P., Buiza-Camacho, B., Rojas-De Mora Figueroa, A., y Torres-Olivera, A. (2011). Utilidad de la acreditación de competencias profesionales en el desarrollo continuo. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(4), 221-227.
- Amador-Soriano, K., Velázquez-Albo, M. A., y Alarcón-Pérez, L. M. (2018). Las competencias profesionales del psicólogo desde una perspectiva integral. *Revista de Educación y Desarrollo*, 45, 5-14.
- Comisión Nacional de Acreditación Profesional. (2017). *Acreditación Nacional de psicólogo experto en psicología de emergencias y catástrofes*. Consejo General de la Psicología de España. <http://www.acreditaciones.cop.es>
- Congreso de los Diputados. (9 de mayo de 2018). Proposición no de Ley relativa a los psicólogos de emergencias, para su debate en la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales. *Boletín Oficial de las Cortes Generales*, 349, 24-25.
- Consejo General de la Psicología. (2020). Organizaciones de la Psicología suscriben un documento sobre los efectos del COVID-19 y futuro desarrollo de la Psicología. *INFOCOP*. <https://www.infocop.es/organizaciones-de-psicologia-suscriben-un-documento-sobre-los-efectos-del-covid-19-y-futuro-desarrollo-de-la-psicologia/>
- Durante, E. (2006). Algunos métodos de evaluación de las competencias: Escalando la pirámide de Miller. *Revista Hospital Italiano de Buenos Aires*, 26(2), 55-61.
- Echeverría, B. (2002). Gestión de la competencia de Acción Profesional. *Revista de Investigación Educativa*, 20(1), 7-43.
- Escobar Yéndez, N. V., Tamayo Escobar, O. E., y García Olivera, T. M. (2022). Aproximación a la formación por competencias profesionales desde las asignaturas Propedéutica Clínica y Medicina Interna. *Educación Médica Superior*, 36(1), 1-17.
- Fernández-Millán, J. M., González-Cánovas, A., y Fernández-Navas, M. (2018). El perfil competencial del psicólogo emergencista. *Cuadernos de Crisis*, 17(1), 26-33.
- González Caballero, J. (2020). Estudio sobre las competencias profesionales de Enfermería del Trabajo en España. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 23(1), 34-51. <https://dx.doi.org/10.12961/apr.2020.23.01.04>
- Hernández-Ávila, F., y Casanova-Moreno, M. (2018). A propósito del artículo "La necesidad de indentificar las competencias profesionales en el Sistema Nacional de Salud". *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(4), 217-219.
- Jefatura del Estado. (2003a). Ley 16/2003, 28 de Mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 128, 1-41.
- Jefatura del Estado. (2003b). Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado*, 28, 1-29.
- Kane, M. T. (1992). The assessment of professional competence. *Evaluation & the Health Professions*, 15(2), 163-182.
- Losada Fernández, P. (2004). Función y perfil profesional del psicólogo como recurso humano en catástrofes. *Ponencia Congreso "Conferencia Internacional de Psicología de la Salud PSICOSALUD 2004"*. La Habana, Cuba. 15 al 19 de noviembre 2004. Publicado en el CD ROM de sus Memorias. ISBN 959-7164-73-6
- Martínez Carretero, J. M. (2005). Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetivo estructurada (ECO). *Educación Médica*, 8(2), 18-22.
- Martínez Pantoja, E. (2012). ¿Evaluación de Competencias? *Estudios Pedagógicos*, 38(1), 353-366.
- Mazacón Gómez, M. N., Paliz Sánchez, C. R., y Caicedo Hinojosa, L. A. (2020). Las competencias profesionales de la enfermería y su efecto en la labor profesional. *Universidad de Ciencia y Tecnología*, 24(105), 72-78. <https://doi.org/10.47460/uct.v24i105.383>

- McClelland, D. C. (1973). Testing for competence rather than for "intelligence". *American Psychologist*, 28(1), 1-14.
- Miller, G. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*, 65(9), 563-567
- Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital. (2021). Resolución de 29 de abril de 2021, de la Subsecretaria, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 27 de abril de 2021, por el que aprueba el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia. *Boletín Oficial del Estado*, 103, 51346-51349.
- Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. (2022). 589/2022, de 19 de julio, por el que se regulan la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud, el procedimiento y criterios para la propuesta de un nuevo título de especialista en Ciencias de la Salud o diploma de área de capacitación específica, y la revisión de los establecidos, y el acceso y la formación de las áreas de capacitación específica; y se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación en especialidades en Ciencias de la Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 173, 102998-103025
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). Real Decreto 639/2015, de 10 de julio, por el que se regulan los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada. *Boletín Oficial del Estado*, 179, 64237-64242.
- Schuwirth, L. W., y Vleuten, C. P. van der (2004). Different written assessment methods: what can be said about their strengths and weaknesses? *Medical Education*, 38(9), 974-979.
- Soto-Baño, M. A., y Clemente-Suárez, V. J. (2021a). Psicología de emergencias en España: Análisis actual, normativa y proposición reguladora. *Papeles del Psicólogo*, 42(1), 46-55. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2938>
- Soto-Baño, M. A., y Clemente-Suárez, V. J. (2021b). Psicología de emergencias en España: Delimitación conceptual, ámbitos de actuación y propuesta de un sistema asistencial. *Papeles del Psicólogo*, 42(1), 56-66. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2939>
- Valero Álamo, S. (2001). Psicología de emergencias y desastres una nueva especialidad. *Monografias.com*. <http://www.monografias.com/trabajos10/emde/emde.shtml>
- Vera, I., y Puertas, E. (2001). Emergencias y Psicología. El psicólogo en la intervención inmediata en emergencias y catástrofes. Dirección General de Protección Civil y Emergencias. España.
- Villa, A., y Poblete, M. (2007). Aprendizaje basado en competencias. En A. Villa y M. Poblete (eds.), *Aprendizaje basado en competencias. Una propuesta para la evaluación de las competencias genéricas* (pp. 27-49). Ediciones Mensajero, Universidad de Deusto. <https://doi.org/10.15581/004.16.23342>

Artículo

## Programas de Psicología Clínica y Salud Mental Perinatal en Hospitales de la Comunidad de Madrid: Descripción y Recomendaciones de Buenas Prácticas

Isabel Cuellar-Flores<sup>1</sup> , Laura Álvarez-Cienfuegos Cercas<sup>2</sup> , Sara Arias Rubio<sup>3</sup> , Elena Cordero<sup>1</sup> ,  
Mónica Díaz de Neira<sup>4</sup> , Arantxa Fernández<sup>5</sup> , Elena Lanza Raggiotti<sup>3</sup> , María Serrano-Villar<sup>6</sup> ,  
Ana Madrigal<sup>7</sup> , Ana Hernanz Vaquero<sup>7</sup> , Lorena Velayos Jiménez<sup>7</sup> , Mónica Álvarez<sup>8</sup>,  
Belén Eimil Ortiz<sup>9</sup> , Laura Pérez<sup>10</sup> , Mónica Jiménez<sup>11</sup> , Carlos Jordán<sup>12</sup>  y María Dieguez Porres<sup>7</sup> 

<sup>1</sup> Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. <sup>2</sup> Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España.

<sup>3</sup> Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España. <sup>4</sup> Hospital Puerta de Hierro, Madrid, España.

<sup>5</sup> Hospital La Paz, Madrid, España. <sup>6</sup> Hospital de Getafe, Madrid, España. <sup>7</sup> Hospital Príncipe de Asturias, Madrid, España.

<sup>8</sup> Hospital de Villalba, Madrid, España. <sup>9</sup> Hospital Infanta Cristina, Madrid, España. <sup>10</sup> Hospital Infanta Leonor, Madrid, España.

<sup>11</sup> Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España. <sup>12</sup> Hospital Fuenlabrada, Madrid, España

### INFORMACIÓN

Recibido: Julio 28, 2023

Aceptado: Octubre 5, 2023

#### Palabras clave

Psicología perinatal  
Salud mental perinatal  
Duelo perinatal  
Buenas prácticas

### RESUMEN

La atención específica a la salud mental perinatal es un elemento clave en el sistema sanitario. En España y en la Comunidad de Madrid la preocupación por la salud mental perinatal ha venido incrementándose en los últimos años. El objetivo de este trabajo ha sido identificar y describir los principales programas de atención psicológica perinatal y a los primeros mil días de vida en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud. Se han identificado doce hospitales con programas completos o parciales de los que se describen sus características organizativas y asistenciales. Los ratios de psicólogos/as clínicos/as perinatales van de 0.04 a 0.51/10000 partos y de 0.08 a 0.78/20 cunas de neonatología en la región. Los programas de atención a la salud mental perinatal en la red de hospitales madrileños se han consolidado y expandido, sin embargo, existen inequidades en la disponibilidad de esta atención. Se proporcionan recomendaciones de buenas prácticas para implementar y mejorar estos programas.

