

Y en el marco de este modelo, y desde algunas de esas investigaciones, es desde donde se promueve la anteriormente referida protocolización de los tratamientos psí, reduciéndolo a meras técnicas de acompañamiento de la auténtica terapéutica que no es otra que la biológica.

Por último, otro peligro es el supuesto interés de la clase política por la intervención familiar, mediante la creación de servicios supuestamente destinados a ello, con nombres muy acertados; pero que en muchas ocasiones carecen de lo necesario: profesionales formados (la mayor parte de las veces no se exige especialización), con clara precariedad laboral, dado que muchas veces se trata de subcontratas con empresas (entre ellas filiales de las grandes constructoras), instalaciones inadecuadas y no dotadas, lo que puede provocar la paulatina degradación de la imagen y valor de la intervención familiar.

Cambios sociológicos: las nuevas familias

En los últimos 50 años se han producido diversidad de transformaciones que han provocado un cambio importante no solo en la forma de vida de las familias, sino también en su estructura, en los modos de relación, al igual que en las parejas.

La inicial nuclearización de la familia producida en la primera mitad del siglo 20 ha dado paso a un más que irrefrenable proceso de individualización de la sociedad, proceso por el que cada vez el encuentro entre las personas se ha ido mediatizando con la tecnología, perdiendo el cara a cara, perdiendo el ágora, habiendo sido esta última deficientemente sustituida por la obligada visita al centro comercial el sábado tarde.

Este proceso está facilitando un incremento drástico de las personas que viven solas (no hay más que mirar lo que ocurre en los países escandinavos) a la vez que la aparición de nuevas formas de convivencia como los lat (living apart together) parejas en las que cada uno vive en su casa, pero pernoctan juntos de cuando en cuando, con compromiso o no de fidelidad, o los llamados singles, figuras todas ellas que representan a la perfección la ya mencionada individualización progresiva.

El incremento de los divorcios, claramente relacionado entre muchas otras cosas por la nueva pareja postmoderna, que como dicen Linares y Campos se fundamentan en la consecución de sus logros personales y en el hedonismo, unido a la necesidad de afecto, está facilitando la aparición de un nuevo prototipo de familia, prototipo que probablemente en pocos años se va a convertir en el modelo habitual. Estoy hablando de las familias reconstituidas o ensambladas como dicen los colegas de América latina. Familias en las que no queda bien delimitado el rol del adulto conviviente no progenitor (no es un padrastro, no tiene poder, etc) y en las que su complejidad (que no imposibilidad) exige siempre unas dosis mayores de flexibilidad y resistencia en la pareja adulta, a la vez que genera con el transcurso del tiempo ciclos vitales en disonancia: un miembro de la pareja quiere hijos aunque el otro ya los tiene, nietos que tienen parecida edad a los hijos, seis u ocho abuelos, diversidad de casas, etc.

Obviamente, y de forma secundaria a los divorcios, aparecen las familias monoparentales como nuevos emergentes, familias caracterizadas por una mayor pobreza y en las cuales se corre el riesgo del desembarco de los abuelos como figuras de poder que

anulan al progenitor. Dentro de este capítulo hablaríamos también del síndrome de alienación parental (SAP), privilegiado campo de batalla en el que exconyuges se convierten en combatientes empeñados en destrozarse al otro, dejando tras de su batalla un reguero de hijos que han perdido el referente de uno de sus progenitores. SAP que obviamente se produce no solo por la más o menos subliminal campaña de desprestigio de uno de los progenitores sobre el otro, ante los ojos u oídos del niño, sino también por la frecuente respuesta orgullosa y vengativa del progenitor rechazado frente al hijo rechazante.

La globalización imperante, gestada inicialmente en lo económico, se ha trasladado a todos los ámbitos de la vida, mostrando curiosidades como las nuevas tribus urbanas entre los adolescentes, jóvenes que, como dice Ballardini, se identifican ya no por unos valores políticos, sino por una estética y gustos determinados, en ropa, en música y en modos de vida. Son grupos identitarios que trascienden las fronteras de este mundo globalizado. Así, encontramos emos, góticos, mods, pijos, rockeros, skin heads, grafiteros, etc., los adolescentes inhibidos e inseguros que han decidido despreciar a los pares pues no son más que fuente de conflicto, los niños de clase alta cuidados por el servicio, sin un vínculo sólido, etc. y especial mención me merece la figura de los hikikomori en Japón, muchachos que deciden encerrarse en casa y no salir, pues el mundo y especialmente la hipercompetitiva sociedad nipona no les ofrece nada valioso. Todos ellos conforman una “nueva” constelación de emergencias sintomáticas que obligan a los terapeutas a elaborar nuevas consideraciones.

La crisis económica está provocando paulatinamente en algunos países occidentales

la aparición, o reaparición, de estructuras familiares ya olvidadas. Me refiero a esas familias o esos adultos independizados largo tiempo ya, que por la difícil situación económica han tenido que regresar a la casa de origen, a la de sus propios padres, para ubicarse en alguna de las habitaciones de la casa, convirtiéndola en lo que se ha venido en llamar la habitación-apartamento, viviendo merced a los generalmente pobres ingresos de los padres (abuelos) y creando una situación no libre de tensiones por los límites y los roles. También se ha acuñado el término, en relación a los adultos que regresan, de “mama hotel”. Lamentablemente vamos a encontrarnos cada vez más con estas nuevas-viejas estructuras, estructuras que hace 50 años tenían una cierta coherencia adaptativa pero que ahora son el resultado maligno de una situación de pobreza.

Para finalizar este apartado no podemos obviar el impacto de las nuevas tecnologías y especialmente de las llamadas técnicas de comunicación, entendiéndolo por ello Internet, los sistemas informáticos, y la inmediatez y la saturación de mensajes que nos llegan a diario. No solo por el efecto de criba que ha impuesto, dejando en el limbo de los retrasados a los megatorpes informáticos, generalmente progenitores frente a los adolescentes, sino también por el efecto positivo que ha tenido a la hora de disminuir la sensación de pérdida en las migraciones (la facilidad de mantener audioconferencias a diario con familiares o amigos).

Cambios en la demanda

Las transformaciones anteriores, ligadas a las características de las nuevas familias, caracterizadas en el caso de las intactas por un poder más repartido, no solo entre los géneros sino también entre generaciones, negociación continua, primacía de la

realización personal, presencia de la posibilidad de la disolución, etc. están provocando la emergencia de nuevas demandas terapéuticas en las familias. Ya no cabe resaltar el auge de las parejas que acuden y acudirán a terapia aunque con diversidad de peticiones. Algunas con un auténtico deseo de reconstruir su relación, aunque con la dificultad de enfrentarse a sus demonios cotidianos (familias de origen, proyectos básicos, calidad de la relación, etc.). Otras con la desconfianza instalada en cada uno de ellos, con ese claro mensaje en sus intervenciones que viene a decir: “cambielo/la usted que yo no puedo, y no me pida que para ello tenga que cambiar yo”, por lo que el cambio será difícil cuando en realidad definen la terapia como el “último cartucho”. Y un tercer grupo en el cual uno de los dos mantiene una agenda oculta y solo busca un permiso para marchar.

Obviamente van a ir apareciendo problemas parecidos en las parejas homosexuales. Mención aparte tiene la cada vez creciente presencia de parejas transculturales con las complejidades que, dado su diferente origen, añaden a las demandas y exigen a la pericia del terapeuta: la asunción de la doble identidad.

Pero el grueso de las nuevas demandas tendrá que ver con otros temas. Por un lado las familias reconstituidas, fundamentalmente a través de los conflictos en la nueva pareja a resultas de: las relaciones de cada uno de ellos con los hijos del otro, las injusticias en los tratos a los mismos, los residuos de relación con el/la ex (incluyendo ahí los litigios pendientes), las pensiones que se pagan a los ex y como esto afecta a la nueva familia, el tiempo que se dedica a los hijos no convivientes, etc.

Ligado a esto vendrá la demanda de padres que han perdido o están en trance de perder la relación con los hijos no convivientes, por mediación de un SAP o no.

Otro núcleo de demandas que irán apareciendo cada vez con más fuerza harán referencia a la situación de los adolescentes, desde los inhibidos que no quieren salir de casa (como los hikikomori), a los cada vez más numerosos casos de violencia filio-parental, los enganchados a los juegos de rol por Internet (hay alguno de ellos que tiene muchos miles de jóvenes jugando a diario para lo que gastan cantidades importantes de dinero).

Como dijimos antes, la crisis económica que está afectándonos de manera impredecible, ha generado las nuevas familias de tres generaciones (adultos que por quebranto económico se ven obligados a volver a casa de los padres), familias que vendrán cargadas de problematicidad dada la situación de pobreza y reorganización de los papeles que exigirá su situación, lo que provocará demandas no explicitadas a través de los servicios sociales, convirtiéndose quizás en las nuevas familias multiproblemáticas. En las antiguas estructuras familiares trigeracionales las casas estaban atestadas de niños, en estas lo estarán de adultos.

Dentro del modelo sistémico no quiero dejar de mencionar las demandas que van emergiendo no ya hacia un contexto terapéutico, sino especialmente hacia contextos como el de la mediación y el del coaching. Aún sin ser intervenciones propiamente terapéuticas o mejor dicho clínicas, si son modelos de acción que propician cambios y que tienen en muchos casos raíces sistémicas, o al menos y a mi entender, funcionan mejor si se mueven dentro del paradigma sistémico-relacional. Ambas tienen futuro,

pero a la vez son objeto de controversia, especialmente la mediación, por parte de otras profesiones que con mucho más poder, por su acción o inacción, han conseguido desactivar o reducir sensiblemente una forma útil y sana de resolución de conflictos. Respecto al coaching indicar que hoy por hoy se está centrando en ámbitos organizacionales, pero no solo respecto a la formación de clases dirigentes y medias, sino también a la hora de orientar a los profesionales en su manejo dentro de organizaciones, entrenamiento que debiéramos haber recibido ya en la propia universidad, puesto que todos desarrollamos nuestro trabajo en alguna organización. En cualquier caso, si observamos la evolución en otros países, veremos que las demandas de crecimiento personal también serán canalizadas en parte a través de este contexto de intervención.

Cambios en los terapeutas y en las organizaciones

Parafraseando a Luther King, diría: “I have a dream” en el cual en este país se comprendiera la importancia que para la estabilidad y el desarrollo social tiene una adecuada salud mental de la población, pero no contemplada desde el afán reduccionista de la mera prescripción de un fármaco cuando detrás hay una serie de circunstancias sociales, personales y fundamentalmente relacionales que están generando el desequilibrio y que desde este modelo protocolizado o meramente biologicista son claramente obviadas cuando no negadas. Sueño con un país en el que los fenómenos del maltrato no sean tratados exclusivamente a través de las órdenes de alejamiento o la cárcel, sino que sean prevenidos mediante la educación en la escuela pero también desde unos servicios de atención a familias y parejas que atajen los problemas de las mismas desde

mucho antes de aparecer el maltrato. También considero que no se debe renunciar al trabajo terapéutico con los maltratadores, pues tienen el mismo derecho a ser rehabilitados que cualquier otro delincuente. Servicios terapéuticos no solo de boquilla, sino con profesionales adecuadamente formados y dotados del personal necesario. Quiero recordar para ello lo aleccionador que resulta el informe de Junio de 2006 del London Economics School, sociedad muy reconocida y claramente alejada de posturas psicologicistas donde se llega a la conclusión de la urgente necesidad de la contratación y formación en el Reino Unido de alrededor de 10.000 terapeutas, siguiendo fundamentalmente criterios económicos, además de las consideraciones de salud.

Todo ello acompañado de las medidas políticas necesarias, como una auténtica conciliación de la vida familiar y laboral, recuperación de los espacios comunales para los niños, etc.

Considero que las organizaciones y los profesionales que trabajan en ellas, especialmente los de contextos biopsicosocio sanitarios, van a comenzar a contemplar los procesos relacionales que inevitablemente se dan en el seno de las mismas y que el profesional en la organización va a ir asumiendo cada vez con mayor consciencia los juegos políticos que se dan en ella.

Los profesionales, terapeutas sistémicos (sean de pareja, familia o de red) tenemos que ir asumiendo las nuevas complejidades familiares y relacionales que están emergiendo en un mundo cambiante, aceptando las nuevas formas organizacionales y desprendiéndonos de modelos normativizados de lo que es o debe ser una familia o una pareja, con una concepción abierta a las nuevas estructuras y formas de funcio-

namiento. Visionar los adolescentes post-modernos, con la complejidad que conlleva esta sociedad occidental que los empuja cada vez más hacia una competición que en muchas ocasiones aparece de antemano como perdida.

Cambios en el modelo

Obviamente el modelo y las ideas imperantes dentro de la variedad del mismo también irán evolucionando. Si desde modelos estructurales, estratégicos o paradójales iniciales dimos un salto al olimpo seductor del narrativismo en todas sus variantes durante los últimos diez años, la evolución social y de las ideas nos lleva, de la mano de la globalización, a la cada vez mayor apertura hacia una integración en la diversidad. La posibilidad cada vez más rica de que los terapeutas sistémicos puedan combinar claramente modelos y técnicas tan dispares como las intervenciones estructurales, renacidas cada vez con mayor fuerza, a las reformulaciones y redefiniciones constructivistas, pasando por la incorporación (yo diría por la puerta grande) de las antaño denostadas emociones. La recuperación de lo emocional, tanto en la forma en que se realizan las intervenciones o en las técnicas, como y especialmente en la manera de pensar sobre los procesos relacionales [véanse aquí las aportaciones de Maturana (2000) o de Linares (1996)] es una de las ganancias que el modelo está disfrutando en los últimos años y va a disfrutar aún más en los próximos.

Vemos también un futuro en el que la intervención sistémica sobre individuos tome finalmente la alternativa y ocupe un lugar dentro del modelo y de los espacios de desempeño profesional de los terapeutas, probablemente con una sistematización mayor de las aportaciones teóricas. En estrecha

relación con lo anterior, tenemos que mencionar la cada vez más extensa relación de trabajos sobre las bases relacionales de las patologías psiquiátricas al uso: psicosis, trastornos de la alimentación, depresiones, etc. Esperanzados acogemos ese futuro en el que estos trabajos nos muestren guías de comprensión de los fenómenos relacionales que con frecuencia han estado a la base de diversidad de patologías y situaciones de sufrimiento humano.

Por último, esperamos ricos desarrollos en los trabajos sistémicos sobre intervención en redes, tanto de usuarios caracterizados por una problemática común, por edades o cualquier otra circunstancia, como en redes profesionales, profesionales que devienen como usuarios por antonomasia en los territorios de los servicios sociales.

Todo ello desde un profundo respeto a otros modelos y especialmente al entendimiento de que la complejidad del ser humano no puede quedar reducida a una sola mirada, sea esta relacional, cognitiva, psicodinámica o sea biologicista. Mente y cuerpo forman parte de un solo ente: el ser humano y este en su búsqueda del equilibrio y la satisfacción puede y debe usar las herramientas que la ciencia y el conocimiento le han proporcionado, incluyendo ahí también lo biológico y lo químico, pero no solo esto.

Al fin y al cabo la metáfora que siempre me recuerda esta complejidad es la del funcionamiento de los ordenadores: hardware sin software no resulta operativo, software sin hardware no funciona.

Referencias

Ducan, B. "The future of psychotherapy". Revista: Psychotherapy Networker. July/Agost 2001 Traducción: Jo-

sefina Ramírez March Supervisión: Lic Irene Loyácono. Disponible en: <http://www.terapiafamiliar.org.ar/archivos/Barry%20Duncan%20-%20El%20futuro%20de%20la%20Psicoterapia.pdf>

Vannotti, Marco. "La píldora de la felicidad". Revista: Redes: Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales, 2002 Junio.

Linares, J.L. y Campo, Carmen. *Sobrevivir a la pareja: problemas y soluciones*. Editorial Planeta, S.A. Barcelona 2002.

Ballardini, S. A. "Jóvenes, tecnología, participación y consumo". En publicación web: Jóvenes, tecnología, participación y consumo. Sergio Ballardini. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/cyg/juventud/balardini.doc>

London School of Economics "The depression report. A New Deal for Depression and Anxiety Disorders" The Centre for Economic Performance's. Mental Health Policy Group June 2006 http://cep.lse.ac.uk/textonly/research/mentalhealth/DEPRESSION_REPORT_LAYARD.pdf

Maturana, Humberto. "Biología del conocer, biología del amor" Conferencia en la apertura de las JORNADAS DEL AMOR EN LA TERAPIA Barcelona. Noviembre 2000.

Linares, Juan Luis. *Identidad y Narrativa: la terapia familiar en la práctica clínica*. Paidós. Barcelona 1996.

Fecha de recepción: 28/10/2010

Fecha de aceptación: 17/11/2010

Un caso paradigmático de la encrucijada actual en Psicología del Deporte: el trabajo e investigación en motivación

Enrique Cantón Chirivella
Universidad de Valencia (España)
Correo electrónico: canton@uv.es

resumen/abstract:

La Psicología del Deporte y el Ejercicio es un campo de aplicación de la psicología reconocido, tanto en el ámbito académico (oferta formativa, revistas especializadas, líneas de investigación, ...) como en el profesional (labor con deportistas, clubes y otros organismo deportivos, creación de la División de Psicología del Deporte y el Ejercicio del Consejo de Colegios de Psicólogos de España, ...). En ambos contextos, destaca el interés por los procesos motivacionales, lo que ha producido una enorme proliferación de trabajos e investigaciones sobre éstos, sirviendo de ejemplo paradigmático de la evolución del conjunto de este campo de aplicación de la psicología. Así pues, es el momento de hacer un examen crítico de la situación, más teniendo en cuenta que el aumento cuantitativo no ha corrido en paralelo con el cualitativo. Necesitamos aumentar el rigor y la exigencia a todos los niveles, aclarar confusiones y prevenir nuevos errores, tanto en lo que afecta a la formación de expertos –quiénes deben ser éstos-, a la investigación especializada de calidad, e íntimamente vinculado con ella, al ejercicio profesional. Finalmente, se apuntan algunas sugerencias para ayudar a avanzar en esta encrucijada.

The Sport and Exercise Psychology is a field of application of the psychology recognized, so much in the academic area (formative offer, specialized journals, lines of investigation, ...) as in the professional (labour with sportsmen, clubs and other sport organizations, creation of the Division of Sport and Exercise Psychology of the General of Psychologists' Colleges of Spain, ...). In both contexts, emphasizes the interest for the motivational processes, which has produced an enormous proliferation of works and investigations on these, using as paradigmatic example of the evolution of the set of this field of application of the psychology. This way so, it is the moment to do a critical examination of the situation, in which the quantitative increase has not been parallel with the qualitative one. We need to increase the rigor and the exigency to all the levels, clarifying confusions and avoid new mistakes, so much in what it concerns the experts' formation - and those who must be these-, to the quality of specialized investigation, and intimately linked with it, the professional exercise. Finally, some suggestions sign to help to advance in these crossroads.

palabras clave/keywords:

Psicología del deporte; motivación; formación, investigación, práctica profesional.

Sport psychology; motivation; formation; investigation; professional practice.

Introducción

Entrados una década en este nuevo Siglo XXI, la Psicología del deporte se va afianzando como un indiscutible campo diferenciado de investigación y de especialización profesional, lo que puede constatarse mediante diferentes indicadores; por ejemplo, su presencia ya habitual como materia de estudios en las ofertas formativas de grado y de postgrado o la reciente creación por el Consejo General de Colegios de Psicólogos de España de la División de Psicología del Deporte y el Ejercicio, con todo lo que ello implica (Cantón, 2010). Se ha alcanzado, por tanto, un cierto nivel de presencia y extensión cuantitativa en el ámbito de la psicología y sus aplicaciones, pero pese a ser importante esto, no debería conformarnos, si no más bien servir de estímulo y acicate para seguir avanzando en el desarrollo y consolidación de la disciplina. A ello sin duda contribuirá que logremos incrementar el nivel de exigencia, el rigor y la calidad de la labor investigadora y de la intervención profesional, si es que en algún momento no debería haber sido una constante exigencia, quizás suavizada en algunos casos por la falta de suficientes referentes consolidados y una cierta benevolencia por su carácter de incipiente. En este sentido, un caso paradigmático que refleja sin duda esta situación son las investigaciones e intervenciones profesionales centradas en los procesos motivacionales en el deporte.

El enorme interés en el ámbito de la motivación en el campo de aplicación del deporte y el ejercicio ha sido una constante a lo largo del tiempo, desde los primeros trabajos del área, y se ha ido plasmando en una gran profusión de aportaciones en los encuentros científicos y profesionales así como en su numerosa presencia en los me-

dios de difusión especializados. Asimismo, es también usual que se incluya como un aspecto central del trabajo aplicado en los diferentes programas de intervención, técnicas aplicadas y procedimientos de evaluación, dentro y fuera de nuestras fronteras (Cantón, 2000, 2003; Cantón y Garcés, 2002; Cantón y Sánchez-Gombau, 1999; Mayor y Cantón, 1995; Quiñones, Garcés, Peñaranda, López y Jara, 2001; Singer, Hausenblas y Janelle, 2001).

Por otra parte y quizás debido precisamente a que son muchas las personas que se acercan al estudio e intervención en estos procesos psicológicos, hay que señalar que dentro de esa amplia variedad de intereses y trabajos centrados en ellos, se han dado y siguen dándose cierto número de casos que sometidos a un análisis riguroso, tomando en cuenta los conocimientos actuales de la psicología básica sobre los procesos de motivación y emoción, muestran cierta confusión conceptual y en ocasiones un escaso conocimiento elemental de este campo e incluso alguno de ellos muestran una franca ignorancia de los conocimientos científicos actualizados. Como es obvio, el que las investigaciones se lleven a cabo en un contexto aplicado como es el deporte, fuera del riguroso control de un entorno de laboratorio, no debe ser disculpa para renunciar a una buena fundamentación teórica, al estudio previo de los conocimientos especializados recientes existentes o al empleo de una metodología e instrumentación adecuados. Antes al contrario, tenemos que extremar por sistema el rigor y la seriedad de los trabajos e investigaciones en los campos más novedosos (Cantón, 1999). De ahí que, entre otras cosas, debamos alertar de la importancia de que la lectura de cualquier aportación científica o profesional

en cualquier medio de difusión, incluidas las revistas especializadas, deba ser siempre crítica y atenta al cómo se ha llevado a cabo el trabajo, su solidez conceptual, y la corrección en el empleo de sus instrumentos y metodología, para no caer en errores ni en el constante “descubrir la rueda”, que no aportan nada positivo al avance del conocimiento o del ejercicio profesional e incluso pueden llevar a confundir y a desorientar, especialmente cuando se usan estas “aportaciones” por parte de estudiantes en formación, jóvenes investigadores o profesionales que se inician en este campo de aplicación.

Decía Ortega y Gasset (2006 –orig. 1930, p. 5) que “sorprenderse, extrañarse, es comenzar a entender”, o como señalan clásicos de la filosofía de la ciencia como K. Popper (1971), es conveniente de vez en cuando detenerse y analizar dónde estamos y ver hacia dónde nos dirigimos, y ello es seguramente oportuno tanto en la investigación como en el ámbito aplicado. El trabajo profesional dirigido a manejar adecuadamente los procesos motivacionales en la práctica deportiva debe partir, necesariamente, de una adecuada conceptualización, ya que de ella depende que se pueda enfocar la intervención de manera eficaz y eficiente. En muchos casos, encontramos problemas de poca eficacia en la intervención profesional sobre el rendimiento motivacional porque se trabajan aspectos diferentes (motivos, emociones, nivel de activación...) sin la discriminación necesaria y empleando recursos innecesarios o, en el peor de los casos, perjudiciales. Así, debe ser el sólido y extenso conocimiento en psicología, la base que guíe la intervención, nunca planteada como una cuestión de elección, opinión o “punto de vista” personal, si no

siguiendo las directrices que se señalan en la llamada Psicología basada en la evidencia (EBP), que se extiende al resto de áreas de conocimiento.

Otro elemento a tener en cuenta es la a veces difícil discriminación a la hora de llevar a cabo la intervención, las competencias y tareas propias de nuestra labor profesional respecto a otros profesionales. Es usual diferenciar la labor indirecta de la que se lleva a cabo directamente con el propio cliente, que en el caso del deportista se suele englobar con el calificativo de entrenamiento o preparación psicológica, y que en el caso de los procesos motivacionales pasa por la aplicación combinada de diferentes procedimientos de evaluación (entrevista, observación, cuestionarios y, en algún caso, medición de variables psicobiológicas), para posteriormente desarrollar sus habilidades de autocontrol y regulación de la conducta motivada mediante diferentes procedimientos técnicos. Las vías de intervención que se engloban con el calificativo de indirectas se caracterizan por que los cambios buscados en el deportista (o el cliente foco de la intervención en cada caso, como podría también ser un árbitro, un entrenador o cualquier otro componente humano del entorno del deporte) se realizan asesorando y generando influencias desde su entorno social, desde la familia hasta los profesionales del deporte con quienes interactúa, destacando habitualmente entre ellos por su relevancia la figura del entrenador/a. Es especialmente en estos casos de colaboración multi e interdisciplinar, cuando resulta más importante conocer los elementos esenciales de nuestro rol profesional, nuestras competencias, que nos ayuden a entender qué parte de la labor corresponde en exclusiva al desempeño de nuestra profesión, qué

parte compartimos y qué parte nos es ajena. En ese sentido, ya hace tiempo que desde el Colegio Oficial de Psicólogos de España, se intenta avanzar en esta delimitación del perfil con la elaboración de documentos de base en ese sentido y sus posteriores actualizaciones, en general (COP, 1998; 2006), así como algunas aportaciones focalizadas en alguna de sus subespecialidades (Sánchez-Gombau, 2010; Sánchez-Gombau y Sánchez-Eizaguirre, 2010).

Por todo ello, en este artículo breve se pretende llamar la atención sobre algunos aspectos referidos a la formación, a la investigación y, sobre todo, a la aplicación práctica, en el campo de la motivación en el deporte y el ejercicio físico, y que se exponen sucintamente por separado. La intención es contribuir a reflexionar sobre la situación, con el fin de que nos ayude a actuar con precaución, a diferenciar investigaciones y aportaciones de bajo nivel de otras, a eliminar o al menos reducir al mínimo las que realmente no aportan nada relevante –por más análisis estadísticos o gran número de sujetos que se hayan empleado–, y exigir y promover un enfoque centrado en la búsqueda de calidad.

Formación

Cualquier campo de aplicación necesita de una base sólida en que sustentarse y si nuestro objetivo es que la Psicología del Deporte y el Ejercicio se desarrolle y crezca exponencialmente, con fortaleza, debemos esforzarnos por ofrecer una formación rigurosa y de calidad. Una de las razones, empleando una terminología coloquial, es intentar conjurar en lo posible el peligro posterior de “actuar sin base suficiente” en lo aplicado. Otra razón es contribuir a aumentar la calidad de las investigaciones,

ayudando colateralmente a identificar la capacitación real de quienes las realizan, lo que no siempre es acorde con lo exigible, dado que en ocasiones elaboran productos de escaso calado científico quienes, para más perplejidad, se sirven de esa coartada para demandar competencias y autoconcederse licencias reclamando espacios de desempeño profesional. Esto viene ocurriendo con personas sin titulación en Psicología, es decir, sin tener la correspondiente Licenciatura/Grado. Se trata sin duda de una cuestión compleja y espinosa de abordar, pero que si no lo hacemos, corremos el peligro de que la realidad, siempre tozuda, se imponga y acabe perjudicándonos como psicólogos/as especialistas y lo que es seguramente más grave, siga provocando que se presten servicios deficientes y a veces perjudiciales a la población a la que se atiende. Así que, aunque solo sirva para iniciar el debate, podemos plantear algunas cuestiones en ese sentido, y pesar de que lo dicho se focaliza en el ámbito de los procesos motivacionales en el deporte, se podría ampliar a más aspectos dentro y fuera del campo de aplicación de la Psicología del Deporte.

En primer lugar, hay una idea nuclear, un principio básico, al que sin duda nos sumamos la inmensa mayoría, y que plantea el derecho de toda persona a la formación, en cualquier de sus aspectos, así como al derecho universal de participar en las investigaciones que cada cual considere oportuno. Sin embargo, de la misma forma que cuando llevamos a la práctica los principios, como por ejemplo el derecho a la igualdad u otros, necesitamos a veces introducir acciones diferenciadoras para compensar puntos de partida desiguales, también cabe plantearse esta cuestión en los principios arri-

ba mencionados. De forma más concreta y ejemplificando, ¿tiene que ser la formación en aspectos psicológicos de motivación y emoción similares para una persona licenciada/graduada en Psicología que para otra que no tenga esta formación de base? La respuesta a mi juicio es obvia: no, y por varias razones, comenzando porque la asimilación de contenidos y su integración se realiza en el conjunto de conocimientos de cada cual, que sería diferente, lo que produciría un resultado último seguramente deficiente. Por poner un ejemplo, enseñar una técnica de relajación muscular como una estrategia posible para intervenir sobre la dimensión de la activación psicofísica en un proceso de estrés, teniendo en cuenta que la ejecución práctica en sí es muy sencilla –básicamente tensar y destensar grupo musculares en cierto orden –, podría llevar en algún caso a la idea errónea de que es fácil su empleo, sin entender claramente las condiciones de su aplicación o su inaplicación, su efecto sobre el conjunto del proceso emocional, las conductas implicadas en éste y el funcionamiento psicológico general de la persona en su entorno particular. Es decir, podría ser un auténtico desastre, pese a realizar una ejecución técnicamente correcta.

Investigación

Otra cuestión en línea con la anterior, hace referencia al papel de tener –o no– una base importante de conocimientos de psicología para poder hacer una investigación rigurosa y de calidad en aspectos psicológicos, como los procesos motivacionales. Si consideramos que sí, ello pasa por tener una sólida formación científica metodológica y una base de conocimientos que haga que la investigación tenga sentido y sirva para gene-

rar realmente algún avance o mejora. Estos conocimientos se obtendrían a partir de una formación de Grado y de postgrado, siendo esta última una extensión de la primera y no su sustitución, como a veces parece plantearse. Lo contrario sería quizás convertir lo excepcional en la norma, es decir, quizás en algún caso sea posible que una persona haya ido adquiriendo la formación de base necesaria como si hubiera estudiado Psicología, aunque claro está sin someterse a los controles y evaluaciones que comportan el superar estos estudios de Grado. Sin embargo, esa otra vía “informal” o a través de formación parcial o complementaria a otras formaciones de base, seguramente ofrecería dudas acerca de la competencia realmente adquirida, ya que no parece que la autodesignación como experto y competente para investigar en algo sea el camino deseable. Podemos poner como ejemplo un caso al revés, es decir, una persona Licenciada en Psicología que hubiera obtenido un Doctorado en Educación Física y/o cursado un Master en Rendimiento Deportivo. Seguramente se generarían dudas sobre si es lo adecuado que un psicólogo/a dirigiera una investigación, por ejemplo, sobre cuestiones como la biomecánica de los saltos de longitud, la relación ente la fisiología de los cambios en consumos máximos de oxígeno y la mejora del rendimiento deportivo, o el estudio semiológico y contextual de la danza. Otra cuestión, sin duda diferente, es la posible y sin duda deseable colaboración multidisciplinar en algunas investigaciones, si bien teniendo en cuenta que sería probablemente preferible el hacer coincidir la orientación y/u objetivos principales de la investigación, con la dirección y/o peso fundamental de las personas con la formación acorde con ello dentro del equipo.

También es cierto que ante la posible inadecuación o insustancialidad de una investigación que parta de una base de conocimiento deficitaria, se cuenta con ciertos controles para evitar su difusión a posteriori, fundamentalmente los filtros establecidos por las revisiones de pares en las revistas especializadas de cierto nivel, lo que ayuda a reducir pero no evita por completo su presencia (algunos que se pueden “escapar”, por diferentes razones, a la criba) ni la aparición en otros medios de estos trabajos de escaso calado e incluso erróneos, accesibles a estudiantes, investigadores y profesionales. También podríamos analizar la presencia de estas deficientes aportaciones en otros medios de difusión, como libros editados con controles menos rigurosos o la presencia en documentación de congresos, jornadas y similares, donde en ocasiones solo se puede evaluar un resumen inicial no siempre clarificador o en los que directamente no existe un proceso riguroso de filtrado.

Otra cuestión también a plantearnos es interna a la propia Psicología y se relaciona con el hecho de que en nuestra disciplina conviven y entremezclan dos formas diferentes de estructuración interna: una subdivisión en áreas de conocimiento (básica, evolutiva, psicobiología, social,...) y otra basada en los diferentes campos de aplicación (clínica, educativa, recurso humanos, deporte, seguridad vial...). Esta estructuración, junto con el hecho de que de momento nuestra titulación de Licenciatura/grado sea de tipo generalista, sin especialidades formales, nos debe hacer reflexionar sobre la necesidad de una especialización posterior donde se combinen ambos elementos estructurales. Es decir, que para investigar en una subárea de conocimiento parece co-

herente especializarse en ella, mientras que para investigar en un campo de aplicación, sería conveniente formarse en las diferentes aportaciones que en relación con ese ámbito se aportan desde las distintas subáreas de conocimiento en psicología. En ese sentido, podríamos decir que la investigación sobre procesos motivacionales y emocionales es un campo de investigación propio de la Psicología Básica, al formar parte de lo que caracteriza ésta área, como así consta tanto en los planes de estudio a extinguir de la Licenciatura como en los actuales de Grado, lo cual no obsta para que sea conveniente y seguramente deseable, que se estudien desde otras perspectivas la plasmación de estos procesos en los diferentes campos de aplicación, su papel en los procesos grupales, el conocimientos de sus componentes psicobiológicos o cuestiones similares. El riesgo de encontrarnos con aportaciones digamos prescindibles es probablemente mayor cuando no se da esa sincronía entre lo que se sabe y lo que se investiga, problema al que no parece dar solución clara una formación de posgrado universitaria que se ofrece muy abierta a diferentes formaciones de base, incluidos no psicólogos/as.

Intervención profesional

Por último, pero no por ello menos importante, nos encontramos con la necesidad de diferenciar entre una correcta práctica aplicada y aquellas otras intervenciones que sin una adecuada base de conocimientos se realizan en el ámbito del deporte, focalizada en este caso sobre aspectos motivacionales. De entrada, parece estar más vigente que nunca aquella vieja idea de que “no hay nada más práctico que una buena teoría”. Sobre todo si sustituimos el denostado término de “teoría” a veces planteado erró-

neamente como “contrario e inútil para la práctica”, por el de “conocimiento”, sin el cual cualquier práctica se convertiría en un mero actuar a ciegas, que ninguno querríamos sufrir, ni en intervenciones psicológicas ni de cualquier otro tipo.

En relación con los procesos motivacionales muchos y variados son los errores conceptuales de partida que podemos constatar entre los no especialistas, como ya se ha señalado en algún otra ocasión (Cantón, 1999). Podemos encontrarnos con usos coloquiales que requieren su “reconversión” científica, como por ejemplo afirmaciones del tipo “ha perdido la motivación” o “no encuentra su motivación”, como si la motivación fuera alguna cosa u objeto que se encuentra en un lugar concreto y que puede encontrarse o desaparecer. Otro caso de confusión que podríamos mencionar es el convertir un elemento en particular de los procesos motivacionales, como la orientación de meta, la autoeficacia, la autodeterminación, la búsqueda de sensaciones o cualquier otro, por alguna suerte de moda pasajera o por su elevada presencia en publicaciones en un momento dado, en la panacea explicativa de toda la dinámica motivacional del deportista y en eje central de cualquier evaluación y/o actuación profesional. Este enfoque, en que la parte se confunde con el todo, nos puede llevar además a restar eficacia a la intervención sobre los procesos motivacionales, ya que como es sabido estos forman un conjunto dinámico y coherente, de tal forma que la influencia sobre cualquiera de sus variables (expectativas, atribuciones, objetivos...) afecta al conjunto, y hay que elegir la vía de trabajo más adecuada en base a una precisa evaluación del caso en que estamos trabajando, no por los efectos de modas pasajeras.

Habitualmente, se comienza el trabajo aplicado en motivación por una demanda explícita por parte del cliente, que nos solicita intervenir sobre esos aspectos, o bien porque son elementos centrales que suelen formar parte de cualquier programa de intervención en el deporte. La labor se inicia con una evaluación del perfil motivacional, de las variables fundamentales, personales y del entorno, encontrándonos con una dificultad inicial que consiste en la todavía importante carencia de instrumentos debidamente validados (García-Mas, Estrany y Cruz, 2004; González, 2010), que no pueden ser sustituidos por los simplemente traducidos o por algunos que sencillamente se han aplicado con algún grupo de deportistas, normalmente muy concreto, lo que a decir de los expertos en metodología, comporta serias dudas de que se puedan extrapolar los resultados para su uso con otros colectivos diferentes (otros deportes, edades, nivel competitivo, etc.). Ciertamente, si se dispone de una sólida base de conocimientos en Psicología, los datos obtenidos mediante estos instrumentos, pese a sus carencias formales, permiten un análisis e interpretación posiblemente adecuado y útil, ya que al fin y al cabo el objetivo en la intervención profesional es tener una comprensión básicamente cualitativa, es decir, los datos nos interesan en la medida en que permiten el conocimiento de la persona, y un ítem no deja de ser en su esencia un reactivo, una pregunta o cuestión, a partir de cuya respuesta obtenemos conclusiones basadas en el conocimiento científico acumulado. Por el contrario, incluso el más validado de los instrumentos se vuelve inútil si quien lo emplea carece de los conocimientos adecuados ya que con gran probabilidad su interpretación será insuficiente y/o errónea. De todas formas, plantear que el uso de los instrumentos de evaluación y

diagnóstico es una competencia propia de los psicólogos/as sobre la que hay que reflexionar no es nada nuevo (Muñiz y Hambleton, 1996; Muñiz y Fernández-Hermida, 2010), si bien sería oportuno mejorar su regulación y endurecer los criterios para su uso, pues a veces llega a “popularizarse” tanto, que hasta se han encontrado algunos instrumentos disponibles por Internet y de autoaplicación, en ocasiones incluso dentro de programas oficiales, como el de selección de talentos deportivos que hace unos años dependía del Consejo Superior de Deportes de España.

Una vez realizada una correcta evaluación inicial, combinando con criterio y conocimiento los diferentes procedimientos a nuestro alcance (entrevista, tests y cuestionarios, observación...) y sabiendo que en realidad se trata de un proceso continuo y, en cierta manera, parte también de la propia intervención que se va a desarrollar. La aplicación de las diferentes técnicas y estrategias de trabajo motivacional deberá estar guiada y ajustada a la información obtenida, realizando correctamente no solo su aplicación técnica (el cómo hay que hacerlo) si no también su uso estratégico y combinando (cuándo, en qué orden, en función de qué, mediante qué procedimiento...) De nuevo, nos encontramos con la necesidad de que el conocimiento que proporcionan los estudios de Psicología sustenten la intervención, tanto si es para una aplicación directa del profesional como si la labor se hace de manera indirecta, de forma inter y/o multiprofesional.

Algunas ideas para resolver la encrucijada

Una vez planteada una posición crítica alejada de la autocomplacencia y de la ne-

gación de la realidad, que como solemos indicar a nuestros clientes no nos ayuda a mejorar, es el momento de esbozar algunas ideas dirigidas a buscar soluciones y elevar lo más posible la consideración de este campo de aplicación de la psicología que, creo sinceramente, tiene por delante un futuro pleno de posibilidades si somos capaces de hacerlo avanzar en una buena dirección y con la intensidad suficiente, es decir, adecuadamente motivados.

Desde este enfoque siempre constructivo, se pueden señalar algunas propuestas dirigidas por una parte al ámbito de la formación/investigación y por otra a la labor profesional aplicada. Comenzando por la primera y aunque parezca de Perogrullo, es algo totalmente necesario que cualquiera que sea el área de conocimiento del que parta el interés por investigar sobre este proceso motivacional, debe fundamentarse en sus específicos conocimientos y enfoques, lo que sería extensible a las diferentes áreas de conocimiento dentro de Psicología. Es decir, es importante que la investigación esté bien orientada, de tal forma que no se pierda calidad y precisión por estudiar unos aspectos o dimensiones de la dinámica psicológica humana desde un área o subcampo de conocimiento que, sin embargo, está realmente especializada en otro enfoque diferente. Por poner algún ejemplo, los procesos motivacionales también se podrían abordar, entre otras, desde una perspectiva psicobiológica o psicosocial, en el primer caso, investigando por ejemplo las bases biológicas del refuerzo o, en el segundo, viendo como los diferentes estilos de liderazgo de un entrenador pueden facilitar el desarrollo de una orientación de meta en un grupo. Lo que quizás sería menos adecuado, sería hacerlo al revés. Por

eso, es recomendable y así se viene potenciando desde hace algunos años a través de las directrices y criterios de evaluación marcados en las convocatorias de proyectos de investigación, que se formen equipos multiárea, especialmente cuando lo que se investiga trasciende lo específico de un área concreta. Dicho de forma sencilla, parece razonable que cada cual se dedique a lo que realmente sabe.

Por otra parte, si se trata de investigadores o de un equipo dirigido por personas con otra formación distinta a la psicología, es conveniente que se indique de forma clara, fundamentada y explícita el enfoque del trabajo, para identificar con nitidez el objetivo de esa investigación y cuál es el papel de las variables motivacionales en ella, con el fin de ayudarnos a interpretar el alcance de las conclusiones mostradas, sus limitaciones y condicionantes, discriminar los meros datos referidos a estas variables de lo que seguramente serán las aportaciones sustanciales referidas a otros aspectos, o incluso ayudarnos a establecer su grado de credibilidad. Pongamos un ejemplo ficticio: un equipo de investigación de filólogos se interesa por cómo ha ido evolucionando el lenguaje en lo referido al agonismo o lucha por la superación en el deporte a lo largo del tiempo, e incluyen en sus pesquisas las vicisitudes de términos relacionados con ello y vinculados con los procesos motivacionales, como “reto”, “logro” o “éxito/fracaso”. Si a partir de este estudio se establecieran conclusiones sobre los procesos psicológicos motivacionales en el deporte, más allá de lo filológico, tendríamos seguramente que tomar con mucha prevención esos asertos si no rechazarlos de plano, pese a que la investigación pueda estar metodológica y estadísticamente bien realiza-

da. Otra cuestión, muy positiva, sería que a raíz de lo obtenido en la investigación filológica realizada se pudieran establecer posibles ideas e hipótesis de interés para la investigación psicológica.

La intervención profesional

En el campo de aplicación profesional, la posición de partida es muy clara: el trabajo centrado en la dimensión psicológica del ser humano, que incluye lógicamente sus procesos básicos como los motivacionales, son competencia de los psicólogos/as, tanto si está acogido bajo el nombre legalmente reservado de Psicología, como si forma parte de intervenciones amparadas bajo términos más o menos “abiertos”, como por ejemplo el de *coaching* u otros similares, en las que sus contenidos son claramente psicológicos.

Es del todo imprescindible seguir avanzando en la delimitación de nuestro rol profesional, las funciones y competencias que nos incumben, las que nos son propias y exclusivas, paralelamente al establecimiento de líneas de trabajo y criterios de colaboración con otros profesionales, discriminando y clarificando tareas y responsabilidades en diferentes planos de cooperación, básicamente, cuando desarrollamos nuestras tareas dirigidos por otros o cuando dirigimos a otros en sus tareas. Podemos poner algún ejemplo: una persona especializada en dietética y nutrición puede plantearse la necesidad de que un deportista cambie sus hábitos de alimentación. Un psicólogo/a, bajo la dirección del nutricionista, aportaría sus conocimientos para que esa gradación de objetivos esté motivacionalmente bien establecida (objetivos planteados de forma escalonada, difíciles pero realistas, centrados en tarea...). Otro ejemplo: un entrena-

dor podría querer aumentar el rendimiento y satisfacción de su equipo de juveniles con sus entrenamientos, así y bajo su dirección, el psicólogo/a analizaría y suministraría información sobre la interacción con los componentes del equipo, en aspectos tales como por ejemplo el tipo de contingencias que prevalecen ante los errores o aciertos que comenten.

Desde otra perspectiva de colaboración, en la que el Psicólogo/a dirigiría la acción, podemos poner también algún ejemplo. Imaginemos que estamos trabajando la mejora del autocontrol emocional con un deportista que cuando las cosas no van como quiere, se enfada y se muestra agresivo, bajando también su rendimiento deportivo. Dentro de nuestra labor de entrenamiento psicológico de manejo emocional, podríamos pedirle al entrenador o al preparador físico, que después de las sesiones de entrenamiento, en el tiempo de “vuelta a la calma”, le recordara al jugador que tiene que practicar alguna técnica de desactivación, incluso que le ayudara a recordarle cómo es y/o registrar su cumplimiento y efecto.

En general, la labor profesional en el campo de aplicación de la Psicología al deporte y el ejercicio, centrado en las variables motivacionales (expectativas, atribuciones, autoeficacia,...) tiene que partir del conocimiento básico de estos procesos y de cómo afectan a la dinámica de funcionamiento en esta actividad social, esté dirigida al rendimiento, a la enseñanza, a promover la salud, o a cualquier otro objetivo (o combinación de ellos). Una vez implementados los diferentes procedimientos de evaluación, que como hemos señalado debemos diferenciar de la evaluación desde una perspectiva de investigación, pondríamos en marcha las distintas vías de influencia motivacional

para regular y, en su caso, potenciar el papel de estos procesos en el desarrollo psicofísico, deportivo y personal de nuestro cliente, individual (deportista, practicante de ejercicio, entrenador...) o colectivo (equipo, club...)

El recurso más habitual dentro de nuestra disciplina para el trabajo motivacional consiste en recurrir a distintos procedimientos, más o menos estructurados, de mediación cognitiva. Éstos tienen como objetivo el influir en los componentes cognitivos de nuestros procesos motivacionales y/o emocionales, ayudándonos a dirigirnos en la línea adecuada y con la intensidad conveniente. Para ello y de forma esquemática, tan importante es intervenir sobre lo que nos decimos a nosotros mismos como lo que desde nuestro entorno nos llega, especialmente si trabajamos con menores que se encuentran en proceso de formación. Así, mediante cualquier combinación de los diferentes procedimientos de los que disponemos en psicología, como la reestructuración cognitiva, el método socrático, la PNL, la reformulación sistémica de identidad y narrativa, o cualquier otra, podemos influir en la dinámica motivacional incidiendo en alguna o varias de sus dimensiones si bien, para ello, debemos conocerlas en profundidad. Por ejemplo, para poder enfocar adecuadamente las atribuciones de un deportista cuando se encuentra con un acontecimiento valorado subjetivamente como un fracaso o un éxito, debemos previamente saber qué tipo de atribución es el que mejor (o menos malo) efecto motivacional y emocional produce, para cotejar cómo lo plantea y en caso de desajuste, emplear alguno de dichos procedimientos para mejorarlo.

Por otra parte, entre otras de las estrategias de regulación motivacional más empleadas

por su eficacia y sencillez, destacan la de la planificación de objetivos y el manejo de contingencias. La técnica de planificación de objetivos tiene una larga tradición en diferentes contextos, comenzando por el laboral, pero se viene aplicando con mucho éxito en los entornos de la actividad deportiva. De hecho, los objetivos son una parte frecuente y a veces esencial de la propia actividad físico-deportiva, formando parte habitual de los programas de entrenamiento y de competición. Esta última es la razón por la cual es usual que la labor del profesional de la psicología no sea tanto elaborar una planificación como el comprobar que, efectivamente, la que se ha planteado cumple con todos los requisitos y características que debe tener una planificación bien realizada desde la perspectiva de la psicología. Por ejemplo, se podría empezar por comprobar si efectivamente las metas de trabajo se han formulado en términos de tarea y no de resultado o comparación social, cosa no siempre fácil en los entornos deportivos competitivos. Previamente, si sabemos lo suficiente de psicología de la motivación, nos habremos asegurado que la persona está orientando sus expectativas de logro de una forma adecuada, hacia la consecución de éxito y no hacia la evitación del fracaso, aspecto que no es inusual entre neófitos que se confunda con la orientación de meta.

En lo referente al manejo de contingencias, es una de las vías más aparentemente sencillas en la labor de desarrollar un buen ajuste motivacional y, quizás por ello, es usual también implicar en su uso al entorno de los deportistas o del cliente en particular con el que trabajemos, que podría ser asimismo el propio entrenador, un árbitro o cualquier otra persona del entorno del

deporte y el ejercicio. La comprensión de los elementos básicos de las contingencias y de sus principales efectos es lo suficientemente sencilla como para usarlos incluso mediante una vía indirecta, instruyendo en su manejo a profesionales no psicólogos como, por ejemplo, podría ser un entrenador o un monitor de ejercicios, con el fin de apoyar que el deportista se sienta motivado por participar en situaciones de rendimiento, aumentar su bienestar y reducir el riesgo de abandono. Sin embargo y aun así, sabemos perfectamente que esa supuesta sencillez es más aparente que real y que para la aplicación efectiva de estos procedimientos es más que conveniente que, al menos, sea dirigida y supervisada por una persona titulada en Psicología, con formación amplia y a ser posible especializada. También aquí disponemos de gran abundancia de ejemplos de errores cometidos por carecer de esa formación y/o no ser debidamente supervisado, de los que mencionaré uno que he podido observar en más de una ocasión. Se trata del caso de un profesional que dirige a un grupo de menores en su actividad deportiva y que tiene a uno de ellos que es especialmente díscolo y problemático. Como conoce los principios básicos de las contingencias (refuerzo, castigo, omisión...) decide aplicarlos y cuando ese deportista se porta de forma inconveniente lo ignora y lo aparta temporalmente de la actividad para que reduzca ese comportamiento. Asimismo, cuando comienza a dar muestras de actuar correctamente, en la línea positiva que ya venía realizando el resto, lo colma de premios para reforzar el cambio. Efectivamente comprueba con satisfacción que la conducta de ese deportista ha mejorado, pero observa consternado y confuso que comienzan a portarse de forma incorrecta unos cuantos de su grupo que

antes sin embargo actuaban bien. ¿Qué ha ocurrido?: cualquier Psicólogo/a sabe perfectamente qué errores ha cometido.

Por último, cabe mencionar el papel que tiene el aprendizaje de las habilidades de auto-regulación emocional como una vía de intervención profesional que también va a actuar sobre los procesos motivacionales. Además de la evidente utilidad de aprender el manejo emocional por sus efectos directos sobre la actuación deportiva y la promoción del bienestar personal, las conductas guiadas hacia una meta (motivadas) dependen en gran medida de su valor, es decir su carga afectiva agradable o desagradable, en esa combinación básica de fuerza motivacional que combina la expectativa con el valor del objeto-meta al que nos aproximamos o del que nos alejamos. Asimismo, como sabemos en psicología, cada emoción básica y patrón emocional comporta una tendencia a la acción que interactúa con otras variables psicológicas que intervienen en el proceso motivacional, contribuyendo a que nuestro comportamiento se inicie en una determinada dirección, se mantenga y/o cambie, y definitivamente cese.

Para concluir, tan solo reincidir en la idea básica y paradigmática de este escrito: buscar la calidad y aumentar la exigencia de rigor, tanto en la investigación como en la práctica profesional en psicología del deporte y el ejercicio. Para ello, es necesaria una importante base de conocimiento, una formación consistente y fundamentada que debe dar el Grado en Psicología, que puede y seguramente debe ser complementada con formación de posgrado (no sustituirla como a veces parece plantearse). En la investigación, tenemos que apuntar hacia la búsqueda de excelencia, evitando aplicar raseros de “todo a cien” que permiten la presencia

y a veces la prevalencia de -siendo generosos- trabajos de poco nivel. A nivel de ejercicio profesional, es absolutamente imprescindible que veamos por que se tengan las capacidades, habilidades y competencias necesarias para trabajar los componentes motivacionales de la conducta (y cualquier otro aspecto psicológico), como base de cualquier intervención. Ese es uno de los papeles relevantes de un colegio profesional y uno de los importantes retos a los que tenemos que enfrentarnos desde nuestra recién creada División de Psicología del Deporte y el Ejercicio. La labor debe ir hacia dentro, controlando e impidiendo malas praxis, si así se producen, con algún miembro de nuestro colectivo, y hacia fuera, luchando contra el intrusismo y la pseudo psicología de baratillo que pretenden ejercer algunas personas. No podemos permitir, por prurito profesional y en defensa de los intereses objetivos de nuestros clientes, que desde otros ámbitos menos o nada preparados nos coman el terreno. Eso sí, sería bueno que pensáramos si en ocasiones no somos nosotros los que regalamos los “dientes” con los que muerden.

Referencias

- Cantón, E. (1999). Motivación en el deporte, ¿de qué estamos hablando? *Revista de Psicología del Deporte* (Comentarios), 8(2), 277-302.
- Cantón, E. (2000). Motivación en la actividad física y deportiva. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 3 (56), Diciembre (ISSN: 1138-493X). -(2001) *Revista Española de Motivación y Emoción*, Vol. 2, 31-36.
- Cantón, E. (2003). Introducción dossier motivación y emoción en la actividad física y el deporte. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 5 (11-12). Marzo.
- Cantón, E. (2010). La Psicología del Deporte como profesión especializada. *Papeles del Psicólogo*, 31 (2), pp. 237-245.

- Cantón, E. y Garcés de los Fayos, E. (2002). Motivación en la actividad física y el deporte. En F. Palmero, E. G. Fernández-Abascal, F. Martínez y M. Cholz (coord.): *Psicología de la Motivación y Emoción* (pp. 453-470). Madrid: McGraw-Hill
- Cantón, E. y Sánchez-Gombau, M.C. (1999). Los Congresos Nacionales de psicología del deporte a través del análisis de sus actas. En G. Giménez y E.J. Garcés (Coord.): *La psicología del deporte en España 1999* (pp. 55-64). Murcia: Sociedad Murciana de Psicología de la Actividad Física y el Deporte.
- Colegio Oficial de Psicólogos-COP- (1998). *Perfiles profesionales del psicólogo*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Colegio Oficial de Psicólogos-COP- (2006). Perfiles profesionales del psicólogo del Deporte. *Actas de las I Jornadas de Psicología Aplicada al Deporte: el Ejercicio Profesional*. Colegio Oficial de Psicólogos de España. Valencia, 20-21 de octubre.
- García-Mas, A., Estrany, B., y Cruz, J. (2004). Cómo recoger la información en Psicología de la Actividad Física y el Deporte: tres ejemplos y algunas consideraciones. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 4(1-2), 129-151.
- González, M.D. (2010). Evaluación psicológica en el deporte: aspectos metodológicos y prácticos. *Papeles del Psicólogo*, 31 (2), pp. 250-258.
- Mayor, L. y Cantón, E. (1995). Direcciones y problemas del análisis de la motivación y emoción en la actividad física y deportiva. *Revista de Psicología del Deporte*, 7-8, 99-112.
- Muñiz, J. y Hambleton, R.K. (1996). Directrices para la traducción y adaptación de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 66, 63-70.
- Muñiz, J. y Fernández-Hermida, J.R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 31 (1), 108-121.
- Ortega y Gasset, J. (2006). *La rebelión de las masas*. Madrid: Espasa-Calpe. (Ed. Original: Revista de Occidente, 1930)
- Popper, K. (1971). *La lógica de la investigación científica*. Madrid: Tecnos.
- Quiñones, E., Garcés de los Fayos, E. J., Peñaranda, M., López, J. J. y Jara, P. (2001). Un acercamiento a la comprensión de la psicología del deporte en España. Análisis de la revista de Psicología del Deporte 1992-1999. *Revista de Psicología del Deporte*, 10 (1), 69-81.
- Sánchez Gombau, M.C. (coord.) (2006). *Marketing y recursos humanos en organizaciones deportivas*. Madrid: Editorial EOS.
- Sánchez Gombau, M.C. y Sánchez Eizaguirre, F.J. (2006). Funciones, tareas y perfil profesional del psicólogo del deporte en las organizaciones deportivas. *Papeles del Psicólogo*, 31 (2), pp. 246-258.
- Singer, R. N., Hausenblas, H. A. y Janelle, C. M. (eds) (2001). *Handbook of Research in Sport Psychology* (2nd ed.). New York: John Wiley y Sons, Inc.

Fecha de recepción: 22/11/2010
Fecha de aceptación: 10/12/2010

Historia de la psicología: diez años

Helio Carpintero

Universidad a Distancia de Madrid UDIMA. Madrid

Viene siendo una constante en el desarrollo de la psicología en España, desde su incorporación como grado dentro de los estudios universitarios, la atención que se ha venido prestando al campo de la historia de la disciplina.

Creo que a ello han contribuido diversos motivos: su inicial instalación académica dentro del campo de las humanidades, y más precisamente en las Facultades de Letras – situación hoy ya generalmente superada, al haberse constituido numerosas Facultades de Psicología independientes; la influencia ejercida por existir entre nosotros una importantísima línea análoga, de Historia de la Medicina, que en alguna medida pudo servir de modelo a la hora de implantar los nuevos estudios psicológicos; y, en fin, la especial situación de la psicología española, a la que la Guerra Civil interrumpió su normal desarrollo, tras un cuarto de siglo de ruptura e inconexión con su pasado.

En efecto, nuestra tradición científica se remonta, con rigor, a los comienzos del siglo XX ; o mejor, a 1902, año del nombramiento del médico valenciano Luis Simarro como primer catedrático de psicología experimental en la Universidad de Madrid, en 1902. Desde entonces comenzó a crecer entre nosotros la psicología aplicada. Pero la guerra civil, desmanteló casi todo lo hecho, y fue preciso volver a empezar, creándose un diploma de psicólogo en los años 50, y una licenciatura en 1968, medio siglo

después de la cátedra inicial. La ruptura de la guerra amenazó con destruir la continuidad de nuestra psicología. No obstante, la historia ha ayudado a restañar, en alguna medida, la cicatriz que dejara la contienda. La vocación de los historiadores, pues, ha cumplido en buena medida una función de reconstrucción y paz.

Hacer ahora una breve relación de lo que ha acontecido en la primera década de este siglo puede ser de alguna utilidad. Con demasiada frecuencia, entre nuestros profesionales se desatienden los trabajos de nuestros colegas hispanos, y se mantiene una dependencia casi completa de los trabajos de allende nuestras fronteras. La consecuencia es una imagen débil y empobrecida de nuestra realidad, y una escasa voluntad de afirmación en nuestra sociedad.

Desarrollos institucionales

Un factor importante para el desarrollo del área de historia de la psicología fue la inclusión de esa materia en la formación de nuestros psicólogos. Ello determinó la creación de puestos docentes especializados en todas las universidades, y se formó un amplio número de profesores e investigadores interesado en estudiar temas y figuras propios de la psicología española y también, en muchos casos, de escuelas y tradiciones internacionales. Sus necesidades de trabajo y de comunicación se vieron satisfechas en buena medida gracias a las posibilidades ofrecidas por una sociedad especializada

–la Sociedad Española de Historia de la Psicología–, ya con cerca de tres décadas de existencia, que organiza reuniones anuales, y edita un Boletín, así como la de una revista dedicada a esta temática, la Revista de Historia de la Psicología, ininterrumpidamente publicada desde 1980. Es obligada la referencia a la página web de la sociedad, que hoy sostiene ampliamente la revista y ofrece sus índices, y continua y actualizada información de las actividades societarias (<http://www.sehp.org>). La revista publica las actas de los congresos anuales, y a la altura de nuestros días, reúne ya un material muy rico, diverso, y lleno de datos originales sobre la temática más variada.

Recientemente se han publicado sendos trabajos dedicados al examen de lo aportado al conocimiento historiográfico por la *Revista* y por los Congresos de la Sociedad. Por lo que hace a la primera, en ella ocupan los estudios sobre autores cerca de la mitad de los trabajos (42.8 %), seguidos de los dedicados a áreas temáticas específicas (20.8 %) y a historiografía y métodos (17.8 %), distribuyéndose el resto en varias categorías menores -instituciones, escuelas, terminología, etc. - (Mestre et al., 2005). Y por lo que se refiere a las reuniones de la sociedad, los mismos autores nos señalan que, si entre 1995 y 2000 “el interés se centró básicamente en la conceptualización y los métodos de estudio de la psicología, junto al estudio de las aportaciones del conductismo, el psicoanálisis o el funcionalismo”, en cambio, entre 2000 y 2005 han tenido mayor peso los temas de “la psicología cognitiva, y el estudio de las emociones y de la conciencia” (Mestre et al., 2006,221).

Las aportaciones de tipo histórico, aunque concentradas en alto grado en la revista

indicada, no se reducen a ella. Se han publicado muchos otros trabajos de corte histórico en la *Revista de Psicología General y Aplicada*, varias publicaciones patrocinadas por los Colegios Oficiales de Psicólogos – entre las que menciono, sin pretender ser exhaustivo, los *Papeles del Psicólogo*, *Informació Psicológica*, *Apuntes de Psicología*, o *Psicothema*, entre otras -, junto a otras publicaciones del campo de historia de la medicina y de la educación.

Manuales de historia

La posición de la historia de la psicología como materia obligatoria en el curriculum del psicólogo tuvo también como lógica consecuencia la elaboración y edición de manuales para su estudio, y también de obras destinadas a la formación práctica de los alumnos.

Me atenderé a lo publicado en esta década, y así, en el campo general de la historia de nuestra disciplina, se han de mencionar las obras de JC. Pastor, C.Civera y FM. Tortosa *Historia de la Psicología : Investigación y didáctica* (2000), C. Santamaría *Historia de la psicología* (2001), F. Pérez Fernandez *Breve Historia de la Psicología* (2003), H. Carpintero *Historia de las ideas psicológicas* (2003), A. Cagigas, *Una historia de la psicología*, (2005), F. Tortosa y C. Civera *Historia de la Psicología* (2006) y M. Saiz *Historia de la Psicología* (2009). Un interesante complemento lo constituye el volumen de Ferrandiz, Lafuente y Loredó *Lecturas de Historia de la Psicología* (2001), con textos de valor histórico para uso de los estudiantes.

En el campo más restringido de la psicología en España, cabe mencionar dentro de este apartado la segunda edición renovada del manual de H. Carpintero *Historia de la*

psicología en España, (Carpintero, 2004), así como el volumen de lecturas de Lafuente, Loredó, Herrero y Castro, *De Vives a Yela: Antología de textos de historia de la psicología en España*, (2005).

Y, para completar este apartado tan estrechamente vinculado a la docencia, cabe aquí referirse a la creación de una serie de materiales audiovisuales, de temas históricos, para la enseñanza de la historia de la psicología, dentro de las actividades educativas de la Universidad nacional de educación a distancia (UNED). Constituye una aportación singular, y se ha logrado ahí dejar reunidos muchos materiales gráficos, retratos y testimonios personales de nuestra tradición española. La obra, particularmente potenciada por los profesores de aquella universidad E. Lafuente y A. Ferrandiz (por desgracia prematuramente desaparecida hace unos años), con colaboraciones de otros colegas.

Investigaciones y estudios

Un hecho a destacar es el interés que ha mantenido la organización profesional de psicólogos hacia los aspectos históricos de nuestra tradición. Ya en sus primeros congresos nacionales (1984 y 1990), hubo un espacio dedicado a estos temas, con aportaciones de interés. Y en general, ya va dicho más arriba, en sus publicaciones, y particularmente en los *Papeles del Psicólogo*, hay trabajos que constituyen una fuente imprescindible para el conocimiento de muchos aspectos de nuestra historia.

Debemos recordar, entre otras contribuciones de interés, la exposición y catálogo que sobre *Instrumentos de la Psicología*, organizó el Colegio Oficial de Psicólogos de Castilla y León en 2007. Los autores de la selección, JD.Valdivieso y L. Melero,

realizaron un gran esfuerzo para reunir materiales no sólo gráficos sino también manipulativos – de pruebas psicológicas en su mayor parte –, que proporcionan una imagen interesante del desarrollo experimental en la segunda mitad del siglo XX.

Nos referiremos aquí a algunas de las contribuciones que han ido marcando la reflexión sobre nuestro propio avance en las distintas especialidades, y que de un modo u otro han tenido plasmación en publicaciones que rebasan el espacio de un simple artículo de revista especializada.

Por de pronto, es notorio que la psicología española comenzó siendo un área de estudio esencialmente vinculado a la práctica y a la intervención social. Varios estudios han aportado un conocimiento detallado de distintas dimensiones de esa psicología aplicada. Mencionaré aquí el trabajo colectivo, coordinado por Miguel Ordoñez, *Psicología del Trabajo. Historia y Perspectivas de Futuro* (Ordoñez, 2009). Junto a una historia de las primeras aportaciones a la especialidad anteriores a la guerra civil, hay capítulos dedicados a las figuras destacadas de los años 1950 – 1960 (Yela, Siguán, Píñillos, Forteza, Mateu), y a las particulares historias de las autonomías españolas y las perspectivas de futuro.

Por su parte, Jose Quintana, ha realizado una extraordinaria aportación al conocimiento de la institucionalización de la psicología en el mundo de la universidad española. Su estudio de la creación y provisión de sus cátedras en la primera mitad del siglo XX pone en luz muchos aspectos antes solo intuitivos de los conflictos ideológicos en torno a la psicología en nuestro país (Quintana, 2004, 2008).

Una aportación particular, muy interesante por estar referida al núcleo originario de la

psicología aplicada en nuestro país, es el de Milagros Saiz sobre *Los inicios de la psicología científica y aplicada en Cataluña (1900-1936)* (Saiz, 2002)

Además, se han publicado dos trabajos muy interesantes sobre el papel destacado e irremplazable que ha ocupado TEA, (Técnicos Especialistas Asociados), empresa dedicada en una de sus ramas a la psicotecnia y la psicología aplicada, produciendo y traduciendo pruebas y materiales al servicio del profesional de esta ciencia. Me refiero aquí al estudio de I de Ayerbe Puebla, *La iniciativa privada y profesionalización de la Psicología aplicada en España. Historia de TEA Ediciones (1952-2005)* (Ayerbe, 2006), así como otro de este autor, *Evolución de la Psicología profesional en España. Un estudio histórico desde la especialización disciplinar y la estructuración territorial en Andalucía a través del COPAO*, estudio que es una tesis doctoral del autor, y que está particularmente centrado en los pasos por los que se ha ido asentando la profesión en Andalucía Occidental (Ayerbe, 2008).

También se complementa con los anteriores, al contener un examen detallado y documental de TEA, con una visión desde dentro de la organización, con muchas referencias a la pequeña historia de la incorporación de tests y los contactos internacionales: el libro de Jaime Pereña *Una tea en la psicometría española. TEA Ediciones 1957-2007* (Pereña, 2007).

Uno de los campos aplicados en que ha habido una extraordinaria actividad ha sido el de la psicología de la seguridad vial, que si bien tiene raíces en los años precedentes a la guerra civil, ha conocido en los últimos tiempos una ampliación de sus capacidades, al convertirse la psicología en una

pieza clave en el examen psicotécnico que se requiere para la obtención de permisos de conducción de vehículos. J. Serra y F. Tortosa (2002) han publicado *Una historia de la psicología de la seguridad vial en España*, complementando y rematando publicaciones precedentes de estos autores en ese campo.