### Clinical Psychology and Perinatal Mental Health Programs in Hospitals in the Community of Madrid: Description and Recommendations of Good Practices

#### ABSTRACT

Specific attention to perinatal mental health is a key element in the healthcare system. In Spain and in the Community of Madrid, concern for perinatal mental health has been increasing in recent years. The objective of this work is to identify and describe the main perinatal psychological care programs and the first thousand days in the hospitals of the Madrid Health Service. Twelve Hospitals with complete or partial programs have been identified. Their organizational and care characteristics are described. The ratios of perinatal clinical psychologists range from 0.04 to 0.51/10,000 deliveries and from 0.08 to 0.78/20 neonatology cribs in the region. Perinatal mental health care programs in the Madrid hospital network have been consolidated and expanded; however, there are inequities in the availability of this care. Good practice recommendations for implementing and improving these programs are provided.

#### Keywords

Perinatal psychology  
Perinatal mental health  
Perinatal grief  
Good practices

La atención específica a la salud mental perinatal es un elemento clave para la obtención de mejores resultados clínicos en el embarazo, el parto y los primeros años de vida del bebé ([World Health Organization -WHO, 2022](#)). Además de medidas de prevención y detección, la Organización Mundial de la Salud (WHO siglas en inglés) recomienda la intervención temprana en salud mental desde los servicios materno-infantiles, integrar este tipo de atención de forma efectiva en los servicios existentes, y proporcionar una atención escalonada, inclusiva y centrada en la persona ([WHO, 2022](#)).

Por otra parte, el paradigma de la atención a los primeros mil días ([Conecta Perinatal, 2023; p. 128](#)) complementa o extiende la atención a la salud mental perinatal hasta los dos primeros años de vida del hijo o hija. Estos programas han sido adoptados en varios países de Latinoamérica y Europa con el objetivo de mejorar el bienestar, incluido el emocional, de madres, padres, hermanos y bebés, y recientemente se ha anunciado su implantación en algunos hospitales madrileños ([Tragacete, 30 marzo 2023](#)).

Estas recomendaciones se fundamentan en la alta prevalencia de trastornos mentales y malestar emocional durante este periodo. Así, 1 de cada 10 madres en los países de rentas altas experimentará un problema de salud mental durante el embarazo o en el año posterior al parto ([WHO, 2022](#)). Específicamente en España, alrededor del 15% de las mujeres en el periodo prenatal y el 27% en el posnatal ([Besteiro et al., 2001; Rodríguez-Muñoz et al., 2023](#)) experimentan depresión perinatal. Asimismo, tener un hijo/a recién nacido en Neonatología constituye una situación de riesgo para presentar trastornos mentales durante el primer año de vida del bebé ([Hynan et al., 2013](#)) y las personas que pierden un hijo durante el periodo perinatal tienen un alto riesgo de presentar un trastorno psicológico ([Burden et al., 2016](#)). Otro ámbito específico es el de la reproducción asistida, que puede suponer un alto estrés emocional ([Burgio et al., 2022](#)).

Además, sabemos que actualmente la depresión posparto está infradiagnosticada ([WHO, 2022](#)), y se proporciona muy poca atención al sufrimiento emocional perinatal del padre. Por otra parte, existen datos acerca de que el estrés y el malestar emocional durante el embarazo se relacionan con una mayor probabilidad de nacimiento prematuro ([Staneva et al., 2015](#)), y con que los/as hijos/as presenten problemas de salud mental y menor capacidad intelectual ([Bauer et al., 2015](#)).

Por ello, numerosas guías avalan que la valoración, detección e intervención de los problemas mentales durante el embarazo y el puerperio son fundamentales para asegurar el bienestar físico y emocional de la madre, padre y el bebé ([National Institute for Health and Care Excellence-NICE, 2018](#)) y recomiendan valorarlas activamente ([Austin et al., 2017; NICE, 2018](#)). Además, intervenir sobre ellos puede ser coste efectivo ([Bauer et al., 2014](#)).

La Organización Mundial de la Salud ([WHO, 2022](#)) plantea que esta atención debe ser proporcionada por psicólogos/as entrenados en este ámbito, en el contexto de los servicios materno-infantiles, si se trata de problemas leve-moderados, y en el ámbito de salud mental especializado, si son problemas moderado-graves. Sin embargo, se estima que alrededor del 85% de las mujeres con depresión durante el periodo perinatal no es adecuadamente tratada ([Goodman y Tyer-Viola, 2010](#)). Por este motivo grupos de expertos han realizado recomendaciones sobre el número de profesionales que serían necesarios para asegurar la accesibilidad de los

tratamientos psicológicos. En Reino Unido se ha recomendado que exista un Psicólogo/a Clínico/a a tiempo completo por cada 20 camas de cuidados neonatales ([Atkins et al., 2022](#)) y 8 por cada 10000 nacimientos en servicios ambulatorios (o 0.8 jornadas a tiempo completo por cada mil nacimientos) ([Royal College of Psychiatrists, 2021, p. 56](#)).

En España la preocupación por la salud mental perinatal ha venido incrementándose en los últimos años, tanto a nivel profesional como institucional y político. Varios planes regionales de salud mental incluyen entre sus objetivos la mejora de la atención a la salud mental perinatal, como en la Comunidad de Madrid, Cataluña, Cantabria o Aragón ([Servicio Cántabro de Salud, 2022; Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones -ORCSMyA, 2023; Unidad de Coordinación de Salud Mental, 2022](#)). En la Comunidad de Madrid, el Plan Estratégico en vigor y el anterior planteaban como objetivo estratégico la atención a la salud mental perinatal y 0-3 ([ORCSMyA, 2018; 2023](#)). Además, en los últimos años se han publicado trabajos sobre la experiencia de programas específicos en hospitales de la región ([Cuéllar-Flores y Valle, 2017; Olza y Palanca, 2012](#)) y se ha anunciado recientemente el desarrollo de nuevos programas ([Tragacete, 30 marzo 2023; Comunidad de Madrid, 12 septiembre 2022; Mateos, 2 febrero 2023](#)).

Sin embargo, no contamos con censos o listados de hospitales que lleven a cabo este tipo de programas en la región, y tampoco se conocen sus características. Es por ello que el objetivo de este trabajo ha sido identificar los principales programas de atención psicológica perinatal y a los primeros mil días de vida en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud, y describir sus características organizativas y asistenciales.

## Método

Las autoras hemos contactado con al menos un/a profesional de la Psicología Clínica de 18 de los 24 hospitales del Servicio Madrileño de Salud con Servicio de Ginecología-Obstetricia (Maternidad) y realizado una encuesta con preguntas abiertas a través de correo electrónico sobre: 1) La existencia de programas/consultas/actividad asistencial de psicología clínica específica en salud mental perinatal en el hospital en el que trabaja; 2) Identificación de las actividades realizadas, contexto en el que se proporcionan y criterios de derivación); y 3) Solicitud de establecimiento de contacto con al menos una de las profesionales que desarrollan ese programa. Este contacto se ha hecho a través de una búsqueda activa en nuestras redes sociales profesionales (grupos abiertos de mensajería instantánea formados por más de 400 profesionales de la Psicología Clínica de la Comunidad de Madrid) y personales.

Es importante señalar que en Atención Primaria actualmente en la Comunidad de Madrid no existe atención en psicología clínica específica para el periodo perinatal. Por otra parte, todos los hospitales de la red pública tienen programas de interconsulta y enlace dependientes de los Servicios de Salud Mental, y, pueden recibir interconsultas para atender pacientes durante el periodo perinatal. Lo mismo puede decirse sobre los Centros de Salud Mental, que sería nivel especializado, y atienden personas con trastornos mentales, incluidas personas durante el periodo perinatal. Sin embargo, en este trabajo hemos querido identificar



**Tabla 1**

*Criterios Utilizados Para Identificar Programas de Psicología Clínica Perinatal y/o de Atención a los mil Primeros Días*

---

<p>Criterio necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad de al menos un/a psicólogo/a clínico/a que además sea estable para esa atención psicología clínica perinatal y/o de atención a los mil primeros días</li> </ul> <p>Criterios complementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existencia de un programa/procedimiento/protocolo escrito sobre atención a la salud mental perinatal o neonatal y/o</li> <li>• Identificación de una consulta/agenda asistencial/grupo terapéutico específico (con criterios de derivación relacionados con salud mental perinatal) y/o</li> <li>• Existencia de interconsulta y enlace/coordinación específico (con criterios de derivación relacionados con salud mental perinatal)</li> </ul>
--

---

programas específicos en salud mental perinatal. Los criterios que hemos utilizado para definir qué consideramos un programa de psicología clínica perinatal y/o de atención a los mil primeros días aparecen en la [Tabla 1](#). Cuando sólo se cumple el criterio necesario y uno solo de los criterios complementarios se ha considerado programa parcial.