Otros estudios de tema psicológico con una perspectiva histórica pueden aún ser citados. Entre ellos recordaré el magnífico estudio de Jose M. Gondra, (2007) sobre *Mecanismos asociativos del pensamiento. La 'Obra magna' inacabada de Clark L. Hull*, una aportación básica al conocimiento de aquella gran figura del neconductismo, fruto de muchos años de trabajo; el de Valiña y Martín, sobre *Psicología cognitiva. Perspectiva histórica, métodos y meta-postulados*, (2000), breve y útil revisión del tema; el editado por Mora y Martín sobre *Inteligencia y razonamiento. Algunas concepciones psicológicas y desarrollos previos* (2007), el de F. Blanco, sobre *El cultivo de la mente : Un ensayo historico-crítico sobre la cultura psicológica* (2002), el de F. Balbuena, (2005), sobre *Psicoterapias cognitivo-conductuales. Desarrollo histórico y estado actual.*, y el del recientemente desaparecido JM. López Piñero, *Del hipnotismo a Freud, Orígenes históricos de la psicoterapia.*(2002).

En el apartado relativo a los estudios sobre autores relevantes, cabe recordar que, con ocasión del centenario de la primera cátedra de psicología, que como ya va dicho, ocupó el médico y psiquiatra Luis Simarro, se realizó una exposición y se editó un amplio catálogo sobre los cien años de psicología que median entre 1902 y 2002, periodo en que se engloba la práctica totalidad del desarrollo de nuestro campo científico

y profesional. El volumen, editado por H. Carpintero, J. Campos y J. Bandrés, (2002), lleva por título *Luis Simarro y la psicología española contemporánea. Cien años de la Cátedra de Psicología Experimental en la Universidad de Madrid*, con interesantes testimonios autobiográficos de algunos de los principales protagonistas de la institucionalización de la disciplina.

También es de señalar la aparición de una biografía muy rica en datos de primera mano acerca de la figura de Simarro, obra de Assumpció Vidal Parellada, que da por vez primera una imagen acabada de la figura del iniciador de la psicología académica española. (Vidal, 2007).

Otra figura notable, mucho más cercana en el tiempo, es la del psicólogo social Ignacio Martín Baró, jesuita y pensador progresista, con un fuerte compromiso social y político con la realidad hispanoamericana, presente en su vida y en su obra. El estudio de Luis de la Corte *Memoria de un compromiso. La psicología social de Ignacio Martín-Baró* (2001) da una visión muy interesante de esta figura, dramáticamente asesinado en El Salvador en 1989.

También en el área de la psicología social, en el que hay ya una cierta tradición de revisiones históricas, se ha llevado a cabo un repaso general de amplios contenidos temáticos, por diversos especialistas, en el volumen editado por Anastasio Ovejero, *La psicología social en España al filo del año 2000 : balance y perspectivas* (2000).

Notas finales

El campo de los estudios historiográficos, como puede verse, ofrece a investigadores y profesionales una cosecha generosa en trabajos originales y significativos. Habría

que añadir que ello se ha venido cumpliendo contra viento y marea, y muy particularmente, contra los hábitos evaluativos en el mundo de las agencias de evaluación de investigación, donde ha sido frecuente aplicar a los trabajos historiográficos, singularmente de temática española, criterios más adecuados a la investigación experimental que a la de tema histórico.

El interés predominantemente nacional de muchos de esos trabajos no facilita una masiva publicación de los mismos en revistas extranjeras de impacto, aunque de cuando en cuando algunos crucen las fronteras y se editen fuera.

Ese criterio de exigencia también ha afectado en muchas ocasiones los concursos a cátedras en nuestras universidades. Los especialistas en historia de la psicología, puestos a competir con otros orientados a temas experimentales o estudio de procesos básicos, han visto menguadas sus esperanzas de éxito, no tanto en razón de la calidad de los trabajos, sino en la menor estimación hacia las investigaciones historiográficas, fuera la que fuese su calidad objetiva.

Es un hecho que algunos de los mejores investigadores en nuestra especialidad han optado por intensificar su trabajo en áreas mejor valoradas por nuestros evaluadores de agencias, y han relegado a un segundo plano sus actividades como historiadores. El lugar de la historia en nuestras ciencias, sean la psicología, las ciencias naturales, y tal vez incluso la medicina y las ciencias de la salud, no terminan de obtener el reconocimiento pleno que haría suponer la convicción consolidada en las pasadas décadas de la índole histórica del conocimiento científico en general, y la historicidad de los supuestos 'paradigmas' que propugnara Kuhn en su día.

En el mundo de la ciencia, y sobre todo de las ciencias que generan técnicas de valor instrumental operativo, un pragmatismo de fácil explicación aunque de corto vuelo ha propiciado una cierta desatención a los temas de teoría de fondo, de epistemología, y de historia de paradigmas, en favor de los aspectos más aplicados y utilitarios.

Los historiadores de la psicología no sólo están hoy haciendo historia, sino que se están ellos mismos y su especialización convirtiéndose en un problema histórico como tal: el tiempo de la crítica teórica y la reflexión histórica pasa hoy por dificultades, y con ello, hay que decirlo también, se acrisola y depura la vocación con que sus autores sostienen sus proyectos y mantienen viva la ilusión del conocimiento.

Referencias

- Ayerbe Puebla, I. (2006) *La iniciativa privada y profesionalización de la Psicología aplicada en España. Historia de TEA Ediciones (1952-2005)*, Sevilla, Universidad de Sevilla.
- Ayerbe Puebla I. (2008) *Evolución de la Psicología profesional en España. Un estudio histórico desde la especialización disciplinar y la estructuración territorial en Andalucía a través del COPAQ*, Sevilla, Universidad de Sevilla
- Balbuena, F. (2005), *Psicoterapias cognitivo-conductuales. Desarrollo histórico y estado actual*. Jaen, Eds. Del Lunar.
- Blanco, F. (2002) *El cultivo de la mente: Un ensayo histórico-crítico sobre la cultura psicológica*, Madrid, Machado libros
- Cagigas, A. (2005) *Una historia de la psicología*, Jaen, Eds. Del Lunar.
- Carpintero, H. (2003) *Historia de las ideas psicológicas*, 2 ed. Madrid, Piramide.
- Carpintero, H. (2004) *Historia de la psicología en España*, Madrid, Pirámide.
- Carpintero, H., Lafuente, E., Quintana, J., Ruiz, G., Saiz, D., Saiz, M., Sanchez, N. (2010). *Historiography of psychology in Spain. The last decade*, *History of Psychology*, 13(3): 277-308
- Corte, L. de la (2001) *Memoria de un compromiso. La psicología social de Ignacio Martín-Baró*, Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Ferrandiz, A., Lafuente, E. y Loredó, JC (2001) *Lecturas de historia de la psicología*, Madrid, UNED
- Gondra, JM. (2007) *Mecanismos asociativos del pensamiento. La 'Obra magna' inacabada de Clark L. Hull* Bilbao, Desclée de Brouwer.
- López-Piñero, JM. (2002) *Del hipnotismo a Freud. Orígenes históricos de la psicoterapia*. Madrid, Alianza.
- Mestre, V. et al. (2005) Un estudio bibliométrico de la *Revista de Historia de la Psicología*, en su vigesimoquinto aniversario, *Historia de la Psicología*, 26(4): 45-70.
- Mestre, V. et al. (2006) La psicología en España a través de los *symposia* anuales de la Sociedad Española de Historia de la Psicología, *Historia de la Psicología*, 27(2-3): 215-223.
- Mora JA. Y Martín Jorge, ML. (eds) *Inteligencia y razonamiento. Algunas concepciones psicológicas y desarrollos previos*, Benalmadena, EDA libros.
- Ordóñez, M. ed. (2009) *Psicología del trabajo. Historia y perspectivas de futuro*, Madrid, Prentice Hall y AEDIPE.
- Ovejero, A. (de) (2000) *La psicología social en España al filo del año 2000: balance y perspectivas*, Madrid, Biblioteca Nueva.
- Pastor, JC., Civera, C. y Tortosa, F. (2000) *Historia de la psicología, Investigación y didáctica*, Valencia, Tirant lo Blanch.
- Pereña, J. (2007) *Una tea en la psicometría española. TEA Ediciones 1957-2007*, Madrid, TEA ediciones.
- Perez Fernandez, F. (2003) *Breve historia de la psicología*, Madrid, Univ. Camilo J.Cela.
- Perez Fernandez, F. (2005) *Imbéciles morales. Consideraciones históricas de la mente criminal*, Jaen, Eds. Del Lunar.
- Quintana, J. (2004) La institucionalización de la psicología en la universidad española. Avatares de sus cátedras en la primera mitad del siglo XX, *Historia de la Psicología*, 25: 17-597.
- Quintana, J., et al. (2008) *El lugar de la psicología en la universidad española del siglo XX*, Madrid, Universidad Autónoma de Madrid
- Saiz, M. (2002) *Los inicios de la psicología científica y aplicada en Cataluña (1900-1936)*, Barcelona, Avesta.
- Saiz, M. (2009) *Historia de la psicología*, Barcelona, Universitat Oberta de Catalunya.

Salas, J. Y Martín, F. eds. (2005) *Aproximaciones a la obra de William James*, Madrid, Biblioteca Nueva.

Serra, J. y Tortosa, F. (2002) *Una historia de la psicología de la seguridad vial en España*. Valencia, Promolibro.

Valiña, MD. Y Martín, M. (2000) *Psicología cognitiva. Perspectiva histórica, métodos y meta-postulados*, Madrid, Piramide.

Fecha de recepción: 29/10/2010
Fecha de aceptación: 10/11/2010

El tratamiento psicoanalítico: perspectivas y futuros

María Cortell Alcocer

Psicoanalista. Especialista en Psicología Clínica

Para celebrar este número cien de *Informació Psicològica*, desde la dirección de la revista me solicitaron amablemente, unas notas acerca de la actualidad del Psicoanálisis y su proyección de futuro. Considero, de entrada, que habrá otras voces más autorizadas que la mía para plantear esta cuestión, y por ello, agradeciendo la invitación, quise acercarme a distintas miradas sobre el tema.

En el momento actual, hablar de perspectivas de futuro en relación a cualquier tema es un difícil ejercicio, que casi ronda la ciencia ficción; pues, tanto en el marco de la biología, de la sociología, de la economía o de la política, las predicciones fallidas abundan y sólo podemos conformarnos con análisis parciales de algunos fenómenos actuales, ya que los movimientos de cambio son frecuentes y, a menudo, inusitados.

El futuro, además, se conjuga hablando también del pasado, pero algunos historiadores nos muestran que en la historia más reciente se puede observar, en general, una invasión de la memoria atravesada por la fragmentación que suponen las cuestiones de identidad, las nuevas tecnologías y la economía como sustitutivo de la política, todo lo cual hace más difícil hacer análisis de futuros en cualquier ámbito y más aún, careciendo de las herramientas imprescindibles de un historiador o de un epistemólogo.

En el Psicoanálisis, tras más de cien años de trayecto en la teoría, la investigación, la formación y la práctica, también la actualidad presenta movimientos paradójicos.

Por un lado, aún considerando la diversidad de escuelas y requisitos en la formación y el modo asociativo, se mantienen los cuatro pilares básicos que cita M Safouan en un texto ya clásico¹, y que son el análisis personal; la formación teórica; la supervisión de casos y el reconocimiento por parte de algunos pares, sea en vínculo asociativo o bien de estructura de trabajo en jornadas, grupos de investigación, etc. Si bien conviven ortodoxias y heterodoxias, el psicoanálisis marca una diferencia radical con algunas psicologías, en cuanto al hecho del reconocimiento del inconsciente freudiano como sustrato principal de la teoría acerca de la subjetividad humana y de la práctica clínica, así como se distancia también respecto de algunas concepciones de la psicoterapia, pues el marco propio al psicoanálisis es aquel en el que el analizante habla a un psicoanalista que mantiene su escucha, pero no le ofrece de antemano un saber acerca del bien, estableciendo, así, un vínculo transferencial en el cual, el saber, va a venir por boca del analizante. Por ello, quedó definido como una nueva modalidad de lazo social articulada a una lógica que rinde cuenta de ello.

¹ Moustapha Safouan: Jacques Lacan y la cuestión de la formación de los analistas, ed. Paidós. Buenos Aires, 1984.

Por otra parte, la división transversal que recorre el campo de la psicopatología, está dibujada, en este momento, no sólo por el eje consciencia/inconsciente, sino por el imperativo del biologicismo, sustento de la psicofarmacología como actuación desde la clínica, y también por la necesidad de normativización que el Estado propone respecto a las prácticas que le convienen al individuo y que definen casi como un corpus jurídico la “salud mental”. Con lo cual la dialéctica ya no queda establecida entre una u otra concepción del psiquismo humano, sino sobre el intento de establecer que los trastornos mentales sean, o no, susceptibles de ser tratados al modo de un resfriado.

Como es bien sabido, la globalización y la permanente presión del modelo neoliberal en cuanto a las relaciones del individuo en la sociedad y el pragmatismo economicista que de ello deriva, ha traído la universalidad y el imperio de los manuales de diagnóstico, concebidos *ab initio* tanto para facilitar los trámites de clasificación y pagos de las compañías aseguradoras americanas como para agilizar el intercambio de información entre distintas instancias burocráticas y clínicas de salud, pero que han devenido en auténticos manuales de estudio. Con lo cual, lo que era un resumen o reflejo pragmático de la enumeración de series de síntomas se ha convertido en la materia de estudio para los psiquiatras y los psicólogos.

Por ello, la psicopatología descriptiva y la minuciosidad de la fenomenología aparecen a ojos de los jóvenes estudiantes como una vieja tela de la que no hacen falta más que unos cuantos retales, que ordenados por orden de frecuencia, o contigüidad, den cuenta de todo aquello que compete

al sufrimiento psíquico del ser humano. Y en esta sucesión frenética de lo antiguo por lo nuevo, se corre el riesgo de considerar al psicoanálisis como anticuado, como de hecho sucede en algunos foros, aunque sólo sea por mantener una lectura atenta de los procesos psíquicos que conducen a la constitución y cristalización de los síntomas. Siendo que ello, con una lectura estructural o no, ha sido el patrimonio, no ya del psicoanálisis, sino de la psiquiatría y la psicopatología clásicas. Nos encontramos que conceptos resumen como autoestima, equilibrio, etc. se convierten en cuadros psicopatológicos a fuerza de su ausencia como ‘falta de autoestima’, ‘desequilibrio emocional’, etc.

Los modelos actuales, útiles sin duda para resumir ciertas circunstancias en el seno de la bio-burocracia, se van transformando en definiciones *per se* de cuadros depresivos, trastornos obsesivos, ansiedad, o trastornos bipolares para sujetos sin historia y sin otra salida que la de engrosar el número de usuarios de los medicamentos equidistantes a cada dolencia. No en vano se advertía en *The British Journal of Psychiatry*² de una cierta alarma sobre el hecho creciente que los malestares derivados de algunas situaciones de injusticia social, marcados por el estrés o por los conflictos laborales, pasen a engrosar el número de diagnosticados por trastornos mentales y por ello el *cuántum* de ciudadanos que requieren una cierta normalización que borre sus signos de malestar, que no estará canalizado por el modelo clásico de confrontación en la sociedad, sino que se vehicula de modo individual y se regula en las consultas de psiquiatría,

² *The British Journal of Psychiatry*, 2006, The Royal College of Psychiatrists: editoriales: La promoción de los medicamentos psiquiátricos y la política neoliberal por Joanna Moncrieff.

o de psicología, en las distintas instancias que la red asistencial mantiene. Quizá habría que tomar en cuenta en este tiempo el consejo de orientación que según Georges Canguilhem, podría dar el filósofo al psicólogo³, en sentido de una elección, entre poder subir desde la Universidad hasta el lugar donde se hallan los grandes hombres de la historia, o descender hacia la Prefectura de Policía.

El psicoanálisis, por tanto, en estos tiempos, se enfrenta, por una parte, al intento de la normativización de las prácticas sobre la salud, -tomemos como ejemplo la enmienda Accoyer⁴ en Francia- y por otra a las propias situaciones paradójicas de la formación que por ser extrauniversitaria circula por circuitos ajenos a los de las acreditaciones oficiales. La cuestión de la formación de un analista que es resultado de una formación teórica y de su propio análisis, bascula desde los inicios; y ya en 1926 en *Psicoanálisis profano* abordaba Freud algunos aspectos diferentes, en parte, a los del momento actual.

³ "...quand on sort de la Sorbonne para la rue Saint-Jacques, on peut monter ou descendre; si l'on va en montant, on se rapproche du Panthéon qui est le Conservatoire de quelques grands hommes, mais si l'on va en descendant on se dirige sûrement vers la Préfecture de Police." *Qu'est-ce que la psychologie?* Canguilhem, G. (1966) Cahiers pour l'Analyse 1. Paris: Seuil.

⁴ En Octubre de 2003, dentro de un proyecto de ley de la salud pública debatido en la Asamblea nacional, el diputado Bernard Accoyer presentó una enmienda para regular la formación de los psicoterapeutas englobando a los psicoanalistas bajo dicho epígrafe. En 2004 se publicó la ley y su artículo 52 pone ciertas condiciones a los psicoanalistas que no estuvieran registrados en listados de asociaciones o no tuvieran diplomas de psicólogos o médicos. Por el sesgo de ese artículo algunas asociaciones accedieron a formar psicoterapeutas psicoanalistas, otras mantienen una posición ambigua y algunas otras se opusieron expresando las diferencias de la formación en psicoanálisis y demandando que no fuese regulada por el Estado ya que la práctica analítica puede verse amenazada como consecuencia de lo que se arriesga a ser extraviado de dicha formación.

Podemos considerar, en razón de los movimientos legislativos en nuestro ámbito, que la normativización es un intento generalizado en toda Europa. Sin embargo, no es así en cuanto a la inscripción de la disciplina en los programas universitarios, de los que está casi por completo borrada en nuestros campus, mientras que no sucede de igual modo en países como Francia, Reino Unido o Alemania por poner algunos ejemplos. Con lo cual, aquí, por ejemplo, nos encontramos con la dificultad de que para ejercer la práctica en psicoanálisis se requiere una formación universitaria, preferentemente en psicología o medicina, pero que el estudiante, durante el recorrido universitario, no tiene apenas noticia de la existencia de tal disciplina, y ello, como es sabido, reduce el número de estudiantes que, de entrada, por su preparación pudieran optar a ciertos estudios de la psicología llamada 'profunda' y pudiendo discernir, si así lo eligieran, acceder después a la formación específica en una escuela. Aún así, hay que subrayar el esfuerzo de algunas instituciones psicoanalíticas por hacerse un lugar en las aulas y mantener un flujo de personas que se interesan primero por la teoría y posteriormente por una formación como psicoanalistas.

En la práctica, el psicoanálisis nos muestra una clínica vigorosa que, como explica Zizek, se instaura sobre la falta de explicaciones que otras disciplinas dejan, siendo "lo que no llega a explicar la ciencia, lo que da lugar al psicoanálisis". Hay muchos psicoanalistas jóvenes que no siguen el modelo de sus maestros y comparten la clínica privada con diferentes modos de actuación en instancias públicas de índole sanitaria, de servicios sociales o de asistencia paliativa. También las nuevas décadas

han traído nuevos pacientes que no seguirían fácilmente un ritmo de más de una o dos sesiones semanales y que abandonan la cura cuando sienten una mejoría para retomarla quizá cuando algo se tuerza de nuevo, tomando así al analista de modo similar al de una medicación tan al hilo de los tiempos. Estas nuevas formas de presentarse la clínica se interroga de modo incesante en los distintos foros de debate, congresos y asociaciones, teniendo luz asimismo en algunos espacios virtuales que contribuyen al intercambio de conocimientos e interrogantes sobre lo que se podría llamar el psicoanálisis que de hecho se practica en la actualidad.

Es lógico que algunos clínicos procedentes de otras orientaciones también se interesen por la teoría psicoanalítica porque si una parte de las teorías *psi* olvidan la comprensión estructural, dejando de ubicar el lugar que ocupa un síntoma en el psiquismo de un sujeto dado, es ahí donde el psicoanálisis establece su campo. Y si en el siglo XX se dieron grandes figuras que fueron desbrozando las relaciones de los síntomas y su contenido patológico en un ser que, por humano es social, y, por social, se sirve y se organiza psíquicamente en el seno de una estructura de lenguaje; en este XXI marcado por la precariedad de los valores y por las prisas por hallar la felicidad soñada, habrá de ser de nuevo desde la clínica desde dónde vayan surgiendo las nuevas respuestas para los nuevos interrogantes.

El debate no se establece ya entre la cientificidad o no del psicoanálisis, pues ya sabemos que no se trata de una ciencia al estilo de las ciencias formales que descubren su objeto construyéndolo, como la matemática; ni como las ciencias de la naturaleza que albergando un componente formal

y otro experimental relacionan un objeto exterior respondiendo a datos empíricos, como la física o la biología. El psicoanálisis se alinea según Roudinesco, más bien con las ciencias humanas que se dedican a comprender los comportamientos individuales y colectivos a partir de tres categorías que son la subjetividad, lo simbólico y la significación. La teoría psicoanalítica se forja entendiendo de la complejidad humana, incluyendo la biología y el comportamiento subjetivo e interpretando los procesos simbólicos manifiestos en las formaciones del inconsciente. De ese modo se diferencia de otros modelos dentro de las ciencias humanas que tienden a eliminar la subjetividad, teniendo en cuenta sólo los procesos biológicos o físico-químicos y cognitivos constitutivos del modelo del *hombre-máquina*. Y como es, por otra parte sabido, respecto a las críticas del experimentalismo, no va a ser reproducible lo que se produce en un análisis; pues, no habrá dos análisis iguales como no hay tampoco dos sujetos iguales.

El debate se situará más bien en si hay una interacción entre las teorías acerca del inconsciente freudiano y las neurociencias, por ejemplo. Pues son fundamentalmente los interrogantes acerca de la pulsión, concepto límite entre el cuerpo y la psique, y el de la repetición, los que acercan a los investigadores desde las neurociencias al psicoanálisis.⁵

El diálogo del Psicoanálisis con las Neurociencias es un movimiento amplio que nos excede aquí en estos comentarios, y contamos los trabajos de Ansermet y Magistretti, Pommier, Naccache, Damasio, E. Kandel,

⁵ Recientemente hemos publicado el resumen de un debate sobre inconsciente y neurociencias ¿Es el inconsciente un desecho del cerebro?: preguntas, diálogos y teorías. En la publicación on-line: www.divanelterrible.com <http://ec.grec.net/lexicx.jsp?GECART=0008699>

así como los de R.Pally y otros. Algunos de los autores hablan de simetrías, de convergencias, incluso de demostrabilidad de las descripciones psicoanalíticas por parte de investigaciones neurobiológicas actuales; otros, de la pregunta por la cualidad de un inconsciente neurológico y la necesidad de un encuentro dada la imposibilidad de conformar una ciencia que alcance a describir como un todo el pensamiento humano.

El siglo XX ha mostrado que la ciencia, en general, no es capaz de definir un todo universal en sentido que todo sistema racional de conocimientos es esencialmente incompleto y sólo los menos punteros o los ideólogos menos capaces defienden que lo que se diga en nombre de la ciencia y sus estudios canónicos es por sí verdadero. Los avances de las Neurociencias nos muestran los lindes de descubrimientos parciales que se pueden inscribir en sistemas de pensamiento más generales, sean éstos de un tipo, digamos reeducativo o adaptativo; o lo sean en un sistema de descripción de los fenómenos psíquicos que toma su referencia en las manifestaciones del inconsciente, como el Psicoanálisis.

También existen en la actualidad otros debates que debieran interesar a los psicólogos, en general y no sólo a los psicoanalistas, que se sitúan en el campo de la Sociología desde donde se interroga sobre el origen inconsciente de algunos fenómenos de masas y reacciones vinculadas a las religiones que ya estudiaba Freud en la *Psicología de las Masas*, en la *Introducción al Narcisismo* y en el *Porvenir de una Ilusión*. Hay una ecuación difícil para el individuo actual pues hay un imperativo de afirmar su 'identidad' pero para ello corre el riesgo de desligarse de los valores que lo constituyen como ser social. La perspectiva psicoa-

nalítica muestra que el individuo humano se constituye subjetivamente en un marco simbólico que le es dado y, por tanto, hay una carencia constitutiva del sujeto, que si se pretende borrar, salta por otro lado.

Podemos concluir parafraseando a Alberto Manguel cuando dice "nuestra identidad se sitúa invariablemente entre aquello que ya no somos y aquello que un día podríamos llegar a ser".

Referencias

- Roudinesco, E. (2000). *Por qué el psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.
- Fontana, C. (2001). *Todo lo que usted nunca quiso saber sobre el psicoanálisis*. Madrid: Síntesis
- Jurdant, B. (2003). *Imposturas científicas, los malentendidos del caso Sokal*. Madrid: Ed. Càtedra- Universitat de València, col Frónesis.
- Roudinesco, E. (2004). *Le patient, le thérapeute et l'Etat*. París: Fayard.
- Malcolm, J. (2004). *Psicoanálisis: la profesión imposible*. Barcelona: Gedisa.
- Bassols, M. et al. (2006). *El libro blanco del psicoanálisis, clínica y política*. Barcelona: RBA, col ELP, Escuela lacaniana de psicoanálisis.
- Zizek, S. (2006). *Órganos sin cuerpo, Sobre Deleuze y consecuencias*. Valencia: Pre-Textos.
- González Pardo, H. y Pérez Álvarez, M. (2008). *La invención de trastornos mentales*. Madrid: Alianza.
- Sophie Aouillé et al. (2010). *Manifeste pour la psychanalyse*. París: La fabrique.

Fecha de recepción: 22/11/2010

Fecha de aceptación: 10/12/2010

La depresión infantil a la altura de nuestro tiempo

Victoria del Barrio

Universidad Nacional de Educación a Distancia

Hace casi diez años escribí para *Informació Psicològica* un artículo sobre “Avances en depresión infantil (DI)”. Me ha parecido interesante retomar la cuestión y poner el acento en las novedades más destacadas que se han producido recorriendo el contenido de la investigación en los últimos años.

La producción científica

Se ha partido de una búsqueda en PsycINFO de estos últimos 10 años. Durante ese tiempo se han publicado 3.199 ítems sobre depresión infantil y adolescente, entre 750 y 840 trabajos anuales. Las revistas más potentes siguen siendo las mismas: *J. of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *J. of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *J. of Abnormal Psychology*, y *J. of Child and Adolescent Psychiatry*. Su temática se distribuye así: fundamentos biológicos (20%), factores de riesgo (19%), familia (14%), emociones (14%) y tratamiento (8%); el resto lo ocupan temas marginales menos estudiados.

Completamos el cuadro con datos españoles de las publicaciones recogidas en el *Psicodoc* en el mismo período. El panorama es similar, pero con algunas diferencias. Hallamos 99 publicaciones en total con una media de 8 artículos anuales. Sus temas distribuidos en factores de riesgo (23%), evaluación (19%), tratamiento (16%), familia (10%) y el resto, temas varios. Son datos similares a los de un estudio biblio-

métrico, sobre los años precedentes (Díaz-Zamorano, 2003). Varía la cantidad de contenidos teóricos que hoy han descendido espectacularmente. En ese mismo trabajo aparecen como autores más productivos: Polaino, Domenech, del Barrio y Conde. Actualmente del Barrio, y Méndez, aparecen en cabeza, seguidos de autores como E. Domenech, E. Becoña, MA. Carrasco, JP. Diez, J. Espada, Olivares y O. Sánchez, M. Orgilés. Las revistas más representadas son: *Psicothema*, *Revista de Psicología General y Aplicada*, *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica y Salud Mental*.

Las diferencias fundamentales entre la literatura hispana y anglosajona es que la última publica más (aunque mucha de esta producción proviene de distintos países, incluida España, al ser hoy el inglés la lengua común); también hay diferencia en la atención a distintos temas: en español hay mayor producción sobre evaluación y tratamiento y casi nada sobre bases biológicas, tema que ocupa el primer lugar en revistas de lengua inglesa.

Concepto de depresión

Hoy poseemos un repertorio de síntomas (criterios diagnósticos) bien consensuados por expertos (Anhedonia, Disforia, Irritabilidad, Problemas de peso y apetito, Problemas de sueño, Fatiga, Agitación o retraso motor, Sentimientos de culpabilidad, Problemas de concentración, Pensamientos mórbidos o de suicidio). En el borrador del

DSM-V, de posible aparición en 2013, se mantienen todos ellos aunque se estudia incluir la Disforia, combinada con Trastornos del humor, como una nueva categoría ubicada en los trastornos que aparecen en la niñez.

Spitz (1965), ya había propuesto como síntomas de DI: Lloros. Pérdida de peso, Retraimiento, Insomnio, Proclividad a contraer enfermedades, Enlentecimiento motor, Inexpresividad. Impresiona ver que esa observación del comportamiento de niños entre 6-18 meses (cuando todavía no existía teóricamente la DI) se ajusta como un guante a la sintomatología depresiva actual, Ahí sólo faltarían los síntomas cognitivos, que lógicamente no podían aparecer al ser una observación sobre niños de un rango de edad tan temprana.

Digamos que no hay novedades respecto al concepto ni tampoco en los distintos marcos teóricos que explican la depresión.

El único matiz innovador es que el auge del estudio de la emoción en los últimos años ha acentuado la concepción de la depresión como un afecto negativo, procedente de la emoción básica de miedo, frente a concepciones más cognitivas del pasado inmediato. Siempre he subrayado esto, ya que en el niño es bien patente el carácter emocional de la DI (del Barrio, 2007; Costello, Erkanli, & Angold, 2006).

Epidemiología

Se ha llegado a cierta estabilidad (5-10%) en la prevalencia de la DI (del Barrio, 2007). Sin embargo, esta cifra continúa creciendo, cuando los recuentos se hacen de una forma continuada y seria. En USA se estima que está en torno al 23% en la población general ; ello se debe, en parte,

al ascenso de la depresión adolescente; ahí, las tasas de depresión aumentan y las de suicidio se han convertido en la primera causa de muerte (Costello, Erkanli, & Angold, 2006). Algunos dan cifras menos alarmantes y consideran que el incremento es menor: un 4 o 5 por mil entre 1999 y 2004 (Pfeffer, 2007).

Recientemente se ha puesto una mayor atención en los trastornos bipolares. Se ha comprobado que aparecen en el 20 al 32% de los niños deprimidos cuando éstos alcanzan la adolescencia (Kochman, Hantouche, & Akiskal, (2003).

En España las cifras en población general se mantienen, (10%,) pero ascienden a un 14% en población clínica en niños de 8 a 12 años (López, Alcantara, Fernandez, Castro, López (2010).

Estudios longitudinales de factores de riesgo

Permanecen vigentes los factores de riesgo, previamente estudiados. Se ha intensificado el estudio de las bases biológicas y los aspectos familiares. La novedad es que hoy los estudios suelen ser longitudinales, frente a la transversalidad que era más frecuente antaño.

Es bien conocida la relación entre la DI y la Depresión materna (DM); esta continúa siendo el mejor predictor de aquella (Kovacs, 2010). Sin embargo, dicha relación hoy se pondera considerando el efecto del paso del tiempo. Un trabajo de Gartstein, Bridgett, Rothbart, Robertson, Iddins, Ramsay, & Schlect, (2010) encuentra una sólida relación entre DM y DI y también con todo tipo de afectos negativos, tales como miedo o ansiedad, evaluando a niños entre los 4-y 12 meses. Se muestran dos cosas:

a) una relación causal puesto que hay depresión en la madre y después aparece en el hijo y b) que esta relación se da desde edades muy tempranas, considerándose crítico el primer año de vida (Bagner, Pettit, Lewincohn & Seeley, 2010), pero esta relación no aparece en la gestación, lo que avalaría que no se trata exactamente de una cuestión biológica. También hay estudios que mantienen esta misma interacción en la adolescencia de 12-18 años (Morris, Ciesla, Garber, 2010).

Otro factor de riesgo perfectamente establecido es el tipo de personalidad especialmente un neuroticismo combinado con baja cordialidad y extroversión. Se ha consolidado esto, puesto que parece que tales características incrementan la aparición de depresión, con el paso del tiempo (Chien, Ko, Wu, 2007).

Entre los factores de riesgo ha crecido la importancia de la comorbilidad, pero así como antes ésta se centraba en la ansiedad, hoy se la extiende a trastornos exteriorizados. En un interesante trabajo (Bruke, Hipwell & Loeber, 2010) se muestra cómo la relación de la depresión con trastornos exteriorizados está ligada especialmente con los trastornos de oposición desafiante, más que con cualquier otro tipo de trastornos de conducta, porque los niños que presentan ese trastorno son los que luego desarrollan una depresión, pero no así los que previamente han presentado trastornos de conducta. En población española también hemos encontrado una relación entre conductas exteriorizadas y depresión básicamente fundada en la agresión verbal (Rodríguez, del Barrio & Carrasco, 2009). Esto muestra el grado de concreción y precisión a que se aspira hoy llegar.

También hay evidencias del papel de los sesgos electivos: los adolescentes deprimidos tienden a escoger amigos con sus mismos síntomas (lo igual busca lo igual) lo que incrementa la probabilidad de consolidar su conducta depresiva (van Zalk, Kerr, Branje, Stattin & Meeus, (2010). No tenemos que este dato es sumamente útil para programar el tratamiento. Se ha consolidado el peso del sesgo perceptivo puesto que los adolescentes con depresión evitan las caras felices (Hanking, Gibb, Abela & Flory, 2010). En población española hemos encontrado los mismos datos ya que en la percepción de imágenes felices, neutras y negativas las diferencias entre niños deprimidos y no deprimidos se encuentra en las felices (del Barrio & González, 2001).

M. Kovacs (2010) hace mediante meta-análisis una revisión muy interesante de los mejores predictores, rastreando qué síntomas de la DI pueden considerarse prodromáticos de la aparición formal de una depresión mayor. Se ve que síntomas, como ansiedad en niños y ansiedad, preocupación y hipersensibilidad en niñas, si duran una semana, son buenos predictores de la aparición de un episodio depresivo.

Evaluación

La gran producción de instrumentos de DI se dio a finales de los setenta y en los ochenta, pero es un tema que no está agotado. Chorpita et al. (2000) ha trabajado en la *Revised Child Anxiety and Depression Scale - RCADS*. Evalúa trastornos de ansiedad y depresivos, con 47 ítems que miden: Trastornos de ansiedad y de separación, Fobia social, Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno de pánico, Trastorno obsesivo-compulsivo, y Trastorno depresivo mayor. En este instrumento se añaden dos

trastornos de alta comorbilidad, pero con un peso evidente de la ansiedad.

Recientemente M. Kovacs (2010) editó el CDI-2 con un ítem más, (28) y con formas paralelas para padres y maestros, y un CDI-S con 12 ítems.

En España se ha editado por primera vez el CDI de Kovacs con dos factores (disforia y autoestima) con baremos de población española (del Barrio & Carrasco, 2004).

También se ha adaptado la batería BASC (Reynolds & Kamphaus, 2004) que tiene una escala de trastornos interiorizados, y otra específica de depresión. Además ha aparecido un nuevo cuestionario de ansiedad y depresión (CECAD) construido específicamente sobre población española (Lozano, García Cueto & Lozano, 2007).

Bases biológicas

Hace diez años los estudios se centran principalmente en los niveles de cortisol, las alteraciones REM y la hormona de crecimiento. Hoy se centran en las alteraciones funcionales y estructurales en la amígdala, cíngulo, hipocampo, y la asimetría frontal derecha (Coan & Allen, 2004). Todo ello tiene que ver con la activación emocional ligada a factores genéticos (Botteron, Raichle Drevets, 2002; Mata, Thompson, & Gotlib, 2010) los cuales hacen más o menos proclives a los sujetos a reaccionar diferencialmente ante el estrés, los refuerzos o la adversidad.

Un estudio de meta-análisis sobre el tema puntualiza que los problemas afectivos se relacionan con el eje pituitario adrenal, la asimetría cerebral izquierda y el control cardíaco vagal (Kovacs, 2010). Todo ello es similar a la interpretación del distinto funcionamiento de los sistemas nerviosos: fuerte o débil, (Pavlov) pero ahora apoyado por la nueva imaginería cerebral.

Se ha estudiado, funcionalmente, desde un punto de vista neuroendocrino la diferente reacción ante el refuerzo y el castigo de sujetos deprimidos, para saber, si el procesamiento de ambos acontecimientos, precede o es consecuencia de la depresión. Partiendo de chicas adolescentes de alto y bajo riesgo de depresión familiar, se comprobó que, ante el refuerzo, las chicas de alto riesgo tenían menos activación en el putamen y en la ínsula izquierda que las de bajo riesgo, pero sin embargo presentaban una más alta activación en la ínsula derecha. Por el contrario, ante el castigo, las chicas de alto riesgo mostraban una mayor activación en la zona dorsal del giro cingulado anterior que las de bajo riesgo, cuya activación se centraba en el núcleo caudado y putamen (Gotlib, Hamilton, Cooney, Singh, Henry & Joormann 2010), lo que muestra que el procesamiento neural funciona de distinta manera en sujetos con alto riesgo de desarrollar una depresión.

Hay otros estudios que relacionan la precocidad del desarrollo con la depresión y ello se explica por el aumento de estrógenos (Rudolph & Troop-Gordon, 2010); también con la obesidad, que relaciona con la influencia de los lípidos sobre los neurotransmisores (Boutelle, Hannan, Fulkerson, Crow & Stice, 2010) pero en ambos casos es evidente, también, la influencia de los aspectos sociales relacionados con la imagen corporal.

Tratamiento

El tratamiento de la depresión infantil comenzó con las mismas coordenadas que la depresión adulta y ahora ambas están inmersas en la tarea de encontrar los aspectos diferenciales en el éxito de los tratamientos.

La depresión, especialmente la adolescente, se trata con psicofármacos. La fluoxetina sigue siendo el fármaco considerado más eficaz (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, 2006). En la investigación sobre el tema se ha detectado el incremento de la tasa de suicidio de los jóvenes pacientes sometidos a este tipo de fármacos (De Angelis, 2004), cuestión consolidada en los estudios de meta-análisis (Bridge, Iyengar, Salary et al., 2007) sobre los problemas de la medicación con antidepressivos en niños y adolescentes. Algunos investigadores incluso han detectado que ese fármaco no incrementa el restablecimiento, sobre todo, en niños en los que la depresión se asocia a problemas de conducta (Jacobs, Beker-Wieidman, Reinecke, Jordan, Silva, Rohde & March, 2010)

El tratamiento cognitivo-conductual (TCC) se ha asentado, no sólo como el que tiene una mayor preocupación por su eficacia (Méndez et al. 2003), sino también como el que logra mayores tasas de mejoría, en función del tamaño del efecto.

Verduyn, Rogers & Wodd, (2009) recogen todo lo que se sabe sobre la terapia cognitivo conductual en niños y adolescentes y dan una intensa llamada de atención al trabajo complementario con padres, escuela y maestros como estrategia que mejora resultados previos.

También, es patente que todas las intervenciones tienen algún efecto positivo, frente a la no intervención (Weisz, McCarty & Valery, 2006) y que, si la terapia es demasiado breve, se corre el riesgo de recidivas.

En el mundo profesional las terapias que se aplican coinciden con la formación de cada terapeuta, pero, en todo caso, éste tiene que conocer los datos que la investigación hoy

proporciona sobre la eficacia del método elegido.

Uno de los primeros estudios controlados sobre la eficacia de los tratamientos de depresión para los adolescentes ha sido el “Treatment for Adolescents with Depression Study” (TADS) promocionado por el National Institute of Mental Health, (2003; 2005). Se comparó el efecto diferencial del tratamiento entre grupos con TCC y fluoxetina, solo con TCC, solo con fluoxetina, y sólo con placebo. Los resultados mostraron que un 71% de los adolescentes mejoraban con la combinación de TCC y fluoxetina, en un plazo entre 12 y 36 semanas, el mejor resultado frente a los demás: 60% con fluoxetina, 43% TCC y 34% con placebo. Lo mismo sostiene (Pfeffer, 2007). Frente a esto, Melvin y et al., (2006) llevó a cabo un experimento paralelo en el que no se observaron diferencias entre el grupo de sólo TCC frente al tratamiento sólo farmacológico.

Han proliferado los tratamientos colectivos como el Coping With Depression-Adolescents (CWD-A, Clark Lewishon, 1986; Clark Lewishon, Rodhe et al 1999, últimamente revisado por Rohde, Clark, Mace et al., 2004). Consiste en unos pasos muy estructurados en los siguientes epígrafes: 1) Psicoeducación, 2) Actividades placenteras, 3) Entrenamiento en habilidades sociales, 4) Solución de problemas y 5) Reestructuración cognitiva.

Se ha subrayado también que, en el caso de que los niños presenten trastornos de conducta asociados a la depresión, se consiguen mejores resultados comenzando el tratamiento por el control de la ira (Flanagan, Allen & Henry, 2010).

Por otra parte, habría que centrarse en tratamientos conductuales en el primer período de edad e introducir luego los cognitivos en la adolescencia tardía, donde se ha constatado la mayor eficacia de este tipo de intervención (Stice, Shaw, Heateher, Bohon, Marti, Rhode, 2009).

En España han aparecido investigaciones sobre la eficacia del tratamiento de la depresión infanto-juvenil centrandose las técnicas conocidas, ajustadas específicamente al sujeto joven en donde básicamente se siguen los programas de Lewishon (Méndez, Rosa, Montoya, Espada & Olivares, 2003). Y un número de *Psicología Conductual* está dedicado especialmente a comparar la eficacia de los distintos tratamientos y uno específico sobre DI (Méndez, Olivares & Sánchez, 2002). Hay también recomendaciones para casos especialmente complicados en situaciones concretas del tratamiento de la depresión con niños (del Barrio, 2008).

También se han editado guías para profesionales a fin de unificar el proceso diagnóstico y el protocolo de actuación para evitar la mala praxis (Ministerio de Sanidad, 2009).

Cuando no se logra mejoría ante el tratamiento, se recomienda: 1) revisión del diagnóstico, 2) revisión del tratamiento y su cumplimiento, y 3) comprobar la comorbilidad. Hay estudios que se dedican a averiguar específicamente qué ocurre en los casos resistentes al tratamiento. El TORDIA (Brent, 2008) estudia los efectos de cambio de medicación junto a TCC tipo, aplicada por expertos en sesiones semanales de 60' a 80' de las cuales entre 3 y 6 fueron sesiones familiares y durante tres meses. Los resultados mostraron que los grupos con sólo cambio de medicamento permanecieron en

la misma situación y los acompañados de TCC mejoraron en un 55% de los casos.

Prevención

El conocimiento sobre un problema culmina con su prevención. La American Academy of Pediatrics está intensificando los esfuerzos para lograr una asistencia psicológica en niños a fin de prevenir problemas de salud mental, especialmente los emocionales. Recomiendan a los padres preocuparse por cómo sus hijos van en la escuela, su relación con otros niños y si son felices; es decir que, aparte de la salud física, debe vigilarse su salud intelectual, social y emocional.

La mayor parte de los programas preventivos se implementan en la escuela. Uno de los más conocidos es el Penn Resilience Program (PRP, Guillham & Reivich, 1999; Cardemil et al., 2002). Este programa se ha seguido adaptando para ser aplicado a clases sociales desfavorecidas (Cardemil, Reivich, Beevers, Seligman, James, 2007) y para familias latinas (Cardemil, Kim, Davidson, Clark, Sarmiento, Ishikawa, Sanchez & Torres, 2010).

Consiste en enseñar a los niños y adolescente a generar unas habilidades cognitivas y conductuales que les permitan afrontar con éxito sus problemas, fundamentalmente aquellos que les conducirían a la depresión.

Consta de 12 sesiones de 90-120 minutos de duración, dependiendo de la edad a la que van dirigidos. Se imparte en pequeños grupos, 14 es el número máximo y lo pueden impartir no sólo psicólogos, sino también los tutores y los maestros entrenados para ello.

El contenido del PRP es el siguiente: a) habilidades cognitivas que consisten funda-

mentalmente en aprender a ser optimista, b) resolución de problemas, lo que promueve la autoeficacia, c) afrontamiento de la adversidad que incrementa la fortaleza de espíritu (resilience) y d) manejo de las propias emociones (reconocimiento de las mismas, estrategias de inhibición y expresión adecuadas). Este programa tiene la ventaja de haber sido evaluado más que cualquier otro y ha demostrado ser eficaz en la prevención de la aparición de síntomas depresivos en niños y adolescentes, especialmente, si los profesionales que lo aplican han sido bien entrenados y si se combina con la colaboración de los padres. Además los efectos del programa se han mostrado duraderos a lo largo del tiempo, no sólo sobre la depresión, sino también sobre otros trastornos infantiles, tales como problemas de conducta o rendimiento (Heinonen, Räikkönen, & Kelticangsd-Jarvinen, 2005).

Cuando se han hecho estudios sobre la eficacia de la prevención primaria, se ha comprobado que los efectos de la misma son mejores si se aplican a poblaciones de riesgo que si se hace a la población general (Horowitz & Garber, 2006), cosa a tener en cuenta para su implementación.

Se sabe también que los efectos de la prevención son más eficaces y duraderos en las chicas que en los chicos (Guillham, Hamilton, Freres, Patton & Gallop, 2006) y en los adolescentes mayores. Los programas más exitosos son los aplicados por profesionales, frente a los que son ejecutados por maestros o por paraprofesionales (Stice, Shaw & Martin, 2007).

Un estudio de meta-análisis, que recoge 32 trabajos sobre el tema desde 1994 a 2007, muestra que los programas más eficaces son los que se focalizan en grupos de riesgo inmediato y alto, los que actúan sobre chi-

cas adolescentes con más edad, y los que incluyen trabajos para casa. Su duración óptima es de 12 horas (Stice, Shaw, Heateher, Bohon, Marti, Rhode, 2009). En este mismo trabajo se subraya que el 41% de los programas tienen éxito, lo que es un resultado mejor que las prevenciones que se llevan a cabo sobre otro tipo de problemas. Otro estudio de meta-análisis que evaluó la eficacia diferencial de la prevención de la TCC y de terapia interpersonal ha encontrado un éxito moderado para ambas, sobre todo en aquellas que se centran en grupos de riesgo y se aplican conjuntamente con la familia (Gladstone & William, 2009).

Sin embargo, Kovacs advierte que hay una falta de sincronía entre lo que se sabe sobre la depresión infantil y juvenil y los programas preventivos que realmente se desarrollan. Por ejemplo, piensa que se descuida la vulnerabilidad familiar y que se aplican terapias cognitivas cuando el niño no presenta distorsiones cognitivas. Si se tienen en cuenta estas dos críticas, se debería focalizar la prevención de la depresión infantil, tanto en el tratamiento de la depresión materna, que es uno de los predictores más potentes, como en los síntomas previos aunque no alcancen el nivel necesario para realizar un diagnóstico. Por otra parte, habría que centrarse en tratamientos conductuales en la primera etapa e introducir los cognitivos en la adolescencia.

Acento en los aspectos felicitantes

La psicología científica ha comenzado estudiando los grandes problemas y ahora, con la psicología positiva, está inmersa en analizar las formas de vida de los que no los tienen. A esto se llama la promoción de factores protectores. En el caso de los niños, está perfectamente claro que unas buenas relaciones entre la pareja progeni-

tora, unas relaciones de apego adecuadas y unos hábitos de crianza basados en el control cariñoso (Roa & del Barrio, 2002; Tur, Mestre, & del Barrio, 2004; Aluja, Barrio, García, 2005; 2006; 2007), parecen ser la parte nuclear de una buena instalación sentimental. En este clima los niños aprenden a tener una confianza básica que les permite explorar e interactuar con el mundo externo sin temor. El miedo es la emoción básica en donde se alveola la depresión y ello es especialmente importante en la primera infancia.

Son padres antidepresivos aquellos que tratan con cariño a sus hijos y al mismo tiempo se implican en una educación que da normas adaptativas y cuida de su cumplimiento (del Barrio et al. 2007). Este cuadro se completa con el cuidado de la socialización fuera del hogar. Los padres educan no para el hogar, sino para el mundo; por tanto, tienen que iniciar al hijo en la interacción social con los individuos de su misma edad, fomentando el respeto, el compartir, la colaboración, la comprensión y la aceptación del otro. Todo ello promueve la independencia del sujeto en la resolución y adaptación a los problemas que necesariamente ha de afrontar en solitario.

Seligman (2009), que ha inaugurado esta vía, subraya el carácter protector de la capacidad de recuperación, de la fortaleza (resilience) en los niños, puesto que los que la poseen tienen menor probabilidad de desarrollar una depresión.

Las actividades físicas, lúdicas, sociales se han convertido en las recomendaciones básicas de lo que es felicitante para un niño; es decir, se ha recuperado el juego como una necesidad básica para el niño (Jerstad, Boutelle, Ness & Stice, 2010).

En España también se han creado programas preventivos en esta dirección (Hernández & Méndez, 2007; 2009; del Barrio, 2008) que recogen toda una serie de recomendaciones que proporcionan a los niños experiencias felicitantes y por tanto son antidepresivas.

Un elemento fundamental para lograr la felicidad de un niño es construir su autoconfianza; para ello hay que enseñarle a ser eficaz. Esto se consigue: enseñando las cosas en pequeños escalones que aseguren el éxito del aprendizaje, procurando la diversión en la educación, escuchando lo que dice, convenciéndole de que el miedo es un sentimiento normal y generalizado cuando se ignora la solución de un problema, y, por último alabando sus pequeños logros (Gunn, 2010).

Se recomienda evitar aquellas conductas que pueden alterar el mundo emocional de un niño por parte de las personas que los tienen a su cargo y que pueden reconducir su ajuste.

Resumen

Podríamos sostener que en líneas generales no ha habido un cambio de paradigma ni una nueva interpretación de la depresión infantil; lo que sí ha habido es un cambio de acento en la investigación. Ya no se buscan factores de riesgo sin más, sino que se rastrea su distinta actuación en diferentes etapas de la vida y en diferentes situaciones contextuales. Tampoco han aparecido nuevos tratamientos, pero sí hay una estructuración muy organizada del proceso y una seria investigación sobre sus efectos diferenciales.

Se ha producido también una alarma ante los tratamientos farmacológicos de la de-

presión infantil y juvenil, con la consiguiente recomendación del uso de terapias psicológicas como inicio del tratamiento.

La novedad más relevante es la intensificación de los programas preventivos y también de los aspectos protectores y felicitantes como antidotos de la depresión.

Por otra parte dada la ingente literatura sobre el tema, han aumentado, los artículos de meta-análisis que tratan de establecer comparaciones entre los distintos trabajos para destacar aquellos conocimientos que se revelan como más estables y sólidos a través de las investigaciones sobre los distintos temas relacionados con la depresión.

Referencias

- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (2006). Fluoxetina en el tratamiento de la depresión mayor: Ampliación de la indicación para niños y adolescentes. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Aluja, A., Barrio, V. García, L. (2005): Relationships between adolescents' memory of parental rearing styles, social values and socialization behaviour traits. *Personality and Individual Differences*, 39, 5, 903-924.
- Aluja, A., Barrio, V. García, L. (2006). Do parents and adolescents differ in their perceptions of rearing styles? Analysis of the EMBU versions for parents and adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47, 103-108.
- Aluja, A., Barrio, V. García, L. (2007). Personality, social values, and marital satisfaction as predictor of parents' rearing styles. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 7, 725-737.
- Bagner, DM., Pettit, JW., Lewinsohn, PM. & Seeley, JR. (2010). Effect of maternal depression on child behavior: a sensitive period. *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 49, 699-707.
- Bridge, J., Iyengar, S., Salary, CB., Barbe, RP., Birmaher, B. Pincus, H., et al. (2007). Clinical response and risk of reported suicidal ideation and suicidal attempts in pediatric antidepressant treatment. A meta-analysis of randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 297, 1683-1696.
- Bruke, JD., Hipwell, AE. & Loeber, R. (2010). Dimensions of oppositional defiant disorder as predictors of depression and conduct disorder in preadolescent girls. *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 49, 484-492.
- Boutelle, KN. Hannan, P. Fulkerson, JA. Crow, SJ. & Stice, E. (2010). Obesity as prospective predictor of depression in adolescent females. *Health Psychology*, 29, 293-298.
- Cardemil, EV., Reivich, KJ., Seligman, M. (2002) The prevention of depressive symptoms in low-income minority middle school students. *Prevention & Treatment*, 5.
- Cardemil, E. MA, Reivich, KJ., Beevers, CG., Seligman, M. & James, J. (2007) The prevention of depressive symptoms in low-income, minority children: Two-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 45. 313-327.
- Cardemil, EV., Kim, S., Davidson, T., Clark, Sarmiento, I A., Ishikawa, R Z., Sanchez, M., & Torres, S.(2010). Developing a culturally appropriate depression prevention program: Opportunities and challenges. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 188-197.
- Chien, LL., Ko, HC., Wu, JY (2007). The five factor model of personality and depressive symptoms: One-year follow-up. *PID*, 43, 1013-10-23.
- Clarke, GN. Lewishon, P.M. (1986). Coping with Depression.
- Clarke, GN. Lewishon, P.M., Rodhe, P., Hops, H., & Seeley, JR. (1999). Cognitive-behavior group treatment of adolescent depression. efficacy of acute group treatment and booster sessions. *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 38, 272-279.
- Coan, JA. & Allen, JJB. (2004). Frontal EEG asymmetry as a moderator and mediator of emotion, *Biological Psychology*, 67, 7-49.
- Costello, EJ., Erkanli, A. & Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1263-1271.
- Cramer, F. (2004): La psicoterapia en grupo para niños y adolescentes *Avances in relational mental health / Avances en salud mental relacional*, 2, 1-4.
- De Angelis, T. (2004). Taking acting for children's mental health. *APA Monitor*, 42-45.
- del Barrio, V. (2007). *El niño deprimido*. Barcelona, Ariel.
- del Barrio, V. (2007). *Como evitar que su hijo se deprima*. Madrid, Síntesis.
- del Barrio, V. (2008). *Tratando... Depresión infantil*. Madrid, Pirámide.
- del Barrio, V. & Carrasco, M.A. (2004): Adaptación del CDI, Inventario de depresión infantil de Maria Kovacs. Madrid, TEA.

- del Barrio, V. & González, M.J. (2001). Children's affective judgements and depression (IAPS, Lang, 1997), comunicación presentada en *6th Conference of the European Association of Psychological Assessment*. Septiembre, Aachen, Alemania.
- Figueras, A., Amador, JA. & Guàrdia, J. (2008). Psychometric properties of the Reynolds Child Depression Scale in Community and clinical samples. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, 641-649.
- Gartstein, M. A., Bridgett, D. J., Rothbart, M. K., Robertson, C., Iddins, E., Ramsay, K., & Schlect, S. (2010). A latent growth examination of fear development in infancy: Contributions of maternal depression and the risk for toddler anxiety. *Developmental Psychology*, 46, 651-668.
- Flanagan, R., Allen, K. & Henry, DJ. (2010). The impact of anger management treatment and rational emotive behavior therapy in a public school setting on social skills, anger management and depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Therapy*, 28, 87-99.
- Gladstone, TRG., William, RB. (2009). The prevention of depression in children and adolescents: A review. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 54, 212-220.
- Guillham, JE., Hamilton, J., Freres, DR., Patton, K. & Gallop, R. (2006). Preventing depression among early adolescents in the primary care settings: A randomized controlled study of the Penn Resilience Program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 203-219.
- Guillham, J. & Reivich, K. (1999). Prevention depressive symptoms in school children: A research update. *American Psychological Society*, 10, 461-462.
- Gotlib, IH., Hamilton, JP., Cooney, RE., Singh, MK., Henry, M. & Joormann, J. (2010). Neural processing of reward and loss in girls at risk for major depression. *Archives of General Psychiatry*, 67, 380-387.
- Gunn, A. (2010). Raising confident and happy children. Londres: HardieGrant Books.
- Hanking, BL., Gibb, BE., Abela, JEZ. & Flory, K. (2010). Selective attention to effective stimuli and clinical depression among youths: Role of anxiety and specificity of emotion. *Journal of abnormal Psychology*, 119, 491-501.
- Heinonen, K., Räikkönen, K. & Kelticangsd-Jarvinen., (2005). Self-esteem in early and late adolescence predicts dispositional optimism-pessimism in adulthood: a 21-year longitudinal study. *Personality and Individual Differences*, 39, 511-521.
- Hernández, O. & Méndez, FX. (2007). Prevención de la depresión infantil mediante el fomento del optimismo. *Revista de Psicoterapia*, 18, 77-89.
- Hernández, O. & Méndez, FX. (2007). Optimismo como factor protector de la depresión infantil y adolescente, *Clínica y Salud*, 20, 273-280.
- Horowitz, JL. & Garber, J. (2006). The prevention on depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 401-415.
- Howard, A. (2010). Review of Depression: Cognitive behavior therapy with children and young people. *Child & Family Behavior Therapy*, 32, 167-171.
- Jacobs, RH., Beker-Wieidman, EG., Reinecke, MA., Jordan, N., Silva, SG., Rohde, P., & March, JS. (2010). Treating depression and oppositional behavior in adolescent. *Journal of Clinical and adolescent Psychology*, 39, 559-567.
- Jerstad, SJ., Boutelle, KN., Ness, KK. & Stice, E. (2010). Prospective reciprocal relations between physical activity and depression in females adolescents. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 78, 268-272.
- Kochman, F.J. Hantouche, E.G. & Akiskal, H.S. (2003): Los trastornos bipolares en adolescentes. *Archivos de Psiquiatría*, 66, 63-71.
- Kovacs, M. (2010). *CDI-2 Technical Manual*. Toronto: MHS.
- Kovacs, M. (2004) Inventario de depresión infantil de Maria Kovacs, (adaptado por del Barrio, V. & Carrasco, M.A). Madrid, TEA.
- Kovacs, M. (2010). Prodromal symptoms and atypical affectivity as predictors of major depression in juveniles: Implications for prevention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 472-496.
- López, SJ. (2009). *The encyclopedia of positive psychology*. London: Wiley- Blackwell.
- López, C., Alcántara, MV., Fernández, V., Castro, M. & López, JA. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8-12 años, mediante el CBCL. *Anales de Psicología*, 26, 325-334.
- Lozano, García Cueto & Lozano, (2007) CEDAC. Madrid : TEA.
- Mata, J., Thompson, RJ & Gotlib, IH. (2010). BDNF genotype moderates the relation between physical activity and depression, *Health Psychology*, 29, 130-133.
- Martin, RC & Dahlen, ER. (2005). Cognitive motion regulation in the prediction of Depression, Anxiety Stress and anger. *Personality and Individual Differences*, 39, 1249-1260.
- Melvin, GA., Tone, BJ. King, NJ., Heyne, D., Gordon, MS. & Klimkeit, E. (2006). A comparison of cognitive-behavioral therapy, sertraline, and their combination for adolescent depression. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 1151-1161.
- Méndez, X., Olivares, J. & Sánchez, (DIRS.) (2002). Monográfico sobre Tratamientos Psicológicos eficaces para

los trastornos interiorizados en la infancia y la adolescencia, *Psicología Conductual*, 10, 3.

Méndez, X., Rosa, A., Montoya, M., Espada, J.P., Olivares J. (2003) Guía de tratamientos eficaces para la depresión en la infancia y adolescencia. En M. Pérez et al. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.

Ministerio de Sanidad (2009). *Guía de la práctica clínica sobre la Depresión Mayor en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación.

Morris, C., Ciesla, J. A., Garber, J. (2010). A prospective study of stress autonomy versus stress sensitization in adolescents at varied risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 341-354.

National Institute of mental Health. (2003). Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 531-542.

National Institute of mental Health. (2005). Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 28-40.

Pfeffer, RC. (2007). Advertencias pediátricas de la FDA y cambios en el diagnóstico y el tratamiento de la depresión pediátrica, *American Journal of Psychiatry*, 10, 448-451.

Rodríguez, MA., del Barrio, V. & Carrasco, MA. (2009). Consistencia interparental y su relación con la agresión y la sintomatología depresiva en niños y adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, 51-60.

Reynolds & Kamphaus, (2004). BASC, Sistema de evaluación de conducta en niños y adolescentes. Madrid: TEA.

Roa, L. & del Barrio, V. (2002) Cuestionario de percepción de la crianza para niños y adolescentes. *Psicología Educativa*, 8, 37-51.

Rohde, P., Clark, GN., Mace DE., Jorgensen, JS., & Seeley, JR.. (2004) An efficacy/effectiveness study on cognitive-behavioral treatment for adolescents with comorbid major depression and conduct disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 660-668.

Rudolph, KD. & Troop-Gordon, W. (2010). Personal-acentuation and contextual-amplification models of pubertal timing: Predicting youth depression. *Developmental and Psychopathology*, 22, 433-451.

Seligman, M. (2009). Resilient kids learn better. *Monitor*, 40, 32-33.

Spitz (1965). *The first day of life*. New York: International University Press. (Ed. Española: Fondo de Cultura Económica, 1969).

Stice, E., Shaw, H., Bohon, C., Marti, C. & Rhode, P. (2009). Meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: Factors that predict magnitude of interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 486-503.

Stice, E., Shaw, H., & Marti, CN. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention program: Encouraging findings. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 233-257.

Tur, A., Mestre, V. & del Barrio, M.V. (2004): Factores moduladores de la conducta agresiva y prosocial, el efecto de los hábitos de crianza. *Ansiedad y Estrés*, 10, 75-88.

Verduyn, C., Rogers, J. & Wodt, A. (2009). *Depression: cognitive behavior therapy with children and young people*. Londres: Routledge.

Weisz, JR., McCarty, CA. & Valery, SM. (2006). Effects of Psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis, *Psychological Bulletin*, 132, 132-149.

Fecha de recepción: 29/10/2010
Fecha de aceptación: 15/11/2010

El consentimiento informado en menores y adolescentes: Contexto ético-legal y algunas cuestiones problemáticas

Carmen del Río Sánchez

Departamento de personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de Sevilla.
Correo electrónico: cdelrio@us.es

resumen/abstract:

En la actualidad, en el ordenamiento jurídico español se reconoce la plena titularidad de los derechos de las personas menores de edad y su capacidad evolutiva para ejercerlos según su grado de madurez, reconociéndose que su adquisición es siempre un proceso evolutivo. La cuestión del *consentimiento informado* es quizás una de las más complejas y debatidas en la actualidad y también una de las que más preocupan a los clínicos. Su fundamento es el respeto a la autodeterminación y autonomía de aquellos menores o adolescentes con suficiente capacidad de discernimiento y la consideración de su derecho a tomar decisiones sobre hechos que pueden afectar a su salud. La principal dificultad de la doctrina del "menor maduro" se encuentra precisamente en la valoración de la madurez o capacidad para tomar decisiones ya que no existen directrices claras ni suficientes procedimientos validados. En este artículo se exponen los principales criterios éticos y legales sobre este tema y se comentan algunas situaciones especialmente problemáticas tales como: (1) intervención con menores cuyos padres están en situación de separación matrimonial o divorcio, (2) progenitores que realizan un ejercicio abusivo de la *patria potestad*, (3) enfrentamiento irreconciliable entre la decisión del menor y la de sus progenitores o (4) cuando la decisión del menor está en contra de sus propios intereses.

Today, the Spanish Legal System recognizes the full ownership of the rights of minors and their evolving capacities to exercise them according to their degree of maturity, recognizing that its acquisition is a developmental process. Currently the issue of informed consent is perhaps one of the more complex and debated and also one that concern more to clinicians. It is based on respect for self-determination and autonomy of those children or adolescents with sufficient discernment capacity and taking into account the right to make decisions about facts that can affect their health. The main difficulty with the doctrine of "mature minor" is the assessment of the maturity or capacity to make decisions, due to the lack of guidelines or validated procedures. This paper reviews the main ethical and legal criteria and discusses some especially problematic situations such as: (1) Intervention with children whose parents are in a situation of marital separation or divorce, (2) parents who make an unlawful exercise of parental authority, (3) irreconcilable conflicts between the decision of the child and their parents or (4) when the minor's decision is against their own interests.

palabras clave/keywords:

Consentimiento informado. Menor maduro. Capacidad para toma de decisiones. Ética.

Informed consent. Mature minor. Decision-making. Capacity. Ethics.

Introducción

El *consentimiento informado* es un concepto relativamente nuevo en Psicología aunque, en los últimos años, se ha ido convirtiendo en un aspecto fundamental en la práctica profesional. En la legislación española, específicamente en la Ley 41/2002, *Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica* (en adelante “Ley de Autonomía del Paciente”), se define como “*la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud*”. Su fundamento es la consideración de que las decisiones en salud, para ser moralmente aceptables, deben ser autónomas y tomadas por las personas afectadas por ellas. Una decisión es autónoma cuando cumple tres condiciones: *voluntariedad, información y capacidad* (Beauchamp y Childress, 1999). De estos tres elementos probablemente el más difícil de valorar es la *capacidad* (véase Ogando y García, 2007; Simón-Lorda; 2008 y León, 2010), asunto que como veremos posteriormente es especialmente problemático cuando se trata de menores (sobre todo, entre 12 y 16 años) donde se hace imprescindible determinar el grado de madurez para tomar decisiones en tales aspectos.

Contexto ético y legal del consentimiento informado

El *consentimiento informado* debe ser visto no sólo como una obligación legal, sino como una oportunidad para construir una relación adecuada entre los profesionales y los usuarios de la psicología. Se trata más

bien de un proceso que de un acto único ejecutado al comienzo de la relación profesional. Como se indica en el *Meta-Código* de la Federación Europea de Asociaciones de Psicología (EFPA, 2005), los psicólogos debemos aclarar y continuar con el debate a lo largo de todo el proceso respecto a las distintas acciones profesionales, procedimientos y probables consecuencias de tales acciones con el objeto de asegurarnos de que el usuario proporcione *consentimiento informado* antes y durante la intervención psicológica (art. 3.1.3.). En este sentido, también la Ley 14/1986, *General de Sanidad* y la “Ley de Autonomía del Paciente”, destacan el derecho del paciente a la información en cualquiera de las fases de la intervención.

Las recientes modificaciones legislativas sobre la autonomía de los pacientes otorgan cada vez más importancia a la capacidad de decisión de los usuarios de la psicología (incluidos los menores de edad, los incapacitados legalmente y los incapaces transitoriamente por problemas físicos o psíquicos que le impidan hacerse cargo de la situación) y paralelamente se va produciendo un progresivo abandono de las actitudes paternalistas tan ampliamente mantenidas por los clínicos hasta hace poco tiempo, es decir, se trata de sustituir el llamado “paternalismo benéfico” por una “beneficencia no paternalista” (véase Tauber, 2005 y León, 2010).