Se ha realizado una descripción de la organización, actividades y recursos humanos de cada programa. Asimismo se ha calculado ratios de Psicólogos/as Clínicos/as por partos y cunas de neonatología.

## Resultados

Se han identificado 12 hospitales del Servicio Madrileño de Salud que cuentan con programas completos o parciales ([Tabla 1](#)) de psicología clínica perinatal.

En las [Tablas 2 y 3](#) se muestra el resumen de las principales características de los programas de psicología clínica perinatal y atención a los primeros mil días de vida identificados en este trabajo.

### Programas de Psicología Clínica Perinatal y Durante los Primeros mil Días de Vida en Hospitales de Alta Complejidad del Servicio Madrileño de Salud

El Hospital Clínico San Carlos cuenta con dos programas en alianza y coordinados en la atención a la salud mental perinatal y neonatal, el Programa de Psicología Clínica Neonatal del Servicio de Neonatología desde hace más de 35 años ([Cuéllar-Flores y Valle, 2017](#)) y el Programa de Interconsulta y Enlace en Salud Mental Perinatal del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental en Ginecología-Obstetricia desde 2021. Las principales actividades son la atención psicológica individual/pareja/familia a personas en proceso de reproducción asistida, embarazadas, madres y bebés en el posparto y duelo perinatal y neonatal, familias de neonatos hospitalizados y seguimiento en consultas externas de estas mismas familias y sus hijos/as hasta los dos años.

El Programa de Interconsulta y Enlace en Salud Mental Perinatal del Hospital General Universitario Gregorio Marañón ofrece apoyo y seguimiento psicológico y/o psiquiátrico a las familias de Neonatología y Obstetricia durante el ingreso y a nivel ambulatorio. La intervención psicológica incluye una atención individual, grupal y/o familiar. También se proporciona a parejas en reproducción asistida, así como parejas que se enfrentan a diagnósticos prenatales de malformación o síndromes, dificultades en el posparto o durante

la primera crianza con repercusión emocional y funcional. Existe un subprograma específico para el abordaje del duelo perinatal, así como al personal sanitario implicado, e intervención grupal o individual para familias en proceso de una nueva gestación, posterior a una pérdida perinatal.

El inicio del Programa de Interconsulta y Enlace en Salud Mental Perinatal del Hospital Puerta de Hierro (Majadahonda) ha sido previamente descrito ([Olza y Palanca, 2012](#); [Olza et al., 2014](#)). Comenzó a desarrollarse en 2009 y desde 2018 se puso en marcha un nuevo programa con apoyo psicológico/psiquiátrico durante el embarazo y posparto, en Neonatología y en duelo perinatal. Se desarrollan tres grupos psicoterapéuticos: atención a embarazadas (con perfil heterogéneo), atención a madres y bebés en el posparto (con riesgo de depresión posparto, sintomatología postraumática y/o dificultades en la vinculación), y atención al duelo perinatal. Además se responde a las interconsultas que se demanden de forma individual.

El Programa de Interconsulta y Enlace en Salud Mental Perinatal del Hospital La Paz atiende durante la hospitalización y en consultas externas a embarazadas, púerperas y familias en neonatología, tras muerte fetal ante parto o de neonatos, gestaciones de riesgo por diagnóstico del feto o psicopatología en la madre. Asimismo se realiza el seguimiento y valoración del neurodesarrollo de los neonatos de riesgo biológico hasta los dos años.

La Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil del Hospital Universitario 12 de Octubre está desarrollando un Programa de Salud Mental Perinatal, denominado “Programa 1000 primeros días” (para la atención desde el embarazo hasta los dos años de edad del bebé), que ofrece apoyo y seguimiento por parte de un equipo multidisciplinar (Psicología Clínica, Psiquiatría, Trabajo Social y Enfermería especialista en Pediatría) a mujeres con pérdidas perinatales, embarazadas, púerperas, y familias con recién nacidos ingresados en Neonatología. Este programa recibe derivaciones de los Servicios de Ginecología-Obstetricia, y Neonatología. Dicha intervención se engloba dentro de un Programa de Interconsulta y Enlace, con consultas externas post-alta domiciliaria. La atención se realiza en formato de consulta individual/familiar, con previsión de iniciar grupos psicoterapéuticos en los próximos meses.

### Programas de Psicología Clínica Perinatal y Durante los Primeros mil Días de Vida en Hospitales de Media y Baja Complejidad del Servicio Madrileño de Salud

El Programa de Interconsulta y Enlace en Salud Mental Perinatal del Hospital de Getafe cuenta con tres programas de psicología clínica neonatal, perinatal y postnatal. El primer programa se desarrolló en el año 2008 ([García-Villanova et al., 2013](#)). Los niños prematuros nacidos antes de la semana 32 de gestación y sus familias entran en el programa evaluación y seguimiento de atención temprana. En 2021, se comenzó a atender desde la interconsulta a las familias en duelo perinatal (a partir de la semana 22 de gestación) o neonatal. A partir de marzo de 2023, se amplió la presencia de psicología clínica en el hospital y se pusieron en marcha dos programas de atención perinatal y postnatal. En el primero se atiende a embarazadas con clínica afectiva y/o ansiosa en seguimiento en obstetricia o ingresadas en maternidad. Por último, cuando desde el programa de psicología

**Tabla 2**  
Resumen de las Principales Características de los Programas de Buenas Prácticas en Psicología Clínica Perinatal en la Comunidad de Madrid