De la tendencia actual a destacar la preponderancia del principio de *Autonomía* sobre otros tales como el de *Beneficencia*, surge con fuerza en todo el ámbito de la salud, el concepto de *consentimiento informado*. Para que éste pueda producirse de forma adecuada es necesario que concurren los siguientes requisitos: (1) competencia,

(2) exposición, (3) comprensión, (4) voluntariedad y (5) consentimiento. Estos elementos, como refieren Beauchamps y Childress (1999): “*sirven como piezas para construir una definición de consentimiento informado. Para prestar el consentimiento informado a una intervención, hay que ser*

competente, recibir una buena explicación de la información, comprenderla, actuar voluntariamente y dar el consentimiento” (p. 137). Estos elementos han sido desarrollados por estos mismos autores, sustituyendo el elemento 5 (“consentimiento”) por los elementos 6 y 7 expuestos en la tabla siguiente:

-
- I. Elementos iniciales (condiciones previas)
 - 1) Competencia (para entender y decidir)
 - 2) Voluntariedad (al decidir)
 - II. Elementos informativos
 - 3) Exposición (de la información material)
 - 4) Recomendación (de un plan)
 - 5) Comprensión (de 3 y 4)
 - III. Elementos de consentimiento
 - 6) Decisión (a favor de un plan)
 - 7) Autorización (del plan elegido)

Adaptado de Beauchamps y Childress (1999) p. 138 (expuesto en Del Rio, 2005).

Estos elementos, como indican Beauchamps y Childress, deben ser valorados y modificados en función de las circunstancias de cada caso: por ejemplo, para una *negativa informada* habría que modificar los elementos del tercer grupo, convirtiéndolos en elementos negativos (Decisión: en contra de un plan). En una investigación con participantes humanos, no tiene porqué existir una recomendación, etc.

En las intervenciones en el ámbito de la salud, incluidas las psicológicas, la Ley nos obliga a obtener el *consentimiento informado*, a respetar la confidencialidad y a proporcionar a los usuarios toda la información disponible. El artículo 4.2. de la citada “*Ley de Autonomía del Paciente*”, prescribe claramente que: “*La información clínica forma parte de todas las actuacio-*

nes asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad”. Indicando además esa misma Ley que “*El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita*” (artículo 5.1) y que “*El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal*” (artículo 5.2), “*Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de*

su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho” (artículo 5.3) y “El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho” (artículo 5.4).

En ocasiones podrá otorgarse el “*consentimiento por representación*”. Entre otros supuestos: “*Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones (...), o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación...*” (artículo 9.3a), “*Cuando el paciente esté incapacitado legalmente*” (artículo 9.3b) y “*Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente*” (artículo 9.3c). En cualquier caso “*La prestación del consen-*

timiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario” (artículo 9.5).

En el Proyecto para el nuevo *Código Deontológico de la profesión de Psicología*¹, se han incorporado los aspectos necesarios para su ajuste a todas esas nuevas disposiciones legales así como a los criterios éticos que emanan, principalmente, del *Meta-código de Ética de la EFPA* (2005) y consecuentemente, según se expresa en el citado Proyecto, en las distintas formas de intervención psicológica (o de investigación con participantes humanos), es preceptivo que las personas implicadas otorguen *consentimiento informado* de forma directa, salvo, claro está, en aquellos casos en los que la intervención ha sido ordenada judicialmente o que se encuentren bajo alguno de los supuestos en los que sea procedente el “*consentimiento por representación*” y aunque, por regla general, bastará que el consentimiento sea verbal es conveniente disponer de alguna forma de constancia o registro del cuándo, del modo de obtención y por quién o quiénes se ha producido el consentimiento.

El consentimiento informado en menores y adolescentes

La participación de niños, niñas y adolescentes en la toma de decisiones en las intervenciones psicológicas plantea problemas éticos que tanto progenitores como algunos profesionales suelen ignorar, todo

¹ En el momento de la publicación del presente artículo el nuevo Código Deontológico de la Profesión de Psicología está aún pendiente de aprobación.

ello a pesar de las disposiciones éticas y legales mencionadas y de otros aspectos que la hacen recomendable. Según expone Graham (2001), “...*existen, al menos, cinco razones por las que los niños deberían participar en la toma de decisiones: 1) En los niños se mantiene el principio de autodeterminación en la medida en que sean competentes para emitir un juicio. 2) La participación de los niños mejora la comunicación entre los profesionales y los miembros de la familia. 3) Los niños implicados cooperarán mejor en el tratamiento. 4) Estos niños experimentarán una mayor sensación de autocontrol. 5) Estos niños percibirán un respeto del profesional hacia sus aptitudes, lo que brinda oportunidades para el desarrollo social*” (p. 288).

En esta exposición, por razones obvias de espacio, limitaremos el debate a los aspectos más relevantes relacionados con el *consentimiento informado*, a pesar de la relevancia de otros tales como, por ejemplo, los derivados del derecho de los menores a que se respete su *intimidad y confidencialidad*.

En cuanto a la capacidad de autodeterminación y para consentir, ya hemos indicado que por debajo de los 12 años, la ley no presume capacidad de elección y la decisión es de los padres o tutores. A partir de los 16 años, la opinión que prevalece es la del adolescente, aunque sus padres tengan la *patria potestad*, es decir, se le considera “maduro” (como si fuera mayor de edad). Entre los 12 y los 16 años la cuestión se complica, la decisión es de los padres, pero existe la obligación de escuchar a los menores y de valorar su capacidad de juicio. Sus opiniones, por tanto, deberán ser tenidas en cuenta en función de su mayor o menor capacidad de discernimiento. Con-

secuentemente, en este intervalo de edad, se hace imprescindible la determinación del grado de madurez y ello no únicamente por cumplir con un formulismo legal, sino que tiene un contenido fundamentalmente ético y un objetivo concreto: el respeto de la autodeterminación o autonomía de personas menores de edad con suficiente capacidad de discernimiento y su derecho a tomar decisiones sobre hechos que pueden afectar a su vida. Son numerosas las leyes que promulgan la necesidad de valorar la “madurez del menor” para la toma de decisiones, sin embargo, no existen en nuestro ordenamiento legal disposiciones que determinen con carácter general la edad o los criterios que hay que atender para valorar con exactitud el grado de madurez. Existe una mayoría de edad médica, penal, administrativa o civil, pero no una edad clara respecto a cuándo se alcanza la “madurez”. Partiendo de las teorías evolutivas de Piaget y Kohlberg (Kohlberg, 1976), sabemos que la madurez y la conciencia moral se adquieren durante el proceso de maduración y no aparecen en un momento puntual concreto, por ejemplo, a los 18 años que es cuando se establece la mayoría de edad en nuestro país.

La llamada doctrina del “menor maduro”, parte de la consideración de que los derechos de la personalidad (artículo 162.1 del Código civil español), a los que hay que añadir los derechos fundamentales de los que es titular (vida, libertad, honor, intimidad, etc), pueden ser ejercidos desde el mismo momento que la persona es suficientemente madura y eso puede suceder mucho antes de los 18 años, o dicho de otra forma, se reconoce la existencia de determinados derechos en los niños, en función del nivel de madurez observado (véase Gracia, Jara-

bo, Martín y Ríos, 2001; Ogando y García, 2007).

Esto ha dado lugar a que se proponga la necesidad de realizar una evaluación psicológica (especialmente entre los 12 y 16 años -aunque para algunos supuestos se ampliará al intervalo entre los 16 y 18 años-) con el objeto de dilucidar si tales menores o adolescentes poseen suficiente capacidad para tomar decisiones de este tipo. La herramienta básica para determinar la madurez emocional es la entrevista clínica. El proceso no es una tarea nada fácil, se deberá comprobar hasta qué punto el menor es capaz de asimilar la información que se le transmite, de razonar y deliberar, de valorar anticipadamente los riesgos o beneficios que podrían derivarse de la decisión que tome, incluyendo la capacidad de comparar el impacto de los diferentes resultados posibles en los objetivos personales y en los planes de vida, cuál es su actitud a la hora de plantearse y resolver problemas, su capacidad para reconocer errores, el nivel de dominio de sus emociones y, especialmente, si la idea que tiene sobre la posible intervención es realista o está influida por elementos fantásticos o distorsionados. En cualquier caso, si se estima una suficiente madurez, se deberán respetar las decisiones que adopte y ofrecer la ayuda necesaria aún en el caso de que la opción que elija no coincida con la que el profesional considera correcta o más idónea. Desde el principio en estas tareas de evaluación y argumentación con el adolescente es conveniente hacerle ver que considere la importancia de integrar a los padres en el proceso de toma de decisiones, aún si fuera mayor de 16 años (edad en la que la ley le otorga capacidad plena y no cabe el “*consentimiento por representación*”). En cualquier caso,

independientemente de la edad y del grado de capacidad, tampoco una persona menor puede ser obligada a participar activamente en un proceso de toma de decisión si no desea asumir esa responsabilidad y en tal caso, podrían ser los progenitores o representantes legales quienes la asuman. No obstante, si el menor muestra capacidad suficiente o es mayor de 16 años, es él quien en última instancia deberá decidir ya que, como marca nuestra legislación, el consentimiento no puede delegarse cuando la persona es capaz.

Del mismo modo si trabajamos con menores de 12 años, ante decisiones que les pudieran afectar, deberíamos considerar su opinión aunque, obviamente, ésta no sea vinculante. Surge así el concepto de “*asentimiento*” que alude al acuerdo positivo del niño o niña, que debe comprender en lo posible y de forma adaptada a su edad la naturaleza de la decisión. El “*asentimiento*”, como indica Martínez (2009), es un acto imperfecto (sin valor legal) de aceptación, realizado por una persona parcialmente capaz por ser menor, que debe ir acompañado siempre del consentimiento verbal o escrito (si fuera necesario) de los padres o representantes legales.

En suma, los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser informados de acuerdo a su momento evolutivo acerca de su realidad. No informarles supone una excepción que el profesional tendría que justificar y siempre en base a la consideración fundada de que del conocimiento de su situación se pudieran derivar consecuencias negativas. La llamada *conspiración del silencio* y la ocultación o el engaño son situaciones que siempre se deberían evitar.

El importante avance conceptual en cuanto a la capacidad y derecho de autonomía

de los menores no es paralelo a los criterios poco precisos planteados en nuestro ordenamiento legal. La determinación de la madurez y capacidad del menor sigue siendo una responsabilidad de los profesionales que no está lo suficientemente regulada. Hasta el momento, en la mayoría de los casos, su evaluación se hace de forma subjetiva ya que no existen suficientes pruebas psicológicas específicas que cubran los objetivos expuestos anteriormente y que estén adaptadas a nuestra población y a los criterios éticos y legales vigentes. Por tanto, trabajar en el desarrollo de instrumentos o protocolos consensuados para su evaluación de forma objetiva y adecuada es, sin duda, una necesidad. En este sentido y para todo tipo de poblaciones (no sólo menores de edad), como indica Simón-Lorda (2008), es imprescindible y urgente que se realicen estudios de validación rigurosos que permitan poner a disposición de los clínicos e investigadores españoles herramientas que permitan evaluar la capacidad de los pacientes y de los participantes en investigaciones.

Cuestiones especialmente conflictivas

Una situación que requiere especial consideración es aquella en la que se interviene con menores sin capacidad plena para prestar el consentimiento por sí mismos y que proceden de familias en situación de conflictividad (separación o divorcio) cuyos progenitores son, ambos, titulares de la *patria potestad*. En estos casos, hay que tener especial precaución de forma que el preceptivo *consentimiento informado* sea otorgado tanto por el padre como por la madre (salvo que exista autorización judicial). Problemas derivados de contextos de este tipo se han convertido en protagonistas de

importantes controversias en la profesión y están, además, en el fondo de la mayoría de las reclamaciones que por mala *praxis* se presentan ante las Comisiones de Ética y Deontología de nuestro país.

Los padres, madres, tutores o quienes ejerzan la *patria potestad* tienen la obligación de proteger los derechos e intereses del menor. Si el profesional responsable del tratamiento considera que éstos pudieran estar realizando un ejercicio abusivo de la *patria potestad* por ir en contra de tales derechos o intereses (por ejemplo, negándose a que un menor se beneficie de un tratamiento necesario y de eficacia probada), deberá poner los hechos en conocimiento de la autoridad competente en virtud de lo dispuesto en nuestra legislación. Otras situaciones problemáticas que podrían dar lugar a la intervención judicial es cuando existe un enfrentamiento irreconciliable entre la decisión del menor (sin capacidad plena para decidir) y la de sus progenitores o bien cuando la decisión del menor estuviera en contra de sus propios intereses. Obviamente, antes de poner en marcha medidas de este tipo, habría que agotar todas las posibilidades de diálogo, mediación, etc.

Referencias

- Beauchamp, T. L. y Childress, J. F. (1999). *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson.
- Del Río (2005). *Guía de ética profesional en Psicología Clínica*. Madrid: Pirámide.
- European Federation of Psychologists Associations - EFPA- (1995). *Metha Code of Ethics*. (versión en castellano en: Alcalde, M.J. y del Río, C. (2001). "Metacódigo de ética de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA): Traducción y adaptación al castellano". *Infocop*, 80, 36-39) y en Bermejo, V., del Río, C., Díaz, R. et al. (2004). *Ética y deontología para psicólogos*. Madrid: COP).

European Federation of Psychologists Associations - EFPA- (2005). *Metha Code of Ethics*. [http:// www.efpa.be](http://www.efpa.be)

Gracia, D., Jarabo, Y., Martín Espildora, N. y Ríos, J. (2001). Toma de decisiones en el paciente menor de edad. *Medicina Clínica*, 117/5, 179-190.

Grahan, F. (2001). Ética y psiquiatría infantil (pp. 285-298). En S. Bloch, P. Chodoff & Green, S.A. (eds.). *La ética en psiquiatría*. Madrid:Triascatela.

Kohlberg, L. (1976). Moral stages and moralization: The cognitive developmental approach (pp. 34-45). En T. Lickona (ed): *Moral development and behavior: theory, research and social issues*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.

León C., F.J. (2010). Deber ético de promover la autonomía y competencia del paciente psiquiátrico. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 5/1, pp.13- 20.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE 29.04.1986).

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE 15.11.2002).

Ogando, B. & García, C. (2007). Consentimiento informado y capacidad para decidir del niño maduro. *Pediatría Integral*, 11, 877-883.

Simón-Lorda P. (2008): "*La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente*". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XVIII/ 102, pp. 325-348.

Tauber A. (2005) *Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility*. Massachusetts: MIT Press.

Martínez, C. (2009). Problemas éticos y legales en Pediatría. Consentimiento informado en menores. *Boletín de Pediatría*, 49, 303-306.

Fecha de recepción: 29/10/2010

Fecha de aceptación: 16/11/2010

Situación actual y perspectiva de futuro en el estudio del estrés laboral: la Psicología de la Salud Ocupacional

Pedro R. Gil-Monte

Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPISCO)

Universidad de Valencia (España)

Correo electrónico: Pedro.Gil-Monte@uv.es

resumen/abstract:

En los últimos 30 años han ocurrido una serie de cambios que han influido sobre los procesos laborales y sobre el diseño del trabajo. Estos cambios de carácter sociodemográfico, económico, político, y tecnológico han originado nuevos riesgos psicosociales en el trabajo que afectan de manera negativa a la salud de los trabajadores y a su calidad de vida laboral, pues incrementan sus niveles de estrés. El objetivo del estudio es presentar los retos y oportunidades que esos cambios ofrecen a los psicólogos. El estudio se estructura en cuatro puntos en los que: (1) se presentan algunas de las consecuencias que el estrés laboral tiene para los individuos y las organizaciones, (2) se revisan algunos modelos desde los que se ha estudiado el estrés laboral en los últimos años considerando el ajuste persona-puesto, (3) se describen los objetivos y contenidos de la Psicología de la Salud Ocupacional, dedicando un punto a los principales grupos de investigación españoles que han contribuido al avance de esta disciplina, y (4) se ofrecen algunas consideraciones sobre las perspectivas de futuro que pueden beneficiar el bienestar de los trabajadores, la eficacia organizacional, y que suponen oportunidades laborales para los psicólogos.

Over the last 30 years, major changes have taken place in the context of the organizations and workplaces. These sociodemographic, economic, political, and technological changes have had an impact on organizational processes and job design and, in turn, they have generated emergent psychosocial risks that have a negative influence on the workers' safety, health, well-being, and quality of working life; because they increase the occupational stress levels. The aim of this study is to present the challenges and opportunities these changes offer to psychologists. The study is divided into four points: (1) the first point presents some of the main consequences of job stress for individuals and organizations, (2) the second presents an overview of the main models to study the job stress in recent years, taking into consideration the job-person fit, (3) in the next section presents the objectives and topics of the Occupational Health Psychology (OHP), and the Spanish research groups most relevant that are contributing to the development of that discipline, (4) the paper concludes with some final considerations for researchers and practitioners that may benefit both employee well-being and organizational effectiveness, providing job opportunities for practitioners psychologists.

palabras clave/keywords:

Riesgos psicosociales, estrés laboral, Psicología de la Salud Ocupacional, calidad de vida laboral.

Psychosocial risks, job stress, Occupational Health Psychology, quality of working life.

Situación actual y perspectiva de futuro en el estudio del estrés laboral: la Psicología de la Salud Ocupacional

El estudio del estrés laboral y sus consecuencias sobre la calidad de vida laboral de los trabajadores y sobre la productividad de las organizaciones es en la actualidad un tema de interés central para las sociedades y para los gobiernos. El origen de este interés radica en una demanda social que reclama su prevención y el tratamiento de sus consecuencias negativas para las personas y para las organizaciones. Esta demanda se ha visto incrementada en la última década, lo que ha potenciado que la investigación haya alcanzado un estatus relevante dentro de la Psicología, originando áreas de conocimiento y disciplinas específicas para su estudio, como la Psicología de la Salud Ocupacional, junto a espacios de intervención profesional dedicados a la prevención e intervención en materia de riesgos psicosociales en el trabajo.

Los factores psicosociales son las condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionadas con la organización del trabajo, con el contenido del puesto, con la realización de la tarea, e incluso con el entorno de trabajo que tienen la capacidad de afectar al desarrollo del trabajo y a la salud del trabajador. Las expresiones organización del trabajo y factores organizativos se utilizan muchas veces de manera intercambiable con factores psicosociales para hacer referencia a las condiciones de trabajo que pueden conducir al estrés (Sauter, Hurrell, Murphy y Levi, 2001). Cuando los factores psicosociales son desfavorables para el desarrollo de la actividad laboral y para la calidad de vida laboral del individuo hablamos de factores de riesgo psicosocial.

Estrés es un término ambiguo y su definición ha sido revisada en varios estudios indicando la falta de consenso sobre una definición. Sin entrar en ese debate, el estrés ha sido definido como un desequilibrio percibido entre las demandas y la capacidad del individuo de dar respuesta a esas demandas en condiciones en las que el fracaso en la solución de la situación tiene importantes consecuencias negativas percibidas (McGrath, 1976). Los riesgos psicosociales forman parte del proceso de estrés laboral, pues son fuentes de estrés laboral, o estresores. Son numerosos los estudios que han concluido que los riesgos psicosociales son agentes capaces de deteriorar la salud de las personas durante el desempeño de su trabajo e incluso fuera de él (Quick y Te-trick, 2002).

La Directiva Marco de la Unión Europea en materia de Salud y Seguridad (89/391/CEE) y la normativa comunitaria en materia de prevención de riesgos laborales se ha desarrollado en España mediante la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995, de 8 de noviembre, B.O.E. 10-11-1995). Esta ley reconoce la organización y la ordenación del trabajo como condiciones de trabajo susceptibles de producir riesgos laborales (Art. 4, apartado 7.d), y presta una atención explícita a los riesgos laborales de carácter psicosocial, pues considera que las condiciones de trabajo son aquellas características del trabajo que pueden tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador, quedando incluidas en esta definición todas aquellas características del trabajo relativas a su organización y ordenación. En el Artículo 25, apartado 1, recomienda que para proteger a los trabajadores no se les debe emplear en puestos de traba-

jo que les pongan en peligro por encontrarse manifiestamente en estados o situaciones transitorias que no les permitan responder a las exigencias psicofísicas del puesto.

La dimensión del problema no es banal. Estudios realizados en la Unión Europea (UE) han concluido que el estrés laboral es un problema importante para la UE debido a su coste económico y social. Según la *Cuarta Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo* (Parent-Thirion, Fernández, Hurley y Vermeylen, 2007, p. 62) un 22.3% de los trabajadores manifestaron que lo sufrían. Además, un 8.7% respondieron tener problemas de sueño, y un 7.8% problemas de ansiedad derivados del trabajo. Según recoge la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (<http://osha.europa.eu/es/press/press-releases/020702.xml>) el estrés es el segundo problema de salud relacionado con el trabajo informado con más frecuencia, afectando a más del 25% de los trabajadores de la UE. Según estimaciones hechas en el 2002 el problema costaba a la UE, formada entonces por 15 países, un mínimo de 20.000 millones de euros al año en concepto de tiempo perdido y gastos sanitarios.

La *Encuesta sobre Calidad de Vida Laboral* realizada en 2009 por el Ministerio de Trabajo e Inmigración del Gobierno de España (MTIN, 2009) concluye que el 45.6% de las personas ocupadas manifestaban niveles altos o muy altos de estrés frente al 24.1% que expresaban niveles bajos o muy bajos. Estos resultados son similares a los obtenidos en años precedentes, lo que indica que los cambios y sus consecuencias no son algo puntual, sino que se prolongan en el tiempo.

En Estados Unidos, el estrés laboral constituye un problema similar al de la UE. Se-

gún un informe del *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH, 1999), el porcentaje de trabajadores que informaron que su trabajo resultaba estresante estaba entre el 28% y el 40%. En un estudio posterior (NIOSH, 2004, p. 34) se señala que los trabajadores afectados de ansiedad, estrés, o alteraciones neuróticas perdieron muchos más días de trabajo (25 días de promedio perdidos por trabajador) en el año 2001 que aquellos que no presentaban este tipo de alteraciones (sólo 6 días como promedio perdidos por trabajador).

El informe publicado por la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (European Agency for Safety and Health at Work, 2007) sobre estrés laboral y riesgos psicosociales en el trabajo revela que los cambios técnicos u organizativos en el mundo del trabajo, junto con los cambios socioeconómicos, demográficos y políticos, incluido el fenómeno de la globalización, han originado riesgos psicosociales de carácter emergente que están teniendo consecuencias sobre la salud de la población, pues influyen negativamente sobre la salud y la seguridad de los trabajadores. Estos riesgos han sido agrupados en cinco áreas: a) nuevas formas de contratación laboral, que se caracterizan por la aparición de contratos de trabajo más precarios y la subcontratación, e inseguridad en el puesto de trabajo, b) envejecimiento de la población activa, que la hace más vulnerables a la carga mental y emocional, c) intensificación del trabajo, caracterizado por la necesidad de manejar cantidades de información cada vez mayores bajo una mayor presión en el ámbito laboral, d) fuertes exigencias emocionales en el trabajo, junto con un incremento del acoso psicológico y de la violencia, en especial en los sectores

de la asistencia sanitaria y de los servicios en general, y e) desequilibrio y conflicto entre la vida laboral y personal, debido a la falta de ajuste entre las condiciones de trabajo y contratación y la vida privada de las personas.

Algunos modelos para el estudio del estrés laboral y sus consecuencias

Desde la década de los setenta del siglo pasado, una gran mayoría de los modelos aplicados al estudio del estrés laboral se han basado en la falta de ajuste entre las demandas de la organización y los recursos del individuo para afrontar esas demandas. Este acercamiento al análisis del estrés laboral y su desarrollo ha estado influido por la aproximación transaccional al estudio del estrés (Lazarus, 1966).

Tres de los modelos que más han contribuido al desarrollo de esta aproximación al estrés laboral como desajuste entre demandas y recursos han sido el Modelo de Demandas-Control (Karasek, 1979; Karasek y Theorell, 1990), el Modelo de Ajuste Persona-Ambiente (French, Caplan y Harrison, 1982), y el Modelo de Esfuerzo-Recompensa de Siegrist (1996).

1. El Modelo de Demandas-Control de Karasek (1979) considera que los niveles de estrés laboral dependen de dos atributos del desempeño de la tarea: a) las demandas psicológicas de la tarea, y b) la posibilidad que tiene el trabajador de controlar esas demandas y tomar decisiones sobre su trabajo. Las demandas psicológicas son condiciones de trabajo psicológicamente estresantes, como la sobrecarga de trabajo, el grado de dificultad de la tarea, o las presiones temporales, mientras que el control alude a la oportunidad que tiene el individuo de ejercer influencia y control sobre

su situación laboral. El modelo establece que las reacciones de tensión psicológica más negativas (fatiga, ansiedad, depresión, y enfermedad físicas) ocurren cuando las exigencias psicológicas del puesto de trabajo son grandes y la latitud de toma de decisiones es escasa. El modelo ha sido completado incorporando la función del apoyo social como una variable que amortigua el efecto del estrés sobre la salud (Johnson y Hall, 1988). La inclusión del apoyo social se realiza desde la consideración de que los puestos de trabajo que presentan altas demandas, bajo control, y bajo apoyo social tienen mayor probabilidad de ocasionar problemas de salud a los trabajadores que los ocupan.

Vinculado al modelo, se desarrolló el “Job Content Questionnaire” (JCQ) (Karasek et al., 1998), un instrumento para evaluar las variables que recoge el modelo y sus consecuencias, lo que ha potenciado la realización de estudios para probar empíricamente el modelo. Alguno de esos estudios ha aportado apoyo empírico analizando la presencia de problemas cardiovasculares en los trabajadores y su relación con la actividad laboral (Schnall, Landsbergis y Baker, 1994). Sin embargo, también hay estudios que no han obtenido evidencia empírica para el modelo, en especial para los efectos del apoyo social (Van der Doef y Maes, 1999).

Los cambios en el mundo del trabajo hacen necesario incluir nuevos conceptos y variables a analizar con este modelo, como el estudio de las demandas relacionadas con el trabajo emocional (Zapf, Vogt, Seifert, Mertini y Isic, 1999), y su aplicación en puestos que requieren un trato directo con los clientes de la organización (Söderfeldt et al., 1996). Las demandas emocionales

requieren que los individuos manifiesten o repriman algunas emociones para realizar adecuadamente su trabajo. Se puede afirmar que el modelo de Karasek ha dominado la investigación sobre estrés laboral desde su aparición hasta los primeros años del siglo XXI sin perder su relevancia.

2. El modelo de Ajuste Persona-Ambiente de French, Caplan y Harrison (1982), considera que el estrés laboral y sus consecuencias surge debido a una discrepancia entre las necesidades del individuo y las contraprestaciones recibidas del ambiente o del puesto, y entre las demandas del puesto y las habilidades del individuo para dar respuesta a esas demandas.

El modelo distingue entre la representación objetiva y subjetiva del individuo y del ambiente. El individuo objetivo alude al individuo tal y como es, mientras que el individuo subjetivo es la percepción que ese individuo tiene de sus atributos (v.g., autoconcepto). De manera similar, el ambiente objetivo incluye los eventos y características físicas y sociales que se dan en el entorno con independencia de las percepciones del individuo, mientras que el ambiente subjetivo se refiere a las situaciones y eventos tal como son percibidos e interpretados por el individuo. La relación entre ambiente e individuo no es perfecta, pues está afectada por la percepción distorsionada del individuo, por los procesos cognitivos de construcción social, por las capacidades limitadas del ser humano para procesar la información, y por la estructura organizacional que de manera conjunta limitan el acceso a la información objetiva (Edwards, Caplan y Harrison, 2000). El estrés laboral y sus resultados sobre la salud mental vienen determinados por el grado de desajuste subjetivo persona-ambiente,

siendo poco relevante en esos resultados el desajuste objetivo.

3. El modelo de desequilibrio Esfuerzo-Recompensa de Siegrist (1996) define las condiciones de riesgo laboral cuando existe un desajuste debido a la existencia de una alta carga de trabajo junto a bajas recompensas.

Con respecto al modelo de Karasek, el modelo de Siegrist sustituye el concepto de control por el de las recompensas que el individuo percibe que le ofrece su puesto de trabajo. Esto supone que el nivel de estrés deriva del desequilibrio entre la carga de trabajo y las recompensas debido a que no se cumplen las expectativas de reciprocidad e intercambio justo en un área muy importante de la vida social, cual es la actividad laboral. Ese desequilibrio influye negativamente sobre algunos aspectos del self, como la autoestima y la autoeficacia, y sobre la percepción de un estatus social merecido; de manera que el trabajo pierde su función de regulación emocional y motivadora basada en la reciprocidad.

El nivel de esfuerzo depende de dos fuentes, una de carácter extrínseco, constituida por las demandas y obligaciones del puesto, y otra de carácter intrínseco, que son las necesidades de afrontar las demandas del puesto, por ejemplo, a través de estrategias de control.

Las recompensas son de tres tipos: el control del estatus profesional, la estima o aprecio por parte de los demás, y el dinero. El control del estatus profesional tiene que ver con el control de aquellos aspectos de la vida laboral que pueden suponer una amenaza para el desarrollo de la persona, para su imagen profesional, su autoeficacia o su autoestima, y que cuando no son controla-

dos generan emociones negativas del tipo de miedo o ira. Incluye situaciones como la estabilidad laboral, traslados, posibilidad de destituciones y despidos, bloqueos profesionales, etc. En situaciones de bajo estatus profesional no acorde a la cualificación de un trabajador junto con la demanda de alta implicación y esfuerzo laboral el sentido de reciprocidad desaparece dando origen a la aparición de estrés laboral.

Una recompensa económica no adecuada y la falta de estima por parte de los demás junto a altos niveles de esfuerzo tienen las mismas consecuencias estresantes que el estatus profesional inadecuado. En todas esas situaciones, el desequilibrio en situaciones de alto costo/baja recompensa probablemente dará lugar a sentimientos de amenaza, ira, depresión y baja moral.

Estos modelos están vigentes en la actualidad y siguen generando un volumen considerable de estudios mediante los que se analizan fuentes de estrés laboral, y entre ellas algunos de los principales riesgos psicosociales en el trabajo, como: inseguridad laboral (Strazdins, D'Souza, Lim, Broom y Rodgers, 2004), sobrecarga de trabajo (De Cuyper et al., 2010; Shirom, Melamed, Rogowski, Shapira y Berliner, 2009), altas demandas emocionales en el trabajo (Vegchel, Jonge, Söderfeldt, Dormann y Schaufeli, 2004), conflicto o desequilibrio trabajo-familia (Berkman, Buxton, Ertel y Okechukwu, 2010; Pal y Saksvik, 2008); y la relación entre esas fuentes de estrés laboral y sus resultados en forma de problemas fisiológicos de salud (Berkman et al., 2010), síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) (*burnout*) (Bakker, Demerouti, Taris, Schaufeli y Schreurs, 2003; Bakker, Hakanen, Demerouti y Xanthopoulou, 2007), satisfacción laboral e intenciones de

abandono de la profesión (Kinman y Jones, 2008), intenciones de abandono de la organización (Kinnunen, Feldt y Mäkikangas, 2008), y absentismo laboral por enfermedad (Van Yperen y Snijders, 2000).

Si bien los tres modelos presentados en los párrafos anteriores son los que mayor trascendencia han tenido en las últimas décadas para el estudio del estrés laboral, no han sido los únicos en contribuir al desarrollo de este campo de investigación. Es necesario citar también modelos como el modelo transaccional de Cox (1978), que considera que el estrés laboral no reside en el entorno de trabajo ni es una reacción del individuo a ese entorno, sino que refleja la conjunción de una persona que posee unos determinados motivos y creencias con un ambiente cuyas características suponen un daño, una amenaza o un desafío dependiendo de las características del individuo.

Psicología de la Salud Ocupacional

La Psicología no ha sido ajena a los cambios ocurridos de manera global en las últimas décadas ni a los problemas derivados de ellos para los individuos, para los grupos y para las organizaciones laborales. La demanda social exige la preparación de profesionales especialistas en el campo de intervención, así como el desarrollo de investigaciones que se concreten en modelos que permitan explicar los fenómenos y dirijan la intervención, junto con el desarrollo de instrumentos que faciliten la evaluación y el diagnóstico.

La disciplina que aborda el estudio del estrés laboral, de los riesgos psicosociales en el trabajo, y de la calidad de vida laboral es la Psicología de la Salud Ocupacional (PSO). Aunque el término "Psicología de la Salud Ocupacional" fue propuesto por

Jonathan Raymond en 1990 (Raymond, Wood y Patrick, 1990), la PSO se inicia paralelamente en Estados Unidos y en Europa antes de la década de los 90. Su objetivo es que las personas puedan producir, atender a los demás, desarrollarse y ser valoradas en el ejercicio de su actividad laboral. Para ello deben tener la posibilidad de utilizar su talento, sus conocimientos, sus destrezas y habilidades, como vía para alcanzar un alto rendimiento, al tiempo que perciben alta satisfacción laboral y bienestar en el trabajo (Quick, 1999a; 1999b).

Cox, Baldursson y Rial-González (2000) señalan que las raíces de la PSO se encuentran entre la salud ocupacional y la psicología, y consideran que su cuerpo de conocimientos proviene en gran medida de la contribución de la psicología aplicada a la salud ocupacional, en especial de la psicología del trabajo y de las organizaciones, de la psicología de la salud y de la psicología social y ambiental. El resultado es que los aspectos psicológicos, sociales y organizacionales de la salud ocupacional han sido los más abordados por los psicólogos de la salud ocupacional. Consecuentemente, los profesionales que abordan el estudio de la salud desde esta aproximación conciben su campo de acción diferente de lo que podría definirse como un acercamiento médico al estudio de la salud ocupacional.

La PSO es una especialidad emergente de la psicología con carácter básico y aplicado. Surge como resultado de una fusión de contenidos de la Salud Pública y de la Medicina Preventiva con la Psicología Clínica y la Psicología de la Salud, aplicados en el contexto de las organizaciones laborales (Quick, 1999a).

La sociedad impulsora del avance de la PSO en Europa es la “*European Acade-*

my of Occupational Health Psychology” (EA-OHP) (<http://eaohp.org/default.aspx>), que publica la revista *Work & Stress*, y su homóloga en EEUU es la “*Society for Occupational Health Psychology*” (SOHP) (<http://sohp.psy.uconn.edu/>), cuya publicación científica oficial es el *Journal of Occupational Health Psychology*. En el estudio realizado por Kang, Staniford, Dollard y Kompier (2008) para analizar los contenidos de los artículos publicados en *Work & Stress* y en el *Journal of Occupational Health Psychology*, entre 1996 y 2006, se concluye que entre los principales temas abordados en esas publicaciones se encontraban estudios sobre: relación trabajo-familia, consecuencia psicológicas y fisiológicas del trabajo, seguridad laboral, disponibilidad de recursos, conflictos interpersonales, agresiones y violencia en el trabajo, desempleo e inseguridad en el empleo, acoso psicológico (*mobbing*), problemas de sueño relacionados con el trabajo, cambio organizacional, SQT (*burnout*), trabajo emocional, jubilación, etc. Estos temas también aparecen recogidos en los principales manuales de la disciplina, como el *Handbook of Occupational Health Psychology* (Quick y Tetrick, 2002) y *Occupational Health Psychology* (Leka y Houdmont, 2010).

Los ambientes saludables y la salud de los trabajadores son condiciones esenciales para la efectividad de las personas y para el rendimiento de las organizaciones. Por ello, la PSO pretende desarrollar la salud de las personas y paralelamente crear ambientes saludables, pues ambos frentes son inseparables. Por este motivo, la prevención resulta fundamental para la PSO. Según Quick (1999a) sus niveles de intervención son tres:

1. El primero es la intervención sobre la organización y sobre el entorno de trabajo, prestando atención a las demandas organizacionales, a los riesgos laborales y a los costes directos e indirectos que suponen los problemas de salud. Dentro de este foco de atención, una variable relevante es la posibilidad del individuo de controlar su entorno de trabajo. Las estrategias de prevención incluyen planificación organizacional, horarios de trabajo flexibles, o liderazgo participativo, con el fin de acomodar el diseño de la organización y del lugar de trabajo al individuo. Pero también se recomienda ir más allá, interviniendo a nivel social mediante normativas que regulen el ejercicio del trabajo para prevenir daños a la salud.
2. El segundo nivel está relacionado con la psicología y con la conducta de los individuos, prestando especial atención a los problemas de salud de carácter fisiológico, psicológico y conductual. Desde esta aproximación se han estudiado variables individuales de carácter cognitivo o afectivo que predisponen a los individuos al estrés, como la adicción al trabajo (*workaholism*), y las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas para prevenir el estrés.
3. El tercer nivel se centra en abordar los problemas que se derivan de la relación entre la familia y el trabajo debido a la desintegración y oposición entre estas dos facetas de la vida consecuencia de la Revolución Industrial.

Psicología de la Salud Ocupacional en España

Considerando las aportaciones a esta disciplina en forma de publicaciones y par-

ticipación activa en congresos, algunos de los principales grupos de investigación españoles en PSO se encuentran en la Comunidad Valenciana. Cabe destacar las aportaciones realizadas desde la Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSIPO) (<http://www.uv.es/unipsico/>) dirigida por el profesor Pedro R. Gil-Monte, con el desarrollo de investigaciones sobre estrés laboral y SQT. Dentro de esta línea de investigación se han desarrollado modelos teóricos para explicar el desarrollo del proceso del SQT (Gil-Monte, Peiró y Valcarcel, 1998; Gil-Monte 2005), se han construido instrumentos psicométricos para su evaluación, como el “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el trabajo” (CESQT) (Gil-Monte, Carretero, Roldán y Núñez-Román, 2005; Gil-Monte, en prensa), que ha sido aplicado en diversos países de Latinoamérica, entre los que se encuentran Argentina (Marucco, Gil-Monte y Flamenco, 2007/2008) y México (Gil-Monte, Unda y Sandoval, 2009); y se ha adaptado a otros idiomas como el portugués (Gil-Monte, Carlotto y Gonçalves, 2010), el alemán (Bosle y Gil-Monte, 2010) y el checo (Alföldy y Gil-Monte, 2009). Además se han generado redes de investigación sobre PSO en Latinoamérica. Otras línea de investigación desarrollada por este grupo son los estudios sobre mobbing (Gil-Monte, Carretero y Luciano, 2006).

Otro de los grupos que han realizado aportaciones relevantes al desarrollo de la PSO desde la Universidad de Valencia es la UI-POT, dirigida por el profesor José M. Peiró, y con investigadores en la Universidad Jaume I de Castellón y en la Universidad Miguel Hernández de Elche, entre otras. Las investigaciones de este grupo de inves-

tigación en temas de PSO son pioneras en España, y se remontan a la década de los años 80 del siglo pasado donde se iniciaron con investigaciones sobre el estrés de rol (Peiró, Meliá, Torres y Zurriaga, 1987). Su producción científica comprende la publicación de monografías (Peiró, 2000), capítulos de libro (Bravo, González, Zurriaga y Luque, 1994; Zurriaga, Bravo, Ripoll y Caballer, 1998), y artículos en revistas científicas (Buunk, Peiró, Rodríguez y Bravo, 2007; Peiró y Rodríguez, 2008). Otro grupo de investigación en PSO de Universidad de Valencia es la Unitat de Psicologia de la Seguretat i la Salut Laboral i Prevenció d'Accidents, dirigida por el profesor José Luis Meliá, que ha centrado su producción científica en el desarrollo de baterías psicométricas para la evaluación de los riesgos psicosociales en el trabajo, en especial en el sector de la construcción (Meliá y Becerril, 2007; 2009; Meliá, Chisvert y Pardo, 2001). Junto a esos grupos también desarrollan actividades de investigación en temas de PSO en la Universidad de Valencia investigadores como el profesor José M. Tomás y la profesora Amparo Oliver (Cox et al., 2006; Oliver, Tomás y Cheyne, 2005).

Fuera de la Comunidad Valenciana existen algunos grupos académicos cuya actividad investigadora en temas de PSO es un referente nacional e internacional. Entre los más destacados, y sin intención de ser exhaustivo, cabe señalar: a) el grupo de investigación dirigido por el profesor Bernardo Moreno-Jiménez, en la Universidad Autónoma de Madrid, desde donde han desarrollado investigaciones sobre estrés laboral y SQT (Garrosa-Hernández, Moreno-Jiménez, Liang y González-Gutiérrez, 2008), y violencia en el trabajo (Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Pastor, Sanz-Vergel y

Garrosa, 2009). b) El Equipo de Gestión e Investigación en Psicología del Trabajo y Organizaciones (EGIPTO), en la Universidad de Murcia, dirigido por el profesor Mariano García Izquierdo, que desde consideraciones psicosociales ha impulsado en España el estudio del SQT (García, Sáez y Llor, 2000) y del *mobbing* (Meseguer, Soller, Sáez, y García-Izquierdo, 2008). c) El grupo de investigación dirigido por la profesora Dolores Díaz Cabrera en la Universidad de La Laguna, que ha impulsado la investigación en temas de etiología de los accidentes laborales y clima y cultura de seguridad laboral (Díaz-Cabrera, Hernández-Fernaud y Isla-Díaz, 2007), así como el estudio de la carga mental (Rolo-González, Díaz-Cabrera y Hernández-Fernaud, 2009). d) El grupo de investigación dirigido por el profesor Manuel Montalbán, en la Universidad de Málaga (Durán, Extremera, Rey, Fernández-Berrocal y Montalbán, 2006). e) En la Universidad Rovira y Virgili de Tarragona destacan las contribuciones de los profesores Jordi Tous (Carrión, Lopez-Barón y Tous, 2007) y Joan Boada (Boada, Diego y Agulló, 2004).

Como revistas científicas españolas de referencia en las que periódicamente se publican estudios sobre temas de PSO desde una aproximación psicosocial cabe señalar la revista *Ansiedad y Estrés* (<http://www.ucm.es/info/seas/revista/>) y la *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* (<http://www.copmadrid.org/webcopm/resource.do?recurso=psicologiadeltrabajo>). Aunque también es posible encontrar estudios en otras publicaciones de carácter más generalista como *Informació Psicològica* (véase el número 91/92, en el que se trata sobre el SQT como fenómeno transcultural).

Como se ha señalado al inicio de este estudio, los cambios ocurridos en el mundo laboral y su evolución permiten afirmar que la PSO es una disciplina con futuro, tanto para los investigadores interesados en sus contenidos como para los profesionales que buscan su futuro en el mundo laboral. Una vía para alcanzar esta integración es la formación de los futuros investigadores y profesionales en programas universitarios específicos en PSO. Tanto en EEUU como en Europa existen numerosos programas de postgrado de duración variable para la formación en PSO o en sus contenidos. El objetivo es que los futuros profesionales mejoren sus competencias para el ejercicio de esta disciplina, dotándoles de mayores conocimientos y destrezas para avanzar en la comprensión y prevención de los problemas del trabajo que afectan a la salud, mejorar la calidad de vida laboral de los trabajadores y promover la salud y el bienestar en el trabajo mediante la aplicación de principios y procedimientos psicológicos y psicosociales.

Un estudio comparativo entre investigadores y expertos estadounidenses y europeos en el campo (Houdmont, Leka y Bulger, 2008) reveló que existe un alto acuerdo sobre las principales áreas en las que deben formarse los psicólogos futuros expertos en PSO, a saber: a) intervenciones para promover la salud en el lugar de trabajo, b) métodos de investigación en las organizaciones, c) aspectos psicosociales del entorno laboral, d) teorías del estrés, y e) intervenciones en estrés. Una sexta área de formación que debería incluirse según criterios estadounidenses es la formación en aspectos de salud relacionados con el diseño del trabajo. En el caso de España, la titulación que más se aproxima a los objetivos y contenidos de la

PSO en la actualidad es el postgrado Máster Universitario en Prevención de Riesgos Laborales, Especialidad en Ergonomía y Psicosociología (<http://centros.uv.es/web/centros/sociales/data/estudios/seccionese-sadd/E3/PDF139.pdf>).

Perspectivas de futuro

La historia del estrés es también la historia de la PSO, y los cambios sociales y académicos ocurridos en las últimas décadas sugieren que también lo será en el futuro. Con esta perspectiva es de esperar cierta continuidad en las tendencias identificadas, de manera que el avance en el estudio del estrés laboral deberá considerar necesariamente una serie de factores externos que influyen sobre la organización del trabajo y factores internos vinculados al desarrollo de la investigación científica (Houdmont y Leka, 2010; Sauter et al., 2002; Schaufeli, 2004).

Entre los factores externos a las organizaciones se deben considerar: (1) cambios económicos (v.g., globalización de la economía), (2) los cambios en los mercados y en las políticas económicas (v.g., liberación de mercados), (3) cambios en la legislación (v.g., legislación internacional en materia de prevención de riesgos laborales), (4) cambios tecnológicos (v.g., innovación en la tecnología de la información y en materia de comunicaciones), (5) cambios sociales (v.g., incremento de la diversidad cultural), y (6) cambios demográficos (v.g., envejecimiento de la población). Estos cambios van a afectar a las organizaciones laborales, de hecho ya lo están haciendo, obligándoles a reestructurarse, a cambiar el diseño de los procesos y del clima psicológico, a considerar las relaciones entre el trabajo y la familia, y las formas tradicionales de contra-

tación. También van a afectar al diseño de los puestos y de las tareas, a las relaciones interpersonales, a los roles laborales y a los diseños de carrera.

Como se ha señalado al inicio de este estudio, el informe de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (European Agency for Safety and Health at Work, 2007) sobre estrés laboral y riesgos psicosociales en el trabajo ya ha detectado algunas fuentes de estrés o riesgos psicosociales vinculados a estos cambios, a los que ha etiquetado como riesgos psicosociales emergentes. En otros estudios también se ha subrayado la presencia de esos riesgos y la previsión de que vayan en aumento (Sparks, Faragher y Cooper, 2001).

Entre los factores internos que van a influir en las próximas décadas en el desarrollo de la investigación sobre el estrés laboral se incluyen: (1) el desarrollo de la investigación básica para mejorar el conocimiento de los procesos psicológicos implicados en el estrés, por ejemplo desde la neurociencia, (2) realización de estudios descriptivos para presentar evidencia sobre la dimensión de los riesgos psicosociales en el trabajo (v.g., estudios de prevalencia sobre fuentes de estrés y sus consecuencias), (3) desarrollo de instrumentos para evaluar el estrés en las organizaciones (v.g., cuestionarios, métodos y procedimiento de evaluación), (4) investigación en materia de intervención para evaluar los resultados de este tipo de programas, y (5) investigación sobre el cambio organizacional. En especial, se reclama prestar atención a estos dos últimos puntos (Richardson y Rothstein, 2008).

Dada la naturaleza del cambio, parece probable que los investigadores se deban replantear la investigación del estrés laboral revisando y refinando los modelos con los

que tradicionalmente se ha trabajado, considerando nuevos enfoques y métodos que incorporen nuevas variables y procesos, y que incluyan los factores externos a la organización, como la globalización, las nuevas demandas cognitivas del trabajo, o las tecnologías de la comunicación. Autores como Bond y Smith (1996) y Jahoda (1988) ya han señalado que los estudios transculturales realizados desde la Psicología han estado monopolizados por los estadounidenses, lo que ha ocasionado cierto grado de etnocentrismo y proponer la generalización y universalidad de las teorías desarrolladas por la psicología occidental, en especial desde Estados Unidos y Europa occidental, desestimando como desviación las evidencias e interpretaciones idiosincráticas de otras culturas. El desarrollo económico de potencias como China o India hace necesario considerar sus peculiaridades (Xie, Schaubroeck y Lam, 2008) y el desarrollo de estudios transculturales (Pal y Saksvik, 2008, Sinha y Watson, 2007), y puede que obligue a revisar el conocimiento acumulado.

Entre los modelos a reformular estarían los que han dominado el estudio del estrés laboral en las últimas décadas (v.g., Karasek, 1979; Siegrist, 1996), pues deberían ser revisados e interpretados en el nuevo contexto del mundo del trabajo (Theorell, 2006). Nuevas perspectivas para el estudio del estrés laboral están abriéndose paso y consolidándose. Es el caso de la aproximación positiva al estudio psicosocial de la salud ocupacional (Bakker y Derks, 2010) que postula que, más allá de evaluar el estrés laboral y tratar con sus consecuencias negativas, la PSO tiene la responsabilidad de adoptar un rol más proactivo para procurar entornos laborales saludables y de-

sarrollar una normativa que fomente los aspectos positivos del trabajo. También se hacen recomendaciones sobre la necesidad de considerar variables sociodemográficas como el género, la edad y la ocupación en los estudios sobre estrés laboral y sus consecuencias a la hora de interpretar los resultados (Brewer y Shapard, 2004; Purvanova y Muros, 2010; Shirom, Gilboa, Fried y Cooper, 2008), así como cambios metodológicos que incorporen la realización de estudios multinivel (Bliese y Jex, 2002), estudios longitudinales (Gil-Monte y García-Juesas, 2008; Tucker, et al., 2009) y diseños de investigación y análisis estadísticos menos sofisticados que los que habitualmente realizan los investigadores, y que incorporen con mayor énfasis la perspectiva aplicada de los resultados obtenidos (Houdmont y Leka, 2010).

En España se ha avanzado en la línea de las recomendaciones señaladas, y también en la conexión entre investigación y práctica aplicada para dar respuesta a las demandas sociales. En el documento “Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2007-2012” (Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2007) se indica que *“El diseño de las políticas públicas en seguridad y salud en el trabajo debe integrar todo el conjunto de riesgos a los que se ven expuestos los trabajadores y trabajadoras como consecuencia del ejercicio de su actividad dentro y fuera de los centros de trabajo, con especial atención a los denominados riesgos emergentes, los riesgos psicosociales derivados de la organización del trabajo...”* (p. 23). Los objetivos de esta estrategia se concretan en: (1) lograr un mejor y más eficaz cumplimiento de la normativa, con especial atención a las pequeñas y medianas empresas,

(2) mejorar la eficacia y la calidad del sistema de prevención, poniendo un especial énfasis en las entidades especializadas en prevención, (3) fortalecer el papel de los interlocutores sociales y la implicación de los empresarios y de los trabajadores en la mejora de la seguridad y salud en el trabajo, (4) desarrollar y consolidar la cultura de la prevención en la sociedad española, (5) perfeccionar los sistemas de información e investigación en materia de seguridad y salud en el trabajo, (6) potenciar la formación en materia de prevención de riesgos laborales, (7) reforzar las instituciones dedicadas a la prevención de riesgos laborales, y (8) mejorar la participación institucional y la coordinación de las Administraciones Públicas en las políticas de prevención de riesgos laborales.

Estos objetivos han dado lugar a campañas de prevención de riesgos psicosociales en el trabajo, al desarrollo de programas de formación continuada, a la realización de encuestas sobre prevalencia del estrés laboral y a sentencias judiciales en las que se reconoce que el estrés laboral es el origen de problemas de salud desarrollados por algún trabajador, y en las que se falla a favor del trabajador indemnizándole por el daño sufrido, y/o concediéndole el derecho a la baja laboral o a algún tipo invalidez por enfermedad o accidente laboral.

Junto con ese tipo de acciones, también se han desarrollado acciones para formar expertos en materia de prevención en riesgos psicosociales en el trabajo. El esfuerzo más relevante en esta línea se plasma en la creación del plan de estudios dirigido a la obtención del Máster Oficial en Prevención de Riesgos Laborales, referido en un punto anterior. Estos estudios universitarios de postgrado abren una puerta al mercado

laboral a los psicólogos que opten por ese tipo de formación.

Referencias

- Alföldy, S. y Gil-Monte, P. R. (2009, noviembre). *The burnout syndrome experienced by Czech workers during long-term working stays abroad*. Estudio presentado en 8th International Conference on Occupational Stress and Health, San Juan (Puerto Rico).
- Bakker, A. B., Demerouti, E., Taris, T. W., Schaufeli, W. B. y Schreurs, P. J. (2003). A multigroup analysis of the Job Demands-Resources Model in four home care organizations. *International Journal of Stress Management*, 10, 16-38.
- Bakker, A. B. y Derks, D. (2010). Positive Occupational Health Psychology. En J. Houdmont y S. Leka (Eds.), *Occupational Health Psychology. European perspectives on research, education and practice* (pp. 194-224). Nottingham: Nottingham University Press.
- Bakker, A. B., Hakanen, J. J., Demerouti, E. y Xanthopoulou, D. (2007). Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high. *Journal of Educational Psychology*, 99, 274-284.
- Berkman, L. F., Buxton, O., Ertel, K. y Okechukwu, C. (2010). Managers' practices related to work-family balance predict employee cardiovascular risk and sleep duration in extended care settings. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15, 316-329.
- Bliese, P. D. y Jex, S. M. (2002). Incorporating a multilevel perspective into occupational stress research: Theoretical, methodological, and practical implications. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7, 265-276.
- Boada, J., Diego, R. y Agulló, E. (2004). El burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema*, 16, 125-131.
- Bond, M. H. y Smith, P. B. (1996). Cross-cultural social and organizational psychology. *Annual Review of Psychology*, 47, 205-235.
- Bosle, A. y Gil-Monte, P. R. (2010). Psychometric properties of the Spanish Burnout Inventory in German professionals: Preliminary results. *Ansiedad y Estrés*, 16, 283-291.
- Bravo, M. J., González, P., Zurriaga, R. y Luque, O. (1994). Un modelo causal de los determinantes y las consecuencias del estrés de rol en médicos y enfermeras. En G. Musitu (Dir.), *Psicología Comunitaria* (pp. 358-371). Valencia: Set i Set.
- Brewer, E. W. y Shapard, L. (2004). Employee burnout: A meta-analysis of the relationship between age or years of experience. *Human Resource Development Review*, 3, 102-123.
- Buunk, A. P., Peiró, J. M., Rodríguez, I. y Bravo, M. J. (2007). A loss of status and a sense of defeat: An evolutionary perspective on professional burnout. *European Journal of Personality*, 21, 471-485.
- Carrión, M. A., Lopez-Barón, F. y Tous, J. (2007). *Psicosociología de la salud ocupacional (1): Evaluación en intervención psicosocial*. Barcelona: AEPa-Publidisa.
- Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (2007). *Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2007-2012*. Madrid: MITIN. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Instituto/Estrategia_Seguridad_Salud/estrategia_2007_2012.pdf
- Cox, T. (1978). *Stress*. London: Macmillan.
- Cox, T., Baldrsson, E. y Rial-González, E. (2000). Editorial. *Occupational Health Psychology. Work & Stress*, 14, 101-104.
- Cox, T., Oliver, A., Rial-González, E., Tomás, J. M., Griffiths, A. y Thompson, L. (2006). The development of a Spanish language version of the Worn Out Scale of the General Well-Being Questionnaire (GWBQ). *The Spanish Journal of Psychology*, 9, 94-102.
- De Cuyper, N., Mauno, S., Kinnunen, U., De Witte, H., Mäkikangas, A. y Nätti, J. (2010). Autonomy and workload in relation to temporary and permanent workers' job involvement. *Journal of Personnel Psychology*, 9, 40-49.
- Díaz-Cabrera, D., Hernández-Fernaud, E. y Isla-Díaz, R. (2007). An evaluation of a new instrument to measure organisational safety culture values and practices. *Accident Analysis and Prevention*, 39, 1202-1211.
- Durán, A., Extremera, N., Rey, L., Fernández-Berrocal, P. y Montalbán, F. M. (2006). Predicting academic burnout and engagement in educational settings: Assessing the incremental validity of perceived emotional intelligence beyond perceived stress and general self-efficacy. *Psicothema*, 18, 158-164.
- Edwards, J. R., Caplan, R. D. y Harrison, R. V. (2000). Person-Environment Fit Theory. En C. L. Cooper (Ed.), *Theories of organizational stress* (pp. 28-67). Oxford: Oxford University Press.
- European Agency for Safety and Health at Work (2007). *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- French, J. R., Caplan, R. D. y Harrison, R. V. (1982). *The mechanisms of job stress and strain*. Chichester: Wiley.
- García, M., Sáez, M. C. y Llor, B. (2000). Burnout, satisfac-

- ción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16, 215-228.
- Garrosa-Hernández, E., Moreno-Jiménez, B., Liang, Y. y González-Gutiérrez, J. L. (2008). The relationship between sociodemographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: an exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 418-427
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. R. (en prensa). *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo*. Madrid: TEA.
- Gil-Monte, P. R., Carlotto, M. S., y Gonçalves, S. (2010). Validation of the Brazilian version of the "Spanish Burnout Inventory" in teachers. *Revista de Saúde Pública*, 44, 140-147.
- Gil-Monte, P. R., Carretero, N. y Luciano, J. V. (2006). Prevalencia del mobbing en trabajadores de centros de asistencia a personas con discapacidad de la Comunidad Valenciana. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22, 275-291.
- Gil-Monte, P. R., Carretero, N., Roldán, M. D. y Núñez-Román, E. (2005). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en monitores de taller para personas con discapacidad. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21, 107-123.
- Gil-Monte, P. R., y García-Juesas, J. A. (2008). Efectos de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Un estudio longitudinal en enfermería. *Revista Mexicana de Psicología*, 25, 329-337.
- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M. y Valcárcel, P. (1998). A model of burnout process development: An alternative from appraisal models of stress. *Comportamento Organizacional e Gestao*, 4, 165-179.
- Gil-Monte, P. R., Unda S., y Sandoval J. I. (2009). Validez factorial del "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo" (CESQT) en una muestra de maestros mexicanos. *Salud Mental*, 32, 205-214.
- Houdmont, J. y Leka, S. (2010). Future directions in Occupational Health Psychology. En S. Leka y J. Houdmont (Eds.). *Occupational Health Psychology* (pp. 298-321). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Houdmont, J., Leka, S. y Bulger, C. A. (2008). The definition of curriculum areas in occupational health psychology. En J. Houdmont y S. Leka (Eds.), *Occupational Health Psychology. European perspectives on research, education and practice* (pp. 145-169). Nottingham: Nottingham University Press.
- Jahoda, G. (1988). "J'accuse". En M. Harris (Ed.), *The cross-cultural challenge to social psychology*. Beverly Hills: Sage.
- Johnson, J. V. y Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78, 1336-1342.
- Kang, S. Y., Staniford, A. K., Dollard, M. F. y Kompier, M. (2008). Knowledge development and content in Occupational Health Psychology. A systematic analysis of the Journal of Occupational Health Psychology, and Work & Stress, 1996-2006. En J. Houdmont y S. Leka (Eds.), *Occupational Health Psychology. European perspectives on research, education and practice* (pp. 27-62). Nottingham: Nottingham University Press.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P. y Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3, 322-355.
- Karasek, R. y Theorell, T. (1990). *Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kinman, G. y Jones, F. (2008). Effort-reward imbalance and overcommitment: Predicting strain in academic employees in the United Kingdom. *International Journal of Stress Management*, 15, 381-395.
- Kinnunen, U., Feldt, T. y Mäkikangas, A. (2008). Testing the Effort-Reward Imbalance Model among Finnish managers: The role of perceived organizational support. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13, 114-127.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- Leka, S. y Houdmont, J. (2010) (Eds.). *Occupational Health Psychology*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Marucco, M. A., Gil-Monte, P. R. y Flamenco, E. (2007/2008). Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en pediatras de hospitales generales, estudio comparativo de la prevalencia medida con el MBI-HSS y el CESQT. *Informació Psicológica*, 91/92, 32-42.
- McGrath, J. E. (1976). Stress and behavior in organizations. In M. D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 1351-1395). Chicago: RandMcNally.
- Meliá, J. L. y Becerril, M. (2007). Psychosocial sources of stress and burnout in the construction sector: A structural equation model. *Psicothema*, 19, 679-686.

- Meliá, J. L. y Becerril, M. (2009). Health behaviour and safety in the construction sector. *Psicothema*, 21, 427-432.
- Meliá, J. L., Chisvert, M. y Pardo, E. (2001). Un modelo procesual de las atribuciones y actitudes ante los accidentes de trabajo: estrategias de medición e intervención. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 17, 63-90.
- Meseguer, M., Soler, M. I., Sáez, M. C. y García-Izquierdo, M. (2008). Workplace mobbing and effects on workers' health. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, 219-227.
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Pastor, J. C., Sanz-Vergel, A. I. y Garrosa, E. (2009). The moderating effects of psychological detachment and thoughts of revenge in workplace bullying. *Personality and Individual Differences*, 46, 359-364.
- MTIN (2009). *Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración. Disponible en: <http://www.mtin.es/estadisticas/ecvt/welcome.htm>
- NIOSH (1999). *Stress...at work*. Publication No. 99-101. Cincinnati, OH: NIOSH. Disponible en: <http://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101/pdfs/99-101.pdf>
- NIOSH (2004). *Worker Health Chartbook 2004*. Cincinnati, OH: NIOSH. Disponible en: <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2004-146/pdfs/2004-146.pdf>
- Oliver, A. Tomás, J. M. y Cheyney, A. (2005). Clima de seguridad laboral: naturaleza y poder predictivo. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21, 253-268.
- Pal, S. y Saksvik, P. (2008). Work-family conflict and psychosocial work environment stressors as predictors of job stress in a cross-cultural study. *International Journal of Stress Management*, 15, 22-42.
- Parent-Thirion, A., Fernández, E., Hurley, J. y Vermeylen, G. (2007). *Fourth European Working Conditions Survey*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. Recuperado de <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/98/en/2/ef0698en.pdf>
- Peiró, J. M. (2000). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Pirámide.
- Peiró, J. M., Meliá, J. L., Torres, M. A. y Zurriaga, R. (1987). La medida de la experiencia de la ambigüedad en el desempeño de roles: el Cuestionario General de Ambigüedad de Rol en Ambientes Organizacionales. *Evaluación Psicológica*, 3, 27-53.
- Peiró, J. M. y Rodríguez, I. (2008). Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional. *Papeles del Psicólogo*, 29, 68-82.
- Purvanova, R. K. y Muros, J. P. (2010). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 77, 168-185.
- Quick, J. C. (1999a). Occupational Health Psychology: historical roots and future directions. *Health Psychology*, 18, 82-88.
- Quick, J. C. (1999b). Occupational Health Psychology: the convergence of Health and Clinical Psychology with Public Health and Preventive Medicine in a organizational context. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30, 123-128.
- Quick, J. C. y Tetrick, L. E. (Eds.) (2002). *Handbook of Occupational Health Psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Raymond, S. J., Wood, D. W. y Patrick, W. K. (1990). Psychology doctoral training in work and health. *American Psychologist*, 45, 1159-1161.
- Richardson, K. M. y Rothstein, H. R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13, 69-93.
- Rolo-González, G., Díaz-Cabrera, D. y Hernández-Fernaud, E. (2009). Desarrollo de una Escala Subjetiva de Carga Mental de Trabajo (ESCAM). *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 25, 29-37.
- Sauter, S. L., Brightwell, W. S., Colligan, M. J., Hurrell, Jr., J. J., Katz, T. M., LeGrande, D. E., ..., Tetrick, L. E. (2002). *The changing organization of work and the safety and health of working people: Knowledge gaps and research directions*. Cincinnati, OH: NIOSH. Diponible en: <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2002-116/pdfs/2002-116.pdf>
- Sauter, S. L., Hurrell Jr., J. J., Murphy, L.R. y Levi, L. (2001). Factores psicosociales y de organización. En: O.I.T. (Ed.), *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración (p. 34.2-3). Disponible en: <http://www.mtas.es/es/publica/enciclo/indice.htm>
- Schaufeli, W. (2004). The future of Occupational Health Psychology. *Applied Psychology: An International Review*, 53, 502-517.
- Schnall, P. L., Landsbergis, P. A. y Baker, D. (1994). Job strain and cardiovascular disease. *Annual Review of Public Health*, 15, 381-411.
- Shirom, A., Gilboa, S. S., Fried, Y. y Cooper, C. L. (2008). Gender, age and tenure as moderators of work-related stressors' relationships with job performance: A meta-analysis. *Human Relations*, 61, 1371-1398.
- Shirom, A., Melamed, M., Rogowski, O., Shapira, I. y Berliner, S. (2009). Workload, control, and social support effects on serum lipids: A longitudinal study among apparently healthy employed adults. *Journal of Occupational Health Psychology*, 14, 349-364.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.

- Sinha, B. K. y Watson, D. C. (2007). Stress, coping and psychological illness: A cross-cultural study. *International Journal of Stress Management*, 14, 386-397.
- Söderfeldt, B., Söderfeldt, M., Muntaner, C., O'Campo, P, Warg, L. y Ohlson, C. (1996). Psychosocial work environment in human service organizations: A conceptual analysis and development of the demand-control model. *Social Science & Medicine*, 42, 1217-1226.
- Sparks, K., Faragher, B. y Cooper, C. L. (2001). Well-being and occupational health in the 21st century workplace. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 74, 489-509.
- Strazdins, L., D'Souza, R. M., Lim, L., Broom, D. H. y Rodgers, B. (2004). Job strain, job insecurity, and health: Rethinking the relationship. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9, 296-305.
- Theorell, T. (2006). New directions for psychosocial work environment research. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34, 113-115.
- Tucker, J. S., Sinclair, R. R., Mohr, C. D., Adler, A. B., Thomas, J. L. y Salvi, A. D. (2009). Stress and counterproductive work behavior: Multiple relationships between demands, control, and soldier indiscipline over time. *Journal of Occupational Health Psychology*, 14, 257-271.
- Van der Doef, M. y Maes, S. (1999). The Job Demand-Control (-Support) Model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. *Work & Stress*, 13, 87-114.
- Van Yperen, N. W. y Snijders, T. A. (2000). A multilevel analysis of the Demands-Control Model: Is stress at work determined by factors at the group level or the individual level?. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 182-190.
- Vegchel, N. V., Jonge, J., Söderfeldt, M., Dormann, C. y Schaufeli, W. (2004). Quantitative versus emotional demands among Swedish human service employees: Moderating effects of job control and social support. *International Journal of Stress Management*, 11, 21-40.
- Xie, J. L., Schaubroeck, J., y Lam, S. S. (2008). Theories of job stress and the role of traditional values: A longitudinal study in China. *Journal of Applied Psychology*, 93, 831-848.
- Zapf, D., Vogt, C., Seifert, C., Martini, M. y Isic, A. (1999). Emotion work as a source of stress: The concept and development of an instrument. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8, 371-400.
- Zurriaga, R., Bravo, M. J., Ripoll, P. y Caballer, A. (1998). Las características del trabajo como antecedentes del burnout en profesionales de la salud. En R. de Diego y J. Donoso (Coord.), *Psicología del trabajo. Nuevos conceptos, controversias y aplicaciones* (pp. 203-211). Madrid: Pirámide. Madrid.

Fecha de recepción: 26/11/2010
 Fecha de aceptación: 16/12/2010

Estudios sobre sexualidad en España: presente y futuro

Félix López Sánchez

Catedrático de Psicología de la Sexualidad

Universidad de Salamanca

Correo electrónico: flopez@usal.es

Antecedentes

Los primeros escritos supuestamente científicos sobre la sexualidad se hicieron desde una perspectiva religioso-confesional y patológica. (Tissot, 1760; Kraktt-Ebing, 1886)

“Lo propio de las sociedades modernas no es que hayan obligado al sexo a permanecer en la sombra, sino que ellas se hayan destinado a hablar del sexo siempre, haciéndolo valer, poniéndolo relieve como el secreto... al menos hasta Freud, el discurso sobre el sexo –el discurso de científicos y teóricos- no habría cesado de ocultar aquello de lo que hablaba” (Foucault, 1976, págs. 47 y 67).

Aunque Foucault se olvide de citar a otro predecesor, Ellis (1896), lo cierto es que durante siglos los científicos se limitaron a legitimar el discurso religioso sobre el sexo.

Una actitud científica, con independencia de los aciertos y errores, no la encontramos hasta Ellis, Freud y el llamado grupo de Berlín (Bloch,1907, Hirschfeld, 1908). Estos últimos, menos conocidos que Freud, fueron los primeros que postularon la necesidad de que hubiera estudios sobre la sexualidad, como ocurría ya con otras muchos campos (medicina, ciencias físicas y matemáticas, biología, etc.). En Berlín pretendieron expresamente crear las bases

de una posible Sexología o ciencia de la sexualidad: “sexualwissenschaft”. Propusieron los contenidos y la metodología que debería tener esta nueva ciencia e hicieron numerosas publicaciones. Crearon también un instituto, una revista (Escritos de Sexología) y la Sociedad Sexológica Internacional (1913). Incluso celebraron el primer Congreso Mundial de Sexología en 1921, en Berlín.

Este movimiento fue muy activo internacionalmente, influyendo en la creación del llamado grupo de Madrid, como veremos. Pero desapareció con el ascenso al poder del Nazismo, así como el grupo de Madrid con la dictadura de Franco.

El Grupo de Madrid se creó a partir de la influencia del incipiente movimiento internacional a través del contacto que algunos universitarios becados por el Estado Español tuvieron en Centro Europa. Marañón y Hildegart (ésta como secretaria del movimiento), entre otros muchos, son, tal vez, los nombres más representativos de este grupo. Crearon la “Revista Sexualidad” (publicada entre 1925 y 1928) y la llamada “Sexos” (entre 1932 y 1936). También crearon una asociación llamada “Liga española para la reforma sexual sobre bases científicas”. Hicieron numerosas publicaciones sobre sexualidad, algunas de alto nivel internacional, especialmente en el caso de Marañón.

Tuvieron dificultades durante la dictadura de Primo de Rivera, pero con la llegada de la República alcanzaron un gran peso universitario y social, hasta el punto de celebrar un Congreso Nacional, en 1933, en la Facultad de Medicina de Madrid, inaugurado por Fernández de los Ríos (Ministro de Instrucción Pública) y clausurado por Manuel Azaña (Presidente del Gobierno). En él participaron personas tan significativas como Marañón, Ortega y Gasset, Pio Baroja, Ramón Sender, etc.

Como es sabido, este movimiento desapareció con la dictadura de Franco, no recuperándose, y solo hasta cierto punto, hasta después de su muerte.

Cuando algunos españoles se vuelven a incorporar a esta corriente de estudios, muy a finales de los años 70, los estudios sobre sexualidad ya llevaban años de desarrollo en diferentes países, especialmente en Estados Unidos. En efecto, en Estados Unidos estos estudios empezaron a tener peso científico y social desde institutos e universidades a partir de los años 50 alcanzando una gran influencia internacional. Kinsey (1948, 1953), desde el punto de vista sociológico, y la pareja Masters y Johnson (1966, 1970) fueron los autores más representativos de un movimiento que no ha dejado de crecer tanto en calidad como en cantidad de sus estudios y publicaciones. España en este caso, como veremos, se incorporó tarde y mal al nuevo movimiento internacional a favor de los estudios sobre sexualidad.

Un debate no resuelto

Detenemos aquí la descripción breve de la historia de los estudios sobre sexualidad porque hay un debate no resuelto que es anterior a la nueva incorporación de los es-

pañoles al estudio de la sexualidad. Debate, por cierto, no resuelto. Veamos brevemente las posturas, porque condiciona el presente y el futuro de estos estudios.

Para unos autores, desde los planteamientos iniciales del Grupo de Berlín, la sexualidad debe considerarse un nuevo campo de estudio, equiparable a la medicina, la psicología, la sociología, etc., y por ello deberían crearse Facultades o, al menos, Departamentos específicos que gestionarían la formación para una nueva profesión, los sexólogos, lo que, a su vez, conllevaría campos de intervención en la educación, en la terapia, etc., también específicos.

Este planteamiento no tiene un verdadero peso internacional. Solo hay dos excepciones:

La primera, cronológicamente hablando, en la Universidad Católica de Lovaina (Bélgica), universidad privada que ofrece este título. La segunda, en la Universidad de Quebec en Montreal, donde un Departamento de Sexología ofrece también el título de sexólogo o sexóloga.

He seguido muy de cerca los pasos de este modelo, especialmente en Montreal, y de hecho, con independencia de la postura que cada cual defiende en este debate, es un modelo con muy poco peso internacional, que no ha aumentado su influencia desde su creación.

Para otros autores, la mayoría en términos internacionales, lo deseable es que haya estudios de postgrado sobre sexualidad, a los que puedan acceder personas que ya hayan cursado otras carreras profesionales. Estos estudios se realizan en algunas universidades, institutos de investigación y docencia y centros privados de muy diferente tipo. Esto daría lugar a especialistas en sexuali-

dad, pero asentados sobre una formación médica, psicológica, etc. No habría, por tanto, una carrera profesional específica ni profesionales que no fundamentaran su formación sobre estudios previos, como le pasa a un terapeuta familiar o a un oftalmólogo. Este es el modelo predominante a nivel internacional. De hecho, los centros donde se estudia sexualidad están en sitios muy variables, asociados a universidades, institutos o han sido creados como centros privados específicos.

A la vez, y como preparación inicial a estas especialidades, se ha ido incluyendo en algunas facultades de todo el mundo materias sobre sexualidad, como parte de una formación básica para una serie de profesionales. Así como los oftalmólogos estudian psiquiatría en la carrera de medicina y los psiquiatras oftalmología también dentro de medicina, de la misma forma cursan una asignatura con frecuencia llamada “sexualidad humana” o similar. La diferencia real con las especialidades de medicina y aquellas que, por ejemplo, se empiezan a reconocer en psicología, es que la sexología o el especialista en los estudios sobre sexualidad no ha alcanzado un estatus profesional bien definido. De forma que esta segunda opción presenta en el mundo versiones y grados de reconocimiento muy diversos, sin un claro estatus profesional como tienen otras especialidades consolidadas.

Las condiciones para el acceso a los estudios de sexualidad varían de unos países a otros y de unos centros a otros; los contenidos de la formación y las exigencias de la evaluación, también.

Por eso, desde el punto de vista formal, estamos sin Facultades de Sexología (opción defendida por unos) y sin especialistas en Sexología realmente reconocidos (opción defendida por otros).

Mientras tanto, hay numerosas asociaciones de personas que de una u otra forma trabajan en este campo, una Asociación Mundial de Sexología y, eso sí, numerosas publicaciones y revistas sobre sexualidad, producto de un campo de investigación que no ha dejado de crecer.

En paralelo también encontramos todo tipo de programas de formación, públicos y privados, en universidades, institutos y centros privados con escaso control y, eso sí, numerosos estudiantes y profesionales que desean formarse en el estudio de la sexualidad. Precisamente en cuanto a formación, hemos de reconocer que hay cierto caos internacional, que es especialmente grave en el caso español.

No es fácil hacer un balance justo, pero creo que se puede decir que, a nivel internacional, mientras ha aumentado la investigación y las publicaciones de forma espectacular no está clara la forma de acceso, el contenido, la evaluación y el estatus profesional resultante de quienes hacen esos estudios.

La situación en España

Decíamos que España se ha incorporado tarde y mal a un campo de estudio y de trabajo profesional que tampoco está muy bien establecido a nivel internacional.

Hasta finales de los 70 no encontramos programas de formación específicos o materias universitarias sobre sexualidad y seguimos al día de hoy sin que estos estudios tengan un estatus claro, una especialidad definida y, por supuesto, una profesión reconocida, salvo lo que de manera puntual puedan haber hecho, en la práctica, algunas administraciones (Autonomías y Ayuntamientos) al contratar a alguien con la etiqueta de “sexólogo/a”.

La situación en España de estos estudios es muy confusa y variopinta. Con numerosos programas de formación aquí o allá:

a.- Lo que no hay, para dejarlo claro y sacar del engaño a tantos, son: Facultades de Sexología, Departamentos de Sexología, Área de Conocimiento de Sexología. Tampoco Masters Oficiales reconocidos por la ANECA sobre sexualidad.

Tampoco al día de hoy, con la nueva normativa universitaria, hay Programas de Doctorado oficiales y específicos sobre este campo

Alguna universidad se adelantó y publicitó haber conseguido alguna de estas opciones, resultando finalmente no ser cierto. Un ejemplo más de la situación de confusión en que estamos.

b.- Lo que tenemos, en realidad, es más difícil de exponer.

En 1977 se inició el primer programa privado de formación en este campo (por el Instituto INCISEX de Madrid), programa que después se ha asociado a la Universidad de Alcalá bajo el formato de Masters como título propio, siempre bajo la dirección de Efigenio Amezua. Esta opción no ha dejado de multiplicarse con numerosos programas de formación por todo el país.

En esos mismos años el Dr. José María Farré, en la Facultad de Medicina de Barcelona, incluyó contenidos concretos de sexualidad en una de las materias de medicina que enseñaba.

Desde 1979, la Universidad de Salamanca, por primera vez en la universidad española, se imparte una materia específica, "Psicología de la Sexualidad", aprobada, no sin grandes dificultades, dentro del plan de estudios de Psicología (primera vez que

en Boletín Oficial del Estado aparece una asignatura que lleve el término sexualidad en su título). Desde ese año, esta materia se ha mantenido en el currículo de los psicólogos de esta universidad, aunque hoy bajo el formato de asignatura propia de la universidad. En esta misma universidad, en varias especialidades (Psicología, Magisterio, Psicopedagogía, Educación social) los estudios sobre sexualidad han crecido exponencialmente con materias específicas y presencia en troncales como "Desarrollo sexual, afectivo y social", una de las que tengo el honor de impartir. Denominación que se mantiene en el nuevo plan de estudios modelo Bolonia.

En las tres direcciones señaladas los programas de formación han crecido:

-Numerosos centros privados ofrecen programas de formación asociados o no, en formas muy diversas, a universidades, normalmente en formato de Masters (hoy diríamos Masters no oficial). En numerosas ciudades españolas pueden encontrarse programas de formación de todo tipo. Algunas asociaciones o grupos profesionales ofrecen esta formación en varias ciudades a la vez o por vía de Internet.

No todos los cursos de formación privados o semiprivados merecen el mismo juicio, pero lo cierto es que han crecido sin control académico en cuanto a los contenidos y que, dependiendo tan directa como económicamente de los clientes, en general, tienen formas de evaluación poco exigentes. Así resulta que tenemos el país con cientos, seguro que miles, de personas que se autodenominan sexólogos en un país en el que formalmente no existe esta profesión.

-Numerosas universidades, en Facultades de Psicología, Medicina, Educación, Es-

cuelas de Magisterio, etc., han incluido contenidos de sexualidad en su currículum incorporando materias específicas. Estas están dispersas en Facultades, Departamentos y Áreas de Conocimiento diferentes. Ello es la mayor prueba de que no se ha querido o podido diseñar un plan razonable de estas enseñanzas en este país, sino que éstas han crecido de forma voluntarista aquí o allá. De forma que no solo no hay, si es que debiera, un Área de Conocimiento sobre sexualidad, sino que las materias específicas que se imparten están dispersas y desconectadas entre sí, en diferentes Áreas de Conocimiento, incluso dentro de cada autonomía.

-También los programas de postgrado universitarios, normalmente bajo el formato de Masters, título propio, están hoy presentes en numerosas universidades, de forma presencial o por Internet. No hay ningún reconocimiento oficial según la legislación vigente y no será fácil conseguirlo, porque la mayor parte de las personas que se dedican a trabajar en el campo de la sexualidad no tienen currículum investigador o ni siquiera son doctores. Tampoco estos Masters universitarios tienen un control académico adecuado, ni en los contenidos, ni en la evaluación, pero son de interés para las universidades porque numerosas personas quieren formarse en este campo.

La mayor limitación que encontramos en relación al tratamiento científico y profesional de la sexualidad en España es que apenas hay investigación. De hecho muchas de las personas que hacen formación no tienen tramos de investigación reconocidos y ni siquiera son doctores, por lo que no es fácil aspirar a que determinadas demandas puedan salir adelante (solicitar un Área propia de Conocimiento, proponer un

Master oficial, ofrecer programas de doctorado, etc.). Esto se refleja en datos bien manifiestos: en este momento no hay ningún programa de doctorado específico en este campo, ni tampoco revista relevantes con peso internacional e índices de impacto reconocidos.

Nosotros hemos mantenido en Salamanca durante muchos años un programa de doctorado que ha generado numerosas tesis y numerosas publicaciones, así como posibilitado el acceso a la universidad de unos 15 profesores en España y otros 10 en el extranjero, formados en este programa, y que son doctores (no formalmente en Sexología, sino en la especialidad de origen de su licenciatura, a pesar de haber hecho la tesis sobre temas específicamente sexuales). Este programa está ahora mismo en un periodo de pausa, esperando a saber si la nueva legislación universitaria nos permite recuperarlo.

Las revistas españolas específicas dedicadas a este campo han tenido y tienen dificultades para sobrevivir, no habiendo logrado tener un peso específico en los listados de revistas de impacto. Y es que muy probablemente en España no hay suficiente producción científica como para mantener de forma digna una revista dedicada a la sexualidad. Otra cosa es que cumplan, como hacen con bastante acierto, el rol de divulgar contenidos entre los profesionales y publicar, muy de cuando en cuando, investigaciones de cierto relieve.

Un futuro incierto

Es verdad que no ha dejado de crecer la demanda social sobre educación y terapia sexual. La secularización creciente de nuestra sociedad y las nuevas libertades vinculadas a la democracia y a una socie-

dad de mercado ha aumentado todo tipo de demandas: las instituciones y las personas concretas hacen cada vez más peticiones en relación con la educación y la terapia.

La demanda de formación y las ofertas de formación también han crecido en las últimas décadas de manera sorprendente; por eso, hay tantos programas de formación privados, semiprivados o públicos, casi siempre con numerosos clientes.

Numerosos profesionales se autodenominan sexólogos y los medios de comunicación hablan de de esta supuesta profesión, dando un rol público a determinadas personas. Incluso algunas administraciones (ayuntamientos o autonomías) han contratado a personas con la etiqueta de sexólogos, aunque al oficializar el trabajo éste solo sea posible por la licenciatura o diplomatura previa que el profesional tenga.

La formación privada y la universitaria sobre sexualidad no tienen un verdadero control y los títulos resultantes o no tienen valor formal o lo tienen de lo que podríamos llamar un segundo nivel (título propio o master no oficial, etc.).

¿Hacia donde vamos? Nadie lo puede predecir con certeza.

Una primera opción, es que alguna universidad se lanzara a proponer una nueva Licenciatura en Sexología. No está siendo una buena solución a nivel internacional, como hemos señalado. Es una alternativa excepcional (dos casos en todo el mundo), con resultados muy limitados. Pero siempre es posible que una universidad lo intente y acabe logrando su aprobación.

Esta primera opción no la creo muy viable en España porque, por un lado, no contamos con un grupo de investigadores y profesionales de reconocido prestigio en este campo como para plantear con seriedad

esta petición y, por otro, hay numerosos grupos profesionales en la universidad que seguramente se opondrían a esta nueva titulación. En todo caso no es fácil prever el resultado de estos intentos, aunque creo que ya ha habido uno fracasado en una universidad.

La segunda opción podría ser luchar porque se reconociera un nuevo Área de Conocimiento de Sexología, de carácter interdisciplinar, como exigen estos estudios, pero con la especificidad de intentar investigar y enseñar desde una óptica común sexológica.

Desde los profesionales de esta área, con la colaboración de otros podría ofrecerse formación en el pregrado dentro de numerosas carreras y organizar postgrados que pudieran dar lugar a una especialización en sexología o estudios sobre sexualidad mejor reglada y más sólida. Por otra parte, con esta Área de Conocimiento podría haber departamentos específicos con denominación de Departamento de Sexología, por ejemplo.

En este segundo caso, creo que nos encontraríamos con los dos problemas antes señalados y que sería realmente difícil conseguirlo en nuestra universidad: no existe ese grupo de profesionales de prestigio que pudieran hacer con solvencia esta petición y es previsible que existieran resistencias desde las áreas de conocimiento que ya existen.

En todo caso, esta petición podría defenderse teóricamente y resolvería el caos actual en el que hay profesores universitarios con dedicación a este campo e incluso con cátedra (un caso) o titularidades (varios casos) con perfil específico de sexualidad que están en diferentes áreas de conocimiento.

Por cierto, la nueva legislación no permite sacar plazas con perfiles específicos, sino que todas salen con perfil de Área de Cono-

cimiento, por lo que ya no hay posibilidad de sacar nuevas plazas con este perfil. Estos perfiles son, por tanto, a extinguir.

La tercera opción es la más viable a corto y medio plazo, aunque no necesariamente la mejor. Se trata de conseguir una presencia real y estable de los estudios sobre sexualidad en diferentes carreras (ya en parte logrado) y ofrecer programas de doctorado específicos, así como Masters Oficiales, de acuerdo con la nueva ley. Esto es posible en la universidad actual; de hecho en alguna lo hemos logrado en parte. Esto podría ir en paralelo con el intento de conseguir de los colegios profesionales el reconocimiento de esta especialidad y el reconocimiento oficial del sexólogo como profesional, con plazas y concursos para acceder a los diferentes puestos de trabajo.

Nuestra mayor limitación, para cualquiera de estas alternativas, por cierto no excluyentes entre sí, es que a pesar de tantos programas de formación, ni los formadores ni los formados tienen, al día de hoy, suficientes credenciales académicas y científicas como para ser tomados verdaderamente en serio. Un buen problema que debiera hacernos reflexionar a todos y preguntarnos una y otra vez si nuestra manera de estar en la sociedad o en la universidad, en lo privado o en lo público, ha contribuido o no a que se nos tome en serio, porque la investigación y la universidad tienen unas reglas del juego bien establecidas que, a pesar de sus carencias y limitaciones, ofrecen una garantía básica más respetable que la resultante de “hacer de nuestra capa un sayo”, como viene ocurriendo en relación a la formación y actividad profesional en el campo de la sexualidad.

Fecha de recepción: 30/09/2010
Fecha de aceptación: 18/10/2010

Professionals de la psicologia en serveis socials. La transformació d'un rol

Angel Martínez Moreno
Universitat de València

resumen/abstract:

En aquest article es presenten les que, a judici de l'autor, són les dimensions clau a través de les quals s'ha desenvolupat el Sistema de Serveis Socials als últims 30 anys i, paral·lelament, quins són els elements bàsics que descriuen l'evolució del rol dels professionals de la psicologia. No s'entra a analitzar els motius i mecanismes profunds a través dels quals s'arriba a la situació actual i l'article es manté en un nivell que pretén ésser estrictament descriptiu.

The aim of this paper is present that, in the opinion of the author, are the key dimensions across which has developed the Social Service System in the Spanish State over the past 30 years and, in parallel, which are the basic elements describing the evolution of the role professional psychology. Has not sought an analysis of the motives and deep mechanisms through which it has reached the current situation, and the paper is placed at a level intended to be strictly descriptive.

palabras clave/keywords:

Psicologia, Serveis Socials, administració pública, rol, interdisciplinarietat, intervenció psicosocial.

Professional psychology, Social Services Administration, role, interdisciplinary, psychosocial intervention.

1. Plantejament inicial

És a partir dels anys 80 que s'inicia a l'Estat Espanyol el procés d'institucionalització del Sistema de Serveis Socials. Venia a complementar les altres eines que fonamenten la construcció de l'estat de benestar (*welfare state*) conjuntament amb l'educació, la sanitat i la seguretat social. El *welfare state* s'havia anat configurant a Europa des del final de la 2^a Guerra Mundial i ací encara vi-

viem al sí del paradigma de la beneficència. Va fer falta, per tant, que en poc de temps es recorregués un camí llarg que a la resta d'Europa s'havia anat fent més lentament, aconseguint així maduresa i experiència, a través de les quals afermançar els diferents rols i pràctiques professionals.

No ens endinsarem ací en plantejaments comparatius respecte als models, les dinàmiques i continguts de les distintes pràc-

tiques professionals en els diferents estats europeus¹. Això es pot trobar fàcilment en diverses publicacions que estan a l'abast d'aquell a que li interesse. Sí que ens ocuparem del que entenem que són els factors clau del desenvolupament d'un àmbit professional que des de fa gairebé 30 anys ha esdevingut un referent de l'acompliment laboral per a una gran quantitat de professionals de la psicologia. Alguns s'incorporaren a l'exercici professional en aquest àmbit al mateix temps que es configurava, deixant en ells la seua empremta peculiar en la manera d'entendre la funció social de la psicologia; altres van incorporar-se aportant l'experiència prèvia obtinguda en altres camps. En qualsevol cas entenem que els Serveis Socials han estat especialment importants en el procés de consolidació de la psicologia en tant que professió. Va permetre l'entrada d'un nombre considerable de professionals i, així mateix, va facilitar que amples col·lectius conegueren el que poden aportar els psicòlegs i les psicòlogues a la societat, més enllà dels àmbits clàssics de l'educació i de la clínica o de les organitzacions, a més dels que més tard s'han anat incorporat al ventall de possibilitats laborals.

En tot cas és important tenir present que els Serveis Socials no esgoten les formes d'intervenció psicosocial. Entesos en tant que un conjunt de serveis institucionals i públics són, en aquest moment, referent essencial pel seu volum i diversitat, però les fronteres són difuses i cal prendre-les

en compte. Així per exemple, als darrers anys han anat consolidant-se models estrictament privats d'intervenció social, així com fórmules de gestió privada de serveis públics, o també diverses polítiques de finançament a entitats dedicades a l'acció social, que han introduït variacions rellevants en les pràctiques professionals, i que han anat fent possible l'emergència d'uns continguts i metodologies sobre altres. En tot cas, cal dir que l'acció institucional ha determinat en gran mesura el què i el com de la intervenció psicosocial al conjunt de l'Estat.

La influència de les diferents pràctiques provinents de formes paral·leles a les estrictament institucionals ha estat força important en relació a qüestions que tenen a veure amb les metodologies i els enfocaments professionals. En aquest sentit es fàcil entendre que si una activitat psicosocial professional ha de convertir-se en una unitat de negoci per a una empresa o entitat, lògicament li caldrà desenvolupar paquets d'intervenció i procediments de treball capaços de garantir, d'alguna manera, la rendibilitat².

Pretenem en aquest treball identificar el canvis essencials en el rol (tal vegada caldria parlar més pròpiament de rols) dels professionals de la psicologia al llarg de la història recent dels Serveis Socials. Entenem que la identificació dels canvis permetrà comprendre millor l'evolució del propi sistema de Serveis Socials, així com també

¹ Es poden consultar, entre molts altres treballs, els següents: Marcuello y Gutierrez Resa (2008): *Servicios Sociales, modelos y perspectivas*. Edasa, Madrid. Sarasa, S. Y Moreno, L. (compiladors) (1995): *El Estado de Bienestar en Europa del sur*. CSIC / M.A.S., Madrid. Munday y Berian (eds.) (1995) *European Social Services*. EISS. Univ. of Kent. Canterbury. Moreno, L. (1997): *Unión Europea y Estado del Bienestar*. CSIC., Madrid.

² Per ampliar la idea de l'emergència del mercat dels Serveis Socials es poden consultar les obres: Fernández, R. i Martínez Moreno, A. (1997): *Organizaciones que gestionan Servicios de Apoyo a Personas. Una aproximación sectorial*. Proyecto Europeo ADAPT Comunidad Europea, Fondo social Europeo. Fernández, R. i Martínez Moreno, A. (1999): *Servicios de Apoyo a personas. Aportaciones a la gestión de empresas de economía social del sector*. Editorial KRK, Oviedo.

les diferents modalitats d'incorporació de la psicologia a la societat, tant en la seua vessant professional como en la seua vessant disciplinar³.

En aquest sentit cal tenir consciència que la incorporació social d'una professió implica, no només que diferents professionals acaben formant part del univers de recursos amb que una societat compta per tal d'analitzar i resoldre els seus problemes, sinó també la incorporació de coneixements i d'explicacions respecte a com són les coses en una determinada societat i al perquè de les diferents situacions de les que pot ocupar-se'n. L'entrada d'una disciplina en una societat enriqueix el conjunt de recursos amb que aquesta compta per tal d'explicar-se a ella mateix, però també amplia les eines disponibles per tal de transformar-se. Així, a més dels psicòlegs y psicòlogues, s'incorpora també la psicologia que esdevé, per exemple, en matèria de divulgació i, alguns dels seus conceptes, postulats i tècniques, acaben essent continguts que es poden considerar en tant que cultura general de la població.

Per comprendre la transformació del rol dels professionals de la psicologia en l'entorn dels Serveis Socials cal establir prèviament els paràmetres del canvi del propi Sistema de Serveis Socials. En aquest sentit podem identificar l'evolució a partir de algunes dimensions bàsiques que l'expliquen.

³ Sembla important fer aquesta distinció en la mesura que no sempre segueixen camins paral·lels. Efectivament, potser els continguts de la psicologia, en tant que disciplina, s'incorporen a la formació i a les pràctiques de professionals aliens a la psicologia (treballadors socials, educadors, pedagogs, etc.) però no sempre això ve acompanyat de la presència de psicòlegs/es en un àmbit determinat.

2. Les dimensions del canvi en el Sistema de Serveis Socials

Podem identificar tres dimensions bàsiques capaces d'explicar suficientment la transformació del sistema⁴, al menys en la seua vessant descriptiva i sense entrar ací en la pretensió d'explicar les causes, la qual cosa ultrapassaria, de ben llarg, els límits d'un treball com aquest⁵.

2.1.- D'una consideració residual del sistema a una conceptualització redistributiva i proactiva

El sistema de Serveis Socials va ocupar-se'n, als seus moments inicials, de situacions vinculades a la marginació i a la exclusió social. Això vol dir que el sistema havia de fer-se'n càrrec d'abordar les problemàtiques derivades dels fracassos del mercat i de l'Estat. Dit d'altra manera, els usuaris fonamentals dels Serveis Socials foren, inicialment, aquells que mostraven dificultats per aconseguir l'autonomia personal o familiar necessària a través de la seua inserció als mercats laborals, o bé aquells que eren expulsats o quedaven fora de l'accés normalitzat als recursos institucionals, fonamentalment de l'educació i de la sanitat.

Així, els Serveis Socials constituïren un mecanisme d'apaivagament de les insuficiències dels altres sistemes del benestar. S'ocupaven, entre altres, d'aquells que eren exclosos de l'escola a través de programes especials o de qui no disposava

⁴ Una descripció més detallada de la transformació del Sistema de Serveis Socials es pot trobar en: Fernández, R. y Martínez Moreno, A (2003): *Personas, conocimiento e innovación en Servicios Sociales*. En Maria Luisa Sertién y Enrique Sacanell (coord.) *La calidad en los servicios Sociales: conceptos y experiencias*. Ed. Tirant lo Blanch, València. pags, 59 – 93.

⁵ Encara que des d'ací encoratgem als lectors a enllestir aqueix treball d'aprofundiment en les arrels socials profundes del canvi.

d'accés a prestacions sanitàries normalitzades a través del que s'anomenaven en el moment "cartilles de beneficència" dels ajuntaments.

La incorporació del principi d'universalitat⁶, el pas dels anys, i la transformació de les polítiques socials, van anar plantejant la incorporació de prestacions adreçades també a les classes mitjanes. Aquestes, lògicament, han anat considerant que les prestacions oferides per l'Administració eren el resultat d'un dret adquirit a través de la pròpia condició de ciutadania i pagat mitjançant els impostos. Aquest plantejament redistributiu⁷ constitueix una de les idees essencials i bàsiques dels Serveis Socials avui dia, al menys en les seues formulacions explícites.

Aquesta dinàmica va comportar la incorporació al sistema de noves necessitats que afectaven a persones integrades i que es referien a continguts que podien afectar a qualsevol grup social, sense que calgués carregar amb l'estigma de la marginalitat.

En tot cas, al mateix temps que els Serveis Socials s'assenten en les noves funcions redistributives, també es replantegen, tot permetent que es perfeccionen, el nous rols que es vinculen a la seua consideració en tant que eina associada a la contenció social⁸ i, en aqueixa mesura, facilita

⁶ El principi d'universalitat implica la consideració de que tota la població és client potencial del sistema, sempre que l'avaluació de les seues necessitats així ho indiquen.

⁷ A banda de en múltiples obres més recents es pot trobar una magnífica descripció dels models residual i redistributiu a un llibre, ja clàssic, de Titmuss, R. (1981): *Política Social*. Ed. Ariel. Barcelona.

⁸ La idea de la contenció social es complexa però evident en el cas dels Serveis Socials. Per una part es tracta d'abordar problemes de persones però també d'impedir que aquests problemes i persones afecten excessivament a altres entorns socials i pugen, per exemple, ge-

l'abordatge de problemes que resultarien difícils d'escometre des de plataformes estrictament sanitàries, educatives o policials, per exemple.

2.2.- D'una oferta de recursos destinats a demandes preestablertes a la diversificació de les necessitats i de les demandes

Lògicament, la incorporació de les classes mitjanes en tant que usuàries dels Serveis Socials havia de comportar una transformació substancial dels continguts del sistema. En els moments inicials es podia descriure l'activitat dels Serveis Socials en termes d'administració de recursos referits a necessitats vinculades a col·lectius específics, i sovint es relacionaven amb concepcions de la necessitat contaminades per la idea de símptoma social (la qual cosa remet, quasi que immediatament, a la consideració de malaltia o disfunció dels membres d'aqueix col·lectius). Des d'aquest punt es va passar a la idea de que calia considerar els individus en tota la seua complexitat contextual⁹.

Encara que els recursos socials segueixen mantenint un marcat caràcter assistencial, la incorporació de professionals que aplegaven des de diferents disciplines en equips més o menys interdisciplinaris, va propiciar que progressivament, i tot cal dir-ho de manera incompleta, els procediments administratius foren substituïts, en alguna mesura, per protocols d'actuació professional. D'aquesta manera els criteris professionals es superposaven en moltes ocasions als pro-

nerar alarma social.. Per tal d'aprofundir en la dimensió de contenció social que presenten els Serveis Socials es pot consultar el llibre de López, G. (1999): *Condición marginal y conflicto social*. Ed. Talasa, Madrid.

⁹ Bona prova d'això és l'èxit creixent que, des dels anys 80, han vingut tenint a l'àmbit del Serveis Socials els plantejaments vinculats a la consideració sistèmica de la planificació i de la intervenció social.

cediments administratius i a l'inrevés, tot interferint-se. Els professionals més conscients plantejaren la necessitat de que, en moltes ocasions, calia fer certa enginyeria administrativa per tal de salvar les dificultats que es derivaven del fet que els recursos disponibles eren molt més rígids que no les necessitats que calia atendre.

Aquesta situació ha canviat molt però potser en aquests moments, més de dues dècades després, no és molt diferent essencialment. El que sembla és que, en moltes ocasions, hi ha més professionals que ja no es plantegen l'esforç, tal vegada contrari, de l'adaptació dels recursos rígids a les necessitats emergents. Com és ben conegut, les inèrcies dels sistemes administratius segueixen donant prioritat als recursos sobre les necessitats, tant en la planificació com en la intervenció i en l'avaluació dels serveis.

En tot cas el que és un fet, a hores d'ara, és la diversificació de les necessitats que han de ser abastades pel sistema de serveis socials: l'emigració, les necessitats emergents de les persones majors que són creixents, l'atenció a col·lectius sotmesos a situacions de vulnerabilitat, la desocupació endèmica de sectors de població, la transformació dels models de família i tot el que comporta, etc.

Les noves situacions comporten la urgència de concentrar els esforços en els usuaris i en les seues necessitats des d'una perspectiva que supere àmpliament la que proporciona l'horitzó dels recursos disponibles. El repte dels professionals no consisteix en una bona administració dels recursos disponibles sinó en l'habilitació de respostes, molt sovint creatives i inèdites, que superen la mirada estrictament administrativa i que, freqüentment, tenen el seu origen en

el propi entramat social. Lluny d'ací, en aquests moments, una part important dels professionals dels Serveis Socials poden entendre's com uns elements reactius de la maquinària burocràtica de l'Administració i de les empreses gestores. Volem pensar que també, per altra banda, hi ha una part rellevant de psicòlegs i psicòlogues que poden ser considerats en tant que agents proactius amb competències professionals sofisticades que es vinculen als processos de transformació social i de satisfacció de necessitats individuals i col·lectives.

2.3.- De l'usuari entès en tant que beneficiari a la idea de ciutadà - client

Com ja s'ha indicat, la incorporació de les classes mitjanes en tant que usuàries dels Serveis Socials a través de múltiples recursos (residències, servei d'ajuda a domicili, centres d'inserció, mediació familiar, etc.) ha anat propiciant que augmenten les exigències de qualitat i professionalització dels serveis.

En alguns casos l'exigència de qualitat en els serveis s'ha vist reforçada pel fet que serveis de prestacions similars existeixen al mercat (cas per exemple de les residències d'ancians o del servei d'ajuda a domicili) i la comparativa resulta evident. En altres ocasions les exigències han vingut des de la demanda d'efectivitat i garantia de l'actuació professional (cas per exemple dels serveis d'adopcions o de la mediació familiar.)

Les classes mitjanes compten amb un major nivell cultural, relacional i polític que els que foren els primer usuaris dels Serveis Socials i això es tradueix en capacitat de reivindicació i d'exigència, la qual cosa resulta convergent amb els plantejaments de defensa dels consumidors que es pro-

dueixen també en altres àmbits de les societats avançades. Els ciutadans reclamen ser tractats en tant que clients dels serveis i, per tant, utilitzen les referències del mercat per tal d'avaluar la qualitat del que reben a canvi d'impostos.

Una de les conseqüències més rellevants d'aquesta situació és que els ciutadans – clients no sempre es conformen amb els recursos que es posen a l'abast, adaptant les seues demandes a la oferta disponible en cada moment. Ben al contrari, sovint són capaços de pressionar des de la demanda i prendre la iniciativa, tot influint (més que siga a través de mecanismes indirectes) en el contingut i en els processos de prestació dels serveis.

3. El balanç de pèrdues i guanys en la transformació del rol del professional de la psicologia.

Encara que resulta difícil determinar que és exactament guanyar o perdre quan es parla d'un rol professional, pretenem ací plantejar, de manera esquemàtica però clara, alguns dels elements que considerem bàsics en tant que resultats de la transformació del rol del psicòleg a l'àmbit dels Serveis Socials. No gosem de definir que és guany i que és pèrdua. Aqueixa és una tasca que deixem a qui llegirà el text.

3.1.- L'abandonament d'allò col·lectiu en tant que objectiu de treball i la ubicació del professional de la psicologia en l'àmbit individual / familiar

Als moment inicials del sistema, sobre tot amb l'aparició dels Serveis Socials Generals, que emergeixen com una mena de rèplica del que en sanitat era l'atenció primària de salut, es pretenia recuperar el context de les diferent problemàtiques socials

per tal d'entendre-les i de poder intervenir-hi. Així, idees com les de barri, ciutat, xarxa social o col·lectius específics, entre altres, formaven part de les programacions dels equips de serveis socials en la pretensió, no sols de incorporar-los en tant que context explicatiu, sinó també en tant que objectius d'intervenció. Aquests objectius es transcrivien en forma de: reforçament de les xarxes de solidaritat en els barris i ciutats, creació d'espais d'encontre, generació d'estructures organitzatives que permeten l'autoorganització de persones amb problemàtiques o carències semblants, etc. i arribant inclús en alguns casos a la participació en processos de disseny d'espais urbans en tan que propiciadors de la convivència veïnal. Aquest plantejament va propiciar que la figura del psicòleg pogués refermar-se i trobar un espai valuós en els equips de treball a partir de les aportacions que era capaç de fer des de la psicologia social i comunitària.

Aquest plantejament que incloïa allò col·lectiu en tant que objectiu de treball, va anar dissolent-se de manera que la figura del psicòleg ha quedat restringida i arraconada als serveis especialitzats. I això és així inclús quan el psicòleg es manté en els Serveis Socials Generals, aleshores ho fa en activitats vinculades, sobre tot, a la intervenció individual o a l'atenció de col·lectius molt específics, encara que quasi sempre centrant els seus rols en funcions molt marcades pel seu caràcter assistencial. Tot i això, alguns professionals s'han mantenes exercint rols de coordinació i direcció organitzativa dels serveis però no és, estrictament parlant, el fet de ser un professional de la psicologia el factor que ha determinat l'accés a la posició. No pot pensar-se, per tant, que aquestes situacions aïllades,

impliquen un canvi rellevant en la situació que es dibuixa.

3.2.- De la lluita per la professionalització a la acceptació resignada i burocràtica del rol

Una de les característiques dels professionals de la psicologia en els moments inicials dels Serveis Socials fou la quasi obsessiva dedicació a definir el seu rol en el context del sistema que estava en fase de definició¹⁰. Anys a venir, el rol ha estat definit pel sistema i per l'administració més que no pels professionals de la psicologia. Aquests han assumit el seu paper quasi exclusivament assistencial i han deixat de reivindicar, al menys de manera col·lectiva, cap altra funció.

Aquesta situació resulta més perillosa del que pot semblar a primera vista. Pot pensar-se que, al menys, els psicòlegs han aconseguit consolidar les seues posicions en espais que abans no tenien a l'abast. Però pensem que en realitat es tracta d'una falsa victòria, sobre tot si consideren que les posicions ocupades requereixen molt sovint d'actuacions que impliquen més continguts burocràtic-administratius que no pas professionals. D'aquesta manera els professional, moltes vegades, simplement legitimen amb l'elaboració i signatura d'informes, uns determinats processos i decisions de caire administratiu amb càrregues burocràtiques més que rellevants. Quan els criteris administratius tendeixen a superar en influència els estrictament professionals la desprofessionalització progressiva apareix com una opció (perill) imminent,

Hom te la sensació que l'acceptació resignada de rols amb nombrosos continguts burocràtics constitueix una mena de renúncia

¹⁰ Un exemple el podem trobar a les actes de les *Jornades sobre el Rol del Psicòleg*. Organitzades pel Col·legi Oficial de Psicòlegs del País Valencià. València, abril, 1986.

a l'exploració de nous continguts del rol del psicòleg, inclús en l'àmbit de les administracions públiques.

3.3.- De la interdisciplinarietat a la juxtaposició de professions

Els Serveis Socials foren pensats i concebuts inicialment per a que la seua gestió professional es fera a través d'equips interdisciplinaris. La interdisciplinarietat es configura com una alternativa a la multiprofessionalitat. Un equip multiprofessional es aquell en el que una figura professional predomina sobre les altres que es converteixen en auxiliars de la que es considera principal. Les figures professionals es troben clarament definides i no es produeix ambigüïtat en relació a les seues funcions i competències. A canvi, la figura dominant estableix les demandes que requereix de cadascuna de les figures auxiliars.

La interdisciplinarietat es planteja com una alternativa que pretén mostrar-se coherent amb la complexitat social. Aquesta s'ha d'aprehendre des de diferents perspectives d'anàlisi sense que cap d'elles predomine sobre les altres. D'aquesta manera els disciplines es complementen entre elles, tot mantenint la seua identitat, però no s'imposen les unes sobre les altres¹¹.

El model d'equips interdisciplinaris com a referència de gestió professional dels Serveis Socials va entrar en crisi quan els responsables de l'administració pública van optar clarament per considerar que la única figura professional ineludible als equips de Serveis Socials Generals fora la de Treballador/a Social¹², essent totes les

¹¹ Martínez Moreno, A. (1995): Cambio y posicionamiento profesional en la intervención comunitaria. *Informació Psicològica*, nº 57, pags. 7-11.

¹² Aquesta no és una elecció innocent sobre tot si es pensa que la de Treballador Social es la figura més vinculada

altres prescindibles i havent d'incorporar-les en funció de necessitats específiques que es definirien fonamentalment des de la perspectiva dels Treballadors Socials. La psicologia comença així a esdevenir un rol auxiliar al sistema, encara que amb la consideració cada vegada més estesa d'opció especialitzada. Victòria pírrica.

El que en alguns moments de la història dels Serveis Socials havia estat una preocupació constant: com aconseguir que els equips foren efectivament equips que es mostraren capaços d'aprofitar el potencial de coneixements i perspectives disciplinaries complementàries dels seus components, deixa de ser una preocupació. Ara mateix son les estructures estrictament burocràtic- jeràrquiques les que predominen en el món de les preocupacions dels professionals dels Serveis Socials

3.4.- De la referència de models de competència social als models de dèficit

Encara que els primers usuaris dels Serveis Socials foren persones provinents de la marginació i amb greus carències que obligaven a accions amb grans continguts assistencials, els models de pensaments dels quals es construïa la planificació i es dissenyaven les intervencions eren als anys 80 allò que amb el temps s'han anomenat models de competència.

Els models de competència es caracteritzen pel fet de ser proactius i perquè concentren la seua atenció, per una part en identificar

a l'administració de recursos institucionals i per tant la que més fàcilment pot reduir l'actuació professional a l'objectiu de l'administració de recursos escassos i definits amb criteris burocràtics, tot convertint els Serveis Socials en una mena d'agència de distribució de recursos, encara que, això sí, amb criteris burocràtic-professionals.

els factors que, en els diferents contextos socials, faciliten l'aparició dels problemes psicosocials i, per altra banda, en desenvolupar les capacitats (competències) tant individuals com col·lectives que permeten fer front de manera efectiva als factors de risc¹³.

Com es pot fàcilment deduir, els models de competència es vinculen de manera directa a enfocaments de prevenció, tant primària com secundària, i que concentren els seus esforços a generar competència (capacitació i autonomia) a les persones y col·lectius, de manera que els permeten enfrontar amb èxit els factors de risc i de vulnerabilitat als que estan sotmesos.

Els models de dèficit concentren els seus esforços en els símptomes més que en les causes o en els factors que mantenen situacions no desitjades. Aquests models constitueixen el fonament de l'assistencialisme i es caracteritzen perquè activen els recursos disponibles només a partir del moment en que es genera algun tipus d'alarma que permeti fer pensar en disfuncions o patologies de qualsevol tipus.

Els models de dèficit centren les causes del problema social en els individus que apareixen en tant que deficitaris de capacitats per tal d'adaptar-se a les condicions socials. Des d'aquest model els professionals centren les seues actuacions en l'àmbit individual i busquen els canvis en allò intraindividual¹⁴. Com es pot deduir amb fa-

¹³ Es pot aprofundir en els models de competència en treballs com els següents: Wolff, T. (1987): Community psychology and empowerment: An activist's insights. En *American Journal of Community Psychology*, nº 15, pags. 151-166.

Masterpasqua, F. (1989): A competence paradigm from psychological practice. En *American Psychologist*, nº 44, pags. 1366-1371. Fernández-Ríos, L. (1994): *Manual de psicología preventiva*. Ed. Siglo XXI, Madrid.

¹⁴ Cal insistir que psicòlegs de la talla d' Albert Bandura

cilitat, la consideració dels Serveis Socials en tant que mecanisme de contenció social es complementària amb la utilització de models de dèficit en tant que referents de la planificació i de la intervenció.

Convertir l'individu en centre de la intervenció psicosocial no implica només una forma d'actuar sinó que suposa, d'alguna manera, reduir els problemes socials a la seua dimensió individual, tot negant els seus arrels sociotaris i, de fet, la influència determinant de les variables contextuals. Tot i això, els models de dèficit constitueixen, avui dia, el referent pràctic, és a dir, la *teoria en us*, en terminologia de Cris Argyris¹⁵, de la planificació y de la intervenció psicosocial dels Serveis Socials.

4. Una molt breu conclusió (provisional)

Als Serveis Socials la psicologia ha guanyat presència social i llocs de treball, la qual cosa considerem molt desitjable. Per altra banda, als Serveis Socials, ha perdut l'oportunitat de desenvolupar l'àmbit de la psicologia comunitària¹, tot convertint-la en una disciplina bàsica de referència per a la planificació i la intervenció col·lectiva. En conseqüència, els professionals de la psicologia han perdut una oportunitat quasi que única, en tant que conjunt corporatiu professional, i salvant excepcions ben estimables, de convertir-se en els professionals de referència en relació als assumptes socials que tenen els fets i els processos col·lectius com a objectiu i contingut rellevant de treball.

ja insistien, a 1978, en la necessitat de superar el més ràpidament possible els models de dèficit en totes aquelles actuacions que implicaven alguna mena de suport psicològic a les persones. Bandura, A. (1978): On paradigms and recycled ideologies. En *Cognitive Therapy and Research*, nº 2, pags. 79 – 103.

¹⁵ Distingeix entre la *teoria declarada* que és allò que les persones diuen que fan, els objectius que persegueixen i els mecanismes que declaren que fiquen en marxa i la *teoria en ús* que consisteix en allò que realment fan, els objectius que de fet persegueixen i els mecanismes que en la pràctica activen. Per ampliar els conceptes por veure's:

Argyris, C.: *Strategy, Change, and Defensive Routines*. Pitman, Boston, 1985

¹⁶ Volem dir psicologia comunitària en la pràctica social real que es fa als territoris reals amb població real, més enllà de propostes estrictament acadèmiques que semblen suficientment consolidades.

Fecha de recepció: 22/11/2010
Fecha de acceptació: 10/12/2010

Tratamientos Psicosociales Eficaces para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

Ana Miranda Casas y Manuel Soriano Ferrer

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Valencia

resumen/abstract:

El presente trabajo se dedica a la revisión de estrategias de tratamiento que sean útiles a todos los profesionales que trabajan con estudiantes con un trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), o que tienen la responsabilidad de planificar programas de intervención a gran escala. La revisión no pretende ser exhaustiva, sino ofrecer un abanico de los procedimientos que han guiado nuestros trabajos sobre un problema muy complejo a lo largo de treinta años.

The present study offers a review of treatment strategies that are useful to all the professionals who work with students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) or are responsible for planning large-scale intervention programs. The review is not intended to be exhaustive, but rather to offer a wide range of procedures that have guided our studies about a very complex problem during the last thirty years.

Introducción

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. Estos síntomas resultan inapropiados evolutivamente, se evidencian en características conductuales específicas, sus repercusiones son negativas en el desarrollo cognitivo, personal y social, y dificultan el aprendizaje escolar y la adaptación general del sujeto. El carácter crónico, los elevados índices de prevalencia, la frecuencia con la

que se presenta asociado con otros trastornos y las consecuencias negativas sociales y personales que acarrea, entre otras, son razones suficientes para dedicar recursos a la identificación e intervención temprana del trastorno.

En la última década se han desarrollado distintos modelos explicativos que han centrado la explicación de los síntomas y otros problemas asociados al TDAH en uno o varios dominios de las funciones ejecutivas (FE), asociadas con distintos neurotransmisores y regiones cerebrales concretas. La disfunción ejecutiva afecta a un sistema complejo de procesos ejecutivos

que incluyen control inhibitorio, vigilancia, planificación, memoria de trabajo verbal y espacial y flexibilidad cognitiva.

Programas de entrenamiento neurocognitivo

El reconocimiento de la importancia del déficit en funcionamiento ejecutivo en TDAH, ha provocado un creciente interés por encontrar soluciones, investigando las posibilidades de otros enfoques de tratamiento distintos al farmacológico. La mayoría de los programas han incluido diferentes componentes atencionales. Por ejemplo, ¡Presta Atención! se centra en cuatro procesos básicos - atención sostenida, atención selectiva, atención alternativa y atención dividida. Los hallazgos sugieren que puede ser una alternativa viable de tratamiento para los déficit en FE del TDAH, valorados con el BRIEF (Tamm et al., 2010). También el CPAT es un programa de atención computerizado que consiste en una adaptación de tareas de atención sostenida, atención selectiva, orientación de la atención y atención ejecutiva con el que se han obtenido resultados positivos en funciones ejecutivas (Shalev, Tsal y Mevorach, 2007).

Los programas de entrenamiento neurocognitivo en memoria de trabajo visual y auditiva de Klingberg y colaboradores (2005) del Instituto Karolinska constituyen una aportación pionera muy prometedora. Sus resultados indican que el entrenamiento produce mejoras significativas en la realización de actividades de memoria similares a las que se practican en el programa así como en inhibición de la respuesta y en razonamiento. La intervención neurocognitiva resulta también en una reducción entre el pre y el post-tratamiento de los síntomas de inatención valorados por los padres.

Otras experiencias con el Programa Robo-memo de Klingberg et al., (Véase Mezzacapa y Buckner, 2010) comprenden once ejercicios distintos, cinco que entrenan memoria de trabajo viso-espacial, cinco memoria de trabajo verbal y uno ambos dominios. Los ejercicios varían en el nivel de dificultad, ajustándose el progreso al nivel del niño. Los niños que participaron obtuvieron ganancias en la memoria de trabajo tras el tratamiento, si bien los propios autores consideran que se trata de un estudio piloto limitado por el reducido número de participantes (N=9), la carencia de un grupo control y el hecho de que los profesores no eran ciegos al estatus de intervención de los participantes. Otros trabajos de esta línea (Holmes et al., 2010) han comparado la eficacia del entrenamiento neurocognitivo (ENC) con la medicación, encontrando un patrón de ganancias diferente para ambos tratamientos, produciendo el ENC mejoras superiores en memoria de trabajo, viso-espacial y verbal, que se mantenían 6 meses después. Sin embargo no es posible excluir que otros factores además de la intervención pudieran estar determinando las ganancias al carecer de un grupo de comparación que sirviera para controlarlos.

En síntesis, las conclusiones que se derivan de la reflexión sobre las investigaciones realizadas sobre esta línea de trabajo muy actual serían fundamentalmente:

- La mayoría de estos programas tienen una aplicación intensiva a lo largo de 5/8 semanas y se han focalizado en sujetos con TDAH, probablemente por su especial relación con deficiencias en FE. Además, la mayoría se han aplicado en situación de laboratorio, lo que limita la generalización. Se han encontrado ganancias en todas las funciones ejecutivas, pero...

- La cuestión fundamental es si los efectos se generalizan a las actividades académicas o conflictos sociales que exigen la aplicación de funciones ejecutivas en el mundo real.
- Respuesta difícil de responder dado el déficit en actuación no en conocimiento que caracteriza al trastorno. Darán respuesta futuras investigaciones que utilicen como variables dependientes tareas de funcionamiento ejecutivo, observaciones del comportamiento y múltiples medidas académicas.

Posiblemente los entrenamientos neurocognitivos actúan como facilitadores del aprendizaje, aunque no produzcan las mejoras deseadas por sí solos. Al menos en esta dirección parecen apuntar los hallazgos de un reciente trabajo (Chenault et al. 2006). El entrenamiento en atención cuando se llevó a cabo solo no produjo una transferencia directa en la mejora de la composición escrita de los estudiantes, pero el entrenamiento en atención previo a la instrucción en composición y en fluencia verbal repercutió en una mejora más rápida de estas habilidades.

Dada la magnitud de los problemas académicos de los niños con TDAH y la importancia de la escuela como contexto fundamental del desarrollo, es necesario que los profesionales conozcamos procedimientos de actuación que tengan una eficacia comprobada empíricamente y que den respuesta a sus necesidades educativas específicas. Máxime teniendo en cuenta que la implicación de los padres es mayor en los servicios escolares que en los servicios clínicos.

Pasaremos a comentar diferentes tratamientos psicosociales que han demostrado ser útiles para abordar el tratamiento del

trastorno en las etapas de Educación Infantil por un lado y, en la enseñanza Primaria por otro.

Tratamientos enfocados a niños con TDAH de Educación Infantil

La meta de los tratamientos psicosociales es abordar los problemas conductuales y académicos de los niños con TDAH antes de que sean más severos en la escuela primaria. Sin duda el tratamiento más divulgado es el asesoramiento a padres y profesores en la utilización de técnicas de modificación del comportamiento. Pero el entrenamiento a los preescolares en habilidades sociales y en solución de problemas también ha demostrado su eficacia.

Técnicas de Modificación de Conducta

Las técnicas de modificación de conducta, que son medios de reordenamiento ambiental, han mostrado repetidamente su utilidad en el tratamiento de los niños con TDAH en todas las etapas del desarrollo. En este sentido, serían comparables con el tratamiento farmacológico, ya que ambos producen sólidos beneficios en los niños con TDAH mientras se están implementando y ninguno está relacionado con el origen de los problemas de conducta que presentan.

Un principio clave en la aplicación de estas técnicas durante toda la etapa escolar es que los niños con TDAH suelen necesitar contingencias más poderosas que los niños sin este trastorno para lograr los mismos resultados. Los refuerzos han de ser más potentes e intensivos y deben cambiarse con mayor frecuencia porque pierden fácilmente su valor. Además, es muy importante tener en cuenta que las consecuencias han de otorgarse de forma rápida, automá-

tica y proporcionarse más frecuentemente que a los niños sin este trastorno. En muchos casos es recomendable la utilización de técnicas más potentes, como el contrato de conducta o, especialmente, el programa de economía de fichas. También para hacer frente a los comportamientos inadecuados disponemos de técnicas que han mostrado repetidamente su utilidad con los niños con TDAH, como el aislamiento y el costo de respuesta.

En la aplicación de técnicas de modificación de conducta es recomendable que padres y profesores mantengan reuniones periódicas y contactos frecuentes por medio del teléfono, de notas o por correo electrónico de cara a diseñar estrategias de intervención coordinadas. Un modo de que los padres conozcan con exactitud la actuación de los hijos en el contexto escolar y puedan potenciar sus rendimientos y su aprendizaje es la utilización de la tarjeta casa-escuela, que consiste en premiar a los estudiantes en casa por conductas que realizan en el contexto escolar, y viceversa. Por ejemplo, en un primer momento los profesores establecen diversas conductas objetivo, tanto académicas como conductuales. Los profesores también proporcionan valoraciones cuantitativas diarias (por ejemplo, entre 1 “no ha realizado la conducta” y 5 “la ha realizado completamente”) para cada conducta objetivo establecida, lo que ya supone un primer refuerzo inmediato en el aula. Posteriormente, las valoraciones de los profesores son transformadas por puntos en el contexto familiar y cambiadas por refuerzos proporcionados por los padres.

Se han desarrollado algunos programas conductuales para su implementación con niños con TDAH en los diferentes contextos de desarrollo. En el ámbito familiar, los

programas suelen tener unas 8/10 sesiones, entre una y dos horas de duración, en las que las familias pueden participar, a nivel individual o junto con otras en pequeño grupo, en el aprendizaje de un amplio espectro de técnicas para el manejo del comportamiento: causas de la conducta desafiante; habilidades de atención positiva y alabanza; uso de la atención y de otros refuerzos para potenciar la obediencia; recompensas a los niños por conductas no disruptivas; establecimiento de un sistema de fichas en casa; utilización del tiempo fuera y del costo de respuesta; y manejo de las conductas de desobediencia fuera del hogar mediante estrategias de pensamiento en voz alta. Estos programas suelen producir mejoras significativas en múltiples dominios: en las evaluaciones de los padres en relación con la conducta adaptativa de su hijo y también en las evaluaciones del profesor sobre la agresividad, la atención, el autocontrol y las habilidades sociales de los niños.

Por otra parte, los programas desarrollados en la escuela pretenden mejorar las conductas de estos niños en el plano académico, conductual y social. Se basan fundamentalmente en el manejo por parte del profesor de consecuencias de la conducta, pero añade la novedad de introducir a los compañeros como figuras esenciales en la intervención. Dentro del aula, el trabajo se realiza en grupos con el objetivo de respetar las reglas de la clase. El líder del grupo, que varía cada día, es el responsable de motivar y recordar a los miembros del mismo que deben cumplirse las normas. Según su comportamiento, los grupos obtienen caras felices o tristes.

En la intervención temprana también han comenzado a introducirse modificaciones en el ambiente del hogar y cambios en la

clase (como alterar presentación de las tareas y actividades, o en la metodología instruccional) que han demostrado que son efectivas para mejorar el comportamiento y el rendimiento de los escolares con TDAH.

Técnica de la Tortuga (Schneider y Robin, 1990)

Es particularmente útil con niños con TDAH que tienen asociadas conductas agresivas. Se aplica con niños de Educación Infantil y primer ciclo de Educación Primaria para proporcionarles medios para que puedan canalizar su propia ira. Es decir, ante provocaciones o situaciones conflictivas que pueden suscitar respuestas agresivas, la técnica de la tortuga pretende enseñar a los niños a controlar esa agresividad, a analizar adecuadamente las situaciones y a responder a las mismas de forma autocontrolada. Para ello se apoya en un cuento que narra la historia de la tortuga Pepe. Una tortuga que tiene problemas en el colegio y fuera de él por su falta de control y a la que la tortuga más sabia del lugar enseñará un “truco” para controlarse.

El entrenamiento se desarrolla en 4 fases que se suceden a lo largo de 6 semanas y que pueden implementarse por especialistas e incluso por los mismos maestros en la clase. En la primera fase (semanas 1 y 2) se enseña al niño a responder a la palabra “tortuga” cerrando los ojos, pegando los brazos al cuerpo, bajando la cabeza al mismo tiempo que la mete entre los hombros, y replegándose como una tortuga en su caparazón. En la segunda fase (semanas 3 y 4) el niño aprende a relajarse. Para ello, tensa todos los músculos mientras está en la posición de tortuga, mantiene la tensión durante unos segundos, y después relaja a la vez todos los músculos. La fase tercera

(semana 5) pretende conseguir la generalización en la utilización de la posición de tortuga y la relajación a diferentes contextos y situaciones. La última fase (semana 6) se dedica a la enseñanza de estrategias de solución de problemas interpersonales.

Programa “Piensa en Voz Alta” (Camp & Bash, 1981)

La esencia del programa es la enseñanza de 4 autoinstrucciones guiadas por el oso Arturo: *¿Cuál es mi trabajo? ¿Cómo puedo hacerlo? ¿Estoy utilizando mi plan? ¿Cómo lo hice?* La instrucción se realiza mediante trabajo independiente o en grupo, rol-playing, retroinformación, refuerzo y especialmente el modelado del profesor o terapeuta y también de los pares. Para potenciar el interés y el recuerdo de las autoinstrucciones se explica al niño como el oso Arturo utiliza estos pasos para que le salgan bien las cosas y se colocan en un sitio preferente de la clase y/o de su habitación cuatro láminas correspondientes a dibujos del oso Arturo en cada una de las fases autoinstruccionales. El programa comprende 16 sesiones, las 8 primeras dedicadas a solucionar problemas impersonales (rompecabezas, trazar caminos, laberintos, identificar estímulos iguales, etc) y las 8 últimas centradas en la resolución de problemas sociales.

El Programa Escuela Dinosaurio (Webster-Stratton, Reid y Hammond, 2001)

Este programa, que está dirigido a niños entre 4 y 8 años, combina el entrenamiento en habilidades sociales y en solución de problemas. En la “Escuela Dinosaurio” los niños son entrenados en el uso de habilidades sociales positivas en diferentes situaciones. Se utiliza fundamentalmente el modelado en vídeo de niños enfrentándose

a situaciones estresantes. A continuación los niños mantienen una discusión sobre las situaciones que han visionado y colaboran practicando un repertorio variado de soluciones deseable. Esta experiencia de encontrar nuevas soluciones de forma cooperativa a sus conflictos típicos y el hecho de hablar sobre los sentimientos que han experimentado (ej. cuando se enfadan con un compañero) contribuye a fortalecer los vínculos entre ellos para resolver de forma aceptable de las situaciones.

Para adaptarse a las posibilidades atencionales y de aprendizaje de los niños pequeños y potenciar su escasa motivación se usan marionetas de tamaño natural en todas las sesiones que participan con los grupos en la búsqueda de soluciones apropiadas a los problemas. También se utilizan en este programa tarjetas, libros de colores, dibujos, libros, fichas y pegatinas.

Para favorecer la generalización, las sesiones semanales incluían: a) actividades de grupo (ej. proyectos de arte, juegos) practicando los conceptos nuevos, b) modelado a través del vídeo y roleplaying para favorecer oportunidades de representar situaciones conflictivas utilizando las nuevas habilidades aprendidas, y c) historias de niños solucionando sus problemas y exteriorizando sus sentimientos. Además, se mandaban informes semanales a profesores y padres explicando los conceptos y las habilidades importantes (ej. compartir, equipo de trabajo, charla amistosa, escuchar, obedecer las órdenes, hablar sobre los sentimientos, resolución de problemas,...); padres y profesores fueron informados sobre la buena conducta en tarjetas (cuadros, gráficos) y los niños recibían refuerzos mediante bonos por traer estas tarjetas a la sesión cada semana.

El Programa "Herramientas de la Mente" (Leong y Boldrova, 1996)

Los niños TDAH debido al pobre desarrollo de las funciones ejecutivas tienen problemas para prestar atención en clase, terminar las tareas e inhibir los comportamientos impulsivos. La escuela les resulta menos divertida porque tienen dificultades para responder a las exigencias de autorregulación que les plantea, un fracaso que suele además provocar el enfado y la frustración de los profesores. Desde este presupuesto, el objetivo del programa "Herramientas de la Mente", basado en la teoría socio-constructivista de Lev Vygotsky sobre el desarrollo cognitivo, es enseñar a los niños preescolares, especialmente a los que están en riesgo, a regular su comportamiento. A través del juego maduro e intencional se intentan potenciar básicamente tres funciones ejecutivas; memoria de trabajo, control inhibitorio y flexibilidad.

Un ejemplo para desarrollar la memoria de trabajo y la atención es el role-playing estructurado centrado en la lectura. Uno de los niños es el lector (y mantiene un dibujo de unos labios como recuerdo) y el otro es el receptor (tiene un dibujo de un oído). Esto significa que mientras que el lector cuenta la historia el receptor debe escuchar, con lo cual se entrena la inhibición del deseo de hablar. Después de algunos meses de practicar el ejercicio cada vez es menos necesaria la ayuda visual del dibujo. Se produce así el avance paulatino desde la actividad con los apoyos físicos de los dibujos pasando por la escucha activa (donde el receptor hace preguntas al lector sobre el cuento) hasta llegar a la situación final en la que la escucha activa se convierte en un aspecto internalizado del proceso lector.

Un ejemplo para potenciar la función reguladora del lenguaje y consecuentemente la inhibición es la colaboración de díadas en el recuento de objetos donde solamente uno de los niños cuenta en voz alta y el otro actúa como “controlador”. Teóricamente se exige que el controlador inhiba el deseo de contar y que piense metacognitivamente sobre si las respuestas son correctas.

Finalmente, se subraya en casi todas las actividades el papel del juego, acorde con la importancia que se le concede en la teoría vygoskiana. Se introduce una forma de juego dramático estructurada donde los escenarios se planifican y se acuerdan de antemano. Esto es, el niño diseña de forma explícita un plan de juego que ha discutido con los compañeros previamente. Eso requiere inhibición de conductas inapropiadas para el rol así como memoria de trabajo para representar el rol, a pesar de la interferencia con otros juguetes u otros roles. Ayuda a potenciar la internalización de las reglas y a imponer límites al comportamiento para que se ajuste al rol desempeñado. Más específicamente, los niños deben de mantener su propio papel y el de los demás compañeros en la mente (memoria de trabajo); inhibir el deseo de representar otros personajes (control inhibitorio) y ejercitar la flexibilidad para ajustarse a los turnos del diálogo (flexibilidad mental).

Tratamientos enfocados a niños con TDAH de Enseñanza Primaria

Distintas revisiones han sido realizadas en los últimos años con el objetivo de determinar los componentes más eficaces de intervención en TDAH durante la etapa de escolarización obligatoria dentro y fuera del contexto escolar (Antshel y Barkley, 2008; Barkley, 2002; Chronis, Jones y Raggi,

2006; DuPaul y Weyandt, 2006; Miranda, Jarque y Tárraga, 2006; Swanson et al., 2008). Entre los tratamientos psicosociales, la gran mayoría de los trabajos revisados coinciden en la eficacia empíricamente validada del entrenamiento conductual a padres y profesores. El entrenamiento de los padres, en técnicas de modificación de conducta fundamentalmente, mejora no sólo la conducta del niño en casa, sino también las relaciones padres/hijo, e incluso los problemas maritales que pueden suscitarse. En el ámbito escolar, los programas conductuales para profesores les permiten aumentar sus conocimientos sobre el trastorno y realizar las actuaciones precisas para mejorar la conducta de sus estudiantes en el aula. Otro enfoque de intervención es la modificación cognitiva de la conducta, basada en el entrenamiento en estrategias de autorregulación, con el objetivo de que hacer consciente al niño de sus limitaciones y posibilitar así que contribuya de forma activa en su intervención. Las intervenciones curriculares en el colegio, aunque menos habituales, son consideradas también muy importantes por algunos autores, ya que permiten a los profesores realizar las acomodaciones precisas para mejorar el desempeño académico en el colegio, las relaciones con los compañeros y la adquisición de habilidades en diferentes áreas. Por último, también se ha mostrado prometedor el entrenamiento en habilidades sociales que ayuda al niño a establecer relaciones interpersonales adaptadas.

Cada vez son más los autores que plantean la necesidad de intervenciones combinadas e intensivas que incluyan varios de estos componentes en los diferentes contextos de desarrollo del niño. Aunque, a la hora de planificar una intervención para un niño

con TDAH, lo más importante es dejarse aconsejar por profesionales que conozcan todas las posibilidades de intervención, y decidan con padres y profesores cuál es la mejor para ese niño concreto.

Instrucción de estrategias de auto-control

La modificación cognitiva de la conducta pretende remediar los problemas que experimentan los sujetos con TDAH mediante la aplicación de técnicas que les proporcionan las herramientas necesarias para dirigir su propia conducta. Para niños de Educación Primaria son especialmente recomendables la autoinstrucción, la autoevaluación reforzada y la técnica de control de la ira.

Auto-instrucción

Las autoinstrucciones potencian el pensamiento secuencial con el objetivo de facilitar la comprensión de las situaciones, generar las estrategias y mediadores necesarios para su resolución, y utilizar tales mediadores en la guía y control de su comportamiento. Son la base de algunos programas sistemáticos, como “Piensa en voz alta” (Camp y Bash, 1981) o “Párate y piensa” (Kendall, Padever y Zupan, 1980), en los que se combina la técnica autoinstruccional con la técnica de resolución de problemas y el manejo de contingencias. En síntesis, estos programas incluyen todo un conjunto de actividades variadas, personales e impersonales, que los niños tienen que resolver aplicando la secuencia autoinstruccional. El programa “Párate y piensa” (Kendall, Padever y Zupan, 1980) se desarrolla en 22 sesiones en las que se entrena a los niños en el uso de autoinstrucciones verbales que serán utilizadas para descomponer el proceso de solución de problemas en 5 esta-

dios: Definición del problema, “¿*Qué tengo que hacer?*”; Aproximación al problema, “*Tengo que pensar todas las posibilidades*”; Focalización de la atención, “*Tengo que concentrarme y pensar sólo en esto*”; Elección de la respuesta. “*Después de considerar todas las posibilidades, creo que es ésta*”; y Autoevaluación y autorrefuerzo o rectificación de errores. “*He hecho un buen trabajo*” o “*He cometido un error. Tengo que ir más despacio y concentrarme más en mi trabajo*”.