	Hospital Clínico San Carlos	Hospital General Universitario Gregorio Marañón	Hospital La Paz	Hospital Dexe de Octubre (I)	Hospital Puerta de Hierro	Hospital Fundación Jiménez Díaz
<b>Características de los servicios</b>						
• Cunas Neonatología	11 UCIN (Nivel IIIB) y 8 ciudades intermedias	24 UCIN (nivel IIIC) y 37 de Ciudades Intermedias	19 UCIN (Nivel IIIC) y 22 ciudades intermedias	6 UCIN (Nivel IIIA) y 8 ciudades intermedias	4 UCIN (Nivel IIIA) y 10 ciudades intermedias	
• Partos anuales*	1.618	5.170	3.646	2.590	1.511	
<b>Atenere</b>	Familias de neonatos de alto riesgo en morbilidad y trastornos del neurodesarrollo y madres/padres con síntomas psicológicos Gestantes con psicopatología Mujeres y hombres en reproducción asistida con sintomatología clínica Familias tras una muerte perinatal o neonatal y abortos de repetición Madres y bebés en el posparto con sintomatología o factores de riesgo	Embarazos de alto riesgo y amenazas de parto pretérmino Pérdidas perinatales y abortos de repetición Familias de neonatos con dificultades emocionales Limitación de esfuerzo terapéutico Mujeres y parejas con psicopatología y problemas de fertilidad Diagnósticos de malformación cardiopulmonar Gestantes hasta el primer año de vida con clínica ansiosa/depresiva Parejas que buscan un nuevo embarazo después de una pérdida perinatal	Familias de neonatos prematuros y diagnósticos de enfermedad crónica grave Mujeres tras muerte fetal ante parto o de neonatos Gestantes con diagnóstico de malformación fetal Madres y bebés (hasta los años de edad) con psicopatología en la madre y dificultades en el vínculo con el bebé. Acompañamiento familias fallecimiento de un bebé.	Familias de neonatos hospitalizados una muerte perinatal Gestantes con psicopatología, embarazos de alto riesgo Mujeres y hombres en reproducción asistida con trastornos psicológicos Madres y bebés en posparto con psicopatología de la madre en contextos de vulnerabilidad emocional, dificultades en el vínculo con el bebé.	Familias de neonatos hospitalizados una muerte perinatal Gestantes con psicopatología, embarazos de alto riesgo Mujeres y hombres en reproducción asistida con trastornos psicológicos Madres y bebés en posparto con psicopatología de la madre en contextos de vulnerabilidad emocional, dificultades en el vínculo con el bebé.	Familias de neonatos hospitalizados Familias tras una muerte perinatal Gestantes con psicopatología, embarazos de alto riesgo Mujeres y hombres en reproducción asistida con trastornos psicológicos Madres y bebés en posparto con psicopatología de la madre en contextos de vulnerabilidad emocional, dificultades en el vínculo con el bebé.
<b>Derivaciones</b>	Neonatólogos/as, Obstetras, Matronas y Enfermería	Obstetras y Neonatólogos/as	Obstetras, Neonatólogos/as y genitistas.	Neonatólogos/as y Obstetras/Ginecologos/as	Neonatólogos/as y Obstetras	Neonatólogos/as, Obstetras, Psiquiatras y Psicólogos/as clínicos/as
<b>Contexto en el que se lleva a cabo la actividad</b>	SOG, SN	SOG, SN	SOG, SN	SOG, SN	SOG, SN	SOG, SN
<b>Profesional que coordina el programa</b>	PEPC	PEPC	PEPC	PEPC	PEPC y psiquiatra	PEPC y psiquiatra
<b>Recursos humanos (2)</b>	2 PEPC (0,75 EJC en Neonatología y 0,85 EJC en Obstetricia) Psiquiatra	1 PEPC (0,85 EJC) 1 psiquiatra (0,20 EJC) Enfermería de enlace de Salud Mental	1 PEPC (0,5 EJC) 1 psiquiatra y una enfermera especializada Salud Mental (incluye otros programas de interconsulta)	2 PEPC (1 EJC) 1 IS (1 EJC) 1 Enfermera Especialista en Pediatría (1 EJC) 1 psiquiatra (0,25 EJC)	1 PEPC (0,5 EJC) 1 Psiquiatra (0,5 EJC)	1 PEPC (0,20% EJC) (incluye otros programas de interconsulta) 1 psiquiatra 1 psiquiatra Matronas
<b>Fecha de inicio</b>	Neonatólogía: Años 80-90 Obstetricia: 2021	Neonatólogía: Años 90 Salud Mental Perinatal: 2018	Neonatólogía: Años 80	2023	2011	2023
<b>Dependencia orgánica y funcional</b>	SOG, SN	SOG, SN	SOG, SN	SOG, SN	SOG, SN	SOG, SN
<b>Principales actividades</b>	• Valoración e intervención psicológica individual/familiar de pareja (hospitalización, consultas externas) • Valoración e intervención con familias de neonatos después del alta (primeros mil días) • Valoración e intervención con pérdidas perinatales (hospitalización, consultas externas)	• Valoración e intervención psicológica de mujeres y parejas (hospitalización, consultas externas) • Atención grupal e individual al duelo perinatal y al siguiente embarazo • Atención a las madres y padres de bebés hasta el primer año ingresados en la Plataforma de psicopatología	• Valoración del Desarrollo grandes prematuros • Intervención psicoterapéutica familias (hospitalización, consultas externas) • Acompañamiento en Duelo Perinatal • Atención a gestaciones de alto riesgo o diagnósticos fetales • Grupos de Duelo Perinatal y grupos de REM en mujeres con repetidos fracasos en TRA	• Valoración e intervención psicológica durante la hospitalización. • Atención individual al duelo perinatal, embarazos con sintomatología ansioso-depresiva y madres y bebés en posparto con riesgo de psicopatología (consultas externas) • Prevención de realización de grupos.	• Valoración e intervención psicológica individual (hospitalización, consultas externas) • Atención grupal al duelo perinatal, embarazos con sintomatología ansioso-depresiva y a madres y bebés con riesgo de psicopatología en madre y/o bebé	• Intervención grupal e individual de gestantes con síntomas emocionales • Intervención individual para mujeres/hombres en duelo perinatal
<b>Protocolos/procedimientos</b>	Protocolo de cuidados al final de la vida y en la muerte neonatal y pediátrica Programas de atención psicológica en neonatología Elaboración protocolo de atención psicológica en reproducción asistida	Protocolo de atención al duelo perinatal Programa de atención psicológica en duelo neonatal y en seguimiento de nuevo embarazo con antecedente de pérdida perinatal	Protocolo de Acompañamiento a las parejas con muerte fetal ante-parto, dentro del Programa de Salud Mental Perinatal	Colaboración en Protocolo de Atención ante la Pérdida perinatal	Programa de atención al duelo perinatal	Elaboración de vías clínicas
<b>Otras actividades</b>	Formación continuada sobre atención al duelo (multiprofesional) Sesiones clínicas Investigación Colaboración docente PIR	Formación continuada sobre Violencia de género en embarazo Formación a residentes sobre comunicación Sesiones clínicas Investigación Colaboración docente PIR	Formación continuada sobre Perinatal. Talleres de Habilidades de Comunicación a Obstetras Sesiones Clínicas Colaboración docente y formación PIR Participación en Comité perinatal del Hospital	Formación Continuada sobre Perinatal. Formación a residentes Sesiones Clínicas Participación en Escuela de Padres de Neonatología Investigación	Organización de jornadas de actualización en Salud Mental Perinatal Participación en el comité de perinatología Investigación Formación continuada en comunicación y duelo Colaboración docente PIR	Colaboración docente PIR

*Anota.* Hospitales de alta complejidad. \* Datos 2020 <http://observatorioresultados.saludmadrid.org/HospitalesDatosGenerales?tblas.asp?ID=66>. (1) Este programa está actualmente iniciándose, la información aportada forma parte de la propuesta a desarrollar. (2) Equivalente de jornadas a tiempo completo (EJTC). UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, los niveles corresponden a la clasificación por complejidad -Perez-Munizuri et al., 2023; SOG: Servicio Obstetricia-Ginecología; SN: Servicio de Neonatología; PEPC: Psicólogo/a Especialista en Psicología Clínica; SSM: Servicio de Salud Mental; PIR: Psicólogo Interno Residente.

**Tabla 3**  
Resumen de las Principales Características de los Programas de Buenas Prácticas en Psicología Clínica Perinatal en la Comunidad de Madrid. *Hospitales de Media y Baja Complejidad*

	Hospital de Fuenlabrada	Hospital de Getafe	Hospital Príncipe de Asturias (Alcalá)	Hospital de Villalba	Hospital Infanta Cristina (Parla)	Hospital Infanta Leonor
<b>Características de los servicios</b>						
• <b>Cunas Neonatología</b>	14 (Nivel IIB)	8 UCIN (Nivel IIIA) y 12 cuidados intermedios	10 UCIN (Nivel IIIA) y 9 cuidados intermedios	10 (Nivel IIB)	10 (Nivel IIB)	7 (Nivel IIB)
• <b>Partos anuales*</b>	1.332	1.347	1.463	675	1.238	1.758
<b>Alcance</b>	Familias de neonatos hospitalizados Madres/padres tras una muerte perinatal	Familias de neonatos hospitalizados de alto riesgo en morbilidad y trastornos del neurodesarrollo y/o madres/padres con síntomas psicológicos. Madres/padres tras una muerte perinatal Gestantes o puerperas con trastornos afectivos o psicóticos.	Mujeres y hombres en tratamiento de fertilidad. Gestantes con psicopatología. Familias con malestar psicológico y psicopatología incluido madres/padres con Trastorno Mental Grave (TMG) en seguimiento en otros dispositivos de la red de salud mental. Familias tras una muerte perinatal. Familias con neonatos de alto riesgo médico o riesgo psicosocial.	Madres/padres tras una muerte perinatal. Gestantes con psicopatología Madres/padres de lactantes con psicopatología	Madres/padres tras una muerte perinatal Embarazadas con psicopatología moderada Madres con psicopatología leve-moderada asociada al parto y puerperio hasta los 2 años Mujeres con psicopatología y problemas de fertilidad.	Madres/padres tras una muerte perinatal con psicopatología Gestantes de alto riesgo o puerperas con psicopatología Madres/padres tras diagnósticos prenatales de defectos congénitos fetales con psicopatología
<b>Derivaciones</b>	Neonatólogos/as y Obstetras	Neonatólogos/as y Obstetras	Neonatólogos/as y Obstetras; Profesionales de la red de Salud Mental	Neonatólogos/as y Obstetras	Médico de Atención Primaria, Neonatólogos/as, Obstetras, Psiquiatría/ Psicología Clínica	Neonatólogos/as y Obstetras. Matronas
<b>Profesional que coordina el programa</b>	PEPC	PEPC	PEPC y psiquiatra	PEPC	PEPC	PEPC y psiquiatra
<b>Contexto en el que se lleva a cabo la actividad</b>	SOG, SN	SOG, SN	SOG, SN, Interconsulta de demanda y programa de enlace ambulatorio	SOG, SN	Centro de Salud Mental	SOG, SN
<b>Recursos humanos (I)</b>	1 PEPC (0.5 EJTC) (incluye otros programas de interconsulta)	1 PEPC (0.45 EJTC)	3 PEPC (0.75 EJTC) 1 psiquiatra (0.25 EJTC) (incluye otros programas de interconsulta)	1 PEPC (0.05 EJTC)	1 PEPC (0.05 EJTC)	1 PEPC (0.20 EJTC) (incluye otros programas de interconsulta) 1 Psiquiatra Obstetra Pediatra 2 Matronas
<b>Fecha de inicio</b>	2022	Atención psicológica en prematuridad: 2012 Programa de Salud Mental Perinatal: 2023	Programa de atención en neonatos desde 2013 Atención al duelo perinatal desde 2015 Programa de Salud Mental Perinatal desde 2022	2022	2019	Atención psicológica: 2022 Programa de Intervención Perinatal: marzo 2021
<b>Dependencia orgánica y funcional</b>	SSM	SSM	SSM	SSM	SSM	SSM
<b>Principales actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración e intervención psicológica con familias de neonatos hospitalizados y psicopatología</li> <li>• Valoración e intervención psicológica con familias tras fallecimiento perinatal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración e intervención psicológica individual/familiar/ de pareja (hospitalización, consultas externas)</li> <li>• Valoración e intervención psicológica con familias de neonatos después del alta (primeros días)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración e intervención psicológica individual/ de pareja (hospitalización, consultas externas)</li> <li>• Valoración e intervención psicológica con familias de lactantes con psicopatología</li> <li>• Valoración e intervención psicológica con familias de neonatos hospitalizados</li> <li>• Valoración e intervención psicológica con familias tras fallecimiento perinatal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración e intervención psicológica individual/ de pareja (hospitalización, consultas externas)</li> <li>• Valoración e intervención psicológica con familias de lactantes con psicopatología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración e intervención psicológica individual/ de pareja (hospitalización, consultas externas)</li> <li>• Valoración e intervención psicológica con familias tras pérdidas perinatales</li> <li>• Grupo de duelo perinatal (en previsión)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración e intervención psicológica individual/ de pareja (hospitalización, consultas externas)</li> <li>• Valoración e intervención psicológica con familias tras pérdidas perinatales</li> <li>• Grupo de duelo perinatal (en previsión)</li> </ul>
<b>Otras actividades</b>	Colaboración docente PIR	Sesiones clínicas Supervisión del programa de atención continuada (atención temprana hospitalaria). Dirección y participación en proyecto de investigación Colaboración docente PIR	Sesiones clínicas y cursos de formación interdisciplinarios. Colaboración docente y formación PIR/MIR/EIR. Comité de perinatalidad hospitalaria con frecuencia semanal. Coordinación con el resto de dispositivos de la red de SM. Coordinación con el equipo de Trabajo Social	Colaboración docente PIR	Colaboración docente y formación PIR	Colaboración docente PIR

*Nota.* \* Datos 2020 <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/HospitalesDatosGenerales/Tabla.aspx?ID=86>; (I) Equivalente de jornadas a tiempo completo (EJTC); UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, los niveles corresponden a la clasificación por complejidad -Pérez-Muñuzuri et al., 2023; SOG: Servicio Obstetricia-Ginecología; SN: Servicio de Neonatología; PEPC: Psicólogo/a Especialista en Psicología Clínica; SSM: Servicio de Salud Mental; PIR: Psicólogo Interno Residente

## Conclusiones

perinatal o neonatal se detecta una situación de vulnerabilidad emocional parental que pueda afectar la crianza y vínculo padre-bebé, se ofrecerá un seguimiento en consultas externas hasta los 2-3 años del bebé.

El Programa de Interconsulta y Enlace en Salud Mental Perinatal del Hospital Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares) está integrado como uno de los programas de Enlace del Servicio de Interconsulta. El equipo es multidisciplinar y está dotado por una psiquiatra, dos psicólogas clínicas de adultos/as y una psicóloga clínica infanto-juvenil. No hay ninguna profesional dedicada en exclusiva al programa, siendo que todas comparten la actividad con el resto de procesos de Enlace. El proceso está en periodo de implantación desde 2013 (con inicio de atención sistemática en Neonatología por parte de la Psicóloga Clínica infanto-juvenil), comenzando el desarrollo incipiente del Programa desde 2022. Aún no se han desarrollado todas las actividades que se prevé tener en el futuro, entre otros, grupo psicoterapéutico para familias con dificultades psicológicas en primera crianza. En el momento actual las atenciones individuales y familiares se dirigen a pacientes con necesidades psicológicas de atención en: tratamientos de fertilidad, embarazo (situaciones de patología perinatal y Trastorno Mental Grave), parto y postparto, así como duelo perinatal en formato individual, familiar y grupal hasta el alta o derivación de la paciente.

Además, existen programas de psicología clínica perinatal parciales en otros hospitales de la Comunidad de Madrid. Por ejemplo, el Hospital de Fuenlabrada (atención al duelo perinatal y planificando extenderlo a familias de neonatología en programa de interconsulta), el de Villalba (grupo de duelo perinatal y agenda en Centro de Salud Mental), y el Infanta Cristina de Parla (consulta específica de salud mental perinatal y grupo de duelo perinatal en Centro de Salud Mental). Otros, están programando iniciar actividades específicas o ampliarlas, como el Infanta Leonor (atención psicológica individual y familiar a gestantes de alto riesgo y púerperas con psicopatología perinatal y familias tras duelo perinatal en programa de interconsulta, con previsión de iniciar un grupo de duelo perinatal) o la Fundación Jiménez Díaz (grupo de cuidado psicoemocional durante el embarazo y vías clínicas en programa de interconsulta).

En la [Tabla 4](#) se muestran los ratios de psicólogas clínicas y los volúmenes asistenciales de los programas previamente descritos.

En la Comunidad de Madrid la mayoría de los hospitales públicos de alta complejidad (Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud, revisado 2023) cuentan con programas específicos de psicología clínica perinatal. Los hospitales de complejidad media y baja van incorporando también poco a poco este tipo de programas, aunque mediante programas parciales. En general se observa una consolidación en la atención psicológica especializada en perinatalidad (por ej. Hospitales de La Paz, Clínico San Carlos, Gregorio Marañón y Puerta de Hierro) y una expansión o ampliación de ésta (por ej. Hospitales Doce de Octubre, Infanta Cristina, Fundación Jiménez Díaz y Getafe). Por otra parte, todos los hospitales de la región con Servicios de Neonatología de nivel IIIB y IIIC (o alta complejidad -Pérez-Muñuzuri et al., 2023) cuentan con programas de interconsulta y enlace específicos en salud mental perinatal y neonatal.

Casi la totalidad de los programas descritos dependen organizativamente del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental de los hospitales, si bien la mayoría de ellos se desarrollan mediante programas de interconsulta y consultas externas dentro de los servicios de Obstetricia y Neonatología del propio hospital. Las recomendaciones de las guías y de grupos expertos (Austin et al., 2017; NICE, 2018; WHO, 2022), también en España (Conecta Perinatal, 2023; Rodríguez-Muñoz et al., 2023) van en la línea de incorporar programas específicos e integrados en los servicios materno-infantiles, con profesionales de la psicología clínica, con los objetivos de mejorar la formación de los profesionales, la prevención, detección (y el infradiagnóstico) y en general, la intervención en los problemas de salud mental perinatales. En España y por tanto en la Comunidad de Madrid, los Centros de Salud Mental ofrecen valoraciones e intervenciones psicológicas a personas con trastornos mentales. Sin embargo, las listas de espera ordinarias de estos centros (Cuéllar-Flores et al., 2022) son incompatibles con una adecuada atención temprana durante este periodo, además de que el carácter preventivo del abordaje se puede ver comprometido al no estar integrado en los servicios materno-infantiles y de atención primaria. Por otra parte, si no existen programas con criterios de derivación

**Tabla 4**  
Ratios de Psicología Clínica y Volumen Asistencial en los Programas de Psicología Clínica Perinatal y Primeros mil Días

	Hospital Clínico San Carlos	Hospital Gregorio Marañón	Hospital Puerta de Hierro	Hospital Príncipe de Asturias (Alcalá)	H. La Paz	Hospital Doce de Octubre
<b>Ratios Jornadas Completas de Psicología Clínica</b>	0.78/20 camas Neonatología 0.46/1000 partos	0.43/20 camas Neonatología 0.17/1000 partos	0.36/20 camas Neonatología 0.10/1000 partos	0.5/20 camas Neonatología 0.5/1000 partos	0.08/20 camas Neonatología 0.16/1000 partos	0.48/20 camas Neonatología 0.27/1000 partos
<b>Número de unidades familiares que han sido atendidas enero-junio 2023</b>	Neonatología: 90 Obstetricia: 50	Neonatología: Obstetricia:	(No valorable por psicóloga clínica en excedencia sin sustitución completa)	Neonatología: 9 desde el servicio de Interconsulta; 10 desde el servicio de enlace ambulatorio Obstetricia: 14 desde el servicio de Interconsulta; 20 desde el servicio de enlace ambulatorio.	Neonatología: 30 Obstetricia: 80	(No valorable por estar iniciándose el programa)
	Hospital de Fuenlabrada	Hospital Universitario de Getafe	Fundación Jiménez Díaz	Hospital de Villalba	Hospital Infanta Cristina (Parla)	Hospital Infanta Leonor
<b>Ratios Jornadas Completas de Psicología Clínica</b>	0.35/20 camas Neonatología 0.18/1000 partos	0.22/20 camas Neonatología 0.16/1000 partos	0.14/20 camas Neonatología 0.06/1000 partos	0.07/1000 partos	0.04/1000 partos	0.57/20 camas Neonatología 0.11/1000 partos
<b>Número de unidades familiares que han sido atendidas enero-junio 2023</b>	10	(No valorable por estar iniciándose el programa)	(No valorable por estar iniciándose el programa)	(No valorable por psicóloga clínica de baja)	17	(No valorable por estar iniciándose el programa)

definidos el riesgo de infra detección aumenta (Rodríguez-Muñoz et al., 2023; WHO, 2022). Desde el punto de vista de las autoras esta integración debe realizarse tanto en el nivel de atención primaria como en el de especializada, con un modelo escalonado de intervención (Atkins et al., 2022). Pues no intervenir tiene un alto coste, tanto a nivel emocional nivel debido a las consecuencias que genera, así como en términos económicos para el sistema de salud (Bauer et al., 2014).