Auto-evaluación con refuerzo

La técnica pretende ajustar las autoevaluaciones de los niños con TDAH sobre su comportamiento y/o ejecución de tareas a los estándares normativos. Miranda et al. (1999) han realizado una adaptación de esta estrategia para su aplicación al contexto del aula con todos los estudiantes que comprende tres fases. En la primera, se establecen las normas en el aula diferenciando entre reglas importantes (aquellas cuyo incumplimiento afecta al niño y a los demás) y menos importantes (aquellas que afectan únicamente al niño). En la segunda fase se entrena a los niños en habilidades de autoevaluación mediante el juego de “Estar de Acuerdo”. El objetivo es que los estudiantes sean “buenos jueces” y que, la puntuación que se pongan por su manera de comportarse y de trabajar sea igual o quede muy cercana a la puntuación que el maestro les ponga. La puntuación se aplica según los criterios que los estudiantes tienen en un cartel, con caras más o menos sonrientes según la puntuación, en una pared visible de la clase. En la tercera, se introduce un sistema de economía de puntos.

Esta adaptación de la autoevaluación reforzada se implementa a nivel de aula entera

durante tres semanas seguidas. A partir de esa fecha solamente se aplica con el estudiante o estudiantes con TDAH. En todos los casos la parte esencial del entrenamiento es la discusión que tiene lugar cuando el niño y el adulto comparan sus respectivas puntuaciones. El profesor deberá motivar al niño para que recuerde específicamente los aspectos positivos y negativos de su conducta durante la actividad y aclararle las razones por las que le ha dado una determinada puntuación.

La auto-evaluación con refuerzo ha sido incluida en el paquete multicomponente de intervención en el aula, para niños con TDAH de Educación Primaria, diseñado por Miranda, Presentación y Soriano (2002). El programa está dirigido a los profesores tutores que tienen niños con TDAH en sus clases con el objetivo de dotarles de habilidades suficientes para dar respuesta a las necesidades educativas especiales que plantean sus alumnos. Concretamente el programa comprende la instrucción a los maestros en conocimientos generales sobre el TDAH; técnicas de modificación de conducta; autoinstrucciones; adaptaciones instruccionales, espaciales y organizacionales en el aula; y técnica de auto-evaluación con refuerzo. Tras la aplicación de este paquete se han encontrado mejoras significativas, tanto en los síntomas primarios como en las dificultades conductuales asociadas habitualmente al trastorno (Miranda, Presentación y Soriano, 2002).

Técnica de "control de la ira" (Hughes, 1988)

Como la técnica de la tortuga, esta técnica centra su acción sobre la agresividad de los niños aunque reviste mayor complejidad, lo que la hace más adecuada para niños de

últimos ciclos de Educación Primaria y Secundaria. El entrenamiento se inicia con un debate sobre lo adecuado de conocer un sistema para controlar nuestra propia ira, así como de los conceptos de magnitud de la ira (utilizar un dibujo de un termómetro e la ira en el que aparezcan puntuaciones de 1 a 10) e indicadores de la ira (manifestaciones conductuales, fisiológicas y emocionales de ira previas a las conductas agresivas). Posteriormente, se entrena a los niños a frenar todo el proceso que normalmente termina en conductas agresivas hacia los demás diciendo ¡stop! y a aplicar auto-instrucciones de enfrentamiento a la ira (tales como "para, piensa, tranquilo, puedes controlarte"). El último paso es el entrenamiento en relajación completa y parcial. Al igual que en el resto de técnicas cognitivo-conductuales, en un primer momento el terapeuta modela minuciosamente la aplicación de toda secuencia. A continuación, por turno, los alumnos van imitando la aplicación de la secuencia modelada por el instructor, que solamente ofrece feedback correctivo en caso de que sea necesario. Es recomendable también pedirles a los niños que lo apliquen como tarea para casa.

Adaptaciones académicas en TDAH

Las intervenciones académicas para estudiantes con TDAH tienen como objetivo la reducción de las conductas problemáticas y la potenciación del aprendizaje por medio de adaptaciones curriculares que tengan en cuenta las necesidades educativas específicas que presentan. En general, suelen abarcar toda una serie de procedimientos instruccionales, acomodaciones ambientales y organizacionales que han mostrado su eficacia para potenciar su motivación y para desarrollar la atención y auto-regulación ante las diferentes tareas escolares.

Estrategias dirigidas a potenciar la atención. Para favorecer la atención, la clase debería ser amplia, con suficiente espacio para que el profesor pueda tener acceso a todos los estudiantes. También es conveniente situar a los estudiantes con más propensión a distraerse cerca del profesor/a, evitando asimismo que estén sentados cerca de las ventanas o de la puerta del aula para eliminar las distracciones.

Es recomendable que el formato de los cuadernos y fichas de trabajo de los alumnos con TDAH sea sencillo, evitando los dibujos que no estén relacionados con las tareas a realizar. Deberían incluir una o dos actividades por página únicamente, dejando espacios en blanco entre ellas y destacar los estímulos más relevantes en la tarea, añadiéndoles color, forma u otros atributos, para mejorar significativamente la ejecución. Es importante igualmente realizar modificaciones en la naturaleza de las tareas, así como en los requisitos de las respuestas. Los cambios en las tareas supone añadirles novedad, especialmente después de los primeros contactos. Los cambios en las respuestas incluyen la programación alternativa de respuestas de rutina y de respuestas creativas y activas (no escritas) durante las clases.

Otra forma que el profesor tiene de potenciar la atención en la realización de actividades y exámenes es partir de las posibilidades reales del alumno. Para ello, hay que establecer el periodo de tiempo durante el cual el niño puede actualmente mantener su atención centrada en la tarea, reforzarle e ir aumentando progresivamente su esfuerzo atencional, en lugar de reñirle o forzarle por medios impositivos para que trabaje durante más tiempo. Cuando una tarea sea excesivamente larga, es mejor segmentarla

en fases y marcar un tiempo prudente para concluir cada fase. La existencia de descansos durante la ejecución de una actividad reduce significativamente conductas de “fuera de la tarea”, tales como verbalizaciones inapropiadas, desobediencia o jugar con los objetos.

En las explicaciones de los temas o lecciones, el profesor puede también ayudar al niño con TDAH a mantener la atención sobre los aspectos fundamentales de las mismas, para lo cual puede proporcionarle antes de la explicación del tema un listado de los aspectos y conceptos más importantes, mantener un contacto ocular frecuente o promover la participación activa del alumno haciendo que desempeñe un papel de ayudante de la instrucción (por ej, escribiendo palabras o ideas claves en la pizarra, planteándole preguntas sobre lo tratado o realizando actividades de juego de roles).

Adaptaciones académicas para desarrollar la autorregulación. Una buena organización es un elemento clave en la instrucción, por lo que es interesante establecer en la medida de lo posible un horario sistemático y buscar procedimientos para que el estudiante pueda recordarlo en todo momento, como colocar un cartel indicador en la pared. En caso de que vayan a producirse cambios en la rutina de la clase, deben ser explicados con antelación para evitar que se produzcan reacciones negativas. Por la misma razón, hay que cuidar que en los pupitres sólo aparezcan los materiales indispensables para realizar el trabajo asignado en cada momento. Una buena estrategia es fomentar el orden dentro de la clase en relación a las estanterías y propia mesa. Para la realización de deberes en casa puede utilizarse una agenda de deberes.

También ha demostrado su utilidad la enseñanza activa de las reglas de clase, recordando forma breve y con frecuencia, las normas sociales que regulan el comportamiento en clase. También se puede pedir al alumno que explique las reglas correctas de situaciones concretas como, por ejemplo, antes de salir al recreo.

Se debería utilizar una disposición que favorezca el trabajo independiente y cuidar las condiciones de su integración en grupos, sobre todo si son grandes, ya que esta situación maximiza la desorganización en el trabajo. Puede ser muy positivo también el colocar al lado del estudiante con déficit de atención compañeros que sean modelos apropiados que les ayuden en su trabajo y también posibilitar que los alumnos con TDAH se sienten con un compañero más lento que ellos con el que desarrollen funciones de tutoría. Explicar los temas y actividades a otro compañero les ayudará a consolidar sus propios aprendizajes.

En general, las instrucciones para la realización de las actividades deben ser breves y directas y se deben dar con un lenguaje sencillo y claro. Después puede ser útil dialogar con el niño con TDAH para asegurarse de que entiende correctamente lo que tiene que hacer, cómo lo tiene que hacer, cuándo el trabajo está bien y cómo será evaluado. Es importante igualmente proporcionarles feedback sobre las manifestaciones emocionales para que reflexionen sobre las mismas y sus consecuencias.

Estrategias para potenciar la regulación de la motivación. Para motivar a los niños, es fundamental proponer tareas que se relacionen con sus intereses y experiencias reales y proporcionar experiencias en el aula que permitan a los alumnos con TDAH desarrollar sentimientos de responsabilidad y

participación. El profesor puede encargarse de tareas de ayuda, como borrar la pizarra o recoger los cuadernos de trabajo, dándoles poco a poco responsabilidades cada vez mayores.

Es igualmente decisivo que sienta la sensación de éxito. Para ello, durante la realización de las actividades y exámenes el profesor puede comprobar que el estudiante está realizando adecuadamente la tarea y proporcionarle retroalimentación constante. Si está fuera de la tarea, debe suministrarle claves verbales discriminativas que le animen a reflexionar sobre su conducta, como “¿estás terminando ya tu trabajo?”. Finalmente, es fundamental que las interacciones profesor-alumno con un TDAH terminen satisfactoriamente. Cuando se equivoque, será conveniente dar al niño una oportunidad para que pueda intentarlo otra vez, procurar que tenga éxito proporcionándole las ayudas necesarias y alabarle por ello. El profesor puede así conseguir que desarrolle una idea del mundo como un lugar en el que puede alcanzar el éxito.

Entrenamiento en habilidades sociales

Dadas las dificultades que con frecuencia presentan los niños con TDAH en su vida social, el entrenamiento en habilidades sociales se ha convertido en una forma ampliamente aceptada de intervención en la práctica clínica. El entrenamiento se basa en la enseñanza y práctica, a través de role playing, de un amplio rango de habilidades, como son, habilidades de conversación (saludar, presentarse, interrumpir correctamente, etc.), amistad (hacer amigos, cumplidos, iniciar y unirse a actividades de grupo, etc.) y/o resolver situaciones difíciles (aceptar “noes” y críticas, responder a bromas, pedir

disculpas, etc.). Destacaremos como prototipo el anteriormente mencionado ADHD Classroom Kit que instruye habilidades sociales en un contexto natural y proporciona a los niños la oportunidad de practicarlas todos los días en las actividades de aprendizaje cooperativo que se realizan en clase (Anhalt et al., 1998).

Las habilidades que suelen incluirse en los programas son: deportividad, ignorar la provocación y aceptación. Se completa con la participación de los padres mediante encuentros individualizados y con la utilización de la tarjeta casa-escuela en la fase final. Un aspecto fundamental es el hecho de implicar al psicólogo, al maestro y también a estudiantes en prácticas, que colaboran con el maestro en la aplicación del programa proporcionándole entrenamiento, asesoramiento y entrando con él en la clase durante las primeras fases.

Intervenciones multidimensionales en TDAH

En la última década se han elaborado diversos programas de intervención en TDAH que coinciden en la necesidad de adoptar aproximaciones más comprensivas. Intervenciones que combinan los diferentes procedimientos que han mostrados aisladamente su eficacia en la intervención con niños con TDAH y que, además, son implementadas de forma conjunta en los contextos de desarrollo más significativos para los niños, colegio y familia. Veamos para terminar brevemente algunos de estos trabajos.

El programa de competencias conductuales y académicas (ABC)

Este programa de intervención (Pelhan et al., 2005) incluye la novedad de invo-

lucrar a la totalidad del colegio para ser implementado. El objetivo es mejorar diferentes dominios de funcionamiento de los niños, como las habilidades sociales, la conducta disruptiva, el trabajo escolar y la realización de deberes para casa. El programa comprende: interacciones positivas profesor-alumno con un elevado grado de feedback; establecimiento de normas con premios y consecuencias negativas contingentes; time-out; tareas para casa con la participación de los padres; tarjeta casa-escuela; premios semanales consistentes en la realización de actividades enriquecedoras; privilegios de honor; almuerzo y descanso con puntos o privilegios por buenas conductas; contingencias de grupo; habilidades sociales; y programas individualizados para niños con problemas de conducta asociados. Además, los profesores realizan la intervención en relación directa y diaria con los padres. Antes de la implementación del programa, profesores y ayudantes son entrenados por un especialista, que también ayuda al maestro dentro del aula durante las dos primeras semanas.

Los resultados de la aplicación de este programa en tres escuelas de Nueva York son muy positivos. Concretamente, las visitas de los niños más problemáticos al director, por conducta inadecuada, se redujeron sustancialmente de 1.200 en el año anterior al comienzo de la intervención a 178, 373, 525 y 290 en los cuatro años siguientes. La realización de las tareas pasó del 25% antes del programa a 85%, 92%, 95% y 95% respectivamente. Además, todos los participantes expresaron su satisfacción por el programa y deseaban continuar en él. Los niños consideraron que el programa les gustaba y les había ayudado. Los profesores informaron de la efectividad del

programa en el cumplimiento de las reglas, la finalización de las tareas, las actitudes del niño hacia la escuela, la satisfacción de los padres y la satisfacción del tiempo instruccional. Los padres de los niños, por su parte, se involucraron más que en años anteriores en el manejo de su hijo en coordinación con la escuela.

Programa multicomponente para niños, padres y profesores

Miranda, Presentación, García y Siegenthaler (2009) han implementado recientemente en nuestro país un programa de intervención multicomponente en los que los profesores y los padres han recibido entrenamiento paralelo y en los que se incluye también una intervención especializada directamente con los niños. La base fundamental del programa era la comunicación entre todos los participantes, de manera que tanto padres como profesores conocían en cada momento las técnicas que se estaban trabajando con los niños, a fin de facilitar la generalización de los aprendizajes. El terapeuta estaba en contacto con niños, padres y profesores en los encuentros semanales y mediante atención telefónica permanente. Así mismo, padres y profesores se mantenían en contacto diario a través de la tarjeta casa-escuela. La intervención desarrollada integró un paquete de intervención con 3 programas diferenciados a lo largo de 10 semanas:

- El programa de intervención para los niños estuvo integrado por un conjunto de técnicas cognitivo-conductuales (técnica autoinstruccional, solución de problemas, control de la ira y enseñanza de habilidades sociales) que se introdujeron de forma sucesiva en pequeño grupo (3-4 niños) por un especialista,

en 16 sesiones de 45 minutos aproximadamente. Se complementó con un sistema de economía de fichas.

- El programa de intervención para los padres fue adaptado del elaborado por Barkley (1987). Comprendió 10 sesiones de unas 2 horas de duración en las que se orientó a los padres sobre cómo apoyar el aprendizaje escolar de sus hijos. También se dedicaron sesiones a mejorar su salud emocional y a cómo afrontar las situaciones complejas que les plantea la crianza de sus hijos con TDAH.
- Por último, el programa de intervención para los profesores, basado en el de Miranda et al. (1999), se dividió en 10 sesiones de aproximadamente 4 horas cada una. Incluyó información actualizada y formativa sobre el manejo del niño con TDAH en el aula, así como de su funcionamiento académico y socioemocional. Los dos componentes fundamentales de este programa fueron la autoevaluación reforzada y las adaptaciones físicas, organizativas e instruccionales para niños con TDAH, generales y específicas según áreas curriculares concretas (Miranda, Presentación, García y Siegenthaler, 2009).

Conclusiones

Los tratamientos psicosociales, el entrenamiento a padres y profesores en modificación de conducta y el entrenamiento a los niños en estrategias de autocontrol, están demostrando que pueden ser una alternativa y /o un complemento valioso de los psicofármacos.

Los niños con TDAH durante la etapa de educación obligatoria presentan múltiples

dificultades para adaptarse a las exigencias del entorno. Se ha realizado un gran esfuerzo en los últimos años para desarrollar distintas modalidades de intervención en TDAH e implementarlas en los diferentes contextos de desarrollo de los niños. Padres y profesores disponen en la actualidad de todo un conjunto de orientaciones, estrategias y técnicas que pueden dirigir adecuadamente sus interacciones. También se han diseñado programas de formación específicos para padres y profesores que combinan distintas estrategias de intervención, algunas de las cuales se han presentado en este y el anterior capítulo. El objetivo prioritario de estos programas ha sido aumentar el conocimiento sobre la naturaleza del TDAH y sobre las técnicas y recursos efectivos para manejar este problema tanto en casa como en el aula. Los resultados obtenidos son muy alentadores, como lo son especialmente los pocos trabajos que incluyen intervenciones coordinadas con padres y profesores. Es necesario seguir avanzando en esta línea.

Referencias

- Anhalt, K., McNeil, C.B. & Bahl, A.B. (1998). The ADHD classroom kit: A whole-classroom approach for managing disruptive behavior. *Psychology in the Schools, 35*, 67-79.
- Antshel, K.M. & Barkley, R. (2008). Psychosocial interventions in attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 17*, 421-437.
- Barkley, R.A. (1987/1997). *Defiant Children: A clinicians manual for assessment and parent training*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin, 121*, 65-94.
- Barkley, R.A. (2002). Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Journal of Clinical Psychiatry, 63*, 36-43.
- Camp, B.W., & Bash, M. (1981). *Habilidades cognitivas y sociales en la infancia. Piensa en voz alta: Un programa de resolución de problemas para niños*. Valencia: Promolibro. CINTECO.
- Chenault, B., Thomson, J., Abbott, R. D. & Berminger, V.W. (2006). Effects of prior attention training on child dyslexics' response to composition instruction. *Developmental Neuropsychology, 29*, 243-260.
- Chronis, A.M., Jones, H.A. & Raggi, V.L. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review, 26*, 486-502.
- Diamond, A., Barnett, W.S., Thomas, J., & Munro, S. (2007). Preschool program improves cognitive control. *Science, 318*, 1387-1388
- DuPaul, G.J. & Weyandt, L.L. (2006). School-based intervention for children with attention deficit hyperactivity disorder: Effects on academic, social and behavioral functioning. *International Journal of Disability, Development and Education, 53*, 161-176.
- Holmes, J., Gathercole, S.E., Place, M., Dunning, D.L., Hilton, K.A., & Elliott, J.A (2010). Working memory deficits can be overcome. Impact of training and medication on working memory in children with ADHD. *Applied Cognitive Psychology, 24*, 827-836.
- Hughes, J.N. (1988). *Cognitive behavioral therapy with children in schools*. New York: Pergamon Press.
- Kendall, P.C., Padever, W. & Zupan, B. (1980). *Developing self-control in children. A manual of cognitive-behavioral strategies*. Minneapolis. Minnesota: University of Minnesota.
- Klingberg, T. et al. (2005). Computerized training of working memory of children with ADHD. A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*, 177-185.
- Kotkin, R. (1998). The Irvine Paraprofessional Program: Promising Practice for Serving Students with ADHD. *Journal of Learning Disabilities, 31*, 556-564.
- Leong, D.J., & Bodrova, E. (1996). *Tools of the Mind*. New York: Prentice Hall
- Mezzacapa, E., & Buckner, J.C. (2010). Working memory training for children with attentions problems or hyperactivity: A school based pilot study. *School Mental Health*. Published on line 23 February, 2010.
- Miranda, A., Jarque, S. & Tàrraga, R. (2006). Interventions in school settings for students with ADHD. *Exceptionality, 14*, 35-52.
- Miranda, A., Presentación, M.J. & Soriano, M. (2002). Effectiveness of a school-based multicomponent program for the treatment of children with ADHD. *Journal of Learning Disabilities, 35*, 546-562.

Miranda, A., Presentación, M.J., García, R. & Siegenthaler, R. (2009). Intervention with students with ADHD. Analysis of the effects of a multi-component, multi-contextualized program on academic and socio-emotional adjustment. En T. E. Scruggs and M. Mastropieri (Eds), *Advances In Behavioral And Learning Disabilities* (Vol., 22). Boston: Emerald JAI Press.

Miranda, A., Presentación, M.J., Gargallo, B., Soriano, M., Gil, M.D. & Jarque, S. (1999). *El niño hiperactivo (TDAH). Intervención en el aula. Un programa de formación para profesores*. Castellón: UJI.

Pelham, W.E. & Hoza, B. (1996). Comprehensive treatment for ADHD: A proposal for intensive summer treatment programs and outpatient follow-up. En E. Hibbs y P. Jensen (Eds), *Psychosocial Treatment Research of Child and Adolescent Disorders*, (pp. 311-340). Washington DC: American Psychiatric Press.

Pelham, W.E., Massetti, G.M., Wilson, T., Kipp, H., Myers, D., Newman, B.B., Billheimer, S. & Waschbusch, D.A. (2005). Implementation of a comprehensive schoolwide behavioural intervention: the ABC Program. *Journal of Attention Disorders*, 9, 248-260.

Schneider, M., & Robin (1990). La técnica de la tortuga. Un método para el autocontrol de la conducta impulsiva. En T. Bonet, *Problemas psicológicos en la infancia*. Valencia: Promolibro. CINTECO.

Shalev, L., Tsal, Y & Mevorach, C. (2007). Computerized progressive attentional training (CPAT) program. Effective direct intervention for children with ADHD. *Child Neurology*, 13, 382-388.

Swanson, J.M., Arnold, E., Kraemer, H., Hechtman, L., Molina, B., Hinshaw, S., Vitiello, B., Jensen, P., Steinhoff, K., Lerner, M., Greenhill, L., Abikoff, H., Wells, K., Epstein, J., Elliott, G., Newcorn, J., Hoza, B. & Wigal, T. (2008). Evidence, interpretation and qualification from multiple reports of long-term outcomes in the Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (MTA): Part I: Executive Summary. *Journal of Attention Disorders*, 12, 15-43.

Tamm, L. et al. (2010). Attention training for school-aged children with ADHD: Results of an open trial. *Journal of Attention Disorders*, 14, 86-94.

Webster-Stratton, C., Reid, J., & Hammond, M. (2001). Social skills and problem-solving training for children with early-onset conduct problems: Who benefits? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 943-952.

Fecha de recepción: 23/11/2010

Fecha de aceptación: 14/12/2010

La psicología económica y del consumidor en la sociedad de la complejidad y la incertidumbre

Ismael Quintanilla Pardo
Universidad de Valencia

La pasión fatal por las riquezas llovidas de los cielos nunca fue el vicio de hombres sensibles, sino el sueño de los pobres... Aunque es cierto que la libertad sólo puede llegar a quienes tienen cubiertas sus necesidades, también es cierto que nunca la lograrán aquellos que están resueltos a vivir de acuerdo con sus deseos.

Zygmunt Bauman. *El arte de la vida*, 2008.

(Premio Príncipe de Asturias, 2010)

No recuerdo el día en que decidí que ya podía ejercer como psicólogo. No lo recuerdo pero fue bastante después de acabar mis estudios y de haber deambulado de aquí para allá escuchando las opiniones más inauditas y sorprendentes sobre nuestra profesión. Quizás por ello he dedicado una buena parte de mi vida a estudiar lo que significa ser psicólogo y las aportaciones reales que podemos hacer para mejorar la vida de las personas. Durante muchos años, poco a poco y sin percatarme de ello, me he visto defendiendo una profesión que apenas existía y que ahora extiende su significado más allá, mucho más allá, de las aulas universitarias. Nadie se podrá imaginar lo contento que estoy. Hoy la psicología ha sido superada por los psicólogos, por cuanto no puede existir una profesión sin personas, ni parece tener mucho sentido –al menos en el mundo que nos ha tocado vivir– que exista una ciencia o materia con aspiraciones el respecto, sin profesionales que la digni-

fiquen. Cuando empecé ejercer como psicólogo las cosas no eran así, ahora sí. Hoy ya somos una profesión consolidada. Mi mayor privilegio ha sido hacer el camino y observarlo al mismo tiempo.

Han sido muchos los años de trabajo, riesgos y aventuras. Aventuras, sí, ya que existiendo muchas alternativas profesionales ninguna era evidente y todas estaban por hacer. Durante este tiempo se han dado los primeros pasos de una profesión que siempre, de un modo u otro, existió pero que aún no había alcanzado el reconocimiento institucional, social y académico. Hoy las cosas ya no son así. Ya no se estudia en los institutos psicotécnicos del pasado, aquellos que tanto contribuyeron en el surgimiento de la psicología en las primeras décadas del pasado siglo. Universidades públicas y privadas acogen a miles de estudiantes cada año. Se estudia psicología en centros y licenciaturas que no son de

psicología. Tras sucesivas etapas de reinvención científica y académica, hoy la psicología es una profesión consolidada y en franco desarrollo. Aunque aún quede mucho por hacer para mejorar nuestra imagen profesional, nuestra identidad, y junto a ella las contribuciones que podemos hacer al respecto del bienestar de las personas, es cada día más evidente.

Antes de que se licenciara la primera promoción de psicología de la Universidad de Valencia, en 1984, ya había psicólogos ejerciendo como tales, pero sin el aval académico y profesional. Aquellos y los que llegaron después han ido abriendo caminos y dejando huellas. La primera promoción de psicología junto con la creación del Colegio Oficial de Psicólogos dio paso a la aparición de los primeros profesionales de la psicología con titulación oficial y colegial. Fue un acontecimiento de extrema importancia, entre otras razones, porque permitió que otros muchos psicólogos cuyas licenciaturas no lo fueron de psicología, aunque lo fueren en esencia, pudieran incorporarse y colegiarse de manera oficial. De esta forma el pasado incipiente y voluntarista de la profesión se hizo presente para configurar nuestro futuro y nuestro Colegio Oficial.

Hoy se me pide que escriba un artículo para la edición especial de la revista *Informació Psicològica* tras 25 años de presencia en el entorno profesional y científico, en el que analice la situación actual y perspectiva de futuro en el área de la psicología económica y del consumidor. Lo haré aceptando el poco espacio disponible mas advirtiendo que la brevedad y la síntesis son malas compañeras de la complejidad inherente al asunto que nos ocupa. Ante la posibilidad, más que probable, de que muchas cosas importantes queden excluidas me he deci-

dido por hacer algunas reflexiones asociadas a los grandes desafíos que se gestan en el presente y que deberemos afrontar en un próximo futuro.

El consumidor en la era de la complejidad y la incertidumbre

Empecemos por lo más importante: la época por la que transitamos. Si tuviéramos que sintetizar sus principales características, estas serían la complejidad y la incertidumbre. Y eso nos atañe muy directamente como profesionales e investigadores de la conducta social. Es decir, nuestro desempeño como psicólogos sociales de la economía se produce en un contexto social y económico sujeto al cambio continuado y la confusión con la que lo experimentamos. Cambios tecnológicos y económicos se acompañan de espectaculares transformaciones sociales y psicológicas. En consecuencia, también se van a modificar las demandas profesionales y nuestros servicios deberán ajustarse a tal circunstancia. Este es el primer gran desafío: nuevas ideas para promover servicios diferentes y bien alejados de los más tradicionales. En ello va implícito, como luego se verá, una idea más amplia y extendida del concepto del consumidor, lejos de su asociación con la compra convencional. Se trataría de la conducta económica y del consumidor en toda su extensión.

En la sociedad española decimonónica predominaron valores y estilos de vida esencialmente agrícolas y materiales. Las espectaculares transformaciones del siglo veinte dieron paso a otras maneras diferentes de pensar, otros intereses y otros valores. La evolución de las ciudades, las viviendas, el ocio y el trabajo, mediatizados todos ellos por invenciones tales como

el coche, la radio y la televisión, tuvieron notables efectos sobre la actividad económica y, en especial, sobre el consumo. Un acrecentamiento urbanístico adaptado al coche y los centros comerciales han rediseñado la anatomía de las ciudades, dando lugar a un modelo socioeconómico basado en el consumo. Este proceso, por el que los cambios en los valores se manifiestan en nuevas o diferentes formas y tendencias del consumo, sigue activo y, ahora, se hace patente. Las nuevas estructuras sociales son relacionales, caóticas y complejas. Los cambios se han hecho a pasos agigantados, enormes, rápidos y acelerados. La red se ha hecho omnipresente y a cada momento es más activa y sofisticada. El tiempo se acelera y el espacio se contrae. Todo es rápido y efímero, instantáneo.

El consumidor ha adquirido, durante el proceso que acabo de describir, un papel esencial y dominante. La creatividad, la sensibilidad a la salud, la preocupación por el entorno, el desarrollo personal y las preocupaciones por el sentido de la vida, se expresan, en muy buena medida, a través del consumo. No se persigue la posesión del producto sino la manifestación de su consumo. No se trata de satisfacer una necesidad, ni siquiera saciar un deseo, va bastante más lejos. Se expresa a través del consumo que se constituye en un medio de comunicación social y una declaración de su ideología. Así pues, la conducta del consumidor se basa en un conjunto de elecciones ideológicas acordes con el esquema de valores de cada cual. Hoy el dinero es un mediador entre las creencias del consumidor y lo que este consume. Apenas tiene importancia sino como la expresión de lo que cree y de lo que es, lo que se logra a través de lo que compra y de lo que se con-

sume. Se trata del capitalismo consciente. Renunciar a un deseo puede significar para muchas personas una represión de las emociones y una limitación de la libertad.

Quien le otorga todo el poder al dinero está dispuesto a hacer cualquier cosa

En 1935 Bertrand Russell pronosticaba un mundo en el que las personas disfrutarían de mucho tiempo para el ocio, ocupados en el disfrute y el desarrollo personal a través de la educación y la cultura: “En un mundo donde nadie sea obligado a trabajar más de cuatro horas al día, toda persona con curiosidad científica podrá satisfacerla, y todo pintor podrá pintar sin morir de hambre... Los escritores jóvenes no se verán forzados a llamar la atención por medio de sensacionales chapucerías, hechas con miras a obtener la independencia económica... Los hombres que en su trabajo profesional se interesen por algún aspecto de la economía o de la administración, podrán desarrollar sus ideas sin el distanciamiento académico, que suele hacer aparecer carentes de realismo las obras de los economistas universitarios... Sobre todo, habrá felicidad y alegría de vivir, en lugar de nervios gastados, cansancio y dispepsia. El trabajo exigido bastará para hacer del ocio algo delicioso, pero no para producir agotamiento. Puesto que los hombres no estarán cansados en su tiempo libre, no querrán solamente distracciones pasivas e insípidas (Russell, 2000, 12).”

Tal era el panorama que vislumbraba el filósofo y matemático inglés. Pero no fue así, la clase media que apareció tras la Segunda Guerra Mundial, lo fue en el contexto de un consumo generalizado y el ocio se convirtió en compra. Un gran periodo de bonanza

económica abrió las puertas a la sociedad de consumo y los seres humanos más que descansar y aumentar sus conocimientos se acomodaron a un modo de vida en el que el bienestar se interpretó como la satisfacción del deseo. Mas una forma específica, y puede que exclusiva, del deseo mediado por el poder del dinero y las deudas, casi inevitables, para su “adquisición”; el modelo retratado con meridiana claridad en la película de Sam Mendes: *American Beauty*.

El resultado era previsible y el proceso ha sido más o menos así. El especulador, para algunos un genio de las finanzas por su prosperidad y aparente inteligencia, se convierte en modelo para muchas personas que viven bastante más modestamente y que desean incorporarse, de una u otra manera, a un metafórico *tren de las riquezas fáciles*. El círculo constituido por el dinero fácil, la ostentación y la aparente perspicacia colectiva se amplía y fortalece. Los que no se integran en el proceso serán los tontos y los que no hacen lo que toca hacer. La farsa está preparada, los medios de comunicación harán el resto. El final es evidente, la deuda se incrementa hasta lo aguatable, el sistema financiero no lo soporta y aparece una grieta (*crack*) que se agranda rápidamente y que acaba por demolerlo, entonces aparece la crisis.

La que padecemos no es sólo económica va mucho más allá, afecta y es resultado de nuestro modelo socioeconómico y de nuestro modo de vida. Es, sobre todo, efecto de la especulación y la avaricia más o menos generalizada. Efectivamente, muchas de las conductas de los agentes financieros y los ciudadanos implicadas en el proceso que acabo de describir vienen motivadas por el esquema de valores prevaleciente.

Se puede oír en alguna radio un eslogan publicitario de una red de tiendas de informática en el que como reclamo de sus muy bajos precios se vocea: ¡La avaricia me vicia! ¿Qué es lo que explica que lo que hace apenas hace algunos años, la avaricia, se viera como un defecto, cuando no un pecado, sea ahora una virtud y un argumento de ventas? Las razones hay que buscarlas en este siglo XXI que ahora empieza y que se transforma aceleradamente. Nuestro sistema de valores está cambiando, así como el sentido de la identidad y de las identidades, la cantidad y la cualidad de la información, la estructura de nuestras empresas y, evidentemente, el papel y lugar de las personas cuando desempeñan sus conductas como consumidores. De nuevo aquí y en este punto la psicología económica y del consumidor adquiere gran significado.

Una psicología económica y del consumidor acorde con los tiempos y orientada al futuro

Los profesionales de la psicología no deberíamos sustraernos a estas circunstancias, afanándonos en posibilitar una psicología en consonancia con la época por la que transitamos. Quizás una psicología económica y del consumidor más crítica, capaz de explicar como las decisiones económicas, las colectivas y las individuales, tienen una marcada influencia sobre el comportamiento de la gente. Tenemos ante nosotros el reto de asumir que la principal finalidad de la intervención psicológica, fuere desde el dominio que fuere (clínico, educativo, psicosocial o cualquier otro), es, precisamente, impulsar las condiciones psicológicas que hacen posible una persona dueña de sí misma y capaz de afrontar los desafíos de este siglo que se inicia. Un ciuda-

dano concededor de lo que ocurre y con sus facultades en alerta para decidir por sí mismo qué es lo que quiere hacer: si ajustarse y adaptarse a las condiciones económicas o influir sobre las mismas. Ya insistí en ello en la revista *Infocop* (Quintanilla, 2009): es urgente revisar el imperativo tecnológico y económico, aquel que se hiciera patente en el lema que implícitamente presidió la Exposición Universal de Chicago del año 1933: “La ciencia descubre, la industria aplica y el hombre se conforma”.

Desde los años treinta hasta aquí han sucedido muchas cosas y la sentencia ha perdido consistencia. Han cambiado las creencias, los estilos de vida, el sentido del trabajo, el ocio y la cultura, la red se ha hecho omnipresente y el valor de las palabras se ha modificado grandemente sustituido por el poder de la web y la imagen. Ahora la sentencia podría formularse de otra manera: “El consumidor desea, la empresa responde y la ciencia ayuda”. Bien analizada tampoco parece una sentencia muy alentadora, pero está más cercana a la realidad de nuestra época: un mundo complejo e incierto que ha superado con creces la simplicidad de la lógica del mercado perfecto propuesto por los economistas clásicos.

Por consiguiente, las áreas de investigación y desarrollo de la psicología económica y del consumidor deberían modificarse, adaptarse y ampliarse. De igual forma que nuestros servicios, competencias y habilidades profesionales. En el ámbito que nos ocupa, desde que en 1976 se constituyera la Asociación Internacional para la Investigación en Psicología Económica (IAREP, en su acrónimo inglés), las investigaciones, modelos y conocimientos, en torno a las limitaciones del modelo racional para la toma de decisiones económicas, se han

ido fraguando y divulgando en progresión geométrica (Quintanilla, 1999, 2003, 2010). Es imposible dar cuenta de todo ello, hay, sin embargo, cinco líneas temáticas que tienen gran interés y que, a falta de espacio, podrían ser las más destacables: 1) la transición teórica que va del *homo economicus* al *consumens*, 2) la ilusión de la racionalidad asociada a lo anterior, 3) los matices que distinguen la economía libre de mercado del neoliberalismo económico, 4) las diferencias entre la compra y la conducta del consumidor en toda su amplitud y, 5) los “nuevos profesionales” de la psicología económica y del consumidor.

Del *homo economicus* al *homo consumens*

Hay muchas maneras de describir sintéticamente al ser humano: *homo sapiens* (el hombre que sabe), *homo faber* (el hombre que hace o fabrica), *homo ludens* (el hombre que juega), *homo videns* (el hombre que ve), *homo webensis* (el hombre que navega en la red) y así sucesivamente. Son expresiones latinas que, aún en una lengua en desuso, siguen teniendo mucho sentido y significado inmediato. Unas y otras permiten comunicar con algo de precisión y mucha brevedad ideas de mayor complejidad y amplitud. Cuando se escribe *homo webensis* es fácil deducir de qué va la cosa, suscitando gran cantidad de pensamientos y reflexiones. Estas denominaciones –y otras muchas que podría sugerir al respecto el lector interesado– son una abstracción de la realidad social y se utilizan para calificar y representar ciertas conductas más o menos comunes y, también, para construir teorías al respecto.

En 1966, en su ensayo *Conciencia y sociedad industrial*, Eric Fromm describe el

homo consumens como un lactante eterno consagrado a la posesión y el consumo; solitario, ansioso y aburrido. Un *homo sapiens* modificado, sonámbulo y sometido. Un nuevo individuo, afirma Fromm, doblegado a las exigencias de las naciones técnicamente avanzadas. Sociedades que transitan hacia una burocracia industrial que niega la vida y traiciona un humanismo social en el que las personas prevalearan sobre las cosas, la vida sobre la propiedad y el trabajo sobre el capital.

Desde un planteamiento ideológico diferente, Gabriel Tarde ya lo había advertido muchos años antes en 1890, cuando afirmaba que la sociedad es imitación, una cierta especie de sonambulismo. Además, describió al estado social, como un estado hipnótico, una forma de sueño, un sueño simulado y un sueño en acción. En el que las personas no tienen más que ideas sugeridas en las que creen espontáneamente.

Más allá de lo acertado de tales teorías y abstracciones el debate que se suscita tiene mucho que ver con la psicología económica y del consumidor, con su pasado y con el momento presente. Ya que los argumentos de Fromm y Tarde se oponen abiertamente y drásticamente con la abstracción propuesta por la economía clásica, revisada por los economistas neoclásicos y defendida sin concesiones por las tendencias monetaristas y neoliberales de nuestros días. Se trata del concepto del *homo economicus* (el hombre económico), abstracción que permite delimitar una condición humana natural e inalterable: un ser humano que maximiza la utilidad de sus decisiones actuando según la ley del mínimo esfuerzo para la consecución del máximo beneficio. Es decir, según estos supuestos el ser humano siempre es racional y egoísta, ya que calcula razonada-

mente cuál de las alternativas posibles es la mejor para él, indiferentemente de las consecuencias que sus decisiones puedan tener sobre los demás. Todo esto es así porque los seres humanos son así, está en su naturaleza en forma de regularidades similares a las de la física. Teniendo bien presentes estas regularidades, elevadas al rango de leyes axiomáticas, se puede predecir el comportamiento económico y, lo que es más importante, también puede medirse y cuantificarse.

Desde estas creencias e ingredientes teóricos se podría entender mucho mejor la proclama que aparece en el apartado anterior. El ser humano de 1933, con el fin de hacer que la economía creciese, debía conformarse y trabajar duramente, sin pensar o hacer preguntas. ¿Tuvo que ser así o había otras posibilidades?

La ascendencia del concepto de *homo economicus* se puede comprender considerando las ideas, mentalidades y estilos de vida de los siglos XVIII y XIX. Eran sociedades con fuertes carencias en la alimentación, la salud y la cultura. En las que comer, curar y saber eran necesidades bien evidentes. La mejor forma de conseguir saciar estas necesidades era haciendo que la economía creciera, consiguiendo la mayor riqueza para la mayor parte de la gente. La idea funcionó durante mucho tiempo, consolidando los principios de la economía hasta su constitución como ciencia. Consumir, ahorrar e invertir son acciones naturales, lógicas y racionales.

Pero hoy las cosas ya no son así. Hoy podemos preguntarnos si para la mayor parte de la gente es mucho más relevante satisfacer un capricho que una necesidad elemental ya cubierta o que pueda ser saciada en cualquier momento. Es más que posible

que el *homo economicus* esté siendo sustituido por una forma de *homo consumens*, algo diferente al propuesto por Fromm, por la que le resulte más apropiado conducirse por las emociones y no por la razón, divertirse comprando como una forma de conducta lúdica, que le atraiga mucho más utilizar que poseer, cultivar las relaciones sociales, dedicarse al ocio o colaborar con asociaciones cívicas y ONG.

El concepto de *homo economicus* está en crisis, aunque muchos no se percaten o no lo quieran asumir. John Kenneth Galbraith, un reconocido profesor de economía de la Universidad de Harvard al que tengo gran admiración y del que creo haber leído una buena parte de sus libros, argumentó hace ya varios lustros que los cambios en economía han sido siempre muy difíciles y cuando se producen son aceptados con muchas reservas. La razón de tales actitudes se debe a que los que se benefician del *statu quo* suelen oponerse al cambio y también lo hacen aquellos interesados en no modificar lo que siempre han enseñado y creído.

Una anécdota personal puede servir como ilustración. En el año 2002 se le concedió el premio Nobel de Economía a Daniel Kahneman, un psicólogo experimental, por haber integrado los avances de la investigación psicológica en la ciencia económica, en particular en lo referente a los juicios humanos y la toma de decisiones en situaciones de incertidumbre. Simplificando mucho se podría decir que las investigaciones de este autor muestran que los seres humanos no siempre actuamos racionalmente y que muchas de nuestras conductas no se pueden explicar recurriendo, precisamente, al concepto de *homo economicus*. Es decir, en frecuentes ocasiones las personas toman sus decisiones económicas de forma emo-

cional e intuitiva, limitando su racionalidad y su egoísmo.

Aunque la idea parezca nueva no lo es. En Europa desde los inicios del siglo XX se vienen realizando investigaciones y publicaciones a este respecto. Pero, desde luego, un premio Nobel tiene mucha más trascendencia en los medios informativos. Es fácil comprender que me alegró mucho que este premio se le concediera a un colega, así que al encontrarme con un compañero profesor de economía le hice partícipe de mi alegría. Ni me preguntó quien era el autor, ni por las razones por las que se le había concedido el Nobel, simplemente sonrió y me dijo: ¡cómo debe estar la economía para que este premio se le conceda a un psicólogo!

Esto sucedió hace ocho años, hoy es fácil encontrar numerosos titulares que hacen referencia en los medios de comunicación a la economía conductual, emocional, intuitiva y un largo etcétera. Aunque quien se lleva la palma es la neuroeconomía, expresión en extremo feliz con la que se airea el nacimiento de una nueva ciencia. Es posible. Pero el asunto no es tan sencillo. Desde hace muchos años las bases biológicas y neurológicas del pensamiento y de la conducta de los seres humanos ha atraído el interés de los investigadores. Muchas han sido las contribuciones al respecto y numerosas las materias científicas involucradas. Lo que ha cambiado es la tecnología y los artilugios que permiten visualizar y medir las alteraciones cerebrales ante determinados estímulos; lo que no es poco. Pero no ha cambiado el modelo teórico de referencia, que es interdisciplinar y complejo, dado que su principal propósito es comprender el comportamiento humano.

Siendo cierto que muchas de nuestras decisiones son razonadas, o incluso muy pen-

sadas y elaboradas, no siempre son racionales. La racionalidad está limitada por los recursos, habilidades, creencias, estereotipos y prejuicios de cada persona. La intuición, la rutina, las emociones también influyen sobre nuestras decisiones. La misma persona puede actuar racional, irracional, inconsciente e intuitivamente, según los casos, las contingencias y las circunstancias, ajustarse a lo rutinario o sencillamente afrontar el efecto del azar. El ser humano es una realidad en extremo compleja, no conviene reducirlo a una sola dimensión. Es además una entidad, por decirlo de alguna manera y coloquialmente, en extremo contradictoria y compleja.

La ilusión de la racionalidad

Los consumidores, en general, son conscientes –o creen serlo– del mundo en el que viven. Muchos de entre ellos (quien escribe también) se consideran responsables, organizan sus actividades de manera consistente y aspiran a un estilo de vida autocontrolado. Este fenómeno se podría describir como la *ilusión de la racionalidad*. Puede explicarse de la siguiente manera. Hoy festejamos y ensalzamos la responsabilidad individual, el comportamiento ético, la espiritualidad, la búsqueda interior, el culto a la salud y la calidad de vida. Todo ello, sentido y asumido por la mayor parte de la gente, ha incidido en nuestras actividades como consumidores. La información, el consumo responsable, ético, justo y beneficioso no son meras proclamas, representan intenciones reales con las que se afronta un consumo competente. Sin embargo, la realidad nos muestra un escenario bien diferente: endeudamientos, compulsión y dependencias.

Hay algunas formas de explicar este proceso. Una tendencia a la libertad individual,

libre de cargas y de exigencias colectivas, da lugar a una mayor autonomía personal pero, a su vez, propicia un consumidor más dependiente de sus apetencias más íntimas y sus deseos más personales. Así pues, cada vez es más receptivo a la idea de que la racionalidad no hay que compartirla con los demás, es una ilusión y poco importa. Sintetizando: cuando “toca ser racional” se es, pero no siempre se consume considerando razones objetivas, priman las subjetivas y en estas son determinantes las dimensiones emocionales de la compra y del consumo de lo que se haya adquirido.

Sin embargo, y paradójicamente, el *turboconsumidor* de los primeros años de este siglo parece que se está transformando en un *alterconsumidor* (Lipovetsky, 2006). Algunos consumidores, cada vez más y en mayor medida, experimentan cierta hartura y aburrimiento y buscan nuevas alternativas de consumo, otorgando especial importancia a las componentes inmateriales: servicio, efectividad, situación personal, trato, motivaciones alternativas y satisfacción post-compra. El ciudadano de nuestra época está experimentando la opulencia cada vez con mayor desagrado, está harto de consumir por consumir, le confunde el bienestar cuando no se asocia a la felicidad que es lo que realmente busca. Esta emergiendo, lenta pero activamente, la búsqueda de un comportamiento más ético y responsable a través del consumo con causa social, el reciclado activo, el consumo ecológico, el trueque y el consumo austero.

Economía libre de mercado y neoliberalismo económico

Resulta que los ciudadanos de nuestra época se encuentran bajo la influencia de una sociedad con extremas contradicciones y

paradojas. Una sociedad regida por un modelo de consumo en el que el neoliberalismo económico parece ser la única solución. La economía libre de mercado y su mejor consecución –una sociedad en la que la mayor parte de la gente pueda acceder o de la mayor parte de los bienes y servicios–, está siendo sustituida por lo que hoy se denomina la corriente neoliberal.

Es bien cierto que la sociedad de consumo propicia el consumismo, mas conviene no confundir una cosa con la otra. El consumismo es un consumo exagerado, un afán por comprar bienes indiscriminadamente aunque no sean absolutamente necesarios. Sin embargo, más allá de sus paradojas y miserias, la sociedad de consumo es el acceso general de los ciudadanos a los bienes que les reportan un nivel de vida cómodo y confortable. En su dimensión colectiva se expresa en términos absolutos, es decir necesidades, en su interior y para cada persona o grupo familiar suele ser relativo: deseos y caprichos.

No es lo mismo la economía libre de mercado que el neoliberalismo económico, el que hoy se vocea y se defiende vehementemente como una verdad económica poco discutible. No es lo mismo un pequeño empresario de la provincia de Jaén que defiende su libertad trabajando con dureza para mantener su empresa y los trabajadores que en ella desempeñan su oficio que el presidente de una gran multinacional que monopoliza los mercados de bebidas refrescantes de numerosos países. No es lo mismo una pequeña cooperativa de la Vall de Uxo en la que algunos trabajadores preservan su oficio y dan de comer a sus familias que el inversor que transforma la deuda pública de un país en beneficio privado. Las diferencias son tan evidentes que puede que algunos opi-

nen que estos argumentos son exagerados, excesivamente emocionales, políticamente sesgados e interesados. Es posible, pero conviene que advierta que, más allá de las convicciones políticas, los ejemplos que he escrito son reales y no son políticos sino económicos y psicosociales. Tienen mucho que ver con el bienestar de las personas y su proyecto vital en la sociedad que les ha tocado vivir. Puede ser una cuestión política pero sus consecuencias son psicológicas y nos atañen a los psicólogos, en especial a los que nos interesamos por la psicología económica y del consumidor.

No existen los mercados perfectos, entre otras muchas razones porque los mercados son personas que compran y venden. Las intenciones, convicciones, principios morales, valores y creencias de las personas son en extremo variadas y en consecuencia también lo son sus conductas. Pero también son las personas las que imaginan, crean y elaboran los artilugios que nos rodean. Sin personas no hay mercados, lo esencial es y seguirá siendo el factor humano. Eso lo reivindicamos y los sabemos muy bien los profesionales de la psicología.

Hace tiempo escuché entre el estupor y el enfado, la entrevista que en una televisión se le hacía a un representante estadounidense del neoliberalismo extremo. El entrevistador, entre citas bastante desafortunadas de la Biblia, preguntaba al entrevistado sobre el sistema público de enfermedad que el presidente Obama pretendía introducir en EEUU. Tras tratar al presidente de charlatán, despreciar su propuesta de una salud pública para todos y señalar que no hay mejor sistema sanitario que el privado, su principal argumentación fue que la elección de la medicina es una cuestión personal que sólo puede estar sujeta a la libertad de cada

cual. Que al igual que elegimos la comida debemos ser libres para elegir si queremos ir al médico o qué medicina queremos. Así descritos estos últimos argumentos parecen muy serios: soy libre para elegir qué quiero comer de similar manera que lo soy para elegir el tipo de medicina que más me conviene. Pero, ¿a qué elección se refería el entrevistado?

Los debates en televisión pueden ser muy interesantes, pero casi siempre presentan un problema irresoluble: el ciudadano que los ve y escucha o bien está de acuerdo de antemano con lo que se dice o bien tiene muy difícil rebatir lo que se va argumentando. Podemos reaccionar enfadándonos, hablando a gritos al televisor o, sencillamente, cambiando de canal. Si hubiera tenido la oportunidad hubiera dicho que *no es lo mismo poder comer que elegir qué como*. No es lo mismo curar la gripe que elegir quién me la cura o a qué sistema acudo. Lo primero es objetivamente necesario, imprescindible para la subsistencia humana. Lo segundo es la satisfacción de un deseo, la elección de una forma diferente de saciar la necesidad de comer o de ser curado.

El comer tiene poco que ver con la libertad de elección, es una cuestión de supervivencia. Reservar una mesa en el Bulli es una elección económicamente imposible para muchas personas que ni siquiera pueden plantearse (aunque siempre les quedará el bar de la esquina), otros podrán elegir *libremente* ir a comer casi a diario a restaurantes con estrellas Michelin, otros ahorrarán para darse ese placer gastronómico de vez en cuando, otros elegirán no hacerlo por parecerles una conducta esnob e incongruente con sus creencias. La libertad así descrita es poder y en nuestro sistema el poder lo otorga el dinero. En cualquier caso, todos,

todos ellos y ellas deberán comer para poder sobrevivir.

Nuestro sistema de sanidad pública, similar al de toda Europa, no distingue entre mayores o menores ingresos económicos atiende a todo el mundo por igual. Es un *consumo* al que todos tenemos derecho. Su principal pretensión es dar respuesta al proceso de ser persona y de vivir con dignidad. La comida, la salud y el saber deben estar garantizados para que la persona tenga la posibilidad de ser y de desarrollarse. Esto es objetivamente necesario y es consustancial al hecho de vivir en una sociedad libre y democrática. Como también lo es la existencia de otras ofertas sanitarias, seguros privados, médicos que prefieren ejercer su profesión liberalmente o de medicinas alternativas. No hay contradicción en lo que argumento: una vez garantizadas las necesidades básicas para todos, algunos o puede que muchos preferirán determinar como quieren proyectar y satisfacer sus deseos; estarán en su derecho. La cuestión que se dilucida es la diferencia entre el derecho a una vida digna y las decisiones por las que las personas satisfacen sus expectativas y sus deseos más individuales. Cuestión esta también de gran importancia en la psicología económica y del consumidor.

Comprar y consumir no son una misma cosa

La compra es un aspecto esencial del consumo, pero en el contexto de la psicología económica y del consumidor no es el único y tampoco es el más relevante. Comprar es adquirir o hacerse dueño de algo por dinero. En tanto que consumir es extinguir o destruir una materia, utilizar lo que ofrece el mercado y disfrutar, beneficiarse o gastar un bien, una cosa o un servicio. Así pues, se

trata de conceptos contiguos pero diferentes. La principal finalidad de la psicología económica y del consumidor es, precisamente, la observación de esta conducta en sus más diversas manifestaciones, siendo la conducta de compra una más de entre ellas. ¿Acaso no es un acto de consumo visitar un museo?, ¿no lo es también escuchar un concierto de música clásica, asistir a un torneo deportivo, recibir asistencia sanitaria o asistir a un curso de formación no reglada? En cualquiera de estos casos se utiliza lo que ofrece el mercado y “se gasta” en aras al desarrollo personal y el bienestar de la gente. En consecuencia, circunscribir la psicología económica y del consumidor al acto de comprar en tiendas y grandes almacenes, limita y reduce considerablemente su ámbito de aplicación.

Comprar y consumir son actividades consuetudinarias y constituyen una armazón extremadamente reveladora de la conducta social. Pero ni toda conducta de compra implica un consumo ni este es siempre el resultado de una transacción económica explícita y directa. Es decir, no todo lo que se compra se consume, ni todo lo que se consume es resultado de una compra. En ocasiones, lo que compramos o no lo consumimos o lo hacemos parcialmente. Podemos comprar unos pantalones sin llegar a utilizarlos ni una sola vez, o comprar unas lonchas de jamón para tirar a la basura las que olvidamos en el frigorífico y que encontramos arrugadas en papel de aluminio pasados unos días, o el agua que corre en el grifo mientras nos lavamos los dientes, o la colección de clásicos del cine que compramos repletos de ilusión pero que no hemos tenido tiempo de ver y cuyos recipientes aparecen ordenados en nuestra biblioteca con el celofán aún sin romper. También

es frecuente que no seamos conscientes de que una buena parte de los bienes que consumimos no los hemos comprado directa y completamente. Por ejemplo, nuestro sistema público de salud. Podemos “consumir las clases” de un curso académico sin haber pagado la totalidad de esta prestación que se sufraga con los impuestos de todos los ciudadanos. Lo mismo ocurre con la justicia, la cultura y un amplio abanico de servicios públicos.

La psicología económica y del consumidor se interesa por todas estas conductas de compra, adquisición, gasto, uso, utilización y disfrute. Y, puesto que, a mi parecer, la principal intención de la intervención psicológica es aumentar el bienestar y disminuir el dolor de las personas, esto se puede hacer en ámbitos muy variados del comportamiento humano: la salud, el deporte, las empresas, el consumo, la educación y la seguridad. Son solo algunos ejemplos pero hay muchos más. Bien pensado en todos ellos hay, de una u otra manera, conductas que pueden ser estudiadas desde la perspectiva de la psicología económica y del consumidor. Consumir es un derecho que, en frecuentes ocasiones, se puede hacer efectivo sin que medie una compra directa y explícita. El derecho a ser persona se basa en el derecho a preservar la vida, no pasar hambre, recibir una educación digna y conservar la salud. Sin la comida, el agua, la salud y la educación a las que las personas tienen derecho desde los primeros años de su vida, sus posibilidades de desarrollo personal se verán mermadas, cuando no imposibilitadas irremediadamente.

Las conductas económicas y de los consumidores son, ante todo, conductas sociales. Los psicólogos no sólo nos debemos interesar por la conducta de compra, debemos

hacer mucho más extensivo nuestro espacio de actuación. Cualquier conducta social en la que se consuma, o no se pueda consumir (tal es el caso de la pobreza) alguna cosa, producto, bien, servicio o idea, debe ser motivo de estudio, investigación e intervención profesional.

Los “nuevos profesionales” de la psicología económica y del consumidor

En el año 1914 aparece publicado en España el libro de Hugo Münsterberg, con el título de *Psicología de la actividad Industrial. Ensayo de Psicología Experimental Aplicada*. Sólo un año después de su edición original en inglés. Es muy probable que sea el primer texto en castellano en el que se exponen las aportaciones que la psicología puede hacer en el ámbito económico e industrial. Se trata de una traducción lo que hace suponer que por aquellos años ya existían lectores interesados en el tema y, por tanto, psicólogos potenciales de esta especialidad. En la página 233 aparece un apartado con el título *Experimentos sobre la influencia de los anuncios* y más adelante se puede leer: “Pero en tanto que la Psicología, según ya hemos indicado, no puede desde su posición propia determinar el valor de un fin, el psicólogo como ser humano habrá de cooperar voluntariamente allí sólo donde resplandezcan la sanidad y rectitud de los fines para el bienestar social”. Han pasado casi cien años y la cita, a mi parecer, sigue teniendo aplomo. Hoy no lo diríamos de igual manera, el argumento seguiría siendo similar pero abundarían palabras tales como ética y deontología. Esta, me parece a mí, es la primera gran característica de lo que he dado en llamar “los nuevos profesionales”: la responsabilidad

social de su trabajo, la ética en toda su amplitud y el compromiso con la profesión.

Es frecuente que algunos estudiantes tras acabar la carrera o a punto de hacerlo vengán a consultarme sobre su desarrollo profesional futuro. Suelen preguntarme sobre el master a cursar. A lo que invariablemente respondo con una pregunta: ¿por qué quieres hacer un master? La mayor parte de las veces afirman: para encontrar trabajo. En este punto les digo que les había preguntado *por qué* y no *para qué*. La confusión se trasluce en la cara y en algunos afirman, ¿no es lo mismo? No, no es lo mismo, respondo, y a continuación me dejo llevar a través de un discurso que he repetido en numerosas ocasiones. Hace unos meses ante el mismo ritual y esperando similares preguntas y respuestas un estudiante me dijo que lo que realmente deseaba era ser un buen profesional y ganar su dinero dignamente. Esto me sorprendió grandemente y tuve que improvisar un discurso diferente recurriendo a otros argumentos. Conviene precisar que cuando lo hago soy deudor de mis lecturas y de mis maestros, de aquellos de los que aprendí y de los que me enseñaron a valorar mi trabajo como psicólogo, social, debo añadir.

Gilles Lipovetsky (1992) afirma que el siglo XXI o será ético o no será. Esta sentencia da para una profusa reflexión. Más, si cabe, cuando se consulta la obra del filósofo francés y se acompaña de algunas lecturas de igual calado y dirección. Por ejemplo, seleccionando mucho, la obra de John Kenneth Galbraith y en particular su libro *La economía del fraude inocente* (2004); o el sugerente ensayo del economista español José Luis Sampedro, *El mercado y la globalización* (2002); o los libros sobre perspectiva económica y social de Alvin y Hei-

di Toffler, en especial *La revolución de la riqueza* (2006); o los ensayos del sociólogo Vicente Verdú, de entre los que destacaría *El capitalismo funeral* (2009); o, para finalizar una lista interminable, el último libro del economista Santiago Niño *El Crash del 2010* (2010). Todos ellos y algunos otros escritos me fueron de gran utilidad para responder al estudiante en cuestión.

Como escribía al principio de este artículo mi interés por la práctica de la profesión ha sido constante. No puede existir una psicología aplicada sin profesionales que la apliquen. Pero, ¿cómo?, ¿con qué intención? Es bien difícil encontrar una definición intencional de la psicología, abundan las descripciones teóricas según escuelas y perspectivas. Llevo tiempo utilizando una cita de José Luis Pinillos: “La psicología está en todo, es uno de nuestros problemas, lo que no está es del todo. La psicología nunca lo es todo, pero incide sobre todos los humanos, porque a la postre todo lo hace el hombre. La obligación moral del psicólogo es poner al sujeto en el lugar de decidir por sí mismo. Ese es el elemento justificativo de la intervención psicológica. Intervenir en un sujeto para hacerlo dueño de sí, para que sea él quien, en plenitud de facultades, pueda decidir por sí mismo qué es lo que quiere hacer, si efectivamente luchar contra las estructuras o acomodarse a ellas (Pinillos, 1987, 12)”.

El autor sugiere que una de las principales intenciones de nuestras intervenciones profesionales es la de promover un individuo autónomo, capaz de decidir por sí mismo. El cómo para el caso de la psicología económica y del consumidor es, ahora, obvio: mejorando sus decisiones económicas, reduciendo sus dificultades e incidiendo sobre sus problemas y poniendo a su disposición los resultados de las investigaciones desde las que se sugiere una idea diferente

de su comportamiento económico: cada día más emocional y menos racional. Hay algo más y no menos importante. Un consumidor que actúa libremente –o lo más racionalmente posible– es el fundamento de una economía (de verdad) libre de mercado. Es decir, el mismo discurso debería valer para empresarios y directivos. Tal argumentación puede parecer ingenua, pero es rotundamente cierta. No lo sería, he ahí el problema, si nuestro modelo económico fuera diferente, que lo es, pero que, más allá de sus bondades, nos arrastra a un mundo en crisis constante, desperdicios incontrolados y el uso desmedido de los recursos planetarios; en este caso, sí, globales.

Todo esto no se lo espeté al estudiante en cuestión. Lo que le dije puede concretarse en lo siguiente. Para empezar los profesionales de este siglo que empieza, en tránsito hacia una sociedad diferente, deberían trabajar en algo que les apasione, en algo por lo que sientan vocación, algo que de sentido a lo que hacen y que sea de utilidad para los demás. Y lo fundamental: no habrá de ser competitivo sino competente. Lo que hace a un profesional *competente* es su conocimiento de una disciplina y las capacidades y habilidades para ocuparse de ella. No el ser mejor que el otro e imponerse a él, que es lo propio de una competición. En definitiva, le dije, hacer lo que te gusta y hacerlo bien. No te contratarán por el título o los títulos que acredites, sino por el valor que añadas a tu trabajo, por la capacidad que tengas de asumir tu *responsabilidad* tomando decisiones en contextos inciertos con recursos generalmente escasos.

Tal filosofía o modo de proceder siempre, de una forma u otra, ha funcionado bien. Ha sido maltratada y despreciada por el hiperindividualismo de una época que esta llegando a su final. Ideas tales como despilfarro, opulencia y desperdicio se van

sustituyendo por las de ahorro, austeridad y aprovechamiento. Características que las empresas responsables vienen haciendo suyas, junto con la coordinación, la dimensión colectiva y la cooperación, en oposición con el desorden, la importancia de lo particular y la competición avariciosa. Bien pensado, son la fórmula para salir de la crisis y lo que se nos recomienda que hagamos los ciudadanos.

Lo ético y lo moral están inmersos no sólo en nuestra manera de proceder, constituyen la armazón por el que discurre la sociedad que vamos ideando y construyendo. No sólo representan los valores, generan ideas y maneras de conducirse. Es decir, no son meras proclamas desprovistas de significado. Son la alternativa desde la que se puede elaborar un comportamiento personal, grupal y colectivo capaz de afrontar los desafíos a los que nos somete la crisis económica, los valores que la han propiciado y el inicio de la solución de las otras crisis: la energética, la medioambiental y la de la pobreza. ¿Podemos mantenernos indiferentes ante tales cosas? En este principio de milenio, en este siglo que ahora empieza, lo que se dilucida es el resultado de una enorme paradoja, la contradicción que se produce entre reivindicar activamente una recuperación de lo ético y la inmersión en una cultura individualista y egoísta en la que el interés propio inteligente es lo dominante. “Hace poco nuestras sociedades se electrizaraban con la idea de la liberación individual y colectiva, la moral se asimilaba al fariseísmo tanto como a la represión burguesa. Esta fase ya se ha vivido: mientras que la ética recupera sus títulos de nobleza, se consolida una nueva cultura que únicamente mantiene el culto a la eficacia y a las regulaciones sensatas, al éxito y la protección moral, no hay más utopía que la moral, el siglo XXI será ético o no será (Lipovetsky, 1992, 9). He aquí la

paradoja y, puede, que los ingredientes que nos lleven a superar los grandes desafíos de nuestra época.

Referencias

- Bauman, Z. (2003) *Modernidad líquida*. Buenos Aires: FCE.
- Bauman, Z. (2008) *El arte de la vida*. Barcelona: Paidós.
- Galbraith, J.K. (1989) *Historia de la economía*. Barcelona: Ariel Sociedad Económica.
- Galbraith, J. K. (1992b) *La sociedad opulenta*. Barcelona: Ariel.
- Galbraith, J.K. (2002) *La economía del fraude inocente*. Barcelona: Crítica.
- Lipovetsky, G. (1992) *El crepúsculo del deber*. Barcelona: Anagrama.
- Lipovetsky, G. (2006) *La felicidad paradójica*. Barcelona: Anagrama.
- Münstenberg, (1914) *Psicología de la actividad industrial. Ensayo de psicología experimental aplicada*. Madrid: Daniel Jorro.
- Niño, S. (2010) *El crash del 2010*. Barcelona: Debolsillo.
- Quintanilla, I. (1999) Psicología económica y del consumidor en España. Algunas precisiones conceptuales. *Informació Psicològica*, 71,4-7.
- Quintanilla, I. (2009) Crisis financiera y economía conductual. *Infocop*, 46, 6-10.
- Quintanilla, I. (2003) Un Premio Nobel para nuevas perspectivas en la investigación económica y psicológica. *Papeles del Psicólogo*, 23, nº 84, 71-82.
- Quintanilla, I. (2010) Motivación y crisis económicas. *Revista de psicología de la motivación*. (En prensa)
- Russell, B. (2000, 1935) *Elogio de la ociosidad*. Barcelona: Edhasa.
- Sampedro, J.L. (2002) *El mercado y la globalización*. Barcelona: Destino.
- Toffler, A. y Toffler, H. (2006) *La revolución de la riqueza*. Barcelona: Debate.
- Verdú V. (2009) *El capitalismo funeral*. Barcelona: Anagrama.

Fecha de recepción: 02/11/2010
Fecha de aceptación: 07/12/2010

Psicología educacional*/ escolar: *Reflejos de mi retrovisor profesional*

Francisco Rivas Martínez
Catedrático de Psicología de la Educación
Facultad de Psicología. Universidad (*Estudi General*) de Valencia

resumen/abstract:

Este trabajo es una visión retrospectiva de una de las áreas académicas y profesionales más problemáticas de la Psicología en España, la Psicología Educacional, a la que he dedicado como profesor universitario, muchos años y algunos esfuerzos. En este dilatado periodo de tiempo, he asistido y participado en la travesía desde la "Psicología No oficial" a la creación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia, que ha cumplido ya veintiséis años.

Estos "apuntes", como si de una clase se tratara los he estructurado de la siguiente manera:

I) Precisiones conceptuales: El proceso de Enseñanza/Aprendizaje; Ausencia de la Psicología; Confusionismo terminológico; ¿Psicopedagogía?; Perspectivas de futuro; II) Psicología Educacional en el sistema educativo: Educación Primaria; Secundaria y Terciaria. III) Aportaciones universitarias a la Psicología Educacional y IV) Punto final.

The aim of this paper is to explain about the Educational Psychology as part its development from Non Official Spanish Psychology until foundation of Psychology Faculty in 1984, in Valencia University.