La derivación a los programas es realizada en su mayoría por facultativos, siendo minoritaria la posibilidad de derivación desde enfermería. Esto responde a la organización tradicional de las peticiones de interconsulta en los hospitales españoles, y posiblemente también a la sobrecarga asistencial de las profesionales que desarrollan estos programas.

En este trabajo hemos podido identificar importantes diferencias en términos de ratio de profesionales, de manera que hay hospitales en los que se encuentra muy por debajo de la recomendada (Atkins et al., 2022; Royal College of Psychiatrists, 2021), lo que se traduce en sobrecarga asistencial y una asistencia en frecuencia de menor calidad. Por tanto, los datos indican que en la región existen barreras geográficas para el acceso a la atención específica a la salud mental perinatal. Dependiendo del lugar en el que una persona tenga su domicilio la atención psicológica especializada va a ser más o menos accesible (teniendo en cuenta la ratio de profesionales) o más o menos especializada (pues hay hospitales que no disponen de programas específicos).

La mitad de los hospitales cuentan con programas completos y la otra mitad con programas solo parciales. Las actividades realizadas cubren la atención directa de los pacientes, en todos individual, aunque también grupal en 4 hospitales. Pero también se realizan actividades formativas y docentes y de colaboración con la organización. En 6 hospitales se han desarrollado programas/procedimientos/protocolos escritos que pueden contribuir a reducir la variabilidad innecesaria en la práctica clínica. Por otro lado, la mayoría de los programas son desarrollados y coordinados por un solo profesional de psicología clínica (salvo 3 hospitales).

A partir del análisis realizado de las características de los programas, así como de la revisión bibliográfica y de la experiencia de las autoras, hemos elaborado un conjunto de recomendaciones de buenas prácticas en psicología clínica perinatal y atención a los mil primeros días (Tabla 5). Una atención a la salud mental perinatal de calidad, además de estar integrada y ser específica, debe estar coordinada con los recursos comunitarios, y tener un enfoque de prevención escalonada (Austin et al., 2017).

Entre las limitaciones de este trabajo se encuentra que se trata de un estudio descriptivo e incidental, dependiente de la información proporcionada por las personas contactadas, no utilizándose un procedimiento sistemático. Además, no se ha podido contactar con profesionales de salud mental de 4 de los 20 hospitales de la región. Entre las perspectivas futuras se encuentra ampliar este estudio descriptivo al resto de Comunidades Autónomas. También examinar los programas en términos de resultados en salud y experiencia del paciente. Además de estudios sobre la eficacia de las intervenciones en salud mental perinatal se requieren estudios de efectividad, de indicadores de calidad (por ej. accesibilidad, adecuación) y de resultados en salud de las intervenciones.

**Tabla 5**

*Recomendaciones de las Autoras de Buenas Prácticas en Psicología Clínica Perinatal y Atención a los Primeros mil Días*

- 
- Se debe disponer de programas de atención a la salud mental perinatal y a los mil primeros días en todos los hospitales de la región que incluyan criterios de detección, actividades asistenciales específicas y coordinador/a estable del programa.
  - La atención psicológica a la salud mental perinatal y a los primeros mil días en el ámbito sanitario debe:
    - Estar integrada en los servicios de Ginecología-Obstetricia, Neonatología y Salud Mental y en Atención Primaria
    - Ser específica (formación y especialización profesional), accesible (eliminar barreras para el acceso) y sin lista de espera
    - Desarrollar actividades de prevención selectiva (personas en riesgo de mala salud mental y estrés severo) e indicada (personas con síntomas) y colaborar en actividades de prevención universal
    - Estar coordinada con los recursos comunitarios (red de atención social, y educativa) y con atención primaria
  - Las ratios de profesionales de la psicología clínica para programas de salud mental perinatal deben acercarse a 1/20 cunas neonatales y 0.80/1000 nacimientos.
  - La atención psicológica a la salud mental perinatal y a los primeros mil días en el ámbito sanitario debe contribuir al cuidado emocional integral en los centros y servicios a través de:
    - La formación, colaboración y coordinación con otros profesionales sanitarios (como médicos, enfermería, TCAE, matronas, en atención primaria y especializada)
    - La participación en acciones de humanización institucionales y de eliminación del estigma asociado a los problemas de salud mental perinatal
    - La elaboración de procedimientos/protocolos multidisciplinares en hospitales y centros de salud de:
      - Atención y cuidados al final de la vida neonatal y ante la muerte perinatal y pediátrica
      - Detección precoz y proactiva de problemas de salud mental durante la gestación y postparto
- 

En definitiva, si bien actualmente el ámbito de atención a la salud mental perinatal se está viendo reforzado (varios hospitales están abriendo programas de salud mental parcial o completos) aún queda mucho por mejorar. En la red pública del SERMAS se está realizando una labor necesaria y relevante para el cuidado psicológico durante el periodo perinatal, que ha experimentado un impulso importante en los últimos años y que, es necesario que tenga perspectiva de consolidación y, sobre todo, de crecimiento.

### Conflicto de Intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Referencias

- Atkins, A., Barr, K., Butterworth, R., Chilvers, R., Cole, S., Cordwell, J., D'Urso, A., Evans, D., Higgins, S., y Marsh, A. (2022). *Psychology Staffing on the Neonatal Unit-Recommendations for Psychological Provision* ODN Psychology Leads July 2022. <https://acpuk.org.uk/member-networks/psychology-staffing-on-the-neonatal-unit/>
- Austin, M., Highet, N., y The Expert Working Group. (2017). *Mental health care in the perinatal period: Australian clinical practice guideline*. <http://cope.org.au/about/review-of-new-perinatal-mental-health-guidelines/>
- Bauer, A., Parsonage, M., Knapp, M., Iemmi, V., y Adelaja, B. (2014). *The costs of perinatal mental health problems*. Centre for Mental Health and London School of Economics. [https://eprints.lse.ac.uk/59885/1/\\_lse.ac.uk\\_storage\\_LIBRARY\\_Secondary\\_libfile\\_shared\\_repository\\_Content\\_Bauer%2C%20M\\_Bauer\\_Costs\\_perinatal\\_%20mental\\_2014\\_Bauer\\_Costs\\_perinatal\\_mental\\_2014\\_author.pdf](https://eprints.lse.ac.uk/59885/1/_lse.ac.uk_storage_LIBRARY_Secondary_libfile_shared_repository_Content_Bauer%2C%20M_Bauer_Costs_perinatal_%20mental_2014_Bauer_Costs_perinatal_mental_2014_author.pdf)

- Bauer, A., Pawlby, S., Plant, D. T., King, D., Pariante, C. M., y Knapp, M. (2015). Perinatal depression and child development: exploring the economic consequences from a South London cohort. *Psychological Medicine*, 45(1), 51-61. <https://doi.org/10.1017/s0033291714001044>
- Besteiro, E. M., Aliaga, M. T., Pineda, M., Alegre, J. M., Berlanga, J. F., & Martín, P. B. (2001). La depresión postparto: un estudio exploratorio con una muestra de mujeres valencianas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(1), 37-48.
- Burden, C., Bradley, S., Storey, C., Ellis, A., Heazell, A. E., Downe, S., ... y Siassakos, D. (2016). From grief, guilt pain and stigma to hope and pride—a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC pregnancy and childbirth*, 16, 1-12.
- Burgio, S., Polizzi, C., Buzzaccarini, G., Laganà, A. S., Gullo, G., Perricone, G., ... y Alesi, M. (2022). Psychological variables in medically assisted reproduction: a systematic review. *Menopause Review/Przegląd Menopauzalny*, 21(1), 47-63. <https://doi.org/10.5114/pm.2022.114404>
- Comunidad de Madrid (12 Septiembre 2022). *La Comunidad de Madrid lanza una iniciativa pionera para garantizar la salud física y mental de madres e hijos durante sus tres primeros años de vida*. <https://www.comunidad.madrid/noticias/2022/09/12/comunidad-madrid-lanza-iniciativa-pionera-garantizar-salud-fisica-mental-madres-e-hijos-tres-primeros-anos-vida>
- Conecta Perinatal (2023). *Mejorar el cuidado de la salud mental perinatal. Fundamentos, propuestas y peticiones*. Conecta Perinatal. [https://conectaperinatal.com/pdf/ASMI\\_Memoradum\\_13sep2022\\_.pdf](https://conectaperinatal.com/pdf/ASMI_Memoradum_13sep2022_.pdf)
- Cuéllar-Flores, I., y Valle Trapero, M. (2017). Programa de Atención Psicológica en Neonatología: Experiencia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. *Revista Clínica Contemporánea*, 8(3), 1-12. <https://doi.org/10.5093/cc2017a18>
- Cuéllar-Flores, I., Garzón, L. F., Félix-Alcántara, M. P., Olivares, B. M., Vega Rodríguez, I. de la, González, M. F., ... y Belmonte M. J. M. (2022). Indicadores asistenciales y estándares de calidad asistencial para la psicología clínica en los centros de salud mental del Sistema Madrileño de Salud evaluados por sus profesionales. *Apuntes de Psicología*, 40(2), 71-86. <https://doi.org/10.55414/ap.v40i2.1414>
- García-Villanova, F., Cuéllar-Flores, I., Emil, B., y Palacios, I. (2013). El estrés materno en la organización del vínculo madre-bebé prematuro de bajo peso. *Clínica Contemporánea*, 4(2), 171-183. <https://doi.org/10.5093/cc2013a14>
- Goodman, J. H., y Tyer-Viola, L. (2010). Detection, treatment, and referral of perinatal depression and anxiety by obstetrical providers. *Journal of Women's Health*, 19(3), 477-490. <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.1352>
- Hynan, M. T., Mounts, K. O., y Vanderbilt, D. L. (2013). Screening parents of high-risk infants for emotional distress: rationale and recommendations. *Journal of Perinatology*, 33(10), 748-753. <https://doi.org/10.1038/jp.2013.72>
- Mateos, A. (2 Febrero 2023). *Madrid refuerza la asistencia en salud mental durante el embarazo*. *Redacción Médica*. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/parlamentarios/madrid-refuerza-la-asistencia-en-salud-mental-durante-el-embarazo-4071>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2018). *Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance* (CG192). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/resources/antenatal-and-postnatal-mental-health-clinical-management-and-service-guidance-pdf-35109869806789>
- Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones -ORCSMyA (2018). *Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020*. Madrid: Dirección General del Proceso Integrado de Salud. Servicio Madrileño de Salud. <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020214.pdf>
- Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones -ORCSMyA (2023). *Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones 2022-2024 (PSMyA2022-2024)*. Madrid: Dirección General del Proceso Integrado de Salud. Servicio Madrileño de Salud. <https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/bvcm050836-1.pdf>
- Olza Fernández, I., y Palanca, I. P. (2012). La experiencia del programa del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 101, 55-64.
- Olza Fernández, I., Palanca, I., Rincón, I. G. V., Martínez, A. M. M., y Sales, A. C. (2014). La salud mental del recién nacido hospitalizado: psiquiatría infantil en neonatología. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 109, 45-52.
- Pérez-Muñuzuri, A., Boix, H., Sánchez-Redondo, M. D., Cernada, M., Espinosa-Fernández, M. G., González-Pacheco, N., ... y Luna M. S. (2023). Niveles asistenciales en las unidades neonatales en España: Una visión actualizada para una nueva realidad. *Anales de Pediatría*, 98(4), 301-307. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2023.02.009>
- Rodríguez-Muñoz, M., Rodríguez-Muñoz, M. F., Motrico, E., Miguez, M. C., Chaves, C., Suso-Ribera, C., Duque, A., García Salinas, M., Caparrós-González, R. A., Martín-Agudiez, N., Kovacheva, K., García-López, H., Vazquez-Batán, P., Peñacoba, C., y Osma, J. (2023). Perinatal depression in the Spanish context: Consensus report from the general council of psychology of Spain. *Clínica y Salud*, 34(2), 51-63. <https://doi.org/10.5093/clysa2023a15>
- Royal College of Psychiatrists (2021). *College Report CR232: Perinatal mental health services: Recommendations for the provision of services for childbearing women*. <https://www.rcpsych.ac.uk/improving-care/campaigning-for-better-mental-health-policy/college-reports/2021-college-reports/perinatal-mental-health-services-CR232>
- Servicio Cántabro de Salud [Cantabria Health Service] (2022). *Plan de Salud Mental de Cantabria 2022-26*. Servicio Cántabro de Salud. [https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/10-1191%20PLAN%20SALUD%20MENTAL%202022\\_WEB.pdf](https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/10-1191%20PLAN%20SALUD%20MENTAL%202022_WEB.pdf)
- Staneva, A., Bogossian, F., Pritchard, M., y Wittkowski, A. (2015). The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women and Birth*, 28(3), 179-193. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.02.003>
- Tragacete, M. (30 March 2023). Madrid despliega un plan para atender a los bebés de familias en riesgo en sus primeros 1.000 días de vida. *20 Minutos*. <https://www.20minutos.es/noticia/5114668/0/el-12-de-octubre-y-la-paz-lanzan-un-proyecto-de-atencion-integral-a-familias-en-los-primeros-1-000-dias-de-vida-de-sus-bebes/>
- Unidad de Coordinación de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria Departamento de Sanidad Gobierno de Aragón (2022). *Plan de Salud Mental 2022-25*. <https://www.aragon.es/documents/20127/47401601/PLAN+DE+SALUD+MENTAL+DE+ARAG%C3%93N+2022-2025+d.pdf/63643efb-23fe-cfee-2e67-83e48d45b602?t=1673869931809>
- World Health Organization -WHO (2022). *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*. Geneva: WHO <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1467257/retrieve>

Revisión de libros

## **El Individuo Flotante. La Muchedumbre Solitaria en los Tiempos de las Redes Sociales**

Marino Pérez Álvarez  
**Deusto (2023)**

El presente estudio del profesor Pérez Álvarez constituye un ejemplo paradigmático del profundo significado de la condición de la psicología como ciencia a caballo entre las ciencias de la naturaleza y las ciencias sociales, en la que el objeto de estudio es también sujeto, se trate del individuo, la sociedad o la cultura, con sus inevitables influencias e interacciones recíprocas y en múltiples direcciones, que repercuten en las propias investigaciones y que aquí no dejan de ponerse de manifiesto. Para el autor del libro, de acuerdo con Jaspers, no hay escape de la filosofía y no asumirlo resultaría de una ingenua ceguera. En coherencia con ello, hay un riguroso cuidado en hacerse cargo de esta dimensión, abordando implicaciones epistemológicas, antropológicas, políticas y éticas. Algo que contribuye a la excelencia y al rigor del resultado de este ejercicio intelectual, académico, científico y humanístico.

El individuo flotante es una noción de Gustavo Bueno utilizada y actualizada aquí como herramienta analítica y crítica de las condiciones sociales de nuestro tiempo, que lo conforman como una figura prototípica para comprender una serie de malestares y de problemas actuales que vienen de lejos, y que cobran un nuevo vigor en relación con las redes sociales, incluyendo específicamente problemas psicológicos y de la psicoterapia aunque yendo más allá del modelo biomédico (de esto se trata sobre todo en la tercera y última parte del libro). El autor no pretende que este concepto abarque a todo individuo, ni erigirlo como etiqueta simplificadora de cualquier problema psicológico, ni siquiera de quien pudiese ser identificado con mayores razones como individuo flotante. En cambio, sí se defiende su capacidad de aglutinar una variedad de diagnósticos psicopsicológicos de diferentes autores (yo vacío de Cushman; yo saturado de Gergen; yo proteico de Lifton; yo reflexivo de Giddens; yo nómada y vagabundo de Maffesoli; yo líquido de Bauman; yo invertebrado de López Mondéjar...), dejándose ver a su vez en la literatura (personajes de Dostoievski, Pessoa, Kafka, Camus, Wolf, Calvino...). El individuo flotante sería reflejo de una sociedad flotante a la que intenta adaptarse, susceptible de una contemplación crítica ante la ligereza social y la propia levedad individual, que no cabría entender tampoco sino en estrecha imbricación con la historia social y cultural de la inividualidad desde el Renacimiento hasta hoy.

Las tres partes en las que se estructura el libro se coimplican iluminándose entre sí. En la primera parte se expone un recorrido por la historia del individuo desde su génesis y desarrollo por insoslayables

e ilustrativos hitos. Se patentizan crecientes malestares y soledad que preceden a sus versiones contemporáneas, reconociendo como hecho que “la sociedad fue antes que el individuo” y la dialéctica irreductible entre individuo y sociedad, contraria a la concepción de un “yo interior” asumido acríticamente como “natural”, ignorante de su conformación sociohistórica. En este sentido no pueden no tenerse en cuenta: el individualismo asociado a la tradición humanista; la defensa luterana del sentimiento de la fe y su subjetivismo religioso (nada moderno, inscrito en soledad ante Dios y aislado de la razón); su secularización en Rousseau y el Romanticismo, en la pretendida fuente natural autónoma y autooriginaria de una expresividad individual exaltada; nuevas versiones del individualismo en los siglos XIX y XX en contextos como los vinculados a diversas versiones del capitalismo (clásico: ahorrador, ascético, disciplinado; o neoliberal: dispendioso, consumista, cortoplacista).