This paper such as a course lecture, is structured on: i) Conceptual ant theoretical terns: teaching/ learning processes; ii) Educational Psychology and the educational system.; Primary, Secondary and university levels; iii) University contributions to Educational Psychology and, iv) Finish.

palabras clave/keywords:

Psicología No oficial; Proceso Enseñanza/Aprendizaje; Curriculum, Triangulación E/A; Psicología Educacional; Psicología Escolar; Servicios de Apoyo; Investigación tesis universitarias; Educación terciaria; Psicopedagogía; Departamentos de Orientación; Asesoramiento vocacional y preprofesional.

Non Official Spanish Psychology, Teaching and learning processes; Scholar curriculum; Educational Psychology; School Psychology; Helping services to students and school; Vocational counseling, Guidance departments in the High School; Research and doctoral dissertations on Educational Psychology.

Introducción

Acepto agradecido la invitación de la revista Información Psicológica, como una oportunidad para dar testimonio de una de las áreas académicas y profesionales más problemáticas de la Psicología en España,

la *Psicología Educacional** a la que he dedicado como profesor universitario muchos años y bastantes esfuerzos. En este dilatado periodo de tiempo, he asistido y participado en la travesía desde la "Psicología No oficial" a la consolidación de la "Psicología

* A mis Maestros de la "Psicología No oficial" española: J.L. Pinillos, M. Yela, M. Sigúan, F. Secadas, C. Castaños, y M^a J. Pertejo.

gía Oficial actual”, que de esta última celebramos recientemente los 25 años de la creación de la Facultad de Psicología en la Universidad de Valencia.

Acudiré a “mi particular retrovisor profesional” cuyo alcance se remonta a la nebulosa en que todavía no había Psicología oficial en España, y tomaré como ángulo de visión la Psicología Educativa que abarca prácticamente toda mi vida académica y profesional; en todo caso “ajustaré la distancia y el ángulo” al contexto más próximo. Pergeñaré en trazo grueso los hechos, las circunstancias, los procesos de cambio, de desarrollo y estancamiento que considero más significativos, dejando negro sobre blanco estos apuntes que, *a modo de reflexiones* ayuden a entender la situación actual, que califico de encrucijada, en que se encuentra esta área de la Psicología, a menudo escamoteada e ignorada.

El haber escrito con asterisco Psicología Educativa* como traducción directa de *Educational Psychology*: “*Psicología que se ocupa, o relativa a la Educación*” es la denominación que propongo, frente a la de Psicología Educativa, que el Diccionario de la Lengua Española, (Real Academia 2001) al significado anterior, añade “2) *Psicología que educa o sirve para educar*”, a lo que hay que matizar: “*Depende*”.

Mi propuesta avisa de una toma de posición desde la Psicología actual, sin interferencias ni evocaciones del pasado. De aquí en adelante, con Psicología Educativa me estaré refiriendo a los conocimientos y actividades de la Psicología que se desenvuelve en los contextos educativos, incluyendo los escolares; y en estos, con Psicólogo Escolar al psicólogo profesional que desempeña su trabajo en los contextos formales del sistema educativo. La cuestión es

algo más que sutilezas terminológicas, toda vez que suelen tener consecuencias y así se trata en la reciente propuesta de creación de un master europeo de Psicólogo Escolar auspiciado por la Red de Psicólogos Europeos en los Sistemas Educativos (véase el Informe de NEPS, Julio 2010).

El Colegio Oficial de Psicólogos (COP) optó por la clásica denominación de Psicología Educativa, en mi opinión demasiado cercana a la antigua especialidad de “Psicología Pedagógica”, que junto a las de Psicología Clínica y Psicología del Trabajo, era como titulaba la Escuela de Psicología y Psicotécnica, antes de que se crearan las actuales facultades de Psicología en España. A ese periodo me refiero como “Psicología No oficial”.

La *Academia* (Universidades: Facultades de Psicología), en los planes de estudio de la Licenciatura en Psicología, al optar por la titulación única o generalista, no utiliza ninguna denominación que acote este área específicamente –ni Psicología Educativa, ni Educativa, ni Escolar – aunque mediante distintas asignaturas tratan de la *Psicología en contextos educativos*. De eso trataría mi propuesta.

Destacar el carácter aplicado de la Psicología Educativa, es casi un tópico que hoy habría que matizar mucho, puesto que no basta con aplicar conocimientos teóricos que vienen de otras disciplinas para entender y actuar en la complejidad e idiosincrasia que supone la práctica educativa. Tomemos como referencia los procesos que se dan en la “clase” (SE Formal): acudir a una perspectiva de trasvase aplicado de otros conocimientos psicológicos como la motivación, la estructura social, la personalidad o el desarrollo individual, etc. es insuficiente para entender lo que sucede en

esa Situación Educativa (SE). Esa SE (Formal) es un escenario concreto interactivo de intencionalidades en cuyo contexto tiene lugar la práctica escolar. Y las notas distintivas del hecho educativo: la *intencional e interactividad* de los elementos y procesos que intervienen en cada SE, imponen una modulación explicativa que supera la mera aplicación desde teorías generales al hecho concreto.

Una muestra de ese insuficiente planteamiento desde otras disciplinas que ven en la clase “el campo de aplicación” ya se puso en evidencia cuando, a mediados del siglo pasado –en el ámbito anglosajón USA –los planes de estudio de los maestros tenían una gran carga de teorías del aprendizaje, en la creencia de que esa formación redundaría en la mejora de la práctica escolar; la realidad puso en evidencia lo inadecuado de ese planteamiento. La posición de mera aplicación junto con el método deductivo, ha sido dominante hasta hace poco tiempo para tratar el educativo, pero hoy en entredicho (Rivas 2003).

En clave organizativa o institucional la Psicología Educativa en nuestro país, ha resultado ser un ámbito lleno de interferencias y roces con otros estudios y competencias profesionales, en parte resultado de la prolongada ausencia de una Psicología “Oficial” en España y durante ese tiempo, a la par con presencia activa de otros conocimientos aplicados a la Escuela: ausencias y presencias que lastran y condicionan el desarrollo de esta especialidad psicológica, incluso en la actualidad. Posiblemente sea el área de la Psicología que en la práctica profesional esté mas condicionada por factores externos particulares e idiosincrásicos de la Historia de la escuela española; unos proceden del sistema educativo mismo, por

el papel que juega la Administración educativa en el tratamiento y ordenación del sistema educativo; otros son consecuencia del estatus académico, condicionado por los planes de formación de psicólogos que se refleja en el peso relativo que tiene en relación a otros conocimientos psicológicos.

La Psicología, en sus múltiples manifestaciones está presente en las sociedades adelantadas, como un “ámbito del bienestar de los ciudadanos” que, junto con la salud o la educación escolar son indicadores claros del llamado “Estado del bienestar”. Por lo que se refiere a la Psicología Educativa es el Estado el principal contratador de profesionales y servicios, que a través de la Administración Educativa, legisla y dispone la participación del profesional en el sistema educativo. Una muestra reciente: la vecina Francia hace unos pocos años denominó a los psicólogos escolares, “Psicólogos del Sistema Educativo” hasta que también recientemente, el actual gobierno francés prácticamente ¡los ha eliminado de sus institutos! Tal como están también aquí las cosas: ¿anécdota o aviso para navegantes? Claro que esto tiene una interpretación ideológica que no ignoro: está en juego la asignación de recursos en un periodo de tensión extrema entre lo público y lo privado, y desde una perspectiva economicista del gasto público, sospecho y temo la tentación política considerar que la Psicología Educativa/ Escolar sea un recurso a disminuir o amortizar en nuestro país.

*Nota: Acabo de leer un artículo (31-10-2010) de Robert Lucas, Premio Nobel de Economía en 1995, que señala: “Creo que los europeos y España en particular, están demasiado inmersos en el Estado del bienestar y que debe dar un paso atrás”. (sic)

Para preparar esta colaboración he revisado lo que ya he escrito en otras ocasiones, y compruebo que evité hacer prospectivas o balances del “Estado de la cuestión” y, menos concluir con recomendaciones. En el fondo con cierto pesimismo: “¿A quien? ¿Para qué?”. Procuraré seguir en esa misma línea y apuntaré cómo se ha llegado a una situación tan confusa como la que percibo, y qué opciones o responsabilidades institucionales cabe tener en cuenta, asumiendo que los tiempos que corren son complicados y difíciles, pero ni la resignación, ni la ignorancia pueden ser la respuesta.

También como profesor universitario, creo que puede ser útil ofrecer una somera actualización con algunas pinceladas teóricas desde la Psicología Educativa actual; descenderé a tratar lo fundamental de la normativa legal para analizar como considera la Administración educativa a los psicólogos escolares, y revisaré las aportaciones que proceden de la facultad de Psicología y de los Departamentos de las universidades públicas de la Comunidad Valenciana. Desde esa triple perspectiva y sin otras pretensiones, trataré este tema, insisto, desde mi retrovisor personal.

Precisiones conceptuales

La Psicología Educativa a través de disciplinas y áreas de intervención diferenciadas, se presenta en diferentes formatos y modos de actuación que diversifican la preparación de sus profesionales para comprender, explicar y tratar los hechos y procesos educativos. La *Academia* mediante los planes de estudio de la licenciatura de Psicología, presenta un *corpus científico* diferenciado en **asignaturas** y cada una trata de *conocimientos y tratamientos de la manera* siguiente: **Psicología de la Educa-**

ción amplios, generalistas y descriptivos; Psicología de la Instrucción concretos, específicos y normativos; Psicología Escolar amplios y aplicados a situaciones formales de la educación escolar; Psicología de las dificultades del aprendizaje específicos, proactivos y diferenciados en aprendizajes instrumentales; y Psicología Vocacional, individual, evolutivo y propedeútico/preparatorio El denominador común de todas ellas es que tratan el hecho educativo como un **proceso de Enseñanza/Aprendizaje (E/A)** dirigido al cambio intencional individual, que actúa y se acomoda a las variantes de ayuda técnica que requiere cada Situación Educativa (SE): *Formales* (como la “clase”); *No formales* (como los centros de ciencia y los programas interactivos informáticos) e *Informales* (como la “educación familiar” o la publicidad “mass media”) (Rivas 1990, 2003).

El proceso de Enseñanza/Aprendizaje: triangulación E/A

El Psicólogo escolar que trabaja en cualquiera de los niveles del sistema educativo, trata de mejorar la eficacia del proceso de enseñanza y aprendizaje que la institución plasma como práctica educativa habitual, actividad que recae principalmente en la docencia que imparten los profesores. La Didáctica europea planteó el binomio Enseñanza-Aprendizaje (E-A) tratando las actividades de la Enseñanza (Profesor) por un lado, y las del Aprendizaje (Escolar) por otro. Formulación que es todavía la concepción imperante entre los docentes, los escolares y la sociedad en general.

Sin embargo la Psicología Cognitiva hace tiempo que puso en claro la insuficiencia explicativa del binomio E-A, señalando la falta de un tercer elemento: *el que justifica*

la existencia misma de la SE que actúa *mediando la relación entre las actividades* de la enseñanza y del aprendizaje. Ese mediador efectivo, u objeto formal de la práctica educativa es el contenido: *Lo que se enseña y lo que se aprende*; la experimentación dejó claramente su incidencia diferencial en el proceso de la enseñanza y del aprendizaje.

Al poco, la Psicología de la Instrucción, amplía su alcance como *contenido curricular* o Curriculum (/C/) que no figura en el planteamiento clásico del binomio enseñanza- aprendizaje, y su realidad se hace presente como mediador necesario del proceso de Enseñanza/Aprendizaje. Esa participación activa del contenido curricular se manifiesta en la enseñanza, en cómo se presenta (metodología docente) y en el aprendizaje, como lo adquiere el escolar (estrategias, técnicas de aprendizaje). De esta forma escribimos completo el proceso como E/C/A; siendo E: Enseñanza, / C: Contenido curricular y A: Aprendizaje; por economía, simplemente proceso E/A.

El proceso de E/A es el resultado de una triangulación a tres bandas entre esos elementos clave que actúan interactivamente entre sí, y cuyo resultado final es multiplicativo, a tal punto que, si uno de ellos falla o no interviene en la práctica educativa, el resultado del proceso es nulo. Esta noción dinámica de /C/ es esencial para comprender no sólo el proceso E/A, sino la misma práctica educativa, toda vez que incluye el “*Que* ^{contenido}, y también el “*Cómo* ^{se enseña}; y no sólo “*Lo que se aprende*”, es decir, también el “*Cómo* ^{se aprende}”. Esa concepción dinámica del curriculum está en la base de las “*buenas prácticas escolares*” y de la “*buen gobernanza*” del proceso E/A.

Es claro que la eficacia de la práctica educativa resultante del proceso E/A, depende de la concordancia interactiva de los elementos clave respecto a los fines u objetivos que pretendan conseguir cada uno de ellos, y también de las actividades que despliegan en la SE en que participan. Como experiencia docente, partiendo de las vivencias escolares de mis estudiantes (¡llevan miles de clases a sus espaldas!), constato cada año que esta conceptualización les parece absolutamente novedosa para ellos, y al analizar el funcionamiento de la clase, comprenden mejor su rol como psicólogos que intervienen en los procesos que tendrán que atender en su futuro profesional.

Tratar el proceso como interacción triple en E/A es conocido y relativamente moderno (acudiendo a la Teoría de la Comunicación: Emisor/Fuente/Receptor), pero su notación no está generalizada. Leyendo a profesores universitarios que comparten este planteamiento de triangulación (vigente desde Vygonstky) sin embargo siguen escribiendo binomio E-A, en lugar de E/A. Abogo por esta grafía toda vez que E/A, responde a un hallazgo o planteamiento propio de la Psicología de la Educación/ Instrucción. (Rivas 2003), y por tanto de nuestra competencia. *No digo que exclusiva...*

Implicaciones de una larga ausencia

La institucionalización académica de la Psicología “oficial” (tal como la conocemos hoy) aparece en España con la creación de las facultades de Psicología, (Universidad Complutense 1977 y desde 1984, las de Valencia, Autónoma de Madrid y Central de Barcelona y a partir de ahí, las demás) y, coincide en el tiempo con el de la Psicología profesional de ámbito nacional (Mesa sectorial de la Psicología en 1977 y creación

del Colegio Oficial de Psicólogos (COP), Ley43/1979). Sendas vías de institucionalización coinciden además en el tratamiento de la Licenciatura de Psicología como título general, y profesión única, (a semejanza de Medicina) y también, en primar una orientación formativa y profesional referida a la salud mental tendente a remediar una sentida carencia, la Psicología Clínica.

La *Academia*, en la confección de aquellos primeros planes de estudio de la licenciatura de Psicología, con un planteamiento de formación generalista, dentro de los condicionamientos presupuestarios de cada universidad -la de Valencia, se creó sin incremento de gasto (sic)- trataron de atender mediante asignaturas optativas, un esbozo inicial de especialización profesional (mediante los llamados itinerarios formativos) que, en el marco de la LRU (1983) no tenía ningún tipo de reconocimiento, ni legal, ni académico, ni profesional, como no podía ser de otra manera. Y así ha continuado hasta el presente; a esos licenciados egresados de esos planes de estudio, me refiero como *Psicólogos.punto* o sin especialización académica.

En concreto, ni la vía Académica ni la Profesional contemplaron las distintas opciones formativas y profesionales para una Psicología que, en mi opinión ya en aquellos años, mostraba aunque incompleta, la suficiente madurez como para haberse planteado diversificarse en distintas especialidades. No fue así y la Psicología Educativa es una especialidad *non nata* (como otras posibles), y no pudo hacer valer su aportación en un momento decisivo: implantación de la Reforma (LOGSE 1990) y en consecuencia la Administración Educativa no la tuvo en cuenta en la reforma del sistema educativo.

Hoy la *Academia* con la implantación del llamado Plan Bolonia (1999) para los Estudios de Educación Superior Europeos (EESE), opta por el **Grado** (primer ciclo) de Psicología de formación generalista, (este es el segundo curso) y, queda para el siguiente ciclo el de **Postgrado** como vía formativa de distintas especialidades. Veremos si la Psicología Educativa es capaz de constituirse como especialidad académica y profesional.

La Psicología Educativa arrastra errores de planteamiento desde el inicio, que hoy aparecen como graves problemas al relacionarse con otras titulaciones cercanas y preexistentes a la Psicología “oficial”, con situaciones que van desde el intrusismo a la indefinición profesional, pasando por la ausencia en el sistema educativo para la Administración educativa.

Así en los años sesenta/setenta llega a determinadas Escuelas Privadas y de la Iglesia, algunas actividades propias de la Psicología Escolar que ofrece a su clientela como un marchamo o plus de “calidad educativa”. Presta servicios de orientación, diagnóstico y evaluación psicopedagógica al servicio de la selección de estudiantes; esta nota selectiva de esas actuaciones impide y anula prácticamente la relación de ayuda a los escolares, sello distintivo de la Psicología. En lo metodológico, esos servicios de “orientación” utilizan masivamente los tests psicológicos acordes con el enfoque dominante de la teoría del rasgo, que ya en aquellos tiempos no era la única forma de actuación psicológica. De esa época viene la identificación de la orientación con el asesoramiento, del psicólogo como un pasador de tests colectivos en clase, que hace entrevistas individuales a los escolares que van o se portan “mal”, y elabora infor-

mes (algunos ya realizados por empresas informáticas) dirigidos a las familias para la elección de estudios de sus hijos (Letras, Ciencias o Mixtas; “Superiores”) en el siguiente nivel del sistema educativo. Esa “mala práctica” va a marcar la imagen de la Psicología Educacional que pesa como una losa hasta nuestros días, y así lo constato cómo han vivido muchos de mis estudiantes en sus colegios. También explica que las demandas al Psicólogo Escolar por parte de los centros y profesores se formulen en términos de solicitud de exploraciones y evaluaciones diagnósticas con finalidad clasificatoria y sobre todo de base aptitudinal de los escolares con problemas de bajo rendimiento.

En definitiva aquella sustitución incompetente creó un cliché que poco tiene que ver con las funciones que exige una Escuela moderna con servicios de ayuda a su comunidad y, consecuentemente, de nuevos roles profesionales que siguen siendo desconocidos por la mayoría de docentes y equipos directivos; responsabilidad que no atribuyo a esos profesionales, sino a una Administración educativa que no ha propiciado el necesario reciclaje de los mismos y, sobre todo, por la forma que ha reglamentado el funcionamiento de los servicios psicoeducativos en los centros; y en menor medida, también de las instancias formativas de los profesionales de esos servicios. *Hay para todos...*

Confusionismo terminológico

No es ingenuo el uso o trasvase de términos y conceptos de una disciplina, área de conocimientos o de profesión a otra diferente; por el contrario, suele obedecer a trasfondos de tradición, de intereses profesionales en conflicto, etc. Y de confusionismo inte-

resado cabría calificar la utilización indiscriminada que frecuentemente aparece en la legislación educativa en España y en muchos textos universitarios que se acercan o están próximas a la Psicología Educacional. Es fácil encontrar términos que son filtraciones y adaptaciones de lo psicológico al ámbito de la educación escolar, como ya advirtió hace tiempo el COP, al precisar que la intervención desde la Psicología a la educación, debería adjetivarse como psicoeducativa (y no psicopedagógica), aunque aún abunde la utilización indistinta de ambos términos incluso entre los propios psicólogos.

Gran parte del *corpus* científico propio de la Psicología Educacional se utiliza, confunde y comparte con otras titulaciones que tienen proyección aplicada a la Escuela, y supera con mucho un planteamiento interdisciplinar. Son intereses y recelos “de gremio” los que incentivan esa peligrosa deriva, como se hizo patente por ejemplo, al calificar en su momento de “psicologizante” a la Reforma que dio lugar a la LOGSE (1990), por haber sido impulsada por determinados psicólogos educacionales. Con demasiada frecuencia se toma el prefijo *psico* para adaptar, lo que interesa, a determinadas actuaciones profesionales en la educación escolar. Esa situación se ha agravado en las dos últimas décadas y cuando por fin parecía que el sistema educativo iba a contar con profesionales, Psicólogos Escolares, la realidad ha frustrado esas expectativas y tengo para mí, que la inexistencia de esa especialidad, alentó el trasvase y confusionismo imperantes en la literatura que llega a la Escuela. En el caso concreto de las licenciaturas de Pedagogía o Psicopedagogía en sus planes de Estudio cuentan desde antiguo, con materias como

Orientación Profesional que hacen equivalente a Psicología vocacional, Diagnóstico psicoeducativo o Necesidades educativas especiales por Psicología de las dificultades del aprendizaje por señalar algunas. Y así asistimos a la aparición de asignaturas de contenido psicológico, que en ocasiones mantienen versiones ya obsoletas o que adaptan al ámbito pedagógico a veces simplemente con adjetivarlas de psicopedagógico. *Lo malo es que se haya propiciado también desde las aulas universitarias.*

Psicopedagogía: ¿Un invento o un problema de identidad de la Psicología Educativa?

En clase para tratar del Psicólogo Escolar, partimos del excelente trabajo del COP (1998) *Perfiles profesionales del Psicólogo (Psicología de la Educación)* y completo con distintos materiales mediante el aula virtual sobre “¿A propósito de Psicología Escolar o Psicopedagogía?”, tratado como un problema *español* de identidad profesional, académica, de especialidad y de competencias. De esos documentos entresaco lo esencial para este apartado.

Un poco de Historia: la Ley de Reforma Universitaria de 1983 (LRU), primera normativa de la etapa democrática, supuso para la Universidad un cambio fundamental, entre otros, el de la autonomía para la confección de los planes de estudio. En ese marco legislativo se constituye el Consejo de Universidades (1985) al que se atribuye la competencia para proponer al Gobierno los títulos y planes de estudio de carácter oficial y con validez en el ámbito nacional. Por ello, el Consejo de Universidades organizó una serie de grupos de trabajo, entre otros el Grupo XV que denominó de Educación, y el XI de Salud en el que se incluía

la titulación de Psicología. En aquel malhadado proceso de repartos de asignaturas (¡lo siento, esa es mi experiencia tras varios planes de Estudio!), todo lo que hacia referencia a Educación en su más amplio sentido, cayó en el grupo XV, al que debemos la propuesta que se convirtió en “el parto” del nuevo título de Licenciado en Psicopedagogía que sancionó el Ministerio de Educación y Ciencia: según se establece en el Real Decreto 916/1992. Ciertamente que con el rechazo unánime de la Conferencia de Decanos de Psicología (San Sebastián 1991) y del Colegio Oficial de Psicólogos, pero sin más consecuencias.

Con perspectiva lejana, el grupo XI de Psicología, posiblemente, solo se miró en su ombligo reivindicativo: tener por fin un título independiente propio. La titulación de Psicología parecía satisfecha por tener por primera vez en la historia universitaria española, una titulación con el rango de licenciatura y además en el área de Salud... no se percató de lo que suponía una interferencia plena con el mismo y que dejaba un ámbito de formación que entonces podía y debía reclamar. El COP que había aumentado exponencialmente el número de colegiados generalistas, tampoco estuvo vigilante a esta pérdida profesional, a pesar de que según muchos estudios ya la situaban a la Psicología Educativa, en cuanto a empleo, cercana al área de clínica. El MEC a las observaciones que se le hacen desde una posible Psicología Educativa responde que: “Para ello está el título recién creado *ex profeso*”, lo que satisfizo las expectativas de las numerosas facultades de Pedagogía o Ciencias de la Educación, que existían en gran número ya entonces en España.

Como remembranza histórica, útil para que los más jóvenes comprendan de dónde ve-

nimos, aludo a la época de la *Psicología No Oficial*, de las décadas cincuenta a ochenta del siglo XX. Las actividades formativas e investigadoras las lleva a cabo la Escuela de Psicología y Psicotécnica (EPP) creada en el seno de la Universidad Complutense de Madrid (años más tarde, Universidad Central de Barcelona). La EPP era la instancia de formación académica que titulaba como psicólogos a quienes siendo licenciados universitarios y, tras tres años de estudio (equivalentes al actual postgrado) certificaba las especialidades psicológicas de Clínica, Industrial y Pedagógica (*sic*), esta en realidad, Psicología Escolar. La EPP desaparece paulatinamente con la creación de las facultades de Psicología, que a partir de ahí titulan a los licenciados en Psicología como psicólogos generalistas.

Varias circunstancias temporales y del contexto español coinciden en esos momentos. Por un lado el peso de la tradición de los estudios de Pedagogía que se habían venido ocupando de la Educación escolar en España, y por otro, que ni la *Academia* ni el COP en aquellos años, se plantearon “romper” el título en especialidades. Todo ello pudo dar pie al argumentario del MEC para la justificación de la propuesta de la licenciatura en Psicopedagogía. Así el Grupo XV Educación lo propone, “porque se hace en defensa de una formación profesionalizadora y para evitar la competición de campos de actuación profesional que debieran ser objeto de una formación interdisciplinar”; también se justifica porque: “No es conveniente para el sistema educativo ni es clarificador, para el que quiere acceder a estos estudios mantener una duplicidad de títulos para ejercer lo que debe ser una idéntica función” (*sic*).

Es el MEC el que así asume, plantea y resuelve el asunto; apoya la creación de la li-

enciatura de Psicopedagogía para atender sus propias necesidades que en el sistema educativo suscita la Reforma, como recoge críticamente Pérez (2010); y yo añado, “desatendiendo las posibilidades de renovación y cambio que ya entonces, la Psicología Educacional podía ofrecer al propio sistema educativo”. *Eso pudo ser más o menos así...*

Perspectivas de futuro para la especialidad en Psicología Educacional

Con las directrices que emanan del llamado Plan Bolonia, nuestra Facultad imparte el segundo año este curso, el Grado de Psicología que hay que entenderlo como educación terciaria. Teniendo en cuenta el siempre difícil tránsito de la educación secundaria a siguiente o terciaria, Guerra y Rueda (2005) señalan que: “4) Las universidades deberán tener en cuenta las modalidades de Bachillerato y las vías/asignaturas por la que accedan los estudiantes y ser flexibles a la hora de exigir determinados conocimientos y competencias una vez que han ingresado en la universidad;...7) Reforzar la función orientadora dentro del sistema”.

De las cinco áreas de conocimiento que fija el EEES, las facultades de Psicología muy mayoritariamente han optado por su adscripción al área “3: Ciencias de la Salud”. Eso conlleva que, en un futuro inmediato para acceder a los estudios de Psicología, el estudiante habrá tenido que cursar el Bachillerato de Salud (en principio con prioridad sobre otras opciones de entrada). Y aunque existe la demora de esta exigencia para este curso, los orientadores están comprobando que los estudiantes de bachillerato que proyectaban

ser psicólogos, rechazan esta opción de bachillerato y cambian sus planes vocacionales de ser psicólogos. ¡Es casi seguro que la demanda hacia Psicología caerá de inmediato!. Amén de esa posible caída de matrícula, lo que se produce también es una discriminación previa, puesto que se cierra el camino de posibles psicólogos al mundo educativo. Abogo por una posición más flexible que la adoptada mayoritariamente por la Academia, que sin oponerme al área “3 Sanitaria” también se abriera el área “4 Sociales”, **en igualdad de condiciones de elección**, - como hace la universidad de Zaragoza, que opta también por el grupo 4 -y así se podría paliar esta nueva restricción al desarrollo de una Psicología Educativa.

En cuanto al siguiente ciclo universitario, es posible un postgrado/master que ofrezca la especialización en Psicología Educativa que se organice en solitario desde la Facultad de Psicología. De momento no se ha producido tal propuesta de especialización, y preveo que no se haga desde la Facultad y también es muy difícil interfacultativamente. Por el contrario, es muy factible una propuesta de máster en PsicoPedagogía promovido desde otras facultades, compensando así la “perdida” (supresión) de la anterior licenciatura y, no es un dato menor, que cuentan con respaldo en toda España: ya hay registradas diecinueve Asociaciones de Psicopedagogía (encuadradas en una Confederación) y en la Comunidad Valenciana, hay constituidas dos de ellas.

Pero eso aún no está escrito en letras del BOE. Aún queda por decidir y tomar iniciativas, como la que está gestándose ahora mismo desde la Universidad Complutense de Madrid, (Septiembre de 2010) con la Facultad de Psicología y el COP moviéndose

recientemente para elaborar una propuesta de Master en Psicología de la Educación con el apoyo de asociaciones de psicología, educación y de familias. En las universidades valencianas, existiendo una Facultad y en las de Alicante y Castellón, departamentos de Psicología que vienen trabajando a un gran nivel, junto con el apoyo del COP, deberían hacer los esfuerzos que sean precisos, incluido el poder contar con otros profesionales de la educación formal, para plantear en todo caso, un máster interfacultativo en Psicología Educativa que “prepare especialistas para la mejora de las intervenciones psicológicas en el ámbito educativo, a través del establecimiento de una formación de postgrado específica” (Madrid 2010). Si se produce la inhibición de la Psicología (Academia y COP) es posible que la presión de los hechos consumados y los intereses particulares de la Administración hagan el resto: *solo restará constatar definitivamente la ausencia de una Psicología Educativa/Escolar.*

Psicología educativa en el sistema educativo

Nivel de Educación Primaria

Con el inicio de la democracia se ponen en funcionamiento algunas iniciativas de servicios psicológicos en ayuntamientos y comunidades con diferentes nombres (Lopez, Muñoz y Pamblanco 1995): SOEV, EOPE, Equipos multiprofesionales, Servicios de Apoyo, SPE etc.. que fueron desapareciendo o se transformaron, y ni siquiera en la actualidad estén generalizados para este nivel educativo. La LOGSE (1990) señala la conveniencia de dotar de “Servicios externos” para la Educación Primaria que en la Comunidad Valenciana se conocen como Servicios Psicopedagógicos Escolares

(SPEs). Pero no se crean como un cuerpo técnico, sino como parte del profesorado de Educación Primaria, y sus componentes se reclutan mediante concurso restringido de personal funcionario que además, aportan la titulación de licenciados en Psicología o Pedagogía. También aquí el COP de Valencia reclamó entonces abrir, la opción a concurso libre para que pudieran concursaran psicólogos no necesariamente funcionarios: no pudo ser.

El Decreto 131/1994, de la Conselleria de Educación por el que se crean los SPEs, establece la secuencia de la intervención y sectoriza las zonas de demarcación e influencia (Equipos de Sector que atienden a varios centros), precisa las funciones y las competencias de los psicólogos en el ámbito educativo (Orden de 10 de marzo de 1995, Orden de 18 de Junio de 1999), para poder llevar a cabo la atención a la diversidad en la Educación Infantil y Primaria en los centros públicos. Por la juventud de la Facultad de Psicología ese concurso restringido fue ocupado mayoritariamente con la titulación más añeja, Pedagogía. Recientemente uno de los desarrollos normativos de la Administración educativa valenciana, dispone la creación de “Servicios especializados” dentro de los SPEs, lo que llaman *superespecialistas* en distintos aspectos psicoeducativos, sin clarificar las exigencias de acreditación profesional.

Una de las novedades en el desarrollo de la LOGSE fue dotar de personal a los Departamentos de Orientación en los Institutos. La Administración educativa valenciana habilita a muchos de los titulares de los SPEs que fueron homologados y ocuparon/taponaron inicialmente la mayoría de las plazas de nueva creación, al margen de su procedencia funcionarial (profesores de

E Primaria o Secundaria); poco después, y desde entonces, las plazas vacantes o de nueva creación en los Departamentos de Orientación se cubren mediante concurso oposición libre al que concurren Psicólogos, Pedagogos y Psicopedagogos. El resultado es la coexistencia entre los profesionales de los SPEs (para Infantil y Primaria) con los de Secundaria acordes a la LOGSE, generadora de confusión y desigualdades (incluso económicas); una situación que es casi exclusiva en esta Comunidad Valenciana, estando al parecer los primeros en situación de extinguir.

Al margen de las componendas normativas, en todo caso quiero resaltar que la figura del SPE está diseñada desde una Psicología Escolar obsoleta que responde a las “demandas” y está centrada más en una función remedial que preventiva de la práctica escolar: centrada en funciones diagnósticas de casos individuales que requieren atención y difícilmente pueden plantearse acciones e intervención preventivas y participativas con los equipos docentes. En el momento actual se está trabajando en un documento, el “Proyecto de Decreto por el que se regula la atención a las diferencias individuales del alumnado en la Comunidad Valenciana”, y se pretende abordar la problemática de la intervención psicoeducativa y aplicar lo establecido por la última norma legal, LOE (2006) en el ámbito de la atención a la diversidad. “El objeto del presente Decreto es regular el marco general por el que se rige la atención educativa al alumnado con necesidades educativas específicas de carácter temporal o permanente, derivadas de su historia personal, de su entorno socioeducativo, de su vida escolar, de condiciones personales de altas capacidades intelectuales, de discapacidad o de trastornos

de la conducta”. *¿Con que personal? ¿Con que cualificación específica? ¿Con el mero temario de oposiciones generales? O ¿de concursos restringidos?.*

Nivel de Educación Secundaria: Departamento de Orientación

La puesta en marcha de la LOGSE (1990), segunda gran reforma en la educación escolar del sistema educativo español del siglo XX y lo que llevamos del XXI, además de extender la escolaridad obligatoria hasta los 16 seis años, pretendió la modernización de la práctica educativa escolar con la creación de los Departamentos de Orientación, la reestructuración del funcionamiento del centro y la participación cooperativa de los equipos docentes. En lo que respecta a la Psicología Educativa es novedosa, al menos, en los siguientes aspectos: a) primar el carácter de intervención psicoeducativa preventiva; b) la consideración del trabajo docente como parte del equipo del centro, integrado en departamentos didácticos que asumen funciones de coordinación para la práctica educativa (que exige la formulación acuerdos sobre Proyecto Educativo del Centro y la Programación General Anual y las Programaciones didácticas etc.), y c) la atención a la diversidad de necesidades educativas específicas de los estudiantes; d) impulsar el asesoramiento psicoeducativo a la comunidad educativa, etc. Para ello, se crean los Departamentos de Orientación en los institutos que suponen dar entrada por primera vez al licenciado en Psicología, (y también de Pedagogía y Psicopedagogía) que acceden como Profesores de Educación Secundaria (Psicología y Pedagogía) del centro, reglamentando vías de acceso, convocatorias, funciones y tareas, etc..., aunque que, en función de las transferencias educativas, las Comunidades Autónomas pueden

variar sustancialmente. En breve, la integración del Psicólogo en el centro educativo se produce por la vía de acceso como cuerpo docente (Profesor de ES: Psicología y Pedagogía) y no como especialista o técnico profesional en Psicología Educativa (como hacen otros países de nuestro entorno), y comparte funciones con docentes de otras titulaciones. No quiero dejar pasar por alto el desinterés de la Administración educativa -especialmente la valenciana- por la actualización profesional del personal de los Departamentos de Orientación. Y resalto por justicia, que parte de esos profesionales, han realizado sus tesis doctorales en nuestros departamentos universitarios de Psicología y Pedagogía, con el apoyo incondicional de los investigadores y gracias al esfuerzo, dedicación y generosidad particular de esos doctorandos... pues ¡la tesis apenas aporta algún punto a su hoja de servicios!. Prácticamente, la Administración educativa se ha desentendido de la formación de esos profesionales. Pero no siempre fue así. En concreto, para la implantación de la LOGSE, el MEC, “en el llamado territorio MEC (comunidades que aún no tenían entonces transferidas las competencias en Educación), diseñó e implantó en los años 1990-1993, un largo e intenso periodo de formación permanente dirigido a sus profesionales que ya trabajaban (Multiprofesionales, SOEV etc.) en el sistema educativo, impartido por profesores y especialistas de las universidades españolas. Puedo constatar que los resultados de aquella puesta al día de aquellos profesionales y de los Departamentos de Orientación en que se ubicaron al poco, aún se notan hoy día, en comparación a los que no recibieron ninguna formación específica, ¡como es el caso de nuestra Comunidad, que en 1994 se limitó a organizar unas jornadas! Y desde entonces nada.

La institucionalización de los servicios psicoeducativos en términos de estabilidad laboral, es positiva, no exenta de problemas en cuanto al desempeño profesional de la Psicología, (por ejemplo, a él le atañen aspectos de deontológica propios de la Psicología, que a sus compañeros de trabajo, no), lo que tiene a mi modo de ver varias explicaciones y muchas consecuencias. Por un lado, la Administración educativa acudió seguramente a un criterio de economía doméstica,- en el caso de la Comunidad de Valencia- es decir utilizar/homologar el personal (funcionario) de algunos servicios preexistentes, y por otro, el tratar a los profesionales como profesores de ES, y no voy a insistir en la inicial miopía institucional del COP y de la *Academia* al no ofrecer en su momento, una especialidad en Psicología Educativa que atendiera las necesidades de esa pretendida nueva Escuela. El resultado de estos años abunda en las consecuencias negativas para la identidad, el prestigio y el reconocimiento social e institucional de la Psicología en su conjunto y con un grave coste profesional para la Psicología Escolar.

Como reseña de cómo están las cosas en este momento, hay que apuntar alguna novedad, cual es la desaparición de la licenciatura de Psicopedagogía como grado universitario en la ordenación del vigente Espacio Educación Superior, lo dicho sea de paso, deja a los pocos años en entredicho aquella “original” solución del MEC. Aunque desde el punto de vista legislativo hasta la vigente (LOE 2006) apenas se introducen variaciones sobre el tema que nos ocupa, en su desarrollo, si las hay y de calado. El legislador crea la especialidad de Orientación Educativa (RD 1834/ 2008) que desdibuja el papel y las funciones de

Departamento de Orientación. El mencionado decreto convierte en una especialidad, la “orientación educativa” para profesionales con titulaciones distintas o añadidas a la de psicología y de pedagogía, como ya está previsto para los futuros graduados en magisterio y la vincula directamente con la función docente. Así:

- “Los funcionarios de los cuerpos de profesores de enseñanza secundaria y catedráticos de enseñanza secundaria de la especialidad «Psicología y pedagogía» quedan adscritos a la especialidad de «Orientación educativa» que la sustituye” (disposición adicional 4).
- “Los funcionarios de los cuerpos de catedráticos de enseñanza secundaria y de profesores de enseñanza secundaria de la *especialidad* «Orientación educativa» realizarán tareas de orientación y además, podrán desempeñar docencia en aplicación de lo que dispone el artículo 5”.
- “Asimismo, sus funciones de orientación podrán extenderse a las etapas de educación infantil y educación primaria, en virtud de lo previsto en el apartado 1 de la disposición adicional séptima de la Ley Orgánica 2/2006”.

En ninguno de los decretos hasta ahora publicados, ni en el borrador del Estatuto del Funcionario Docente no Universitario (MEC, 2007) se contempla la organización, funciones y estructura de estos servicios de apoyo educativo, que queda en manos de cada conselleria o consejería de Educación de las comunidades autónomas, lo que añade otro factor disfuncional de consecuencias imprevisibles: la diferenciación en las diferentes comunidades autónomas para reglamentar las funciones de estos profe-

sionales. Aquí en la Comunidad Valenciana ya se ha producido (Resolución 30 de Junio del 2010) de aplicación para el curso 2009/2010, con una exhaustiva reglamentación, asfixiante en todo punto, reglamentándolo todo: horarios, tipo de atención, informes tipo etc., de la que entresaco lo siguiente:

- El Departamento de Orientación estará compuesto por el profesorado de la especialidad Orientación Educativa correspondiente del cuerpo de profesores de Enseñanza Secundaria, así como, si los hubiere, maestros de Pedagogía Terapéutica u otros profesionales, en función de las necesidades de los centros: maestro o maestra de Educación Especial de la especialidad Audición y Lenguaje, educador o educadora de Educación Especial y fisioterapeutas.
- Descendiendo al horario reglamenta (4.1.3) el tipo de dedicación hasta límites insospechados, y en absoluto acorde con el trabajo en equipo que inspira el asesoramiento y coordinación al profesorado, tutores, padres. Carga la atención sobre lo individual, los escolares, que fija en 18 horas (de las 25 semanales).
- Señala como complementarias 5 horas mensuales, que hay que descontar de “otras asistencias obligatorias al claustro, sesiones de evaluación etc., lo que definitivamente hace imposible la tarea de asesoramiento vocacional de los estudiantes, a lo que se suma que “con el asesoramiento del departamento de orientación y bajo la coordinación de la jefatura de estudios de las actividades de orientación general del alumnado de segundo curso de Bachillerato

con la finalidad de ayudarles a perfilar la elección de los estudios superiores. Estas actividades se desarrollarán preferentemente en el último trimestre del curso”.

- Reglamenta los informes y exploraciones, solicitudes de minusvalía, e incluso etiquetajes psiquiátricos DSM IV, que supervisa la Inspección.
- En los horarios para la coordinación de los Departamentos, el Departamento de Orientación no se le asigna dedicación computable para cubrir sus funciones.

A pesar del nombre de Orientación, (¡o quizás por eso mismo!) se han cumplidos mis peores presagios, se vuelve a las andadas, y el asesoramiento vocacional se cambia por “la orientación profesional clásica” (en la que nunca estuvimos los psicólogos) y queda fuera de la Escuela la ayuda al desarrollo vocacional de los escolares adolescentes, que se sustituye y se limita a ofrecer información profesional en el último trimestre del segundo curso de bachillerato, sin más aditamento, o peor aún, quizás para señalar las opciones mas convenientes ¡como antiguamente!. Como anécdota ilustrativa, hace tiempo en unas jornadas de orientadores, un acreditado profesional (SPE) ante la baraúnda de funciones que tenía que atender se lamentó públicamente: *”Lo del asesoramiento vocacional es lujo que no puedo permitirme en mi Instituto” (textual, sic)*. El asentimiento fue general y me temo que hoy, tal como se está legislando, ¡cabría plantearse la cuestión, solo como dificultad!.

Lamento haber tenido que cansar al lector descendiendo a analizar parte de la abundante normativa para poder entender como le afecta al ejercicio profesional de la Psicología Escolar; para mí – y ¡ eso que fui

Inspector Técnico de Educación del MEC en el año 1976;- ha sido difícil imaginar que se haya dispuesto un tratamiento tan burocrático y tan controlador que encorseta la actuación psicoeducativa en todos los ámbitos de su trabajo. Habiéndome dedicado muchos años a este segmento de la educación escolar, que parecía en vías de renovación mi apreciación actual es de una preocupación sin fisuras. De lo reseñado, se deriva que el papel de *asesoría técnica* de cooperación con la comunidad escolar, idea con que nacieron los servicios de ayuda a la Escuela, en la práctica desaparece, toda vez que se dificulta cuando no imposibilita cualquier intento de intervención con los agentes del proceso educativo. Y cabe preguntarse sobre el trabajo del Psicólogo Escolar: ¿Como queda el asesoramiento técnico sobre los procesos de E/A con docentes de los departamentos didácticos?; ¿Cuándo realiza la coordinación con sus propios profesores del Departamento de Orientación?, ¿Y la coordinación y formación de los tutores para sus actuaciones a través del Plan de Acción Tutorial?; ¿O el apoyo que el Psicólogo presta al tutor para tratar temas personales de los escolares o sus familias? ...

El tratamiento de las dificultades del aprendizaje queda restringida a atender al escolar concreto como sujeto de diagnóstico, evaluación, etiquetaje o de información; eso sí, con numerosos controles de Inspección, Jefatura de Estudios, etc.. No se contempla dedicación alguna para intervenir y asesorar al profesorado que tiene esos diferentes escolares en su aula. Ni se plantea la derivación a auténticos especialistas en los diferentes trastornos que superen la actuación habitual en el centro, a no ser que se aluda a esos supuestos *superespecialistas* de nuevo cuño. Preocupante es que en este

último año y posiblemente como tendencia, la Administración valenciana ha endurecido o extremado los controles y exigencias para dotar de recursos de personal para las clases de apoyo, refuerzos etc. que demandan los centros, y que ya han sufrido un durísimo recorte en esta Comunidad.

En síntesis, parece que se pretenda una vuelta al antiguo Psicólogo escolar, encerrado en su despacho, atendiendo casos individuales, como si ese papel no hubiera quedado en el baúl de las pesadillas (más que recuerdos de la Psicología Educativa) hace tiempo. A su vez, la indefinición en cuanto a la falta de formación especializada para la materia de "Orientación educativa", que es compartida con otras titulaciones, lo que deja la puerta abierta para legitimar el desempeño de la misma a cualquier docente, tal como se contempla en el Master de Educación Secundaria como parte opcional (tras cursar 15 créditos, del mismo) abierta a cualquier profesor licenciado o no (se incluyen Maestros, Educación terapéutica etc.) que siga ese postgrado para acceder como profesor de Educación Secundaria. Toda la normativa está hecha desde dentro del propio sistema educativo, es constrictiva y no neutral con los psicólogos: o se les contempla como ajenos al mundo de la educación escolar, o se les ignora, o se les escamotea su aportación científica y profesional.

- *Item más:* no me ha sido posible obtener información de la Administración educativa de las titulaciones que actualmente poseen los profesionales de los Departamentos de Orientación ni de los SPEs. Mi impresión es que hay un número significativo menor de psicólogos que de pedagogos, psicopedagogos o de otras titulaciones homologadas. Tampoco el COP dispone de

información actualizada sobre el número de psicólogos educacionales en activo. Podría ser muy revelador de la verdadera situación profesional (sic).

Nivel de Educación Superior o Universitario

Por estar en la cima o ser el último tramo del sistema educativo, a este nivel se conoce como Educación Superior o Universitaria, “Hoy día se acepta la equivalencia, pero diversificando su tratamiento en un primer ciclo como **Educación Terciaria** porque extiende y ensancha la educación escolar del nivel anterior (Secundaria), que la Universidad acredita con la titulación de **Grado** (antigua Licenciatura) y sirve a una sociedad de masas; a continuación un segundo ciclo **Educación Universitaria**, restringida a las especializaciones de conocimientos e investigación, que acredita en forma de **Postgrado/ Master/ Especialidad**, que sirve a una “sociedad del conocimiento” y provee de especialización profesional. Obviamente existen múltiples resistencias terminológicas y de toda índole, para señalar “cortes precisos” entre las mismas, como se refleja en las conferencias internacionales de Educación Superior” (Mora 2008, Pag 159).

La presencia de la Psicología Educacional en este nivel educativo es casi inexistente, y cuando aparece, lo hace bajo la formulación genérica de **Orientación**, centrada en la prestación de servicios de información académica y de salidas profesionales a los estudiantes. Lo que se traduce en el mejor de los casos en la aparición desde 1975 de los Centros de Orientación de Empleo (C.O.I.E.), los Servicios de Información y Orientación Universitaria (S.I.O.U.) o denominaciones similares compartiendo, in-

quietudes en publicaciones con objetivos de difusión informativos. Ni la LRU ni la actual ley universitaria recogen ni una referencia expresa a estos u otros servicios. De las tesis recientes que tratan de la Psicología Educacional en este nivel educativo (Adame, 2000; Mora, 2008; Vidal y Vieira, 2001; Flores, 2010) se puede concluir: Es un hecho que los servicios de ayuda al estudiante, en su formulación más conocida de Orientación no han existido hasta hace muy poco en la Universidad. Es en la última década del siglo XX cuando las universidades españolas, empiezan las más jóvenes o de reciente creación, a dotarse de servicios de orientación que se caracterizan por la heterogeneidad de denominaciones, funciones y dependencia variada de los órganos institucionales (vicerrectorados, servicios centrales etc.). En todo caso centran sus actividades en tareas de tipo informativo con el propósito de conectar la institución universitaria con los Departamentos de Orientación de los institutos, con la mira puesta en el reclutamiento de futuros clientes para los centros universitarios públicos, que en pugna con las universidades privadas, a menudo asistimos a un auténtico y bienvenido marketing. Actividades informativas que amén de publicaciones, páginas web, folletos etc. son parte de las habituales jornadas de puertas abiertas, conferencias y demostraciones cada vez mejor planificadas, aunque es difícil diferenciar hoy entre información y publicidad. En nuestro medio, hay que destacar como pioneras en España, las que impulsó el profesor Gil en los años ochenta, (en la “Pérgola de Castellón”) y que posteriormente, impulsa y organiza los Servicios de Ayuda al Estudiante en la Universidad Jaime I de Castellón.

Es obligado reconocer que en los últimos quince años en España, la información académica y profesional, que despliega tanto

el MEC, como las Consellerías o Consejerías de las Comunidades Autónomas y las Universidades alcanza un elevado nivel de calidad, y actualización muy estimables. Con todo esas necesarias acciones, baratas y “visibles” para la institución, no pueden suplir al asesoramiento vocacional/ profesional que debe prestar la Universidad, toda vez que es un planteamiento insuficiente que no puede sustituir la relación de ayuda psicológica que pueda precisar el estudiante a lo largo de su carrera estudiantil.

Vidal y Vieira, (2001, págs. 14-21), Mora (2008) y Flores (2010) en sus tesis sobre la situación de los servicios de orientación universitarios españoles coinciden en caracterizarlos por: a) nivel de institucionalización heterogéneo; b) diversidad en la preparación del personal; c) denominación variada, c) objetivos restringidos a informar sobre exigencias administrativas, información de estudios, requisitos y salidas profesionales; d) actuar como Centros de Orientación e Información de Empleo; e) prestar Servicios / Sistemas de Orientación Universitaria; f) escasamente desarrollado ámbito del asesoramiento personal y g) nula incidencia en el asesoramiento a las actuaciones del profesorado y/o al funcionamiento de la institución universitaria

La Ley Orgánica de Universidades 4/2007, no añade nada en el campo de la información y orientación a los estudiantes universitarios. Tan solo puede ser esperanzador la reciente publicación del Real Decreto 1393/2007, que para la ordenación de las enseñanzas universitarias, artículo 14 punto 2, establece que:

- *“Las universidades dispondrán de sistemas accesibles de información y procedimientos de acogida y orientación de los estudiantes de nuevo ingreso*

para facilitar su incorporación a las enseñanzas universitarias correspondientes. Estos sistemas y procedimientos deberán incluir, en el caso de estudiantes con necesidades educativas específicas derivadas de discapacidad, los servicios de apoyo y asesoramiento adecuados, que evaluarán la necesidad de posibles adaptaciones curriculares.”

Como vemos tan solo hace referencia a la acogida y orientación de los estudiantes de nuevo ingreso, no al seguimiento ni a orientaciones posteriores de cara a especializaciones o acceso al mundo laboral, si bien abre las posibilidades en otros ámbitos, como el de la discapacidad.

Desde siempre denuncié (Rivas 1989) el procedimiento del fatídico punto de corte que tenemos en España, por el cual el estudiante ingresa en una determinada carrera para siempre, y que por unas centésimas, incluso con garantías de turno y transparencia (la “subasta de plazas” de última hora) se decide la titulación y por ende, el proyecto vocacional y profesional del estudiante. La elección de la carrera supone así una decisión terminal, definitiva e inamovible por la imposibilidad de cambio o traspaso a otra. Hay que esperar a la Declaración de Bolonia (1999) sobre Espacio Europeo de Educación Superior, que ya están implantando nuestras universidades, para que “El disponer y ofrecer servicios de ayuda y asesoramiento académico, personal vocacional y profesional a sus estudiantes”, aparezca como uno de los indicadores de calidad de las universidades que va a ser utilizado para evaluar este nivel educativo.

Sin embargo, tal como se ha ido produciendo la adaptación del llamado Plan Bolonia a la realidad española, hay lagunas muy pe-

ligosas para los estudiantes que acceden a la universidad. Me explicaré: *inicialmente* el estudiante que accede a la Universidad, se adscribe a una de las cinco áreas de conocimiento que establece el EESE; se matricula en un centro concreto y en el inicio del primer ciclo, tendría abierta la posibilidad de cursar créditos que pertenezcan a varios y diferentes grados. Esa es la idea moderna de desarrollo de carrera, mediante la cual un estudiante de “*diecitantos años*” puede utilizar y aprovechar el abanico de opciones formativas diferentes que le ofrece la institución, sin excesivo coste (como el cambiar de carrera) y consolidar así con un mejor conocimiento su proyecto formativo con garantías. Los países que así lo tienen en la práctica, disponen a su vez de servicios de ayuda vocacional o preprofesional para el asesoramiento de sus estudiantes durante su carrera. Restringir la posibilidad de elección en el curso del primer ciclo de educación terciaria a un solo grado universitario (como al parecer se está imponiendo en nuestras universidades) y no poner en marcha servicios de apoyo en este ciclo, es a lo que aludo como “*peligrosa laguna*” en el proceso de adaptación del Plan Bolonia.

Servicios de Ayuda en las Universidades públicas valencianas, por orden cronológico aproximado de aparición:

- o **La Universidad Politécnica de Valencia** al amparo de la Ley General de Educación (1970), dispuso del Instituto de Ciencias de la Educación, (1971), con la División de Orientación, atendido por especialistas en Psicología y Pedagogía para el asesoramiento académico/vocacional y apoyo técnico al rectorado de la universidad. De allí salieron las primeras investigaciones en nuestro país sobre Psicología y asesoramiento vocacional universitario (Rivas 1975). Al poco de aprobarse la ley de Selectividad (1975) varió sus funciones y desde entonces, el asesoramiento personal y vocacional a los estudiantes es inexistente y ha sido sustituido por tareas informativas, salidas al mercado laboral y jornadas informativas para los Departamentos de Orientación; con las del curso pasado ya se cumplen las IX Jornadas de Orientación que organiza esta Universidad.
- o **Universidad Jaume I de Castellón**, dispone de la *Unitat de Suport Educatiu (USE)* dependiente del vicerrectorado de estudiantes, empleo e innovación educativa, y en la que trabajan profesionales psicólogos y de la educación. Tiene en marcha en la actualidad programas, como el de “*Acción Tutorial universitario*”, dirigido al profesorado, y el de “*Mejora tu rendimiento académico*”, para estudiantes, y realiza tareas informativas on line para el sistema educativo; así mismo tiene marcha programas para estudiantes con discapacidad, recogido incluso en los Estatutos.
- o **Universidad de Alicante**: dispone del Centro de Apoyo al Estudiante (CAE), dependiente de los servicios centrales de la Universidad, que amplió la gama de los servicios de orientación e información profesional para los estudiantes universitarios, a la atención personal y al asesoramiento personal y psicoeducativo, programas de accesibilidad para estudiantes con discapacidad asesoramiento técnico al profesorado etc.. El servicio cuenta con parte de la plantilla con profesionales psicólogos y pedagogos.
- o **Universidad (Estudi General) de Valencia**: organiza desde el curso

1996/97 actividades informativas bajo el Programa “*Coneixer la Universitat*” y ya va por la edición XIV “*Jornades d’Informació als Orientadors a la Universitat*”; en esa línea cuenta con la publicación *DISE* como difusión informativa. De la nebulosa del pasado, quiero traer a colación que la primera **Guía de estudios universitarios** aparece en España en el curso 1983/84 y se debió a la iniciativa conjunta de los dos rectores de las universidades valencianas (entonces Literaria y Politécnica).

- o Recién creada la Facultad de Psicología, en el curso 1983/84 se puso en marcha el **Programa de Asesoramiento Universitario** (PAU-84), atendido por psicólogos del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, y dirigido a los estudiantes de acceso y nuevo ingreso en la Universidad; el PAU-84 solo actuó ese curso y con él desaparece el servicio de asesoramiento vocacional. Pero con los datos de seguimiento de esos estudiantes, se abrió la línea de investigación (Rivas, 1989) que recibió el premio Nacional de Investigación Educación Universitaria, del MEC Consejo de Universidades; en esos años se han producido numerosas tesis doctorales que fundamentan de los Sistema de Asesoramiento y Autoayuda Vocacional (SAAV) de amplia difusión nacional, y otros aspectos de la conducta vocacional universitaria, que hoy dirige y continúa la profesora Rocabert.
- o El **Principio de Igualdad de Oportunidades** (PIO) y de atención a la diversidad para estudiantes con discapacidad, al fin llega también a este nivel educativo. El profesor Alcantud (1998)

a partir del Proyecto Europeo UNICHANCE (1996-2010), impulsa y dirige en la Universidad *Estudi General* de Valencia, un servicio de ayuda para la emergente población universitaria de estudiantes con alguna discapacidad; institucionalización que es pionera y con proyección en el resto de universidades españolas. Dependiente del Rectorado se configura el servicio que, con nombres diferentes, se ocupa de la integración de estudiantes universitarios con discapacidad, (integración@uv.es). Como apunte, hay que reseñar que desde 1998, el servicio cuenta con plazas de plantilla profesionales de psicólogos; que en el último curso han atendido a 684 estudiantes universitarios, y además presta asesoramiento a los profesores que los tienen en sus aulas.

- o **Observatorio de Inserción Profesional y Asesoramiento Laboral (OPAL)** dependiente de los servicios centrales de la universidad, creado en el curso 1996-97, por iniciativa y dirección del profesor Peiró cuenta con un equipo multidisciplinar con psicólogos que realizan tareas de análisis del mercado laboral, ayuda al empleo, de difusión y asesoramiento preprofesional, /laboral.

Desde mi perspectiva como profesor universitario e investigador de la Psicología Educacional y, en concreto, de la línea de Psicología y Asesoramiento Vocacional, habiendo formado a decenas de psicólogos que alcanzan el grado de doctor en estos temas, experimento una sensación agri dulce: dulce por la dedicación y aportación intelectual generosa de tantos profesionales que han hecho posible disponer de instrumentos útiles, programas de eficacia probada, y por

avanzar en el conocimiento de la conducta vocacional de estudiantes de secundaria y universitarios; agria, por el desperdicio institucional que supone contemplar el difícil encaje que han tenido todos estos esfuerzos formativos en el sistema educativo en cualquiera de sus niveles. *De todo ello, muy poco se ha aprovechado.*

Aportaciones universitarias de la psicología educacional

Sólo una somera referencia a las realizaciones que considero aportaciones de interés académico y profesional que surgen de la Facultad de Psicología y de los Departamentos de Psicología de las otras universidades públicas valencianas. Y como opinión personal, calificaré el papel de la Psicología Educacional en la licenciatura de nuestra Facultad de Psicología.

Facultad de Psicología (1984-2010)

La Psicología Educacional tiene asignada una cuota de participación en la formación del psicólogo.punto, que se concreta en las asignaturas troncales que el estudiante debe cursar: Psicología de la Educación/ Psicología de la Instrucción; Psicología Escolar, Dificultades del aprendizaje y Asesoramiento vocacional (optativa). En relación a otras áreas psicológicas, los créditos que le corresponden cumplen los mínimos que las directrices generales señalan para las materias troncales de duración semestral. Y otra vez acudo a la nebulosa de mi memoria, para recordar que la troncalidad de Psicología Educacional, se consiguió mediante una protesta y propuesta que hizo en su día esta Facultad en la fase de realización preliminar del primer plan de estudios de Psicología en España, al Consejo de Universidades del MEC, ¡sencillamente ni apa-

recía ni se contemplaba en la formación del *Psicólogo. Punto!*

Es bien conocido que los intereses, expectativas y motivaciones de los estudiantes que acceden a la Facultad de Psicología, se decantan mayoritariamente por opciones de futuro y asignaturas de la Psicología Clínica, Social y en una escasa proporción por la Psicología Educacional, respecto a la cual, cursan esas asignaturas ya avanzada la carrera. Mis colegas y yo tenemos constancia que la mayoría de los estudiantes se acercan a nuestras clases con un elevado escepticismo sobre la utilidad futura de esas materias; cuando no de rechazo por lo que conocen o han vivido de la Psicología en sus centros de secundaria. De hecho, tenemos que emplearnos a fondo para cambiar esas “concepciones previas” y algo debemos conseguir cuando tenemos constancia de que algunos de estudiantes, optan por completar su formación con otra titulación (sic) como preparación para las oposiciones a los Departamentos de Orientación. En función de lo anterior, califico de *modesto* el papel formativo en Psicología Educacional que ofrece la titulación de Psicología.

Investigación: Tesis doctorales realizadas

Existiendo indicadores muy variados y complejos para tratar la investigación universitaria, tomaré como indicador de productividad el número de tesis doctorales realizadas en el seno de los departamentos de nuestra Facultad y de los Departamentos de Psicología de las universidades de Alicante y Castellón de las facultades de Humanidades y Ciencias Sociales, respectivamente. Centrándome en la Psicología Educacional, señalaré agrupando las líneas, áreas o tópicos

de las tesis dirigidas por el profesorado del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de nuestra Facultad.

Se ha analizado el registro de tesis doctorales que figura en la Secretaria de la Facultad desde su creación 1984 hasta la fecha 2010. La tabla nº 1 muestra los resultados glo-

bales sobre el volumen de tesis realizadas en los distintos departamentos. Lo primero que hay que destacar es el elevado número de tesis realizadas y dirigidas: 490, con un promedio de veinte tesis anuales. De *muy elevada*, puede calificarse la productividad de la Facultad de Psicología.

Tabla nº 1. Tesis doctorales realizadas por los Departamentos de la Facultad de Psicología, Universidad (*Estudi General*) de Valencia, desde su creación. (1984/2010).

DEPARTAMENTO	Número de Tesis	%	Orden	Promedio
Psicología Básica	131	26.73	1º	5,24
Psicología Social	86	18.55	4º	3,44
Psicología de la Personalidad	117	23.88	2º	4,68
Psicofisiología	11	2.24	6º	0,44
Psicología Experimental/Métodos	31	6,33	5º	1,24
PSICOLOGÍA EVOLUTIVA Y DE LA EDUCACIÓN	114	23.27	3º	4,56
TOTALES	490	100		

Comparativamente, la aportación del Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación puede calificarse de *Alta*; ocupa el tercer lugar en el ranking de la Facultad con 114 tesis, que representan un 23,27 % del total y con apenas diferencias con los de mayor productividad: Psicología Básica y Psicología de la Personalidad. El promedio anual a lo largo de los 25 años de existencia de la facultad es igualmente alto (4,56) y superior al promedio (3,27) de la Facultad. Teniendo en cuenta el número de profesores doctores que pueden dirigir tesis, este Departamento de menor tamaño de los mencionados que le preceden, su productividad podría calificarse de *Muy elevada*.

Centrándome en el Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación y dife-

renciando las tesis doctorales de Evolutiva de las de Educación, y de esta última, analizando los tópicos tratados y agrupándolos en líneas o áreas investigadas, tenemos la tabla nº 2. Los resultados muestran una igualdad o empates por pares en tan dilatado periodo de tiempo y presentan un mismo número de tesis producidas entre áreas.

Psicología Educativa/Psicología de la Instrucción, con un total de 23 tesis (34, 33 %), ocupa el primer puesto. Los tópicos más repetidos son: el proceso Enseñanza/ Aprendizaje; la Situación Educativa en diferentes formatos y contextos; Comprensión de textos; Matemáticas; Música; Enseñanza asistida por ordenador; TICs, Estrategias de aprendizaje, etc.. Los profesores Rivas, Latorre, Alcantud y Vidal aparecen como directores de la mayor parte de estas tesis.

Tabla nº 2.- Tesis doctorales producidas en el Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Facultad de Psicología, desde su creación en 1984 hasta 2010, descendiendo a las líneas y/o áreas de investigación en Psicología Educativa.

PSICOLOGÍA EDUCACIONAL LÍNEA/ÁREAS de investigación	Nº Tesis	% Rela Psi Educativa	Orden	% Rela DPTO
Psicología Educación (Gral)	8	11,94 %	4,5 ^a	
Psicología Educación/Familiar	4	5,97 %	6 ^a	
Psiedu/ Psicología de la Instrucción	23	34,33 %	1 ^a	
Psiedu/ Dificultades aprendizaje	12	17,91 %	2,5 ^a	
Psicología Escolar	8	11,94 %	4,5 ^a	
Psiescol/ PsiVocacional	12	17,91 %	2,5 ^a	
Total	67	100		72,04
Psicología Evolutiva	23			24,73
Otras	3			3,23
Total	26	18,98		29,96
TOTAL	93			100

Psicología de las dificultades del aprendizaje y Psicol Esc/ Psicología Vocacional con 12 tesis en cada caso, que representan el 17,91 % cada una del total, están empatadas en el orden de productividad (2º). En la primera la dirección corresponde en su totalidad a la profesora Miranda y se abordan tópicos sobre Dificultades específicas en el aprendizaje; Hiperactividad en sus diferentes manifestaciones; TDH y factores; Programas de intervención... En la segunda, Psicología Vocacional, las tesis han sido dirigidas por la profesora Rocabert y el profesor Rivas y tratan de la Conducta y Asesoramiento vocacional en estudiantes de Secundaria, universitarios; en estudiantes ciegos (SAVI-c); Intereses y desarrollo

vocacional; Cognición vocacional; Aptitudes; información vocacional; Toma de decisiones, Indecisión etc. Gran parte de esas tesis dan fundamentación científica a los SAAV.

También con empate de orden y menor producción, hay un tercer bloque con ocho tesis que representan el 11,94% del total y que corresponden a **Psicología de la Educación (General)**. Éstas se refieren a elaboraciones más generalistas, temas de discapacidad, y de formación y las que dirigen diferentes profesores. El segundo grupo de **Psicología Escolar** presenta temáticas muy dispares como Intervenciones en la clase; Problemas de disciplina; Formación no re-

glada etc., la dirección corresponde en mayor número al profesor Latorre, seguido del profesor García, y algunas codirigidas con otros colegas.

Y el último bloque de Psicología de la Educación familiar con distancia en el número de tesis es más reciente en el tiempo y con cuatro tesis representa un 5,97 %, con temáticas relacionadas con la educación familiar e instituciones y con situaciones en

acogida. Éstas han sido dirigidas por distintos profesores.

Universidades de Alicante y Castellón (Dpto de Psicología y ...

Las tesis doctorales realizadas en los Departamentos de Psicología y... de las facultades de Ciencias Sociales y Humanidades y C. Sociales de esas universidades, con los datos disponibles, figuran en la tabla nº 3.

Tabla nº 3.- Tesis doctorales realizadas en los Departamentos de Psicología en las Facultades de las Universidades de Alicante y Castellón.

DPTO DE PSICOLOGÍA Y	Nº Tesis	% Rela Psi Educacional
* Áreas de Psicol Evol y Educación	20	40 %
* Áreas Didáctica	7	15 %
Universidad de Alicante (Facultad de C. Sociales)	50	100
* Áreas Psicología	9	60 %
*Áreas Educación	6	40 %
Universidad Jaime I, Castellón (Dpto de Psicología y).	15	100
TOTAL PSICOLOGÍA EDUCACIONAL	42	

- **ALICANTE** : El total de tesis realizadas en la Facultad es de 50. De ellas, veinte, el 40% corresponden al área de Psicología Educacional*; la gran mayoría han sido dirigidas por el profesor Castejón en la línea de investigación “*Diseño instruccional, e intervención psicoeducativa*”, los tópicos investigados giran en torno a Rendimiento escolar, Motivación, Aprendizaje, Inteligencia, Programas de intervención etc.
- **CASTELLÓN**: De las quince tesis del Departamento, que comprende el área de Psicología (60%) y de la Educación (40%) con temáticas de Psicología Educacional, están muy repartidas entre distintos profesores, que dirigen tesis sobre Psicología y Asesoramiento vocacional universitario, Información (profesor Gil); Hiperactividad; Acoso escolar, Educación familiar y desarrollo, etc.