Marino Pérez exhorta a la psicología a que cumpla su obligación reconociendo la “naturaleza sociohistórica del yo interior” (conformada por prácticas sociales, materiales, lingüísticas y culturales), renegando de su fomento “como algo en sí en detrimento del mundo (exterior)” donde la gente vive (no en su mundo interior), estando uno “dentro de un mundo o situación”, en lugar de afirmar “un mundo dentro de uno”. El autor ofrece una caracterización psicológica y sociológica del tipo de individuos que se irá dibujando como preponderante, heredero de la historia que se ha trazado y que desembocará en nuestra época de teléfonos inteligentes, redes sociales y selfis, en la que no serían nuevos ni el individualismo, ni la soledad ni la muchedumbre solitaria (Riesman).

También a través de autores como Erich Fromm, Ortega y Gasset, Karen Horney, Goffman o Putnam, se sitúan las coordenadas en las que los individuos tratan de habérselas en una senda de cada vez mayor flotación. Por ejemplo, de la mano del primero, se ilustra el funambulismo sobre el tenso cable a transitar entre la *libertad de* instancias tradicionales de autoridad y la *libertad para* la autodeterminación individual, pagando el peaje de la inseguridad y la soledad, y el riesgo de recaer en relaciones interpersonales o sociales y políticas autoritarias de recambio. O el peligro de quedarse instalados en el resentimiento, la destructividad o el conformismo y el gregarismo (de forma cosificada, mercantilizada, superficial, en un contexto consumista donde las personas se instrumentalizan, debilitándose como fines en sí mismos y como otros con los que poder conversar cara a cara y empatizar).

En la segunda parte del libro se aborda de forma fundamentada, solvente y ecuánime, con una amplia gama de investigaciones científicas, multidisciplinarias y estudios longitudinales, la relación causal del abuso de las redes sociales con una serie de malestares y problemas psicológicos: “ansiedad, depresión, disforia de género, conductas autolesivas, ideas suicidas, trastornos de la alimentación”, resaltándose el especial protagonismo de la soledad como elemento frecuentísimo en ellos. El año 2012 resultaría significativo al respecto de la generalización del uso de las redes sociales (hasta llegar al casi sesenta por ciento de la humanidad actual). Sin ser necesarias se habrían vuelto necesarias y, además de usarlas nosotros, nosotros estaríamos siendo transformados por ellas (nuestras experiencias y estilos de vida, nuestros modos de relacionarnos con los demás y con nosotros mismos).

Aunque los malestares psicológicos actuales no sean causados únicamente por las redes sociales (se insiste en la perspectiva histórica de los males que aquejan al individuo), ni tampoco por su uso no abusivo, se señalan una serie de aspectos adictivos, propios de las redes sociales por haber sido diseñados deliberadamente con ellos por una serie de ingenieros, facilitando no sólo que personas vulnerables se conviertan en adictas sino haciendo que otras personas se vuelvan vulnerables. Enunciamos esos aspectos: uso fluido inmersivo (ofreciendo contenidos sin fin); retroalimentación continua (con reforzadores intermitentes de una conducta de picoteo, como las palomas de Skinner); algoritmización del yo (exhibiendo al usuario lo que le gusta); efecto de suspense (incitando a ver qué pasa y el temor a perderse); presión social (para atender, mirar y responder rápido, incitados a la conexión frecuente); comparación social envidiosa (promoviendo una espiral de “autopromoción-envidia” y un canon de felicidad aparente, propagandístico e interesado, vehiculado por *influencers* y generador de malestar, por no estar a altura de la imagen de los demás, o porque la propia imagen fabricada o sesgada y exhibida no se corresponde con la propia realidad más allá de lo momentáneo y virtual).

Una de las virtudes del libro es que, a pesar de dedicar menor espacio y desarrollo a las posibles vías alternativas, afronta la difícil tarea de ofrecer pistas resolutivas para poder actuar, asumiendo la irreversibilidad de la hibridación del mundo real y cotidiano con el mundo virtual y de las redes sociales. Sobre estas se sugiere un uso no adictivo que pasaría por: ordenar y limitar el tiempo que se utilizan; realizar actividades diferentes en lo posible incompatibles con ellas (como prácticas deportivas); clarificar y ordenar los propios valores, estableciendo qué es aquello que más nos importa y que estaría siendo mermado o no cultivado mientras se abusa del tiempo empleado en las redes; asumir malestares como el temor a no estar continuamente presente o actualizado sobre lo que sucede en línea.

A la noción de individuo flotante le acompaña la de “comunidad salvífica”, también usada por Bueno sin resultar inédito el uso del término “salvación” en psicoterapia, asociado a comunidades terapéuticas que serían “salvíficas” no de modo colectivo o político, sino en relación con el individuo flotante, reconocido como persona, atendido en sus padecimientos, ayudado en la elucidación de sus valores y la recuperación de sus fines vitales. Un reto cuando la hiperreflexividad y la autoconciencia intensificada quedan interpuestas entre sí mismo y el mundo y el horizonte de sentido vital se ha perdido. En unas circunstancias, las

nuestras, en las que no se flotaría por vacío sino por sobreabundancia de experiencias, sentimientos, expectativas, sentidos, fines, posibilidades de formas de vida..., con la consiguiente dificultad para orientarse y decidir y el peligro de hipertrofia y parálisis en la rumia reflexiva, en detrimento de la búsqueda activa y la consecución de medios para alcanzar los fines.

Al final de su obra el autor incluye su propuesta a favor de una sociedad liberal, inspirada en su versión clásica pero corregida y actualizada, fomentando la vida comunitaria, regenerando la política y la confianza en ella y en las instituciones, y evitando las perversiones del liberalismo, tanto por la derecha económica neoliberal de acentuada desregulación, como por la izquierda identitaria que apela a los sentimientos. Sus ejes son la libertad de expresión, la persona individual como prioridad, la igualdad moral y legal de todos y el mejoramiento personal y social mediado institucionalmente en las dimensiones política, educativa, jurídica y económica.

La educación es considerada además como aspecto primordial y nuclear en la formación para la vida y el ejercicio ciudadano, en la que deberían desterrarse creencias e ideologías desenmascaradas en el libro. Como el fomento de la expresividad romántica asociada a los deseos infantojuveniles, en realidad moldeados (como los de los adultos) por el mercado y su propaganda consumista; la evacuación de las responsabilidades en la medida en que se achacan al cerebro y a los genes; la consideración del alumnado como cliente que tiene la razón; los excesivos énfasis en el yo interior, el mimo, el consentimiento o en la felicidad a toda costa, en detrimento de la aceptación de las dificultades de la vida y del porvenir o el cultivo de otras inquietudes. A la idea de una infancia considerada demasiado vulnerable - y en este sentido fragilizada - y como alternativa mejor al ideal de resiliencia, se propone la aspiración a la “antifragilidad” (Taleb), considerada más que robustez o recuperación, capacidad de asumir incertidumbres y errores, “exposición a las contingencias” y que “prepara mejor para la vida que el halago, la autoestima y, en fin, mirarse al ombligo” con el principio de realidad antepuesto al principio de placer.

La lectura de *El individuo flotante* se presenta como una oportunidad óptima para comprender y hacerse cargo de parte importante de aquello que pasa y que nos pasa hoy. Se hace bajo la bandera del papel irremplazable de las ciencias sociales, las humanidades, las artes y la filosofía, “para repensar el mundo presente”, frente a quienes pretenden esconder, bajo el rótulo de lo naturalmente dado, lo que es resultado de procesos sociales, culturales e históricos que pudieron y pueden desarrollarse de otra manera (“nada mejor para los intereses de los Gobiernos y de las grandes corporaciones supraestatales” el soslayarlo). En coherencia con el cuestionamiento de un modelo biomédico dominante en psicología y psiquiatría, que naturaliza y privatiza malestares y problemas psicológicos, entendidos como “supuestas averías” biológicas o internas, entendibles mejor antes de la hegemonía de ese modelo, “como reacciones ante las adversidades de la vida”, el profesor Pérez Álvarez invita a “considerar que la actual “crisis de salud mental” es en realidad un síntoma de la sociedad en la que vivimos, mejorable siquiera empezando por la reconversión del consumidor en ciudadano”.

Agustín Moreno Fernández  
Universidad de Granada, España  
email: [morenofdez@ugr.es](mailto:morenofdez@ugr.es)