Otras aportaciones de la Facultad de Psicología

- o **(Formación): Master de Intervención en las Dificultades de Aprendizaje**, es el decano de los postgrados en nuestro entorno y este curso llega a la edición nº15; dirección Dra. A Miranda.
- o **(Formación) Master en Neurociencia Cognitiva y Necesidades Educativas Específicas**; interuniversitario con la Universidad de La Laguna, dirección: Dra. A. Miranda.
- o **(Formación) Master en Lectura y comprensión de textos**, interuniversitario con la Universidad de Salamanca; dirección Dr. E. Vidal.
- o **Servicio de Asistencia Psicológica Escolar Externa SAPE (2007-2010)** para tratamientos psicológicos a niños/as y adolescentes que presentan problemas de conducta en el contexto escolar, con la participación de psicólogos del COP de Valencia, mediante convenio con la Conselleria de Educación. Lo impulsa y dirige desde 2007 el profesor A. Latorre.

Punto final

Del marco conceptual he pretendido acercar uno de los aspectos nucleares de la Psicología Educativa y de la Instrucción actual: la triangulación del proceso Enseñanza/Aprendizaje; destaco la aportación del sentido dinámico que tiene el currículum escolar que exige del Psicólogo Escolar, una mirada renovada sobre su rol profesional respecto a la práctica escolar que protagonizan los profesores en sus aulas. Aunque la triangulación del proceso E/A tiene su mejor expresión en la educación escolar, no sólo se limita a ella. Recientemente, los modernos museos interactivos y de la ciencia, se sirven del diseño de instrucción en situaciones de E/A propias de la Educación

No formal para crear escenarios de aprendizaje eficaces; aquí hay una veta o yacimiento nuevo de trabajo y especialización que la Psicología Educativa aún no ha descubierto en nuestro medio: su ausencia es clamorosa en los supuestos escenarios de aprendizaje de la Ciudad de las Ciencias de Valencia (Rivas 1990).

En el acercamiento institucional (Administración, Academia, COP) que he esbozado, no quisiera haber dado la impresión de ser algo parecido a “batallitas” de poder, que ha sufrido la pobre Psicología Educativa; en todo caso, conviene que los psicólogos más jóvenes, sepan de dónde y cómo venimos. Sigo pensando que la ausencia de una especialidad ha sido perjudicial, no solo para la Psicología, sino, sobre todo, para la renovación del sistema educativo. Estamos mediatizados por la normativa que genera la Administración educativa cuyo desarrollo normativo en la Comunidad, ha ido asfixiando el papel y posibilidades de actuación de los psicólogos escolares en el sistema educativo. Manifiesto mi recelo y aprensión ante la coyuntura actual de pragmatismo y de recorte del gasto público que, si se aplica a los servicios de ayuda a la Escuela como parte del “estado del bienestar”, en el que incluyo necesariamente a la educación escolar, el “bienestar” lo sería mucho menos. Y sería lamentable que con la especialización de Psicología Educativa/Escolar se repitiera la historia, y los psicólogos se quedaran definitivamente fuera de la Escuela.

La comunidad necesita contar con la aportación especializada que la Academia y el COP pueden ofrecer a la Administración educativa para una educación escolar de calidad, en una Comunidad que cuenta con acreditados recursos de formación e investigación en Psicología educativa en sus tres universidades públicas.

La mayoría de mis colegas empiezan “Bologna”, y es una oportunidad para la Psicología Educativa, no quedarse al margen de esta innovación, aportando la formación y el reciclaje de los profesores en lo que al proceso E/A se refiere, y establecer los servicios de apoyo vocacional/ preprofesional para los estudiantes. Y no quedarse sólo con acciones informativas. Aunque también recelo de que con la escasez, “Bologna” quede en “otra” reforma más.

Tras acabar y releerme, no sé si he logrado mi propósito inicial: *evitar hacer un balance del estado de la cuestión*. No es tal: faltan muchas cosas como para que así fuera. Tómese como una clase *-deseo que una buena clase-*, más pendiente de atinar en la reflexión crítica que en aportar una documentación valiosa, o llegar a conclusiones para ser tenidas en cuenta. No he formulado ni recomendaciones ni conclusiones: el lector sacará las suyas y repartirá responsabilidades; en lo que a mí respecta, asumo lo que aquí he escrito.

Referencias

- Acuerdo para la inserción del Psicólogo Educativo en el sistema de Educación Español no universitario. Universidad Complutense, 21 de Septiembre del 2010. Infocoponline, 22/09/2010,
- Adame, T (2000) *Orientación y Psicología Vocacional en España: revisión y estado de la cuestión (1977-1999)*. Tesis doctoral, Universidad de las Islas Baleares.
- Alcantud, F (1998) *Universidad y Diversidad*. Programa UNICHANCE, Universidad (Estudi General) de Valencia.
- Colegio Oficial de Psicólogos (1998) *Perfiles profesionales del psicólogo (Psicología de la Educación)*, pag 76-90
- Flores, R (2010). *Psicología y Orientación Vocacional. Un estudio cuantitativo. Un reto en la formación del orientador europeo del siglo XXI*. Universitat Jaume I, Castellon
- Gil J,M y Adame, T (2003). “Evolución y caracterización de la Psicología Vocacional en España” capítulo 7, pag 173-200, en Rivas, F. *Asesoramiento Vocacional. Teoría, práctica e Instrumentación*. Ariel, Barcelona
- Guerra C y Rueda (2005) “Estudio longitudinal de los jóvenes en tránsito de la Enseñanza Secundaria a la Universidad: información, expectativas y toma de decisiones”. Gabinete Estudios Universidad de Valladolid, <http://www.uva.es>
- III Network of European Psychologists in the Educational System (NEPES), Dublin Julio del 2010. (Infocoponline, 30/09/2010)
- Lopez et al (1995).-“*La institucionalización de los servicios de orientación vocacional*” capítulo 5, pag 141-162, en Rivas, F: Manual de asesoramiento y orientación vocacional, Madrid, Síntesis.
- Lucas, S. (1999) *Programa de Orientación para el desarrollo de la madurez vocacional en Educación Secundaria*. Tesis doctoral, Universidad de Valladolid
- Mora, R (2008). *Conducta y asesoramiento vocacional/preprofesional de los estudiantes universitarios: variables individuales del desarrollo de la carrera y servicios institucionales*. Universidad (Estudi General) de Valencia.
- Pérez M (2010) “¿Puede un docente sustituir en su rol profesional al psicólogo educativo?” *Papeles del Psicólogo*, 31, 2, 150-161 (cop.es/papeles)
- Rivas, F (1975) *Aptitudes y conocimientos básicos para el ingreso en la Universidad Politécnica*, INCIE, MEC, Madrid.
- Rivas, F (1989) *La elección de estudios universitarios*. MEC, Consejo de Universidades, Madrid.
- Rivas, F et al (1990). *Proyecto Ciudad de la Ciencias y la Tecnología de Valencia*. Informe de 35 volúmenes. Universidad de Valencia para la Generalitat Valenciana.
- Rivas, F (2003). *El proceso de Enseñanza/Aprendizaje en la Situación Educativa* (2ª edición) Ariel, Barcelona.
- Rivas, F (2003) *Asesoramiento Vocacional: teoría, práctica e instrumentación*. Ariel, Barcelona.
- Rivas, F (2007). ¿Conducta y asesoramiento vocacional en el mundo de hoy?, *Revista de Investigación Psicoeducativa* Vol 5, 1, 3-8
- Vidal, J y Vierira, Mª J (2001) *La oferta de los servicios de orientación al estudiante en las universidades españolas: innovación y ajuste a las necesidades de la comunidad universitaria*. Dto. Filosofía y Cienci. de la educación, Universidad de León.
- Viera, Mª J (2008) “Criterios para la evaluación del sistema de apoyo y orientación al estudiante universitario: revisión y propuesta”. *Revista de Educación*, 345, 399-423.

Fecha de recepción: 11/11/2010
Fecha de aceptación: 14/12/2010

Veinticinco años de terapia cognitivo-conductual

Juan Sevilla

Director del Centro de Terapia de Conducta de Valencia

Psicólogo Clínico

Correo electrónico: cetecova@cop.es

Lo que a continuación, estimado lector, vas a leer no es, en absoluto, un resumen oficial del devenir de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en este último cuarto de siglo. Es la opinión personal del autor, influenciada, sin duda alguna, por los prejuicios personales y, desde luego, las experiencias únicas e irrepetibles que ha tenido. Así pues, cualquier incorrección o error sólo se le podrá atribuir a él.

A mediados de junio de 1984, con 21 años recién cumplidos, me enteré de que ya era licenciado en Psicología. De hecho, mi promoción fue la primera en estrenar el título. Mis compañeros y yo, por primera vez en Valencia, íbamos a tener un título específico en Psicología. Cinco años quedaban atrás. Cinco años de experiencias inolvidables, gente a la que nunca olvidaría y, por supuesto, también cinco años de aprendizaje y adquisición de conocimientos.

En este período universitario surgió en mí el germen de la Terapia de Conducta o Conductismo, como le llamábamos en los 80. Y no fue fácil. En aquellos tiempos la Terapia de Conducta estaba asociada al *american way of life* y, por lo tanto, al imperialismo yanqui. Recién estrenada la democracia y tras el fallido golpe de estado, era muy complicado para un joven liberal, de menos de 20 años, defender ante sus colegas de la universidad que la asociación que ellos

hacían entre la Terapia de Conducta y el conservadurismo norteamericano era falsa, rotundamente falsa.

Entre 1979, mi primer año de Universidad, y 1984, el último, intenté ser como todos, psicoanalista y sexólogo. El psicoanálisis se asociaba a posturas liberales y librepensadoras, incluso intelectuales, ¡todo el mundo leía a Castilla del Pino! El psicoanálisis tenía un aire pedante que a mí, un chico de pueblo, con preocupaciones sociales, me atraía enormemente. Porque queríamos ser sexólogos era más obvio. Pero no pude. Comprendí en ese momento que el mundo se clasificaba en los que tenían la capacidad de creer y los que no la teníamos. Los que no habíamos sido bendecidos por el don de la fe necesitábamos datos, evidencias, pruebas para aceptar ideas, teorías e hipótesis. A los que creen les basta con encontrar una forma inteligente y brillante de ver el mundo y la psicología humana, aunque jamás se hayan reunido datos empíricos que demuestren esas tesis. Algunos, por otra parte, somos esclavos de la maldición de la ciencia. Pensamos que la ciencia, aunque imperfecta, es el método de conocimiento humano más poderoso y predictivo. Y estamos convencidos de que la psicología debe basarse en la ciencia. Que lo que hacemos en terapia tiene que estar probado empíricamente y que tenemos la obligación ética de

ofrecer a nuestros clientes las técnicas más eficaces. Por eso soy, casi veintiséis años después, un terapeuta cognitivo-conductual y no soy, ni siquiera, un terapeuta ecléctico o integrador.

Estamos en los años 80. La Desensibilización Sistemática(D.S.), la técnica ideada por Wolpe, veinte años atrás y reina del tratamiento de las fobias específicas durante todo este tiempo, empieza a perder su monopolio. Los últimos estudios que se realizan sobre ella demuestran que la Relajación, la idolatrada Relajación Muscular, no aporta nada a la técnica. El ingrediente activo de la D.S. es la Exposición, el afrontamiento al estímulo temido. La genial idea de Wolpe, su paradigma, el contracondicionamiento o inhibición recíproca, no existe. La D.S. es eficaz por habituación al estímulo y extinción de la respuesta condicionada de la ansiedad. La D.S. ha muerto, ¡viva la Exposición *in vivo*!

En esta década, en Europa, de la mano de figuras tan importantes como Paul Emmelkamp y Isaac Marks, y en EEUU, con el trabajo de David Barlow y Edna Foa, se producen extraordinarios avances en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, especialmente en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) y en la agorafobia. Se detalla de una forma precisa y exquisita cómo emplear la Exposición *in vivo*. Quisiera resaltar que el Dr. Emmelkamp también demostró la absoluta ineficacia de la Detención de Pensamiento en el tratamiento del TOC. Esto es algo insólito. La Detención de Pensamiento fue popularizada por un par de estudios de caso publicados en los años 70 por Wolpe y Lazarus y, a partir de ahí, la comunidad científica la siguió usando ciegamente. Es peor todavía, muchos terapeutas la siguen usando incluso en la actualidad.

Al mismo tiempo y prelujiendo los tratamientos cognitivos, la Inoculación de Estrés, creada por el canadiense Donald Meichenbaum, se usa masivamente para tratar no sólo los trastornos de ansiedad, sino también el dolor crónico y la ira. La idea era muy interesante; quizás para superar un problema de ansiedad no fuera necesario eliminarla completamente. Puede que bastara con aprender a manejarla, tolerarla y pasar a través de ella sin que llegara a desbordarnos. Puede que por esta razón, la Inoculación de Estrés funcionara bien, sobre todo, para estresores comunes, como hablar en público o enfrentarse a un examen importante. Sin embargo, no puedo evitar confesar que a mí nunca me sedujo particularmente. Siempre me pareció una combinación de técnicas aisladas concatenadas entre sí, pero sin un modelo robusto que la respaldara, y que, inevitablemente, acababa convirtiéndose en una variante de la Exposición.

En 1984 se publica en España el libro del profesor Beck: "Terapia Cognitiva para la depresión". Ya habían aparecido en nuestro país dos libros del Dr. Ellis, no precisamente los mejores, pero ahí estaban. La era cognitiva estaba a punto de empezar. El libro de Beck cambió radicalmente nuestra forma de ver y tratar la depresión. En este mismo año se publica en EEUU la otra obra clave del autor: "*Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective*". Magnífico trabajo que inexplicablemente nunca se tradujo al español. Hasta ese momento, el tratamiento conductual de la depresión se limitaba a los programas de actividades agradables siguiendo las directrices de Lewinshon, y aunque funcionaba, tener tecnología para que la persona pudiera luchar con los pensamientos negativos automáticos marcó un

claro antes y un después. Además la Terapia Cognitiva era verbal, socrática y tremendamente colaborativa. Por fin los terapeutas de conducta podíamos hacer lo que realmente queríamos, ¡hablar!

El año 1988 fue grandioso para el pánico. Barlow y Cerny publican su magnífico manual para tratar el problema. Nunca olvidaré las emociones que sentí al encontrar aquel libro en una librería de Oxford, y sobre todo, al leer lo que aquella portada naranja escondía. Al mismo tiempo, en Europa, David Clark y Paul Salkovskis, al frente de lo que luego se conocería mundialmente como el Grupo de Oxford, publicaron sus primeros artículos sobre la teoría cognitiva del pánico y la aplicación de la Terapia Cognitiva al problema. Pasamos de creer que el pánico era una mera complicación de la agorafobia y a tratarlo con un éxito moderado con Exposición *in vivo*, a saber que, en realidad el pánico era el auténtico y genuino problema, y que la evitación agorafóbica venía después y no era más que una forma de prevenir los ataques de pánico. Con este conocimiento se desarrolló un nuevo protocolo de tratamiento: una combinación de Terapia Cognitiva, Relajación y Exposición Interoceptiva. Esta última fue la técnica clave. Las personas que sufren pánico tienen que exponerse a las sensaciones de ansiedad. La Exposición Interoceptiva conseguía reproducir esas sensaciones. La eficacia fue extraordinaria, un gran avance. El pánico pasó de ser una bestia parda, a ser un trastorno fácil de tratar. En los siguientes años vieron la luz docenas de estudios ratificando esta alta eficacia técnica.

En nuestro país, yo destacaré la publicación, a mediados de los 80 de dos manuales en la línea de los *handbooks* norteamericanos. Por una parte, “Análisis y Modifica-

ción de Conducta II”, editado por el profesor Carrobles y el “Manual de Modificación de Conducta” dirigido por los profesores Mayor y Labrador. Estos dos trabajos fueron las auténticas biblias de la Terapia de Conducta hispana, que seguimos al pie de la letra todos los aspirantes a terapeutas de conducta de aquel momento histórico.

Siguiendo con manuales, no puedo acabar los 80 sin recordar el libro del Dr. Barlow “*Clinical Handbook of Psychological disorders*” y uno de los manuales que a mí personalmente más me influyeron: “*Cognitive-Behavioural Therapy for psychiatry problems*” publicado por el grupo de Oxford, en su mejor momento, del que luego tuve el honor y el placer de conocer directamente como alumno y amigo.

Para finalizar esta década, destacaré mi primera visita al *Institute for Rational-Emotive Therapy* en la ciudad de Nueva York, dirigido por el singular y carismático Albert Ellis. Durante años la Terapia Racional-Emotiva influyó profundamente en mi trabajo cotidiano y, todo ello, no tengo la menor duda, se debió a la influencia personal del viejo AI, como solíamos llamarle en el Instituto, y a la ciudad de Nueva York, de la que me enamoré perdidamente. Si Dios existe y Albert Ellis está a su lado, estará entretenido.

No podría acabar con esta década sin mencionar lo que para mí es una de las más grandiosas contribuciones al desarrollo de la ciencia, el modelo de Prevención de Recaídas que Marlatt y Gordon publican en 1985. Aún hoy cada vez que lo leo sigo emocionándome. Porque este libro debe leerse una y otra vez, en un bucle sin fin. Estos psicólogos, verdaderamente dieron un salto cualitativo en el desarrollo del arte.

Hasta esa época el tratamiento de las conductas adictivas estaba gobernado por prejuicios e ideas preconcebidas, más basadas en conceptos morales que científicos. Ellos cambiaron esta oscuridad. Una caída no es una recaída. Las caídas son inevitables y de ellas podemos aprender.

En los 90 entramos en otra era. La terapia Cognitivo-Conductual alcanza su máximo desarrollo. Ya empieza a ser difícil encontrar en EEUU y en Europa: Holanda, Inglaterra, Alemania y por supuesto, España, Facultades de Psicología no orientadas hacia la disciplina. Se utiliza el término Terapia Cognitiva o el término Terapia Cognitivo-Conductual indiscriminadamente.

El modelo del profesor Beck se expande a todos los trastornos psicológicos. David Clark populariza el tratamiento cognitivo del pánico; Paul Salkovskis, del TOC y la hipocondría; y Richard Heimberg, de la Universidad de Albany, hace enormes avances en el tratamiento de la fobia social, un trastorno que se había descuidado durante muchos años. Uno de los descubrimientos de Heimberg es que escasamente un 16 % de los fóbicos sociales padecen realmente un déficit de habilidad social. Así que, ¿para qué hacer con ellos entrenamiento de habilidades sociales? Este, junto al mito del uso de la Detención de Pensamiento en TOC, y a un tercero, el más extendido, que la Relajación es el tratamiento de elección para los trastornos de ansiedad, eran y siguen siendo tres creencias contraproducentes que aún provocan muchas meteduras de pata en la práctica profesional de la Psicoterapia Cognitivo-Conductual.

Tom Borkovec y, posteriormente, Adrian Wells desarrollan el campo de la ansiedad generalizada, tanto en investigación como en la publicación de manuales de trata-

miento. El trabajo del Dr. Wells, "*Cognitive Therapy for anxiety disorders*", donde postula su versión metacognitiva de la Terapia Cognitiva y que ve la luz en 1997, me parece de obligatoria lectura para todo terapeuta cognitivo-conductual que trabaje en el campo de la ansiedad, a pesar de las antipatías que el autor suele generar en persona.

Ronald Rapee, el profesor australiano, en esta década también edita magníficos trabajos sobre diferentes trastornos de ansiedad, incluida la fobia social.

A finales de la década, en concreto en 1998, la profesora Edna Foa, de la Universidad de Pensilvania, publica el que para mí es el mejor manual de tratamiento del trastorno de estrés postraumático "*Treating the trauma of rape*". En este trabajo, hay un capítulo de Terapia Cognitiva escrito por el propio David Clark que sería la semilla del trabajo que este autor británico ha llevado a cabo recientemente, también sobre el estrés postraumático.

En estos momentos también se publican varios trabajos sobre el enfado patológico, un trastorno mucho más corriente de lo que creemos y que no existe de manera oficial. Jerry Deffenbacher, desde los años 80, publicó magníficos trabajos, pero se le unen Kassinove y DiGiuseppe, el carismático terapeuta racional-emotivo de Nueva York y director del departamento de *training* del *Institute for Rational-Emotive Therapy*.

En España, los 90 son muy productivos. Están llenos de excelentes trabajos de nuestros propios y más representativos autores. Enrique Echeburúa publica numerosos volúmenes dedicados a diferentes trastornos de ansiedad. Arturo Badós publica dos monografías sobre agorafobia y pánico,

al igual que Cristina Botella que, también dedica otro trabajo al mismo tema. Juan Antonio Cruzado saca a la luz un manual para el tratamiento del TOC. Vicente Caballo, Xavier Méndez, Francisco Labrador y Miguel Angel Vallejo-Pareja, publican espectaculares manuales. José Luis Graña dirige un manual memorable dedicado a las conductas adictivas y el profesor Elisardo Becoña, de la Universidad de Santiago de Compostela publica esclarecedores trabajos sobre conductas adictivas en general y, en particular, sobre tabaquismo.

El profesor Xavier Méndez, catedrático de la universidad de Murcia, no sólo publica en aquella época diferentes manuales sino, sobre todo, brillantes trabajos sobre la aplicación de la terapia Cognitivo-Conductual a niños y dirige la colección “Ojos Solares” de la Editorial Pirámide, dedicada a trastornos psicológicos en la infancia.

En esta década, se hace muy popular el trabajo del Dr. Christopher Fairburn, miembro del grupo de Oxford. En realidad, su modelo viene desde la década anterior y se convierte en la base de todos los tratamientos de trastornos de alimentación y, en especial, de la bulimia.

Por estas fechas sucede algo inimaginable diez años atrás. Aunque Albert Ellis siempre trató personas que sufrían psicosis y Aaron T. Beck también, incluso llegando a publicar en los 80 un caso de esquizofrenia paranoica que trató con Terapia Cognitiva, el campo de la psicosis parecía ser algo sólo accesible para la psiquiatría. Desde principios de los noventa, empieza a aparecer un gran número de trabajos sobre la aplicación de la TCC a este campo. No se trata de sustituir la medicación, sino de complementarla e ir más allá. Hasta ese momento se consideraba que todo el fenómeno clínico

esquizofrénico estaba causado por alteraciones bioquímicas en el cerebro, exceso de dopamina. Aunque probablemente esto es así, al menos en parte, lo que estos pioneros autores demuestran es que también hay un elevado porcentaje de elementos psicológicos. Los delirios no serían más que interpretaciones, un tipo muy peculiar de pensamientos negativos automáticos, de las alucinaciones y otros fenómenos perceptivos que la persona experimenta. El delirio estaría profundamente influenciado por las características personales de cada individuo, su historia y su biografía. Y además, a diferencia de lo que siempre creímos, los delirios serían susceptibles de ser modificados a través de las técnicas de Terapia Cognitiva estándar.

Pronto aparecen estudios experimentales avalando la eficacia de la TCC en la psicosis y en la esquizofrenia. De los muchos autores que destacan en el campo: Birchwood, Fowler, Garety, Kingdom, Turkington, Morris o Haddock, yo siempre he sentido predilección por dos manuales: “*Cognitive-Behavioural Therapy of Schizophrenia*” de Kingdom y Turkington y “*Cognitive Therapy for delusions, voices and paranoia*” de Chadwick, Birchwood y Trower.

Oscar Vallina y Salvador Perona, a finales de esta década, empiezan a publicar trabajos pioneros sobre este tema en nuestro ámbito.

También por estas fechas, en 1996, se publica el refrescante manual de Mónica Ramírez-Vasco y John Rush: “*Cognitive-Behavioral Therapy for bipolar disorder*”. Y se inicia la aplicación de la TCC al trastorno bipolar. En Europa el testigo es recogido por el psicólogo británico nacido en Hong Kong y querido amigo, Dominic Lam, que publica su manual en 1999, y que se aca-

ba de reeditar hace escasas semanas en una nueva edición revisada y mejorada.

En nuestro país, los líderes indiscutibles de la aplicación de la terapia psicológica al trastorno bipolar son los doctores Vieta y Colom, que se convierten en una referencia obligatoria, gracias a su excelente trabajo demostrando la eficacia de la psicoeducación en el trastorno bipolar, unos años después. La psicoeducación es una aproximación hermana a la TCC, con muchos elementos en común.

Los 90 también se caracterizan por un extraordinario desarrollo en el tratamiento de los ofensores sexuales. Aunque hay varios autores destacados, como Laws o Barbaree, destaca por encima de todos el psicólogo canadiense Bill Marshal. Él y su equipo desarrollan tratamientos eficaces para la rehabilitación de los delinquentes sexuales violentos: violadores y pedófilos. Su programa de intervención va mucho más allá de la reorientación sexual, lo que ya se venía haciendo desde los años 70. Incluye también elementos de tipo cognitivo y emocional, focalizados en empatizar con la víctima y eliminar todas las maniobras mentales, como negar o minimizar, que estas personas usan para poder vivir con sus conductas aberrantes. En suma, hacerles conscientes de cómo actúan y el daño que esto causa a sus víctimas para, a continuación, poder ejercer control.

En nuestro país, es José Cáceres, el genial profesor de Deusto y psicólogo clínico en la ciudad de Pamplona, la cabeza visible en el campo.

Algo curioso, ya que estamos hablando de Terapia Sexual, es comprobar cómo en los 90 se reducen significativamente las publicaciones sobre trastornos de la respuesta

sexual. En los 70, Masters y Johnson publicaron sus trabajos pioneros, y también lo hizo Kaplan, creando lo que se llamó la Nueva Terapia Sexual, para diferenciarla de la psicoterapia profunda, con las que se trataban las disfunciones sexuales hasta la llegada de estos pioneros. Con ellos, los trastornos sexuales se entienden no como un síntoma de problemas psicológicos más profundos, sino como problemas sexuales *per se*, causados fundamentalmente por ansiedad o por falta de habilidad sexual. En la década de los 80, llegan otros autores, entre los que destacan Joe LoPiccolo, creando lo que él llamaba Terapia Sexual Postmoderna. El Dr. LoPiccolo amplía el repertorio técnico del terapeuta sexual recordándonos que, antes que sexólogo, debe ser un buen psicólogo clínico y saber tratar otros trastornos personales o de pareja que acompañan a la inadaptación sexual. En esta época, se puede constatar que la fiebre sobre la terapia sexual empieza a reducirse. Quizás porque la tecnología desarrollada ya ha llegado a niveles de eficacia muy alta. De hecho, da la sensación de que el tema ha dejado de estar de moda entre los profesionales. En los 80 todos queríamos ser sexólogos, en los 90 ya no.

Otro tema que cae en desuso, lo que se nota con una significativa reducción de publicaciones y de simposios en los congresos internacionales, es el de la depresión. Yo destacaría en 1989, el trabajo de Nezu, Nezu y Perry sobre Resolución de Problemas aplicada a la depresión. Nos ayudaron a entender una variable de vulnerabilidad importante para la depresión, la dificultad para afrontar los pequeños estresores del día a día por carecer de habilidades de Resolución de Problemas. Aparte de ellos, lo poco que se publicó en aquellos días nada añadió

al trabajo de Beck, Seligman o Lewinshom, ya conocidos por todos.

Siguiendo el modelo de Terapia de Parejas Conductual iniciado por Liberman y otros autores importantes en los 80, Frank Dattilio y Christine Padesky amplían el modelo conductual, añadiendo contenido cognitivo al tratamiento de las parejas en crisis y enseñando al clínico un montón de recursos terapéuticos de gran ayuda.

En el terreno de la formación personal, los 90 representan para mí una época de intenso estudio. Tengo la ocasión de conocer a la mayoría de los más grandes personajes de la Terapia Cognitivo-Conductual. De algunos pocos, llego a ser su discípulo y de un grupo aún más reducido, su amigo. De entre estos últimos, me gustaría destacar y rendir mi homenaje particular a los doctores Emmelkamp, Salkovskis y Freeman. De Paul Emmelkamp aprendí la necesidad de la Evaluación Funcional y el uso de la Terapia de exposición. De Paul Salkovskis, el elegante estilo Oxford de la Terapia Cognitiva, que suavizó mi Terapia Racional Emotiva. De Arthur Freeman, uno de los padres fundadores de la Terapia Cognitiva, fuente inagotable de sabiduría y conocimientos y uno de los terapeutas y personas más carismáticas que jamás he conocido, el arte de la flexibilidad, de adaptar la Terapia cognitiva a cualquier clase de cliente, así como una gran cantidad de recursos terapéuticos, de los que no aparecen en los libros. Maestros, amigos, ¡gracias!

Entramos en el año 2000, última etapa de este subjetivo y personal viaje. Sigue afianzándose el tratamiento de los trastornos de ansiedad, con nuevos avances sobre el estrés postraumático, la ansiedad generalizada, la fobia social y el TOC. También es de destacar el uso de las nuevas tecnologías,

especialmente la realidad virtual, en este campo.

El desarrollo de la TCC a la esquizofrenia sigue a toda vela, pudiéndose ya afirmar que estas estrategias se han ganado la categoría de técnicas empíricamente validadas.

En EEUU y en Inglaterra, desde los 90 o incluso finales de los 80, se crea un movimiento basado en la evidencia. La idea es revisar el estatus científico, experimental de las técnicas que usamos con rigurosos metanálisis, para crear guías de tratamiento que ofrezcan directrices robustas y fiables a los profesionales. Este movimiento llega a nuestro país de la mano de gente tan insigne como Labrador, Echeburúa o Becoña, y, sorprendentemente el Ministerio de Sanidad recoge el guante, publicando guías sobre esquizofrenia, trastornos de alimentación, depresión, ansiedad y de inminente aparición, de trastorno bipolar.

Lo más característico desde el año 2000 hasta la actualidad es, probablemente, la aparición de las llamadas Psicoterapias de Tercera Generación, entre las que destacan: la Terapia de Aceptación y Compromiso, la Terapia Conductual-Dialéctica, la Terapia Cognitiva basada en el *Mindfulness*, la Terapia de Activación Conductual, la Terapia Analítica-Funcional y la Terapia Conductual Integrada de pareja. Si tuviéramos que resumir en una frase el denominador común de estas nuevas psicoterapias, sería la vuelta a los orígenes conductuales. Lo que a mí me resulta particularmente difícil de ver en la terapia Conductual-Dialéctica de Linehan y en la Terapia Cognitiva basada en el *mindfulness* de Kabat-Zinn, Segal, Williams y Teasdale. Pero supuestamente, se trata de una vuelta a los principios básicos de la Terapia de Conducta. Los problemas se explican por las operantes y los

pensamientos dejan de ser una variable de mantenimiento. Una especie de minimalismo psicológico.

Particularmente, yo tengo muchas dudas, y no sé si considerar estas ideas, poco originales, como un avance o como un retroceso. Nos hemos pasado años convenciendo a la comunidad científica y demostrando que los pensamientos son un ingrediente esencial en la psicología humana y, por lo tanto, en las psicopatologías. Y, de pronto, pasan a ser considerados como eventos psicológicos casi neutros. Por otra parte, entiendo que durante años se ha abusado de los recursos cognitivos. Llegándose incluso a afirmar que los Pensamientos Negativos Automáticos mantienen los trastornos psicológicos. Esta proposición no sólo es falsa sino que, probablemente, demuestre ignorancia. Los pensamientos son parte de una cadena de eventos psicológicos que provocan la aparición de las respuestas operantes, las que a su vez, dan lugar a las consecuencias, los reforzadores, que mantienen las conductas. Así pues, jamás se puede afirmar que los pensamientos mantienen los desórdenes emocionales. Sin embargo, hemos repetido este axioma tantas veces, que hemos llegado a aceptarlo como una parte de la ciencia. Teniendo en cuenta este ciego reduccionismo cognitivo del que hemos sido víctimas, entiendo también un giro de 180° hacia las originales tesis conductuales.

Por otra parte, a excepción de la Terapia Conductual-Dialéctica que sí puede ofrecernos algunos estudios que la avalen, el resto de las nuevas terapias están en una fase precientífica. Tan apenas tenemos datos experimentales que las sustenten. Y esto me hace volver al principio del artículo: tenemos que usar, en nuestra práctica clínica, técnicas validadas empíricamente. Así pues, a pesar de que teóricamente yo estoy, lo confieso, reticente al uso de estas técnicas, tan pronto

como se validen, superaré mis prejuicios y las añadiré al arsenal de técnicas de mi práctica profesional. Pero me asusta ver cómo cientos de terapeutas se han apuntado a la moda de estas estrategias, por ejemplo al *mindfulness*, cuando, insisto, el grado de validación aún es muy escaso.

Para finalizar, me gustaría informar al lector de algo que ha ocurrido recientemente en Inglaterra y que abre una esperanza para la Psicología Clínica Cognitivo-Conductual. El gobierno inglés ha obligado a todos los profesionales que trabajan en salud mental: psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales y enfermeros psiquiátricos, a obtener un título en Terapia Cognitivo-Conductual. La explicación es muy simple; los gobiernos entienden de cifras y de dinero. Hay numerosos estudios mostrando que hacer TCC es más rentable que medicar a las personas que sufren trastornos emocionales. La eficacia es mucho mayor y el nivel de recaídas, más bajo, aunque dé la impresión de lo contrario. Debemos aumentar nuestra autoestima profesional. Basta ya de complejos. Parece como si muchos psicólogos se consideraran inferiores a los psiquiatras, y los datos indican lo contrario. Una vez más tenemos que ser científicos y utilizar la información experimental. La psiquiatría funciona muy bien para la esquizofrenia, el trastorno bipolar y la depresión. También funciona bien la TCC para estos trastornos, pero además es mucho más eficaz y más rápida que el tratamiento farmacológico en: trastornos de ansiedad, trastornos de alimentación, problemas sexuales, problemas de pareja y familia, conductas adictivas, toda clase de problemas en niños y trastornos de personalidad. Así que cambiemos esa vieja creencia disfuncional. Ánimo y un abrazo.

Fecha de recepción: 02/11/2010
Fecha de aceptación: 02/12/2010

Mindfulness y psicología: presente y futuro

Vicente Simón

Catedrático de Psicobiología
Facultad de Psicología
Universidad de Valencia

resumen

El interés científico por *mindfulness* (atención o conciencia plena) está creciendo de manera exponencial, tal como lo atestiguan el creciente número de publicaciones existente sobre el tema. En este artículo, se describe de manera concisa qué es y cómo se practica. A continuación, se destaca su importancia para la relación terapéutica y para la psicoterapia en general. Asimismo, se expone la repercusión que está teniendo en la investigación básica, especialmente en neurobiología y también su relación con el envejecimiento, debido a los recientes descubrimientos sobre la telomerasa. Por último, se comenta brevemente cómo *mindfulness* parece ser un fenómeno cultural de carácter general y no sólo un aspecto de interés específico para algunas ramas de la ciencia.

Introducción

Las publicaciones científicas sobre *mindfulness* comenzaron a aparecer en la década de los setenta y desde entonces su número no ha dejado de aumentar. El crecimiento se aceleró notablemente en los años noventa y en la actualidad nos encontramos ante un crecimiento casi exponencial de dichas publicaciones (Black, 2009). Recientemente se ha creado una revista, "*Mindfulness*", exclusivamente dedicada a la publicación de artículos sobre el tema.

En una encuesta publicada en 2007 por el "Psychotherapy Networker" (Simon, R., 2007) -una de las publicaciones más populares entre los psicólogos norteamericanos, en la que se preguntaba a los psicólogos clínicos por su adscripción a un enfoque terapéutico concreto, más del 40% se identificaron con una terapia basada en *mindfulness* (frente al 68% que se identificaban con un enfoque cognitivo-conductual y casi un 50% que lo hacían con un enfoque sistémico).

El interés por *mindfulness* no se limita al campo de la psicoterapia, aunque éste sea probablemente aquel en el que esté teniendo mayor repercusión. *Mindfulness* está despertando un enorme interés en la investigación básica, especialmente en Neurofisiología, y también en la educación, ya que la práctica de la atención plena en la infancia se perfila como una poderosa herramienta educativa. No en vano afirmó Williams James (1950) que el desarrollo de la atención sería "*la educación por excelencia*".

¿Qué es *mindfulness* o atención plena?

Mindfulness es un constructo teórico que procede de las tradiciones orientales (especialmente del budismo) y de su reciente adaptación a la cultura y a la ciencia occidentales.

La palabra *mindfulness* es la traducción al inglés del término pali "*sati*" que implica "conciencia, atención y recuerdo" (Siegel y

cols., 2009). La traducción al castellano de *mindfulness* no resulta fácil. Las palabras más utilizadas han sido las de “atención plena” o “conciencia plena”, aunque debido a su dificultad, muchos autores optan por no traducir el término “*mindfulness*” y utilizar el vocablo inglés.

“*Mindfulness*” se utiliza sobre todo en contextos científicos y académicos, pero en la vida diaria es frecuente hablar de “meditación” aunque ambos términos no sean sinónimos, ya que “meditación” tiene un significado menos preciso y abarca a un conjunto de prácticas bastante heterogéneas.

Abundan las definiciones de “*mindfulness*”, siendo una de las más conocidas la de Jon Kabat-Zinn (1994), que afirma que “*mindfulness* significa prestar atención de una manera especial: intencionadamente, en el momento presente y sin juzgar”.

En otro lugar (Simón, 2007), yo he definido *mindfulness* como “la capacidad humana universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento”.

Hay que resaltar ese aspecto de “capacidad básica”, pues la posibilidad de atender a los contenidos mentales siempre ha estado ahí y, de hecho, ha sido utilizada por los seres humanos a lo largo de su historia, en mayor o menor medida. La novedad es que ahora nos estamos haciendo especialmente conscientes de ella y es posible que también comencemos a utilizarla más, lo cual traería consigo importantes y beneficiosos cambios para nuestra supervivencia y para nuestra evolución como especie, una especie que habita un planeta que parece estar quedándosele pequeño.

Fijémonos por un momento en lo que quiere decir estar atentos al contenido de la

mente. Los contenidos de la mente pueden ser muy variados, pero su repertorio es, de todas formas, restringido (Siegel, 2010). En la mente, en un momento dado, podemos encontrar información procedente de los cinco órganos de los sentidos tradicionales, información procedente del interior del propio cuerpo e información procedente de la propia mente (que, a su vez podríamos subdividir en varios tipos, como pensamientos, emociones, imaginaciones...). En cualquier caso, ese repertorio es limitado, pero lo importante es que cuando nos encontramos en atención plena, nos damos cuenta de la actividad mental que en ese momento estamos experimentando. Es decir, que somos conscientes de cuál es el contenido de la mente en ese momento y, además, de que lo que estamos experimentando es un contenido de la mente.

Voy a poner un sencillo ejemplo. Si el lector que recorre con sus ojos estas líneas, además de enterarse de su significado, se hace consciente de que está leyendo, en ese momento, entra en *mindfulness* o atención plena. Sería algo así como decir: “en este momento estoy leyendo este artículo”. Ese “ser consciente” de cuál es el contenido de la conciencia, en el momento, es el núcleo de la atención plena. Por supuesto, cualquier otra actividad es susceptible de hacerse plenamente consciente (siempre que nos encontremos en estado de vigilia). Así, podemos ser conscientes de que estamos cocinando, o conduciendo, o llorando, o hablando o escuchando. Teóricamente, por lo tanto, la atención plena es un estado que puede ser mantenido ininterrumpidamente durante la vigilia, aunque ese extremo resulte, en general, bastante difícil de alcanzar para la mayoría de seres humanos actuales.

Una de las consecuencias de mantenerse en atención plena es que se va tomando conciencia de la propia conciencia. Es decir, que además de ser consciente de los contenidos de la conciencia, poco a poco, con la práctica, vamos haciéndonos plenamente conscientes de que la conciencia y sus contenidos son dos cosas diferentes. Habitualmente, la mayoría de seres humanos vivimos identificados con los contenidos de la conciencia. Con la práctica continuada de la atención plena, vamos dándonos cuenta de que lo que permanece no son los contenidos, que cambian constantemente, sino la propia conciencia, que siempre se encuentra en la base de la experiencia.

Esta práctica de prestar atención a los contenidos de la conciencia, sean cual sean, en un momento dado, es el eje de la práctica de *mindfulness*. El monje tailandés Ajahn Chah decía: “Aparezca lo que aparezca (en la mente), simplemente, obsérvalo”. Yo suelo llamar a esta recomendación la “instrucción fundamental”, ya que es lo primero que debemos hacer si queremos practicar la atención plena. Ahora bien, esta instrucción fundamental hay que desarrollarla con una determinada actitud que no resulta fácil de describir. Uno de los elementos centrales que definen a la actitud apropiada es la aceptación de la realidad que ya existe y que estamos observando en ese momento. Es frecuente que al observar un hecho determinado surja en nosotros una actitud de rechazo, de repulsa o de rebeldía. Es lo que se llama “resistencia”. Pues bien, la aceptación es lo contrario de la resistencia. Es permitir o dejar que las cosas sean tal como son en el momento presente. Es alinearse con la realidad en la forma que adopta en este momento y decir sí a lo que ya es. Lo cual no quiere decir que no sea posible tra-

tar de cambiar las cosas en un futuro (muchas veces se confunde la aceptación con resignación, pero son cosas completamente distintas).

Otro de los componentes de la actitud es el abstenerse de juzgar aquello que se observa. Suspendemos el juicio y si un juicio aparece de manera involuntaria en la mente (como suele ser el caso) no nos implicamos en él, no seguimos su dictado. Dejamos que pase y simplemente lo observamos.

La actitud apropiada en *mindfulness* implica también lo que suele llamarse mente de principiante, cuya esencia es la curiosidad y la apertura mental ante lo que percibimos y experimentamos. La idea es que seamos capaces de ver las cosas como si fuera la primera vez que las viéramos, esto es, desprovistas de la distorsión que las huellas de nuestra experiencia impone sobre los mecanismos perceptivos. Pessoa (1987) escribió que hubiera deseado, refiriéndose a las cosas, “poder verlas con la expresión que tienen separadamente de la expresión que les ha sido impuesta”. O, si queremos expresarlo de manera científica, podemos emplear las palabras de Siegel (2007), quien dice que “*mindfulness* conlleva la disolución de las influencias del aprendizaje previo sobre la sensación del presente”.

La actitud perteneciente a *mindfulness* conlleva el vivir plenamente el presente, lo cual significa que el pasado y el futuro se nos van haciendo innecesarios. De ahí que se hable de no esforzarse, de no vivir prometiéndonos satisfacciones en metas imaginadas que pensamos alcanzar en el futuro, mientras nos estamos perdiendo el saborear la vida que tiene lugar ahora, en el presente. En ese sentido, Aldous Huxley (1989) escribió: “No hay necesidad de ir a ninguna parte. Ya estamos todos allí”.

Un aspecto muy importantes de la actitud *mindful* es el de **soltar**, que quiere decir el no aferrarse a las cosas o a las experiencias. Es la actitud que espontáneamente se adopta cuando caemos en la cuenta de que todas las cosas son impermanentes y de que cualquier fenómeno del mundo en que vivimos tiene un comienzo, una duración determinada y un final, incluyendo nuestra propia vida. El aferrarse a cosas caducas, que han de pasar inevitablemente, sólo puede provocar un nuevo sufrimiento o incrementar el ya existente.

En esta breve enumeración de las características de la actitud *mindful* no puede faltar su aspecto afectivo, ya que *mindfulness* no es sólo un fenómeno cognitivo relacionado con la atención. Para que la observación pueda considerarse *mindful*, ha de estar acompañada de una actitud de amor o de cariño hacia el objeto observado. Una observación muy intensa, pero desprovista de afecto, no se considera *mindful*. *Mindfulness* requiere una disposición afectiva positiva hacia el objeto observado. Como dice Pema Chodron (2003), “todo el proceso de la meditación consiste en crear una buena base, una cuna de bondad amorosa, en donde podamos ser nutridos”.

El cultivo de la bondad amorosa (*loving-kindness* en inglés, *metta* en pali) tiene honradas raíces en la tradición budista y en ella es posible encontrar varias prácticas que desarrollan este aspecto de la conciencia plena y que actualmente se están incorporando a las técnicas terapéuticas basadas en *mindfulness* que se utilizan en la psicología clínica occidental. Dichas prácticas se han desarrollado en occidente en torno a los ejercicios que se llaman “*metta*”, cuando lo que se cultiva es la bondad amorosa, y “compasión” (no confundir con “lástima”),

cuando esa bondad amorosa se dirige a personas que experimentan cualquier tipo de sufrimiento. La compasión puede dirigirse hacia otras personas o hacia sí mismo, en cuyo caso se llama “auto-compasión”. Aunque la extensión de este escrito no me permite adentrarme en este tema de manera proporcional a su importancia, sí que quiero señalar algunos autores que lo han tratado de manera especializada y amplia y en los que el lector puede recabar la información que necesita. Sobre *metta*, puede leer a Sharon Salberg y a Pema Chodron. Y en el tema de auto-compasión, a Kristin Neff y a Christopher Germer. En la bibliografía se citan obras representativas de cada uno de estos autores.

Tras esta breve descripción de lo que es *mindfulness*, voy a explicar cuál es su relación con la psicoterapia y el por qué de la importancia creciente que se le reconoce en la relación terapéutica.

Mindfulness en la relación terapéutica

En la actualidad somos conscientes de que en la efectividad de una psicoterapia resulta más importante la relación que se establece entre el paciente y el terapeuta que el propio tipo de intervención que el terapeuta utiliza (Lambert y Ogles, 2004). De ahí la importancia de identificar qué elementos son cruciales para que una relación terapéutica sea efectiva. En este sentido, muchos investigadores apuntan a *mindfulness* como “el ingrediente esencial en las diversas modalidades de terapia” (Germer, 2005). Y Fulton (2005) afirma que “... la práctica de *mindfulness* puede ser un recurso sin explotar para entrenar a terapeutas de cualquier orientación teórica, ya que ofrece a los terapeutas un instrumento para influir

sobre los factores que más explican el éxito del tratamiento”. Daniel Siegel (2010) llega a afirmar que “la práctica de la atención plena puede considerarse el entrenamiento básico para la mente de cualquier terapeuta”. Veamos por qué puede afirmarse que *mindfulness* es el entrenamiento básico para la mente de un terapeuta.

Antes decía que una de las consecuencias de mantenerse en atención plena es que se va tomando conciencia de la propia conciencia. Cuando somos conscientes de la conciencia nos encontramos en el estado que podríamos llamar de presencia. En ese estado, precisamente porque nos damos cuenta de que no somos los contenidos de la conciencia, estamos abiertos a lo que se manifiesta en la conciencia. Hemos creado un espacio en el que dejamos que los contenidos aparezcan, se modifiquen y desaparezcan. Hay apertura y flexibilidad. No estamos cerrados ni rígidos, sino flexibles y abiertos a lo que pase. Como dice Siegel (2010), “la presencia es un estado de receptividad activa”. La presencia se crea con la receptividad y se destruye con la reactividad.

Para que la relación terapéutica sea realmente tal, hemos de comenzar por encontrarnos en estado de presencia, esta vez dirigido hacia el paciente. Estamos presentes con él o ella y abiertos a su experiencia de manera incondicional. Estamos abiertos precisamente porque no sabemos lo que vamos a encontrar, lo que se nos va a comunicar.

Sobre la base de esa presencia puede producirse la sintonía. Siegel (2010) define a la sintonía cómo el proceso en el que “focalizamos nuestra atención en otros y llevamos su esencia a nuestro propio mundo interno”. En la sintonía podemos distinguir tres

fases. La primera es una fase perceptiva, en la que nuestras neuronas en espejo perciben las señales del otro y ponen en marcha una serie de patrones de descarga que afectan a estructuras subcorticales y que acaban traducándose en cambios corporales relacionados con las señales procedentes de la otra persona. En una segunda fase, que podemos llamar de “interocepción”, estos estados corporales y subcorticales ascienden en el sistema nervioso y son representados, primero en la ínsula posterior (que crea un mapa primario de la situación) y luego en la ínsula anterior (Siegel, 2010), que crea un mapa secundario o meta-mapa. La representación en la ínsula anterior comienza a proporcionarnos algo de “distancia” de los mapas neurales de nuestro estado corporal. Y cuando esos mapas llegan a la corteza cingulada anterior y a la prefrontal media (en esto consiste la tercera fase), atribuimos esos estados percibidos a la otra persona (o a nosotros mismos, si el origen de la información procedía de nuestras propias vivencias).

La presencia y la sintonía son pasos previos a la producción de la resonancia. La resonancia “es el acoplamiento de dos entidades autónomas en un todo funcional” (Siegel, 2010). Terapeuta y paciente quedan unidos o conectados formando un todo, aunque ambos, a la vez, permanecen diferenciados. Acoplados, pero diferenciados. Podría compararse a un baile. La pareja se mueve de manera conjunta, pero cada uno permanece diferenciado del otro. En esas circunstancias el paciente se “siente sentido”. El terapeuta utiliza sus propias sensaciones corporales como fuente de conocimiento en la relación terapéutica, ya que siente los sentimientos del otro, pero no se convierte en el otro.

Lo que hace que la relación terapéutica y *mindfulness* se encuentren tan unidas es que los mismos circuitos nerviosos que participan en la creación de la sintonía y de la resonancia son los que se activan en *mindfulness*. Podría decirse que *mindfulness* es una resonancia intra-personal, mientras que en la relación terapéutica la resonancia es de carácter inter-personal (Siegel, 2007). Por eso, cuando practicamos *mindfulness* nos estamos preparando, de alguna manera, para hacer terapia y cuando hacemos terapia, estamos incrementando nuestra capacidad de practicar *mindfulness*. En ambas situaciones estamos poniendo en marcha parte de una misma maquinaria neuronal. Los paralelismos y afinidades no acaban ahí, pero la limitación del espacio disponible me obligan a dejar la descripción en este punto. Recomiendo al lector la lectura de “The Mindful Therapist”, de Daniel Siegel.

Antes de terminar este apartado, he de precisar que, además de su relevancia en la relación terapéutica, existe otro aspecto, no menos importante quizá, que hace que *mindfulness* sea fundamental para la psicoterapia. Me refiero a que determinados aspectos de *mindfulness* pueden ser enseñados a los pacientes, convirtiéndose así en una herramienta terapéutica, con independencia del beneficioso papel que pueda desempeñar en la relación terapeuta/paciente. Enseñarles a los pacientes a practicar ellos mismos la atención plena y a utilizar su capacidad de flexibilizar y de proporcionar energía a la mente, son poderosos instrumentos terapéuticos que hay que adaptar a la patología concreta que sufre cada paciente. Me refiero a los diversos enfoques terapéuticos que utilizan *mindfulness*, como la “Reducción del Estrés Basada en *Mindfulness*” (MBSR

ó REBAP), La “Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness*”, la “Terapia Dialéctica Comportamental”, la “Prevención de Recaídas Basada en *Mindfulness*”, etc. Este es, quizá, el aspecto más conocido y por eso lo he relegado a un segundo plano en aras de la brevedad. El lector interesado deberá acudir a la abundante bibliografía que se publica sobre el tema. Le recomiendo que consulte, por ejemplo, la siguiente página web: <http://www.mindfulexperience.org/>

***Mindfulness* en la investigación básica**

La clínica no es el único ámbito en el que *mindfulness* se está manifestando como un instrumento revolucionario. La disponibilidad y perfeccionamiento crecientes de las técnicas de neuroimagen hacen que nuestros conocimientos sobre lo que sucede en el cerebro cuando meditamos estén creciendo sin cesar y no hacen sino confirmar que la actividad mental propia de la práctica de *mindfulness* es capaz de cambiar significativamente el cerebro.

Las técnicas neurobiológicas, aplicadas al cerebro que medita, están dejando entrever que la práctica continuada produce cambios cerebrales que permanecen y que los estados mentales producidos se van transformando poco a poco en nuevos rasgos de personalidad. Como yo decía en otro lugar (Simón, 2007): “*La concentración de la atención momento a momento, que al principio exige un esfuerzo considerable, (persistir, por ejemplo, en la atención a la respiración, evitando constantemente la intrusión de pensamientos o emociones), con el tiempo se va convirtiendo en un hábito automático, que no requiere apenas esfuerzo. Esta transición desde la atención al presente con esfuerzo, a la atención al pre-*

sente sin esfuerzo es lo que separa al principiante del meditador experimentado”.

Esta transición del esfuerzo al hábito se corresponde con la producción de cambios cerebrales que hoy día ha sido posible demostrar. Sara Lazar y cols. (2005), del Massachusetts General Hospital, demostraron que ciertas partes de la corteza cerebral de personas que habían practicado meditación *vipassana* durante varios años, presentaban un mayor grosor que las áreas correspondientes de un grupo control adecuado que carecía de esa experiencia meditadora. La demostración de modificaciones estructurales en el cerebro es importante; pues, nos indica que la práctica es capaz de provocar cambios bastante duraderos en el cerebro y no sólo modificaciones transitorias.

Los cambios de plasticidad parecen producirse a través de tres mecanismos principalmente (Siegel, 2010): Un fortalecimiento de las conexiones sinápticas entre neuronas (sinaptogénesis), el crecimiento de nuevas neuronas (neurogénesis) y el incremento de las vainas de mielina que rodean a los axones y determinan su velocidad de conducción (mielinogénesis). La acción conjunta de todos estos cambios resulta en un aumento en la actividad de los circuitos implicados, con lo que se incrementa extraordinariamente la comunicación entre determinadas zonas cerebrales y, en consecuencia, se potencian algunas funciones en detrimento de otras.

El estudio de los efectos de la práctica de *mindfulness* se encuentra todavía en sus comienzos y en los próximos años veremos sin duda la aparición de hallazgos muy importantes que nos proporcionarán luz, no sólo sobre *mindfulness*, sino sobre el funcionamiento del cerebro en general.

No quiero cerrar este apartado sin mencionar otra línea de investigación básica que parece muy prometedora. Me refiero a los estudios que relacionan la practica de la meditación con la longitud de los telómeros. Los telómeros son los extremos de los cromosomas y contienen cadenas de ADN muy repetitivas, que no tienen una función codificadora, sino que sirven para proteger la estabilidad del cromosoma, de manera similar a como protegemos (para que no se deshilachen) los cordones de los zapatos con pequeños cilindros de plástico. Lo que sucede es que con el paso de los años (y también debido a las vivencias estresantes), los telómeros se van acortando y degradando, lo cual forma parte del proceso del envejecimiento. Elisabeth Blackburn es una investigadora de la Universidad de California, San Francisco (UCSF), que recibió el Premio Nobel de Medicina de 2009 por su descubrimiento de la telomerasa, un enzima que contribuye a formar el ADN de los telómeros, alargándolos, con lo cual previene el envejecimiento. Actualmente, Blackburn se encuentra investigando si la meditación, por su efecto reductor del estrés y favorecedor de los estados mentales positivos, puede tener efectos saludables sobre la longitud de los telómeros (Epel y cols., 2009). Aunque todavía no pueden hacerse afirmaciones definitivas, los primeros resultados son alentadores.

El futuro de *mindfulness*

El incremento de publicaciones que comentaba al principio parece ser el mejor predictor de lo que va a suceder en los próximos años con el fenómeno *mindfulness*. En los dos campos que he comentado brevemente, el de la psicología clínica y el de la investigación básica, podemos esperar que

este incremento se acentúe y que, cada vez más, las técnicas que incluyen algún tipo de práctica de *mindfulness*, se apliquen a un mayor número de patologías y se estudie cuáles son las situaciones clínicas en las que su utilización resulta más beneficiosa.

Un terreno en donde *mindfulness* parece estar creciendo con gran rapidez es el de su aplicación en niños, tanto con finalidad terapéutica como educadora. Recientemente, se han publicado varios libros que se ocupan de este tema en la infancia. Algunos de sus autores son: Fontana y Slack (2007), Greenland (2009), Roegiers (2010) y Willard (2010). El lector puede consultar las referencias al final del artículo.

De todas maneras, quisiera subrayar que el fenómeno *mindfulness* no ve limitado a su interés a un campo concreto del conocimiento, como puede ser la psicología, la medicina, la neurobiología o la pedagogía. La atención plena está teniendo, y va a tener, un impacto general en la población, ya que supone la puerta de entrada en grandes sectores de la misma de una forma diferente de vivir la vida, de una manera distinta de ser conscientes. *Mindfulness* es una vía que puede abrir paso a un cambio del estado de conciencia, no sólo a nivel individual, sino también a nivel colectivo.

Referencias

- Black, D. S. (2009). *Hot Topics: A 40-year publishing history of mindfulness*. *Mindfulness Research Monthly*, 1(5); 1.
- www.mindfulexperience.org
- Chah A. (2004). *A Still Forest Pool*. Quest Books: Wheaton.
- Chodron, P. (2003). *The Wisdom of No Escape*. Element: London.
- Chödrön, P. (2001). *Tonglen: The Path of Transformation*. Vajradhatu Publications: Halifax.
- Epel, E., Daubenmier, J., Tedlie, J., Folkman, S. y Blackburn, E. (2009). *Can Meditation Slow Rate of Cellular Aging? Cognitive Stress, Mindfulness, and Telomeres*. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1172: 34–53.
- Fontana, D. y Slack, I. (2007). *Teaching Meditation to Children: The Practical Guide to the Use and Benefits of Meditation Techniques*. Watkins Publishing: London.
- Fulton, P. R. (2005). *Mindfulness as Clinical Training*. En: Germer C K, Siegel R D y Fulton P R. (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Germer, C. K. (2005). *Mindfulness; What Is It? What Does It Matter?* En: Germer C K, Siegel R D y Fulton P R. (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Germer, C. K. (2009). *The Mindful Path to Self-Compassion*. New York: The Guilford Press.
- Greenland, S. K. (2009). *The Mindful Child: How to Help Your Kid Manage Stress and Become Happier, Kinder, and More Compassionate*. Simon and Schuster.
- Huxley, A. (1989). *Island*. HarperPerennial: London.
- James, W. (1950). *The Principles of Psychology*. Dover Publications: New York.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you are, there you go*. Hyperion: New York
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). *The efficacy and effectiveness of psychotherapy*. En: M J Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T., McGarvey, M., Quinn, B. T., Dusek, J. A., Benson, H., Rauch, S. L., Moore, C. I. y Fischl, B. (2005). *Meditation experience is associated with increased cortical thickness*. *Neuroreport*, 16(17): 1893-1897.
- Neff, K. D. (2003). *Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself*. *Self and Identity*, 2: 85–101.
- Pessoa, F. (1987). *El libro del desasosiego*. Seix Barral: Barcelona.
- Roegiers, M. (2010). *Take the Time: Mindfulness for Kids*. Magination Press. (APA).
- Salzberg, S. (1997). *Amor incondicional*. Edaf: Madrid.
- Siegel, D. J. (2010). *Cerebro y mindfulness*. Paidós: Barcelona.
- Siegel, D. J. (2010). *The Mindful Therapist*. Norton: New York.
- Siegel, R. D., Germer, C. K. & Olendzki, A. (2009). *Mindfulness: What Is It? Where Did It Come From?* En: Didonna,

F. Clinical Handbook of Mindfulness. Springer: New York.

Simon, R. (2007). *The Top Ten. Psychotherapy Networker*, March/April. <http://www.psychotherapynetworker.org/component/content/article/219-the-top-10>

Simón, V. M. (2007). *Mindfulness y Neurobiología*. Revista de Psicoterapia, XVII (65); 5-30.

Willard, C. (2010). *Child's Mind: How Mindfulness Can Help Our Children Be More Focused, Calm, and Relaxed*. Parallax Press: Berkeley.

Fecha de recepción: 25/10/2010

Fecha de aceptación: 16/11/2010

Acercamiento al sufrimiento a través del *counselling*

Pilar Barreto

Universitat de València

José Luis Díaz

Hospital Clínico Universitario, Valencia

Gloria Saavedra

Hospital de la Magdalena. Castellón

Si el objetivo principal de los cuidados de la salud es aliviar el sufrimiento con el fin de conseguir el mayor bienestar posible para el paciente, su familia y los profesionales, quizá la primera pregunta que nos deberíamos formular es cómo llevar a cabo este cuidado de manera efectiva y eficiente para todos. Esta eficiencia y efectividad sólo puede entenderse cómo la búsqueda incondicional de la excelencia, y ésta a su vez, sólo puede entenderse desde la relación entre la calidad y la ética. El punto de encuentro de estos dos conceptos, ética y calidad, es precisamente la teoría de la excelencia. No hay calidad posible sin búsqueda de excelencia y la promoción de la excelencia es el propio objetivo de la ética¹.

En la práctica clínica diaria, la relación del médico con el enfermo está vinculada continuamente a situaciones en las que el sanitario tiene que informar a la persona que acude a él si está o no enfermo, de la gravedad de la situación, de las alternativas a seguir y de un largo etcétera, vinculados todos ellos a altos niveles de incertidum-

bre, y dónde la persona que sufre considera que la persona que le está atendiendo sabe perfectamente qué le pasa y las posibles soluciones. Esta comunicación difícil requiere de la puesta en práctica del sentido crítico y la prudencia, imprescindibles para la reflexión previa, a través de la deliberación como proceso dialógico y considerando en condiciones de simetría moral los valores de los pacientes². Esto es precisamente lo que ha cambiado en los últimos años. Es inútil comunicarse o tomar decisiones sólo a la vista de los hechos. En el ámbito sanitario, en toda comunicación, hasta la más sencilla, se incluyen valores. Sin la consideración de los mismos, la comunicación entre sanitario y paciente nunca podrá ser de calidad. Además, se trata de valores “especiales”, que tienen que ver con el malestar y el bienestar, con la salud y la enfermedad, con la vida y la muerte. Si no se consideran estos valores vitales no podríamos ni siquiera considerar “humana” la comunicación sanitario-paciente.

El *counselling* es uno de los caminos que facilita esta aproximación y posibilita el

¹Gracia D. *Calidad y excelencia en el cuidado de la salud*. En: Lolas F (Ed.) *Bioética y cuidado de la salud*. Equidad, calidad, derechos. Santiago de Chile, 2000. Programa Regional de Bioética, OPS-OMS. Serie Publicaciones, 2000.

²Arranz P, Bayés R, Barreto P, Cancio H. *Deliberación moral y asesoramiento*. *Med Clin (Barc)* 2002; 118 (12): 479.

manejo de la situación con el menor daño emocional posible para los enfermos, familiares y profesionales sanitarios^{3,4}, a través de una adecuada coordinación entre conocimientos, habilidades y actitudes y con la premisa básica de considerar el sufrimiento del paciente como un asunto esencialmente personal y dependiente de sus creencias, valores, expectativas y atribuciones, actitudes y emociones.

El respeto a la individualidad y multidimensionalidad, la sensibilidad ante el sufrimiento y el compromiso con el desarrollo de una vida humana digna configuran el marco de acción que permite la promoción de la salud en sentido amplio y minimiza el riesgo de manipulación de la relación⁴. Rogers, uno de los indudables promotores del counselling señala como actitudes básicas la empatía, la veracidad y la aceptación incondicional. La empatía permite la disposición y habilidad para comprender y transmitir comprensión a la persona que se acompaña, a través del entendimiento de la situación vital en que se encuentra y necesita cambiar respetando su punto de vista. La congruencia y veracidad, consiste en expresar con sinceridad que se siente solidaridad con el sufrimiento del otro y que de verdad se pretende ayudar con todas las herramientas a su alcance y requiere un sólido asentamiento en valores por parte del profesional que presta la ayuda. Evidentemente, este proceso le implica un riesgo; pues, el compromiso con el sufrimiento puede generar malestar en el profesional,

sin embargo, permite una praxis que proporciona mayor satisfacción personal que la mera aplicación técnica y conocimientos. Su práctica facilita el establecimiento de una relación de confianza significativa que permite y facilita la promoción futura del bienestar en la otra persona. Finalmente, la aceptación incondicional resalta la importancia de aceptar, sin juicios de valor y sin reservas la biografía de la otra persona, su estilo de vida y sus comportamientos.

El counselling, además, se sustenta en habilidades relacionales, fundamentalmente las de comunicación asertiva, el planteamiento de solución de problemas, la capacidad de control de emociones y la provisión de soporte emocional.

La comunicación asertiva permite un verdadero diálogo en el marco de una relación deliberativa y un soporte emocional. Se trata de habilidades muy útiles y eficaces, pero no siempre bien entrenadas y frecuentemente poco desarrolladas en aquellos ámbitos en los que la persona se encuentra en situaciones límite, como el afrontamiento de la propia muerte o la de un ser querido.

Las **habilidades personales de autorregulación** o control emocional facilitan al profesional reaccionar en función de sus valores y no actuar desde la impulsividad, la costumbre o el miedo.

Y las **habilidades para la solución de problemas** son un método muy utilizado en los ámbitos de planificación de los cuidados en enfermería, en la ética clínica, así como en el campo de la psicología. Facilita la toma de decisiones, muchas veces compleja, en múltiples situaciones relacionadas con el final de la vida.

Proporcionar **soporte emocional** desde la acogida implica motivar al cambio desde la

³ Bayés R. *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca, 2001.

⁴ Arranz P, Barbero J, Barreto P y Bayés, R. *Soporte emocional en cuidados paliativos: modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel. 2003.

persuasión sin imponer ni dar consejos no solicitados que habitualmente son disonantes con el estado de ánimo de la persona. Esto nos sitúa en la línea del diálogo socrático defendido desde las teorías cognitivas de corte clásico⁵. Los puntos básicos para la provisión de soporte emocional serían:

- Reconocer, por parte del profesional, las propias emociones con el fin de entenderlas, asumirlas y dirigir las en la dirección adecuada.
- Fomentar en el profesional la reflexión antes de actuar y el control de las reacciones impulsivas propias de la idiosincrasia o transmitidas culturalmente.
- Entender y contener las reacciones emocionales de las personas. Aceptar el impacto emocional, facilitar sus manifestaciones, activando la empatía y la escucha activa, respetando los silencios y el llanto y manteniendo la proximidad física.
- Ayudar a que la persona se entienda, compartiendo la carga emocional e incidiendo en la naturalidad y normalidad de sus reacciones en la situación en la que se encuentra.
- Confrontar las emociones desde la empatía para que, a través de la información y la reflexión, pueda dar nuevos significados y cambiar de perspectiva sobre los problemas o decisiones que ha de tomar.
- Ayudar a descubrir sus propias estrategias adaptativas y potenciar sus recursos para disminuir la percepción de amenaza de su situación.

- Buscar y activar apoyos familiares y sociales en su entorno próximo.
- En caso de que el estado de ánimo presentase acusadas características ansiosas o depresivas, sería necesario solicitar la intervención de un especialista para tratar de mejorar dicho estado mediante tratamientos específicos psicológicos y/o farmacológicos.

En síntesis, dar apoyo emocional implica no hacer suposiciones previas, identificar qué es lo que el paciente ya sabe antes de informar, ayudarlo a clarificar información y rectificar si el paciente posee información errónea, preguntar qué es lo que desea saber, no informar precipitadamente y guardar la información, buscar un lugar con intimidad donde el paciente y familia puedan expresar lo que sienten, facilitar que el paciente pueda estar con los seres queridos que desee en momentos difíciles, anticipar las malas noticias, promover esperanzas realistas aunque no sean curativas, respetar los silencios, explorar necesidades después del impacto emocional, respetar las decisiones y explorar recursos y posibles apoyos^{4,6,7}. Estas consideraciones hacen que, a pesar de la fatal noticia, los pacientes y familiares valoren positivamente la atención recibida después del proceso de comunicación de malas noticias y manifiesten estar satisfechos con el modo de recibirlas. Los pacientes valoran extremadamente el modo de transmitir la información relacionada

⁵ Beck JS. *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Madrid: Gedisa. 2000.

⁶ Bayés R, Arranz P, Barbero J, Barreto MP. *Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa*. Medicina Paliativa 1996; 3:114-21.

⁷ Arranz P, Cancio H. *Counselling: Habilidades de información y comunicación con el paciente oncológico*. En: Gil F, editor. *Manual de Psicooncología*. Madrid: Nova Sidonia, Inc.; 2000. p. 39-56.

con su salud y están más satisfechos cuando sienten que los médicos están involucrados en sus cuidados y cuando no perciben que éstos tienen poco tiempo para discutir acerca de sus tratamientos⁸.

Este apoyo emocional, junto con una información acorde a las necesidades del paciente, se considera como elementos indispensables en la promoción del bienestar⁹⁻¹¹. La información es un recurso que debería formar parte del cuidado estándar y ofrecerse de forma permanente¹², ya que no se trata de un acto puntual sino que tanto los pacientes como los familiares tienen una necesidad continua de información. En este sentido, el tiempo que los profesionales dedican a los pacientes en cada consulta está relacionado con los planes de tratamiento consensuados mutuamente y con la satisfacción del propio paciente¹³. Sin embargo, como afirman Mossman & Slevin¹⁴ la puesta en marcha de este recurso pasa por

concienciar a los profesionales de lo conveniente que es una comunicación adecuada y enseñarles a hacerlo de una manera eficaz, y aunque siempre se ha mantenido que los médicos suelen caracterizarse por un optimismo sesgado, ofreciendo a los pacientes tratamientos cuyo beneficio esperado es mínimo, los datos apuntan que los pacientes, por sí mismos, son considerablemente más entusiastas¹⁵. De hecho, las actitudes del paciente hacia el tratamiento cambian drásticamente cuando reciben un diagnóstico grave, aceptando cualquiera que les reporte un posible beneficio, por mínimo que éste sea en cuanto a supervivencia. En este sentido, los beneficios percibidos por el paciente en relación al tratamiento se encuentran en la capacidad por parte del médico de fomentar esperanza¹⁶.

La ausencia de una comunicación adecuada médico-paciente, junto con la tendencia de los pacientes a no manifestar sus propias necesidades, y sobre todo las relativas a lo emocional¹⁶, conlleva que las decisiones sobre opciones de tratamiento se tomen bajo criterios mayoritariamente médicos, obviando la propia voluntad del paciente. De este modo y acorde a los resultados de un estudio realizado por Kaplan y cols.¹⁷, los modelos sobre toma de decisiones que tienen en cuenta el punto de vista del paciente constituyen un válido y fiable indi-

⁸ Robbins JA, Bertakis KD, Helms U, Azari R, Callahan EJ, Creten DA. *The influence of physician practice behaviors on patient satisfaction*. *Fam Med* 1993; 25:17-20.

⁹ Spiegel D. *Group Therapy and Survival in Breast Cancer*. *N Engl J Med* 2001; 345:1767-1768.

¹⁰ Tschuschke V, Hertenstein B, Arnold R, Bunjes D, Denzinger R, Kaechele H: *Associations between coping and survival time of adult leukemia patients receiving allogeneic bone marrow transplantation: results of a prospective study*. *J Psychosom Res* 2001; 50:277-285.

¹¹ Fallowfield L, Jenkins V: *Communicating sad, bad, and difficult news in medicine*. *Lancet* 2004; 363: 312-319.

¹² Mossman J, Boudioni M, Slevin ML. *Cancer information: a cost-effective intervention*. *Eur J Cancer* 1999; 35 (11):1587-91.

¹³ Mossman J, Slevin M. *Psychosocial Oncology: the state of the art at the end of the millennium*. *Eur J Cancer* 1999; 35 (11):1553.

¹⁴ Slevin ML, Stubbs L, Plant HJ, Wilson P, Gregory WM, Armes PJ, et al. *Attitudes to chemotherapy: comparing views of patients with cancer with those of doctors, nurses, and general public*. *Brit Med J* 1990; 300:1458-60.

¹⁵ Slevin ML. *Quality of life: philosophical question or clinical reality?* *Brit Med J* 1992; 305:466-9.

¹⁶ Barry CH, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. *Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study*. *Brit Med J* 2000; 320 (6):1246-50.

¹⁷ Kaplan SH, Greenfield S, Gandek B, Rogers WH, Ware JE, Jr. *Characteristics of physicians with participatory decision-making styles*. *Ann Intern Med* 1996;124(5):497-504.

cador de la calidad de los cuidados o programas interdisciplinarios, existiendo una correlación significativa con la satisfacción del paciente. Así mismo, el uso de modelos participativos de toma de decisiones está directamente asociado a una mayor experiencia clínica por parte del médico, a un entrenamiento previo en comunicación difícil y a una mayor satisfacción con la propia autonomía^{18,19}.

Tanto los pacientes como los profesionales sanitarios, como las instituciones privadas o públicas de asistencia, han entrado en una producción normativa y jurídica cuya complejidad es ya materia de expertos y hace de la comunicación con el enfermo y las decisiones clínicas un tema difícil, en ocasiones con intereses contradictorios y que en situaciones extremas requiere elementos de ayuda y orientación. En este ámbito han aparecido elementos como los comités de ética, los consentimientos informados, testamentos vitales, etc., que ya son materia de manejo ordinario, que se considera que su conocimiento por los profesionales es obligatorio y que permiten un cumplimiento y seguimiento de los intereses de los pacientes, del respeto a su autonomía y de sus derechos humanos, etc.

Evidentemente, todas estas habilidades relacionales junto a las actitudes expuestas anteriormente no pueden tener lugar sin una base firme de conocimientos acerca de los problemas específicos que se están atendiendo y que son inherentes a la pro-

pia profesión, y es importante constatar que el profesional también tiene derecho a que se respeten sus planteamientos e incluso a que en la toma de decisiones se vea asesorado por expertos, en casos de objeción de conciencia, o conflictos en los que en última instancia cabe la consulta al estamento jurídico, juez, magistrados, etc²⁰. Y es que, cada vez hay más evidencia de que, la opinión sobre las necesidades de información y comunicación es diferente en pacientes, familiares y personal sanitario. Mientras que algunos profesionales del manejo clínico directo expresan la necesidad de distanciarse emocionalmente de los enfermos y centrarse en la enfermedad orgánica, los pacientes oncológicos presentan demandas en sentido contrario²¹. En un estudio realizado con 74 médicos y 814 pacientes²², los autores evaluaron la importancia asignada a algunos aspectos relacionados con la atención médica. El estudio incluyó variables como las habilidades clínicas del médico, las habilidades de comunicación, la presencia de personal de apoyo, la participación del paciente en la provisión de información, las instalaciones sanitarias y la coordinación del equipo. Aunque los índices de importancia asignados eran mayores en los pacientes que en los médicos en todas las variables, los pacientes y los médicos coincidieron en que el elemento más importante de la atención sanitaria es la habilidad clínica por parte del médico.

¹⁸ Ware JE Jr. *Behavioral consequences of consumer dissatisfaction with medical care*. Eval Program Plann. 1983; 6:291-7.

¹⁹ McNutt RA. *Shared medical decision making: problems, process, progress*. JAMA 2004; 292(20):2516-8.

²⁰ Tom L. Beauchamp, James F. Childress. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson S.A.; 1999.

²¹ Novell AJ, Navarro MD, Salvatierra Y, Cirera M, Artelis JJ. *Necesidad y demanda del paciente oncológico*. Barcelona: FUNDSIS; 2003.

²² Centeno Cortés C, Núñez Olarte JM. *Estudios sobre la comunicación del diagnóstico del cáncer en España*. Med Clíin 1998; 110(19):744-50.

Sin embargo, no estaban de acuerdo acerca de la importancia relativa de otros aspectos del cuidado, especialmente en cuanto al modo de proporcionar información relacionada con la salud. Las habilidades de comunicación fueron el segundo aspecto más importante para los pacientes, mientras que los médicos la pusieron en el sexto lugar. Concretamente y en relación a las habilidades de comunicación, los pacientes le dieron mucha más importancia que los médicos a que éste proporcionase información a su familia cuando lo necesitase, que no tomase notas mientras hablaba con el paciente, que explicara detalladamente los resultados de las pruebas y por qué se habían realizado, que preguntase al paciente qué familiar le gustaría que estuviese con él durante la visita, que el médico se asegurase de que el paciente había entendido la información y que los tiempos en la sala de espera fueran menores.

La provisión de información no es una tarea sencilla para el personal sanitario. Cada paciente necesita una información diferente, no todas las personas quieren conocer todos los aspectos relacionados con su enfermedad, algunas incluso no quieren conocer nada delegando en su familia las decisiones, otras prefieren un enfoque optimista de su situación y otras todo lo contrario²³. Sin embargo, existe una variable común en todas las personas que se encuentran en una situación de alta vulnerabilidad física y emocional. Todos los pacientes necesitan apoyo emocional independientemente de cuáles sean sus preferencias y sus deseos.

En un estudio realizado en 2010²⁴, los pacientes que consideraron que en el proceso de información fueron atendidas sus emociones presentaron menores niveles de ansiedad hasta el mes del alta hospitalaria y menores niveles de depresión después de la confirmación del diagnóstico. Asimismo, los pacientes más satisfechos con la atención fueron aquellos que se sintieron apoyados emocionalmente.

El *counselling* permite este acercamiento. Promueve la motivación al cambio desde la dinámica de la elección, desde el respeto a sí mismo y a los demás. Es una forma bien definida de abordar los problemas y ayudar a la toma de decisiones en el marco de un proceso democrático y anti-paternalista. Tiene como referentes el modelo de potenciación, en el que se considera que las personas tienen capacidad para superar condiciones adversas, así como la exigencia de principios éticos de mínimos y la promoción de principios éticos de máximos, defendida por la bioética moderna. Se trata de incorporar la dinámica de la elección por parte del paciente y su familia en lugar de la dinámica del control externo, tan habitual en la práctica clínica. Al utilizar la pregunta y no la aseveración se provoca que el paciente se dé respuestas a sí mismo dentro de su propio marco de referencia, facilitando la adhesión al tratamiento y el fortalecimiento de su propia capacidad de cuidarse y ayudarse a sí mismo.

Fecha de recepción: 30/11/2010

Fecha de aceptación: 16/12/2010

²³ Davies E, Higginson IJ. *Communication, information and support for adults with malignant cerebral glioma: a systematic literature review*. Support Care Cancer 2003; 11:21-9.

²⁴ Díaz JL. *Relación entre el bienestar emocional y el proceso de comunicación de malas noticias y toma de decisiones en personas diagnosticadas de glioblastoma multiforme*. Universidad de Valencia. Tesis doctoral 2010.

Psicoterapia y emoción, un diálogo abierto con Leslie Greenberg

Por Carmen Mateu Marqués, Diego Siges Bayarri y Paulina Herdoiza Arroyo

P. Históricamente ha habido un confrontación entre los diferentes modelos terapéuticos, psicoanálisis, conductismo-cognitivismo, humanístico, etc. No hay duda acerca de que dicha confrontación ha influenciado el desarrollo de la psicoterapia. ¿Qué piensas tú acerca de ello? ¿Crees que ha llegado el momento de que acabe este tipo de debate? Si no crees que siga siendo válido, ¿cuál crees que debe ser el nuevo entorno de relación entre los modelos para el futuro de la Psicoterapia?

R. Creo que partir de la existencia de diferentes modelos terapéuticos no es sano, porque facilita que se produzcan “guerras” entre escuelas, algo así como las guerras religiosas. Así que estoy convencido de que la integración es el mejor camino. El modelo que nos ofrece la medicina es un buen ejemplo a seguir porque aporta un mejor contexto relacional, un mejor planteamiento del que podríamos partir. Me refiero a que no deberíamos estar estudiando los temas básicos tal como lo hacemos desde escuelas, sino desde diferentes áreas de estudio que tendrían que ver con aspectos tales como los procesos cognitivos, procesos emocionales, procesos interaccionales, procesos neurofisiológicos, etc., tal como hace la medicina cuando estudia anatomía, fisiología y otros tipos de áreas diferentes. Creo que se debería estar entrenando a los

profesionales en temas básicos como son la interacción, la conducta-cognición, la emoción y así sucesivamente, y por supuesto no debería pensarse en cada uno de estos aspectos como opuestos los unos a los otros, sino que deberíamos pensar en ellos como diferentes tipos de procesos relacionados entre sí.

P. Y ¿cómo lo ves? ¿Crees que la psicoterapia está evolucionando en esa dirección ahora?

R. Desgraciadamente no. Se está dando una fuerte disminución en el interés por la integración.

P. ¿Disminución?

R. Sí, parece que lo que se está produciendo ahora es un incremento en el dominio de los tratamientos basados en la evidencia, como son los cognitivos o el psicoanalítico interpersonal. Estas escuelas están creciendo en la actualidad y todo esto está contribuyendo a que nos alejemos del camino de la integración.

P. ¿El modelo psicoanalítico interpersonal obtiene apoyo empírico?

R. No obtiene un apoyo empírico fuerte, pero algunas terapias psicoanalíticas están investigando y mostrando que si obtienen cierto soporte empírico. La CCRT (Tema Central del Conflicto Relacional), de Luborsky, está mostrando más y más soporte

empírico. De hecho, se ha publicado recientemente un meta-análisis sobre la terapia psicoanalítica en donde se muestra que es efectiva. También Robert Elliot y el resto de nuestro grupo ha publicado un meta-análisis sobre las terapias humanístico/experienciales donde se muestra que también son efectivas. Las diferentes escuelas están compitiendo para mostrar que las Terapias Cognitivo-Conductuales no son las únicas basadas en la evidencia: las humanísticas, las experienciales, la terapia focalizada en las emociones o las psicodinámicas, también lo están. Debido al interés por mostrar que también se obtiene apoyo empírico, el tema de las escuelas se está revitalizando de un modo que resulta paradójico, con lo cual la integración se está haciendo más difícil. Es como si el interés por la integración quedara eclipsado de nuevo. Esto está sucediendo principalmente en Norteamérica, quiero decir que en Europa parece que las cosas suceden de otro modo. Recientemente estuve en Italia, donde están muy interesados por la integración, ellos hablan más bien sobre cómo tenemos que utilizar el conocimiento clínico o la evidencia clínica, y que la integración es positiva; no están tan dominados por el tema de los tratamientos basados en la evidencia. Pero yo creo que a más largo plazo, cuando las posturas políticas de estos momentos cambien, la integración será el camino adecuado para unificar ciencia y modelos.

Otro movimiento hacia la integración que se está produciendo en la actualidad proviene de la terapia conductual-cognitiva, que está tratando de aportar un modelo unificado de la psicopatología. Esto se está produciendo en Alemania, donde se está planteando que es ridículo tener una terapia cognitivo-conductual para la ansiedad

por comerte las uñas, terapia cognitiva para los problemas de ansiedad ante hablar en público, terapia cognitiva para esto, terapia cognitiva para aquello, porque entonces la cosa se convierte en un millón de tratamientos diferentes para desordenes concretos, así que algunos están empezando a plantear que existe una base común en los problemas psicopatológicos y que esta tiene que ver con la emoción. Se trata de un cambio importante, porque esta perspectiva versa sobre la regulación de los afectos desde un punto de vista cognitivo-conductual. Se basa en que todos los desordenes tienen como base una desregulación de las emociones, así que plantea que tenemos que ayudar a las personas a aprender cómo regular sus emociones, que dicha desregulación es lo que les lleva a la obsesión, a la fobia o a lo que sea. Así que existe otro movimiento hacia la unificación, uno que tiene que ver con la comprensión del desorden, de la psicopatología, y resulta bastante paradójico que el tema de la regulación del afecto se esté convirtiendo el centro de la terapia cognitiva.

P. Creo que existe cierta confusión acerca del nuevo término Terapias Experienciales. No hay una comprensión clara acerca de qué tipo de profesionales o escuelas se podrían agrupar bajo dicho término, o cuáles son sus relaciones con la terapia centrada en la persona o la terapia Gestalt. ¿Podrías ayudarnos a entender mejor qué es lo que significa y cómo surge dicho término?

R. Se trata de una cuestión complicada porque no existe un acuerdo unánime al respecto, pero en el Handbook of Experien-

tial Psychotherapy que Watson, Elliot y yo editamos en 1998, decíamos que agrupamos como terapias experienciales a todas las terapias humanistas, el cual es también otro término conceptual, así que algunas veces en lugar de hablar solo de terapias experienciales, algunos prefieren utilizar el de humanistas/experienciales. En cualquier caso, nosotros sugerimos que incluíamos dentro de este amplio concepto a la terapia Centrada en la Persona, a la terapia Gestalt, a las terapias Existenciales, al Psicodrama y a las terapias de orientación corporal, porque todas comparten un planteamiento común que tiene que ver con que todas ellas se focalizan en aquello que la persona esta experimentando en el momento.

El problema por el que no se pudo seguir manteniendo el término “humanistas” fue debido a que algunas personas, como por ejemplo, Ellis, creador de la Terapia Racional Emotiva, dijeron que ellos también eran humanistas. También a algunos les resultaba problemático que fuera un término demasiado amplio, con fuertes raíces filosóficas, especialmente en Europa. Parecía que el término “humanista” no encajaba demasiado bien a la hora de expresar las cosas que queríamos transmitir o significar. De modo que acabamos proponiendo el término “experiencial”, porque expresa que el foco de interés de la terapia se centra en la experiencia de la persona momento a momento. Así que las terapias experienciales son aquellas que se focalizan fundamentalmente en la experiencia, lo cual significa también que lo hacen interesándose por algún aspecto de la experiencia corporal. Gendlin fue el primero en utilizar el término “experiencial”, para identificar su modelo terapéutico, pero poco a poco fue evolucionando y acabo llamándolo “Focusing”. Por lo que se refiere a nuestro

grupo, definimos las terapias experienciales como aquellas terapias que se focalizan en la importancia de las relaciones empáticas momento a momento.

P. Cuando escribes sobre la Terapia Focalizada en las emociones sueles subrayar diferentes aspectos. A menudo dices que es un tipo de psicoterapia que integra elementos de la Terapia Centrada en la Persona (Rogers, 1961), y de la práctica de la Gestalt Terapia (Perls, Hefferline & Godman, 1951), con la moderna teoría sobre las emociones y la meta-teoría del constructivismo dialéctico. ¿Cómo fue que elegiste estas bases para tu modelo psicoterapéutico?

R. Saber como la TFE ha acabado siendo como es, es una cuestión difícil de responder; de hecho, en algunas ocasiones he reflexionado sobre ello. Creo que se trata de una combinación de búsqueda personal y de oportunidades que te ofrece el azar. Quiero decir que si yo nunca hubiera ido a York University y nunca hubiera encontrado a Juan Pascual Leone¹, probablemente el constructivismo dialéctico no hubiera formado parte de las bases de mi modelo porque nadie me lo hubiera enseñado. Pero supongo que también podríamos decir que este formaba parte del contexto histórico del momento y que quizás lo hubiera conocido de todas maneras, incluso aunque no me hubiera encontrado con Juan y Laura Rice, las dos personas que más influyeron en mi formación junto con Harvey Freeman del que aprendí Gestalt Terapia. En cualquier caso, creo que lo que pasó es que

¹Juan Pascual Leone, de origen valenciano, es padre de Antonio Pascual Leone. Juan ha sido maestro de Leslie Greenberg, tutor de su tesis y Leslie Greenberg ha sido director de la tesis de Antonio.

yo integre todas estas influencias. Siempre he pensado que cuando decidí dedicarme a la psicología, después de acabar mis estudios de ingeniería, de algún modo, ya estaba buscando algo que al principio no podía precisar, y que ya tenía claro que la emoción era importante. Estaba fascinado por el hecho de que, de alguna manera, sabía que conocía más de lo que podía expresar. Así que comencé a explorar cómo se podía explicar que nosotros sabemos más de lo que podemos explicar, que parece que poseemos una sabiduría que va más allá del pensamiento racional. Lo que hice fundamentalmente fue mantenerme investigando en esa dirección, la cual me condujo a la emoción. También me influyó que, durante mi formación en terapia Gestalt y centrada en el cliente, pude observar que la emoción era muy importante, que la experiencia era muy importante. Creo que fue el tratar de explicar todas estas cosas, lo que me decidió a elaborar la teoría que existía sobre las emociones en aquel momento y el constructivismo dialéctico, ya que para mí ambos encajaban a un nivel intelectual. Al mismo tiempo, y a un nivel más práctico, pude darme cuenta de que la empatía era muy importante. En mi primer año como estudiante de psicología, en nuestra formación, nos entrenaron en empatía y resultó bastante sorprendente, porque evaluaban nuestra habilidad empática y me dijeron que yo era el estudiante que mayor puntuación había obtenido de todos los que habían tenido, y eso que no tenía formación como psicólogo. Pero ¿cómo fue que logre ser tan empático? ...

P. Siento interrumpirte pero ya sabes lo mucho que me interesa el tema de la empatía. Efectivamente ¿tienes alguna explicación acerca

de cómo lograste ser tan empático? ¿Qué pasa con la empatía? ¿Por qué resulta tan difícil de desarrollar o integrar, por qué está resultando tan difícil de incorporar a nuestras relaciones y estructuras sociales cuando sabemos acerca de su existencia y bondades desde hace ya tanto tiempo, cuando desde casi todos los contextos especialmente los de salud se insiste tanto acerca de su importancia?

R. Esa es una cuestión muy profunda que no creo que sea capaz de contestar con la claridad que desearía. Recuerdo algo que decía mi profesor de Gestalt, Harvey Freeman, que era psiquiatra infantil, no se refería directamente a la empatía pero creo que está relacionado; tenía que ver con un concepto más amplio sobre lo experiencial. Decía que hacia los 3 años ya hemos asentado las bases que nos van a permitir o no ser capaces de sintonizar con nuestra experiencia corporal. Siempre pensé que probablemente eso era cierto, que algunas personas tienen una gran capacidad para poder hacerlo, debido a que en sus experiencias tempranas pudieron sintonizar con su experiencia corporal. Así que creo que se trata de algo que se da muy pronto en el desarrollo de las personas. Lo que te puedo contar, a partir de mi propia experiencia, es que a la edad de 16 años tenía un grupo de amigos; juntos empezamos a experimentar con drogas y poesía, la mayoría eran músicos e invertíamos mucho tiempo escuchándonos los unos a los otros. Esto va a sonar divertido pero lo he pensado muchas veces; todos estábamos muy interesados en hablar los unos con los otros porque queríamos saber cómo manejarnos con nuestras novias y futuras mujeres. Solíamos sentar-

nos y hablábamos sobre lo que nos estaba pasando con estas mujeres y cómo podíamos entenderlas; invertíamos mucho tiempo tratando de entender nuestras relaciones románticas o amorosas; y nos apoyábamos los unos a los otros, tratando de entender cómo se sentía el otro. Creo que, de algún modo, llevamos a cabo al menos un tipo de formación sobre la escucha que asentó ciertas bases. Cuando me encontré con Laura Rice y la terapia centrada en el cliente y oí hablar sobre la escucha, inmediatamente me di cuenta de que en cierta forma sabía de qué estaban hablando, porque con mis amigos y con mi mujer habíamos llevado un modo de relacionarnos entre nosotros, justo tratando de entender quién era el otro y cómo se sentía, el cual formaba parte ya de mi desarrollo personal. Pero, ¿por qué todo esto sucedió de este modo y no otro? Quizás influyó el hecho de haber crecido en Sudáfrica y luchar en contra del gobierno, pensar que la realidad tal como la presentaban los adultos estaba equivocada, que no era verdad; así que teníamos que confiar en lo que nosotros sentíamos que era correcto y no en lo que se nos decía o se nos señalaba desde la autoridad. Lo que significaba que estábamos muy en contra de la autoridad y que habíamos decidido que era mejor respetar la experiencia individual. Todo esto confluyó; por supuesto, también debió tener que ver con mi padre y mi madre, especialmente con mi padre que fue una persona con una actitud hacia mí de mucha aceptación incondicional, por lo que me sentí muy apoyado y valorado, aunque también tuve muchos conflictos con mi madre y hube de esforzarme por comprenderla. Pero en cierta forma mis padres fueron muy incondicionales. Creo que todo esto fue importante, aunque también pienso que es difícil de explicar.

P. Otro de los aspectos que sueles subrayar de la TFE es que se trata de un modelo experiencial empíricamente validado. Algunos todavía creen que solo las escuelas cognitivas o conductistas están interesadas en lo empírico, que los experiencialistas no están interesados en ello, o incluso que desde los planteamientos que mantienen no es posible hacerlo. ¿Cómo has hecho tú para conseguirlo?

R. Si me fijo en lo que he hecho, me doy cuenta de que siempre he estado integrando dos polos opuestos, integrando mente y corazón, emoción y razón, ciencia y práctica, integrando el positivismo y lo más cualitativo, hermenéutico o fenomenológico, así que siempre he estado integrando. Creo que esto tiene que ver con haber sido ingeniero y psicólogo, y con tener dos hemisferios izquierdo y derecho del cerebro que se comunican de algún modo. Quiero decir que creo que, a nivel muy básico, esto es lo que ha sucedido. Cuando yo empecé, la investigación de procesos no era positivista, estaba más bien muy implicada en tratar de entender lo fenomenológico; lo que yo aporte allí fue la observación minuciosa, y creo que esto resultó ser muy importante. Lo de la observación minuciosa lo extraje de la investigación de procesos de Rogers y Laura Rice, y lo que yo hice fue incorporarla a la Task Analysis. Al plantearla de este modo, se produjo un conflicto entre los investigadores de corte más cualitativo y yo con mi Task Analysis. A lo largo de mi propio proceso como investigador, me di cuenta pronto que si preguntabas a las personas ¿qué ha pasado, cómo se ha producido el cambio que has experimentado?, ellos

no te lo podían explicar. Quiero decir que te podían decir cosas muy globales pero que, en mi opinión, tu no podías extraer mucho de ello. Preguntar a las personas acerca de su experiencia, aunque es interesante, no resultaba demasiado útil; se puede extraer más información incluso leyendo novelas de buenos escritores, que son auténticos investigadores cualitativos sin tener que hacer toda esa investigación que resultaba tan trabajosa.

Así que pensé que cuando observas cuidadosamente lo que sucede, con atención y sutileza, de algún modo puedes ver realmente más cosas. Creo que es a Perls al que se atribuye esa frase de que la genialidad consiste en darse cuenta de lo obvio. Esa idea me impactó; así que me dediqué a darme cuenta de las cosas, con lo que acabé haciendo un tipo de investigación que estaba basada fundamentalmente en lo observacional. No se trataba, desde luego, de investigación de resultados o positivista, aunque se basa en la observación, claro, lo cual es realmente científico. Así que empecé básicamente con la observación y después añadí la investigación de resultados, fundamentalmente porque era políticamente adecuado. Me planteé algo así como: “si no puedes con ellos, únete a ellos”, ¿conoces esa frase? Supuse que las personas que controlaban el campo no iban a escucharme, a menos que me explicara utilizando los mismos códigos que ellos utilizaban. Y creo que lo que sucedió entonces fue que este tipo de investigación de análisis de tareas, de corte más observacional, llamó la atención de mucha gente; parece que era lo suficientemente próxima como para poder ayudar a entender un tipo de terapia que les resultaba atractiva a otros terapeutas. Aunque también sucedió que inicialmente

algunos terapeutas de la Gestalt dijeron que lo que yo estaba haciendo no era válido, incluso algunos terapeutas Centrados en el Cliente también la rechazaron, porque no se trataba de investigación sobre empatía, y cosas similares. Pero aún así creo que mi trabajo estuvo lo suficientemente próximo a la postura oficial como para ser admitido como aceptable. Sucedió que cuando incorporamos la investigación de resultados, los conductistas-cognitivos pudieron reconocerlo y aceptarlo como dentro del paradigma dominante; de modo que comenzaron a prestar más atención a la investigación de procesos, y al final los más clínicos, de algún modo, también acabaron aceptando nuestra investigación. La realidad es que creo que también influyen muchos aspectos de tipo más político; de hecho, y por políticas razones, los humanistas tuvieron que empezar a prestarnos atención fundamentalmente porque querían sobrevivir, así que decidieron empezar a utilizar el tipo de investigación que habíamos desarrollado. En el caso de los terapeutas cognitivos, como te decía, comenzaron a aceptarnos porque hablábamos su mismo lenguaje, lo cual fue muy consciente por mi parte, ya que estaba de acuerdo en que era necesario hacer investigación de resultados. También porque sabía experiencialmente que las terapias humanistas funcionaban y era posible demostrarlo, aunque muchos humanistas/experienciales pensasen que como lo que hacíamos era muy complejo, no era posible apresararlo utilizando instrumentos simples. Pero yo pensé que si las personas decían sentirse mejor, pues, debía haber alguna forma de poder captar eso. Así que tuve que poner un pie en cada uno de estos mundos, o una parte de mi cerebro en cada uno de estos dominios, como siempre he hecho..., integrar modos opuestos de ver las cosas.

P. Y entonces ¿crees que hoy se puede decir ya que la psicoterapia experiencial obtiene suficiente apoyo empírico como para poder jugar el rol que muchos creemos que le corresponde en el campo de la Psicoterapia?

R. Nosotros defendemos que tanto la TFE como la psicoterapia experiencial han demostrado que obtienen apoyo empírico, pero me temo que hemos sido marginados de nuevo. Solo en Canadá, EEUU e Inglaterra, algunos están empezando a reconocer que sí existe lo que califican de pequeña evidencia, porque argumentan que hay mucha más que apoya la terapia conductual cognitiva; así que realmente no está claro. También se dice que la evidencia obtenida por la TFE ha sido realizada toda por el mismo grupo, que no ha sido validada por grupos independientes. Muchas veces pienso que en realidad se trata de un juego de poder; no hay interés real en reconocer aquello que realmente funciona.

P. Entre los conceptos teóricos de la Terapia Focalizada en las Emociones que destacas, citas los siguientes para la consecución del cambio emocional: el darse cuenta, la expresión, la regulación, la reflexión y la transformación de las emociones. ¿Que aportan de nuevo estos conceptos a la hora de la práctica terapéutica con las emociones respecto a lo que se venía haciendo anteriormente?, me refiero a que, hasta la fecha, la mayoría habla de conceptos como ventilación o catarsis.

R. Ya, ya, antes las personas intuitivamente tenían esa idea de una mayor expresión o ventilación o conceptos similares. Creo que nosotros hemos hecho dos nuevas propuestas muy útiles y claras a la hora de la práctica. La primera es insistir en que el verdadero proceso de cambio tiene que ver con darle sentido a la emoción. Esto significa que hay que activar la emoción, pero que el objetivo fundamental es trabajar con ella para encontrar su significado. No se trata tanto de la expresión de una emoción simplemente, como de su activación para darle un significado. Incluso lo que nuestra investigación ha puesto en evidencia es que lo que funciona mejor es una activación moderada durante un tiempo moderado. No se trata de sacarlo todo y cuanto más mejor o cosas similares. Se trata más bien de la activación más el darse cuenta del significado.

La otra propuesta es algo más novedosa y creo que es más importante. Se trata de que el cambio de una emoción se produce mediante la activación de otra emoción. Antes, el planteamiento era algo así como: “si sientes la emoción, esta mejora”. Pero lo que nosotros decimos es que no se trata solo de sentir las emociones. Antes se tenían en cuenta las nociones de aceptación, de reconocimiento e incluso la de darle un significado, pero no se planteaba la noción de que la mejor manera de cambiar una emoción es precisamente mediante la activación de otra emoción. Esto tiene una importante implicación para la práctica y para ayudarnos a entender lo que sucede. Lo que he tratado de exponer en el taller que acabo de impartir en Valencia, es que incluso si tú coges, por ejemplo, la terapia conductual, te dicen que la mejor manera de superar el miedo a caerte del caballo es volver a su-

birte en él. La teoría que ellos proponen tiene que ver con la desensibilización del miedo, pero lo que ellos no tienen en cuenta es que una vez te subes de nuevo al caballo tienes otro sentimiento diferente, una sensación de satisfacción por el logro. De tal modo que ese sentimiento está cambiando el sentimiento de miedo. Las personas no nos limitamos a volver a subírnos al caballo con las mismas sensaciones que antes, más bien lo hacemos con otro sentimiento. La idea, a efectos prácticos, ahora es que si alguien está sintiendo vergüenza, nos interesa saber también cómo podemos activar el enfado que le dé sensación de poder, o el de tristeza saludable, si lo que queremos es cambiar la vergüenza. Esta es una idea totalmente nueva, que espero podría cambiar la práctica de las terapias basadas en las emociones.

P. ¿Cuándo empezaste a formular esta nueva idea? No te la escuché durante mi última estancia en York en el 2002. ¿Es posible que estuviera implícita ya, pero no la formulabas todavía de ese modo?

R. No, no todavía no la había formulado. Para poder conseguirlo, he tenido que visionar muchas más cintas de sesiones de terapia mientras me mantenía preguntándome mi pregunta de siempre: “¿Cómo se produce el cambio?”, y así una y otra vez... hasta que un día caí en la cuenta. Lo que quiero decir es que, para Rogers y la terapia Gestalt, la idea era ayudar a las personas a sentir lo que sentían, y entonces se producía algo así como mágico, gracias a la tendencia actualizadora, la cual dinamizaba el proceso y nos permitía crecer. Este tipo de conceptos son difíciles de explicar a la gente que no cree en ellos, además surgen

preguntas como “¿Y qué significa eso de que creces, o que cambias el modo como estas?, ¿Cómo se produce el cambio? Bueno, según nuestros datos se trata de algo más que simplemente aceptación.

P. ¿Quieres decir que lo que has aportado es un modo nuevo sobre cómo conceptualizar y llevar a la práctica el trabajo terapéutico con las emociones? Un modo más complejo, más elaborado, no tan simple como se venía haciendo hasta este momento..., porque ¿te parecería correcto decir que el modo como se venía trabajando con las emociones era todavía demasiado rudimentario?

R. Sí, sí, y también la distinción entre emociones instrumentales, primarias o secundarias, o adaptativas y maladaptativas que hemos elaborado es importante, porque esto nos permite poder empezar a preguntarnos a la hora de la práctica: “¿La emoción que acaba de emerger y con la que voy a trabajar es primaria o secundaria, etc.?” Darse cuenta de las emociones secundarias no es útil ni importante. Cuando se unen los conceptos mencionados anteriormente y los diferentes tipos de emociones, se obtiene una comprensión bastante más compleja acerca de cómo trabajar con las emociones.

P. Y además están los modelos que has elaborado sobre cómo llevar a cabo la intervención con determinados tipos de problemas emocionales, como pueden ser los asuntos inacabados, o las divisiones internas, etc. Modelos que ayudan a transmitir la práctica del trabajo con las emociones de un modo más

microprocesual, sofisticado y más sutil.

R. Bueno, eso tiene que ver con otra parte de la TFE, la que aporta la investigación que hemos realizado mediante la aplicación de la Task Analysis o método del análisis de tareas. Nosotros hemos incorporado el trabajo con la emoción dentro de este tipo de modelos, pero no todo se reduce a las emociones; también es necesario observar otros tipos de procesos diferentes.

P. ¿Tienes alguna idea acerca de cuál es el futuro del trabajo terapéutico con las emociones?, porque te acabas de jubilar y yo sé que muchos profesionales que se han formado contigo continuarán con tu trabajo, pero no sé qué puede significar para ti el retirarte y tener que decir adiós a todo esto, porque lo que tú has hecho es apenas el principio de todo esto ¿No es así?

R. Sí, sí, creo que mucho del futuro se basará en el fMRI (Functional Magnetic Resonance Imaging), en los estudios sobre el cerebro y las emociones, y en su aplicación a la psicoterapia. Me refiero a llevar a cabo la psicoterapia de un modo más concreto y mostrar que cuando trabajas con las emociones, tu cerebro cambia de algún modo. Esto será muy importante, y me parece que eso será lo que hagan los profesionales en el futuro. Por otro lado, están los estudios sobre cómo se autoconfortan las personas, sobre cómo sienten compasión y se consuelan a sí mismas. Me refiero a una investigación que estamos haciendo en colaboración con profesionales del Japón y con Antonio Pascual Leone. Se trata de llevar a cabo otro análisis de tareas. No estoy muy seguro de ello, porque el análisis de tareas es

tan complejo que resulta difícil de divulgar. En mi opinión, otros tipos de investigación cualitativa están expandiéndose más porque son más fáciles y simples. Mi esperanza es que la gente utilizará el análisis de la tarea, aunque mi predicción es que probablemente no será así. Es difícil de adquirir la destreza necesaria para personas que no hayan trabajado bajo mi influencia o la de Juan Pascual Leone.

P. En cuanto a lo que denominas los principios de tratamiento de la TFE subrayas los conceptos de tareas y relación. ¿Tiene esto algo que ver con un intento de integrar dos temas tradicionalmente enfrentados en la historia de la psicoterapia, como lo han sido las técnicas de intervención y la relación terapeuta cliente?

R. Sí, sí, definitivamente eso es lo que quiero decir, así es. Creo que haber trabajado e investigado sobre la alianza terapéutica, aportar un concepto nuevo sobre ella e incluso haber construido un inventario para su evaluación, fue muy importante para mí, porque de algún modo me proporcionó otro punto de vista. La noción misma de colaboración conlleva que dos personas pueden colaborar en una tarea, y eso implica tener una buena alianza, lo cual significa tener también una buena relación. Lo que quiero decir es que la intervención y la relación terapeuta-cliente no son dos cosas separadas, porque, en realidad, la intervención forma parte del modo como te relacionas con alguien, así que están intrínsecamente integradas. Lo que hago contigo es parte de lo que soy contigo. Realmente no son dos conceptos que puedan separarse. Al principio pensaba que la relación era una

cosa y la intervención otra. Incluso hoy día hay un enfrentamiento entre los que dicen que existe mucha evidencia que demuestra que la relación es lo que cura, y los que argumentan que existe mucha evidencia de que es el tratamiento lo que cura. Bueno, pues, yo pienso que la relación lo es todo. Existe una frase interesante que dice algo así “¿Son los tratamientos psicoterapéuticos los que curan los desórdenes, o son las relaciones las que curan a las personas?” Me parece que las relaciones incluyen a las intervenciones, y mi interés una vez más, como ya te he dicho antes, tiene que ver con tratar de integrar ambas.

P. Personalmente estoy muy interesada en el concepto de marcador. Conocer tu manera de trabajar fue una experiencia especialmente significativa para mí, porque me ayudó a integrar lo fenomenológico y lo racional. Durante mi formación en terapia Gestalt, a pesar de lo importante que también fue para mí, me resultó especialmente problemático aprender el modo como llevarla a la práctica siguiendo el método de formación que se utilizaba en aquellos años; es decir viendo cómo trabajaban mis formadores con mis compañeros o conmigo misma, y tratando luego de hacer algo parecido. No podía identificar los criterios, me sentía desorientada e insegura, como si me faltara algo importante. Durante mis estancias en York, cuando conocí el Método de Análisis de Tareas, o los modelos que desarrollaste a modo de mapas para guiar la intervención de ciertos

tipos de problemas emocionales concretos, o los marcadores que sirven para identificar los diferentes pasos del proceso, todo esto me fue de gran utilidad; pude entender mejor el modo como se puede llevar a cabo la intervención. Me gustaría que me hablases sobre cómo desarrollaste el concepto de marcador.

R. Esto que dices me parece especialmente interesante porque creo que has expandido el concepto de marcador, lo has convertido en marcadores que señalan los pasos clave a lo largo de la intervención. Sin embargo, en un primer momento utilizamos el concepto de marcador solo para la identificación de un tipo de problema concreto, y así fue cómo surgió. Ahora el concepto se ha ampliado, muchos aspectos terminan siendo marcadores debido a que enfatizamos más las habilidades perceptivas. Hoy se subraya más lo que uno observa que lo que uno hace. Pero el punto de inicio podría situarse en mi época de estudiante, cuando intentaba aprender terapia. Entonces se estaba más interesado en lo que había que hacer. Laura Rice estaba investigando sobre las respuestas evocativas y yo me mantenía todo el tiempo preguntándole “pero ... ¿cuándo es que haces eso?” Fue entonces cuando definimos la noción de los eventos “cuando-entonces”, “cuando pasa esto, entonces el terapeuta hace esto otro”. Esta elaboración se vio fuertemente influenciada también por el trabajo que en aquellos momentos se estaba haciendo sobre el grupo, porque la gente estaba escribiendo sobre lo que sucedía en los grupos más o menos en la dirección de: “¿qué haces cuando esto pasa en el grupo?” “Cuando alguien se enfrenta al líder, ¿qué haces?”. Fue en

ese momento cuando empecé a articular mi idea. De modo que, si nos situamos en el tiempo, empezamos a elaborar el concepto de marcador antes que el de tareas. Lo formulábamos porque queríamos entender los eventos significativos que se daban durante la terapia, y definimos los eventos como “Cuando-entonces”. Cuando pasa esto, lo mejor será hacer esto otro. Fue entonces que el “cuando” se convirtió en un marcador. En ese momento mi tutor Juan Pascual Leone, que era médico, me decía “oh, tienes como unos marcadores, que señalan los inicios del desorden”. Así fue como desarrollamos el concepto del “cuando” como marcador; lo identificábamos como una marca, como un indicador superficial de un proceso profundo. Fue más adelante cuando comenzamos a estudiar las tareas de cada paso de la intervención, haciéndonos preguntas como: “cuando la parte crítica se intensifica, ¿qué haces?”; “cuando las personas no son capaces de aceptar a sus sentimientos, ¿qué haces?”. De modo que todo este trabajo acabo cuajando en un tipo de intervenciones basadas en el “cuando-entonces”. Hoy creo que lo más importante a destacar de todo esto es el modo cómo uno puede entrenar a los profesionales en habilidades perceptivas. Todo el mundo quiere aprender las técnicas de intervención, pero es el “cuando” (marcador) llevarlas a cabo lo que marca la diferencia.

P. Así que parece ser un concepto muy útil para la práctica, y un aspecto muy interesante para la formación en Psicoterapia

R. Sí, sí, como te he dicho mi propio proceso de elaboración del marcador se dio de hecho cuando me estaba formando con Laura Rice. Ella era mi profesora, y yo

siempre estaba ahí insistiendo en preguntarle “Pero... ¿cuándo es que haces esto?” Creo que como era ingeniero pensaba de una manera bastante analítica, y ella también estaba muy interesada en concretar, en especificar este tipo de cosas. Lo primero que conseguimos identificar y definir fue la reacción problemática. Una de esas veces, ella me dijo que intervenía de ese modo cuando la gente tenía un dilema entre sus reacciones y sus recuerdos. Entonces dijimos “bien, esto es algo que podemos definir e identificar en las sesiones” y fue cuando empezamos a recoger ejemplos, observarlos, describirlos paso a paso, elaborar modelos sobre sus patrones de resolución y todo eso. Más adelante, mientras aprendía terapia Gestalt, empecé a fijarme también en “Cuándo era que los terapeutas hacían tal cosa”, y fue cuando comencé a investigar sobre el tema de la división interna. En un primer momento, la división era muy confusa, de hecho comencé llamándola “marcador de confluencia”, debido a que mis profesores decían “oh, esto es confluencia, las dos partes fluyen unidas”. El primer artículo que escribí se llamaba “El marcador de la confluencia y la intervención de demarcación”. Demarcación viene a ser algo como establecer un límite. Lentamente esto fue evolucionando hacia el concepto de división. Después pude comenzar a identificar los marcadores de los asuntos inacabados con otro significativo, etc.

P. También hablas de etapas del tratamiento. ¿Quieres decir que se trata de auténticas etapas o fases? ¿Alguien en España –que sólo puede tener la posibilidad de aprender sobre tu terapia leyendo tus libros- debería esperar a encontrarse

estas etapas en la aplicación de su trabajo? Y por cierto, ¿crees que es posible aplicar la Terapia Focalizada en las Emociones basándose únicamente en la lectura de tus libros?

R. No, no puedes aprender a hacer estas cosas sólo leyendo libros. Resulta imprescindible experimentar estas cosas en la propia piel, y haberlas entrenado. Los estadios no son concretos y delimitados; el concepto de estadios no es muy preciso, la verdad. Yo siempre digo que los estadios son como un camino que se puede recorrer yendo de un lado a otro. Representan un cierto tipo de marco conceptual con el que orientarse para poder apreciar el desarrollo de alguien a lo largo del tiempo, pero no existe una manera sencilla de delimitar estos estadios que, en realidad, se solapan y que son circulares y dinámicos, aunque acabe dándose cierta progresión hacia adelante. Hay cierto sentido de estadio en estos conceptos, pero es mucho más complejo que todo eso. Uno empieza en una especie de fase en la que puede reconocer ciertos límites, pero no es algo que se mantiene a lo largo de toda la sesión de terapia; así que se solapan bastante.

P. ¿Qué le recomendarías alguien que quisiera entrenarse en todo esto para no tener que irse a Canadá? ¿Cómo podría empezar a trabajar desde aquí?

R. Comenzando a hacerlo, desde luego, como sucede con cualquier otro aprendizaje, y una de las cosas más difíciles de entender y aceptar es lo que he observado que sucede con el entrenamiento en Gestalt, me refiero a que siempre se lleva a cabo entre aprendices. Así es como se ha-

cía en Norteamérica, pero para aprender lo que uno realmente necesita es trabajar con clientes de verdad y tener supervisión. Es bueno trabajar con uno mismo o los compañeros, desde luego, y se puede aprender mucho de eso como punto de inicio, pero no es lo mismo que hacerlo en una terapia real, con un cliente real y sus problemas. Uno de los aspectos a incorporar es que “llevar a cabo un verdadero entrenamiento requiere hacer supervisión de casos reales”. En el caso de la TFE y a un nivel muy práctico esto puede ser difícil de llevar a cabo debido fundamentalmente a problemas de idioma. De todos modos, he tenido dos estudiantes, contigo tres, que han completado diferentes grados de entrenamiento y hablan español, gente que podría entrenar a otros en su lengua nativa, o supervisar su práctica utilizando su mismo lenguaje. Por otro lado, también le doy mucha importancia a los videos, yo lo he practicado mucho. Para investigar o llevar a cabo la formación, tengo grabaciones de diferentes profesionales que ilustran determinados conceptos, y las habré visto como 10 ó 15 veces, algunas incluso más. He pasado mucho tiempo viendo videos cuando estaba identificando marcadores o tratando de definir y extraer los momentos significativos, por ejemplo, creo que se aprende mucho a partir de ello.

P. Una vez más bienvenido a Valencia. Ha sido un placer tenerte con nosotros. Gracias por tu tiempo.

R. Siempre es un placer venir por Valencia y trabajar con vosotras, lo fue durante los 4 meses que estuve en la Facultad de Psicología durante mi sabático, y lo sigue siendo cada vez que vengo gracias a vuestro especial sentido de la hospitalidad.

Cent números d'informació i vint-i-set anys d'evolució

Coordinado por: *María Cortell y Carmel Ortolá*

Cristina Aguilar Giner

Psicóloga clínica. Especialista en psicoterapia por la EFPA. Centro ALENA, clínica, salud y sistemas humanos. Valencia.

Rubén Miró Morales

Psicólogo clínico. Reconocido por la EFPA. Formador Asociado al IFGT(Institut français de Gestalt-Thérapie)

Genaro Payá Juan

Psicólogo clínico. Psicoanalista. Servicio Municipal de Atención a la Familia, Elda.

Inmaculada Ros Pallarés

Psicóloga especialista en psicología clínica, terapeuta de familia y pareja; codirectora del Centro de Terapia Meta y docente de Dictia Valencia.

Esta sección plantea a diversos especialistas preguntas acerca de temas actuales que están siendo objeto de discusión en nuestra sociedad. Se ha realizado a través de la red y por ello las intervenciones de nuestros invitados aparecen por orden alfabético.

En esta ocasión, de acuerdo con la “celebración” del número 100 de la revista *Informació Psicològica* queremos preguntar a algunos colegas expertos en Psicología, no sólo por sus especializaciones académicas o su estatuto profesional, sino expertos por su trabajo en contacto con la clínica, con los Servicios Sociales, con la educación; es decir, por sus experiencias directas en la actuación en la sociedad. Queremos invitar en este espacio a algunos de nuestros colegas que han seguido en la tarea del estudio continuo, que, unas veces enseñando a otros y otras veces ocupados en el sin cesar de las preguntas, llevan a su práctica el eco socrático de saber que se sabe nada, o que nada de lo que se sabe es un saber cerrado u obtuso que a modo de recetario permitiera disponer de todas las respuestas.

Si nos remontamos al tiempo del número 0 de la publicación, alguna de nuestras entrevistadas participaba en la revista, otros estrenaban su licenciatura y otros eran estudiantes.

En el mes de febrero de 1983 nos encontramos con el número 0 de lo que empezó siendo, hasta abril del 85, *Butlletí intern*. Allí podemos leer en una entrevista al profesor Carpintero, cómo destaca “la pluralidad de enfoques y lenguajes en la Psicología” y cómo, subraya él mismo, “existe un grave salto entre la posibilidad del teórico y del experimentalista y la del psicólogo aplicado que interviene con sujetos concretos”, habiendo tantas “ocasiones en que resulta imposible o muy difícil mantener la pureza metodológica que reclaman los primeros”.

Podemos pensar que también ahora sea ése el avatar en el que continuamente nos hallamos en la clínica.

En el número 1, en marzo del 83, hallamos ya publicidad en la revista y una entrevista a Dña Carmen Ferrándiz, presidenta de la delegación del COP en el País Valencià; encontramos a un colegiado que escribe en una carta una referencia de Deleuze sobre la Psicología como mito científico; se anuncian tertulias sobre temas de psicología clínica; comienza el trabajo una comisión de logopedia; hay una referencia sobre una conferencia de M.Safouan, etc, etc y se proclama: ¡ya somos 980 miembros!

Desde entonces son tan elocuentes las transformaciones en la revista, como ingentes los cambios en el panorama profesional, político y sociocultural de nuestro ámbito, tanto en la evolución de la psicología denominada científica, o de la psicoterapia, como en los tratamientos que conceptúan la práctica clínica, respecto de un compromiso inconsciente en el psiquismo humano.

También en los alrededores de la psicología y de los tratamientos de los trastornos psíquicos se han ido produciendo cambios muy notables, como son los avances en las neurociencias, en la psicofarmacología y en la psiquiatría. Uno de los cambios, sin duda relevantes, lo constituye la presencia de los psicofármacos, que ha experimentado un crecimiento inusitado, al tiempo que se han ido ampliando los catálogos de patologías que van adheridas a un producto farmacológico para paliar, aliviar o acabar con los males descritos en los manuales de clasificación de trastornos. Parece que una especie de bio-psicofarmacología recorre nuestra época y se cuela sobre la interpretación que cada uno tenga sobre su *ser en el mundo*.

Queremos, por ello, averiguar con los participantes en este *Debat* acerca de algunos de estos cambios y su incidencia, o no, en la perspectiva del trabajo con pacientes o con usuarios de los Servicios Sociales que, en su búsqueda de mayor grado de bienestar o de cierto equilibrio psíquico, llaman a la puerta de sus consultas.

1.

Queremos preguntar a nuestros invitados por los cambios más importantes que se han ido produciendo alrededor de la demanda de los tratamientos. En ese sentido ¿Cuáles son, desde su punto de vista en el ejercicio de su práctica, las nuevas formas de presentarse un pedido de tratamiento, el nuevo formato del malestar psíquico?

Cristina Aguilar

Puede decirse que en los años 80 acudir a un psicólogo/a tenía una connotación psiquiátrica, relacionada con la locura. En estos más de 25 años de consulta, tenazmente hemos ido cambiando la situación, ahora esto no es así. Existe una comprensión y asunción de lo que es una problemática psicológica. Actualmente la profesión está en los medios de comunicación, al profesional se nos consulta públicamente, somos una figura instaurada socialmente y reconocida por los miembros de la comunidad en sus distintas áreas de actuación. Hemos dejado de ser figuras desconocidas. En un inicio, lo éramos incluso para los propios profesionales. La profesión la hemos construido todas/os los que la ejercemos.

Actualmente las personas definen lo que les ocurre, vienen con información, a veces demasiada, vivimos en la era de la sobresaturación de información; es posible

que hayan compartido antes con personas cercanas u otros profesionales acerca de lo que les sucede; se muestran exigentes en la consecución de resultados, valoran el tiempo dedicado y el dinero invertido en el tratamiento. Estas diferencias en la demanda –concreta, definida, “documentada” y exigente- obliga, en más medida si cabe, al buen hacer psicoterapéutico.

Así pues, el hecho de que evolucionemos hacia formas de relación cada vez más horizontales, exige, más contundentemente, que la intervención psicológica legitime su actuación con la seriedad que supone la formación, la experiencia y la fundamentación en modelos teóricos que avalan la intervención.

Las demandas suelen venir cursadas por la patología, aunque hay un porcentaje pequeño que acude a revisarse sin fundamentar su demanda en un problema concreto, -cuando en un instituto el adolescente genera problemas de convivencia, ante un intento de suicidio, crisis de ansiedad, depresión...etc. Estos motivos de alarma suponen la búsqueda de atención psicológica. Desde mi punto de vista el objetivo de la psicoterapia no es la propia sintomatología patológica, sino la persona. La psicoterapia no puede consistir solo en una estrategia para calmar “la alarma” de los afectados, sino que debe focalizarse en la persona/pareja/familia para sacar a la luz los recursos que le permitan resituarse consigo mismo/a en su entorno.

Se acude al psicólogo/a cuando se necesita exponer la problemática, ser escuchado y encontrar soluciones; en ocasiones también cuando a priori no se desea ser medicalizado, porque no se considera la manera apropiada para resolver su malestar; cuando se busca un profesional que le dedique

un tiempo de calidad y le ayude a encontrar sus recursos para buscar una salida a su angustia, desde lo relacional, más allá de la receta farmacológica; cuando se busca que se le individualice, no que se le cosifique.

También, en todos estos años, se ha tendido hacia la especialización dentro de la psicología, quizá siguiendo un modelo norteamericano, incluso dentro de la misma psicología clínica e incluso dentro de un mismo modelo de psicología clínica –paquetes de tratamientos muy específicos basados en la evidencia empírica para distintas problemáticas e implementados por igual para todos los individuos con el mismo diagnóstico-. Con ello la psicología se está adhiriendo a un modelo en boga, que solo en apariencia puede resultar útil -puede ser, a las exigencias de la demanda de los seguros o las mutuas médicas- sin embargo, creo que de esta manera se está obligando a calzar un zapato estrecho a la psicología, al obviar el papel propiciador de cambio de lo relacional, mediante la modulación de los afectos.

Rubén Miró

El malestar del hombre ha existido en toda la historia y en todas las culturas. Allá por 1977, mi entonces ya anciano profesor de psiquiatría decía a sus alumnos “...el hombre nace con angustia y se muere con angustia...”. Con esta frase se refería al malestar inherente a la condición humana, a su capacidad de sufrir más allá de las contingencias sociales que lo envuelvan. Está claro que lo que cambia no es lo estructural del ser humano, sino la subjetividad del malestar y el modo de expresar que algo no va bien. Estoy de acuerdo con aquellos que piensan que asistimos a nuevas problemáticas y no a “nuevas patologías”. Podría decirse que hay una angustia generalizada que adopta distintas formas.

Somos mamíferos y la madre es un lugar donde satisfacer nuestras necesidades. Del mismo modo, la manada es un lugar y la sociedad es un lugar. Vivimos a expensas del carácter y la atmósfera de esos “lugares”. Las nuevas problemáticas nacen de esta nueva sociedad globalizada que funciona “en red” y cuyas pautas de comunicación están bajo constante tensión empujando las transformaciones sociales a velocidad de vértigo. El mundo parece haberse hecho más pequeño y lo que ocurre en cualquier lugar del planeta nos afecta a todos; los gobiernos se adaptan más a las exigencias del mercado internacional que a la de sus electores generándoles decepción e impotencia; el estado de bienestar del primer mundo, al depender del trabajo de una población envejecida, no tiene la garantía de seguir sosteniéndose tal como estaba gestionada; hoy, tener una profesión no avala poder “ser alguien” en la vida y conservar la identidad y la dignidad requiere buenos replanteamientos; los hombres y mujeres viven la decepción y desconfianza de los unos hacia los otros y ya no regulan sus roles bajo las leyes de la familia patriarcal, cada vez más caduca; muchos padres y madres actúan solos y solas con menos poder que sus niños pequeños. Se descalifican como seres con conciencia cívica comprometidos en sostener una estructura sociocultural alejada de autoritarismos o dejadez caótica; surge una cultura de hijos “des”, des-ilusionados, des-orientados, des-medidos, des-comprometidos, etc. Pienso que todas estas transformaciones sociales, enumeradas en apretadísima síntesis, configuran en buena medida las problemáticas que subyacen en las nuevas demandas de tratamiento.

Es difícil ajustarnos a tantos cambios sin pagar factura. Tengo la impresión de que

un gran sector de la sociedad vive un macro trastorno adaptativo. Los médicos que trabajan en los ambulatorios pueden certificar el aumento del estrés, los trastornos del estado de ánimo, la emergencia de la inseguridad como modo existencial y del sentir “al otro” como responsable del fracaso personal. Y todo esto en una atmósfera de confusión, desvitalización, impotencia y abatimiento.

Genaro Payá

La primera diferencia respecto al pasado es que las demandas de tratamiento han ido a menos, aunque las consultas que nos hacen, a más. Otra diferencia es que con el tiempo las demandas han ido siendo más veraces y concretas, antes había menos coincidencias entre la demanda expresa del paciente y la que suponíamos que sentía como tal, de manera que teníamos que afrontar más a menudo la tarea de convertir un pedido implícito o latente en otro expresado, reconocido como auténtica demanda. El cambio social está más acelerado que nunca, y consiguientemente, también el cambio en la calidad de la gente y de sus manifestaciones.

Los psicólogos llegamos en bloque en el 78. No nos esperaba nadie excepto algunas personas, por el cine, y los maestros porque los pocos colegas que ya teníamos estaban con ellos y porque corrían algunos años de detección de las dificultades del aprendizaje. Sin embargo, al cabo de una década alcanzamos un nivel de implantación como el de Europa o casi. El juez nos podía llamar para preguntarnos por un acusado o acusador raros, que pudiéramos conocer, los sanitarios tuvieron que consentirnos un proceso de *aceptación* como terapeutas,... Pero no eran estos servicios personales los

únicos que se acostumbraron y beneficiaron de nosotros, lo que no es de extrañar si tenemos en cuenta que somos los que disponemos del mayor saber universitario del funcionamiento humano, y así las cosas, cualquier institución asistencial, formadora, de ocio, deportiva...está contando con nosotros desde hace tiempo. Los medios de comunicación contribuyeron para esta expansión, como los libros de autoayuda, pero no todo han sido favores: que ahora haya pacientes pidiendo un tratamiento en una sola sesión, algo tendrá que ver con los programas de TV de psicoterapias, que mostraron el tratamiento completo de un caso por episodio; solamente la serie *En terapia* emitida por la cadena Fox nos ha hecho algún honor.

Tuvimos que estrenar una profesión a la vez que una democracia, que como la democracia totalitaria de Zizek, vela para que sus ciudadanos cumplan con su deber y que a la vez sean felices, que trabajen y que gocen, que sean responsables y disfruten. Y ahí estábamos nosotros intentando alcanzar ese doble objetivo para nuestros pacientes, con ofertas variadas que ellos aceptaban confiados, con el alto nivel de transferencia positiva que presentaban entonces.

El efecto de las nuevas libertades y derechos, como el asentamiento de nuestra joven cultura divorcista, no se hizo esperar, pero también hubo otros efectos, como los del progreso de la biología, presentando la disyunción entre la reproducción y el vínculo social, entre el genitor y el padre, y así, con la *figura del padre* en caída libre, el equilibrio entre deseo y goce no era fácil para muchos, y aumentaron las atenciones a pacientes directos e indirectos de la *clínica del vacío*: las drogodependencias en masa, los trastornos de la alimentación y

el disparo de las psicosis. El descontrol de los impulsos no se quedaba atrás. No venían con la veneración de antaño, la transferencia era más neutra, pues ya estábamos ante las primeras reacciones por el retorno a la *ley del amo* que Lacan había predicho como resultado del discurso del capital, y los ciudadanos tomaban medidas, empezaban a convertirse en *sujetos* después de pasar por el auge del individualismo. Hay otra predicción de Lacan que también se ha ido cumpliendo: "*El Edipo no puede conservar indefinidamente el estrellato*", y a esto no podemos darle la espalda porque hasta qué punto se están moviendo las estructuras de la personalidad, de hecho ahora hablamos de trastornos de la personalidad con la misma asiduidad que lo venimos haciendo de siempre acerca del *síndrome ansioso-depresivo*, por más que éste siga extendiéndose.

Inmaculada Ros

Los cambios en las demandas han ido parejos a los cambios en la implantación social de l@s psicólog@s y al mayor reconocimiento de nuestro estatus profesional: yo creo que se nos conoce más, se sabe más que somos profesionales que tenemos como instrumento la palabra y no los psicofármacos, y se llega a consulta con demandas más diversificadas, que si bien tienen que ver con el *malestar* psíquico y las problemáticas y conflictos relacionales, no siempre forman parte de cuadros de sintomatología psiquiátrica (en este sentido no se considera tanto el tratamiento psicoterapéutico como solo "*para locos*").

Respecto a las demandas de intervención familiar y de pareja, hay un matiz de género que me parece importante señalar, ya que mientras hace dos décadas era casi siempre

la mujer quién pedía consulta, actualmente y cada vez más es el hombre – padre o pareja - quién actúa como demandante.

También en cuanto a mi práctica profesional son destacables cambios en los caminos de llegada de los casos a consulta: las figuras que llamamos *derivantes* también se han diversificado; y actualmente es más amplio el abanico de profesionales que indican la pertinencia de intervención psicoterapéutica; diferentes profesionales del ámbito de salud, del ámbito educativo, del judicial, de servicios sociales o de recursos humanos, cuentan con l@s psicólog@s y recomiendan más nuestra intervención.

2.

Según su criterio ¿Cuál es la perspectiva de futuro de los tratamientos psicológicos en su orden diferencial de no ser tratamientos neurofisiológicos o químicos pero, sin duda, sin poder, o sin tener que obviarlos?

Cristina Aguilar

En primer lugar, la psicoterapia debe de considerar al cliente como persona con recursos, reconociéndola con respeto en su ser más íntimo, validándola y, por lo tanto, propiciando la activación de sus recursos. Además, a nivel social se vislumbra, con sus tropiezos, el cambio de conciencia de un rol pasivo por parte del usuario de los servicios psicológicos, a una participación activa en la búsqueda de soluciones. De un modelo de paciente a un modelo de auto-gestión de la salud. Sería deseable la continuidad por este camino. Para ello la psicóloga o el psicólogo han de desempoderarse y otorgar el poder al cliente. Como consecuencia de ello, el vínculo que se establece entre ambos es parte principal del proceso

de cambio. Por lo tanto, el marco relacional terapéutico es necesario que se fundamente en la empatía y la validación.

Esto enlaza con un segundo aspecto; desde mi punto de vista, los diagnósticos no deben reducirse únicamente a un sistema nosológico como son el DSM o CIE –que pueden ser una buena guía, pero solo eso-, puesto que categorizar supone perder lo exclusivo de la persona. Son los detalles específicos los que permiten la intervención. Así como la intervención no debe estandarizarse con tratamientos preestablecidos –aun cuando parece una tendencia de futuro fundamentada en dar servicio a un número grande de pacientes en un sistema de economía de tiempo-, protocolizarse, ni especializarse en tal medida que minimicen la intervención del/la psicoterapeuta, puesto que éste es el principal instrumento de la terapia. La psicoterapia utiliza la intervención creativa, consciente y genuina del terapeuta como motor de cambio, a través de un mapa-guía que la organiza en una estrategia direccional y la acota.

En tercer lugar, hay puntales clave que van a seguir desarrollándose en el futuro y que están en la base de cualquier intervención, aunque cada modelo de psicología se centre en ellos con mayor o menor énfasis y a través del cristal con el que miran, pero que son inherentes a la intervención en psicopatología: la visión sistémica como paradigma ineludible, lo relacional y con ello la intervención en la regulación de las emociones como elemento de cambio en la psicopatología, la capacidad de vinculación-desvinculación como elemento de desarrollo.

Un cuarto punto importante es el posicionamiento respecto a los psicofármacos. Desde mi punto de vista, su prescripción abusiva y generalizada cronifica el pro-

blema, ya que deteriora las funciones que determinan la capacidad de autodeterminación de la persona, eliminando la posibilidad de un abordaje psicoterapéutico. Los psicofármacos prescritos y regulados de manera individualizada, tienen sentido, sobre todo dentro del contexto social donde nos desenvolvemos. Suponen una contención que permite la psicoterapia en algunos trastornos –psicosis, depresión,...-; en otras patologías psíquicas, la supresión de síntomas que promueve el medicamento no es necesaria, es contradictoria con el tratamiento psicológico o sencillamente innecesaria –palia pero no cura-. Por el contrario, la riqueza de la intervención psicológica consiste en proporcionar aprendizaje.

Rubén Miró

No cabe duda de que actualmente la atención de las personas que sufren malestar psíquico cuenta con la implicación de toda una red de profesionales. Si bien es cierto que existe una clara tendencia a la complementariedad de las competencias, también es real el hecho de que muchos de estos profesionales tienen las manos atadas por procedimientos asistenciales que responden más a exigencias políticas que a las que plantearía atender el problema que afecta al individuo que tienen delante. Las gestiones de las bajas laborales y la exigencia a “poner en circulación” al estresado que presenta múltiples quejas psíquicas y somáticas se convierte, en muchos casos, en acoso moral por parte de los inspectores que vigilan los intereses de la empresa tratando como “delincuente” al enfermo que utiliza una baja médica.

Falta tiempo para atender a las razones del malestar. Por una parte, existe el malestar y, por otra, la urgencia de conjurarlo trasla-

dando a los fármacos esa responsabilidad. El individuo deambula considerando su angustia como resultado de una enfermedad y se ve abandonado a esperar que la industria farmacéutica lo saque del sufrimiento. Pero los laboratorios no son los únicos beneficiados por el malestar. No son la única oferta de solución Express. Del malestar emergente y la pasividad surgen todo tipo de ofrecimientos de cura, desde clínicas especializadas que aplican protocolos de intervención apoyados en estudios científicos hasta avivados pseudo-terapeutas que prometen soluciones mágicas demonizando a todo aquello que no sea tenerles fe ciega. Son ofertas para este nuevo mercado del malestar. También los medios de comunicación sacan provecho espectacularizando el sufrimiento de las personas, ya sea con programas de adiestramiento de niños desobedientes o angustiados dueños de perros sobreexcitados.

No obstante, reconozcamos que el ser humano, además de tomar todo tipo de drogas, ha recurrido a otras prácticas para ayudarse a salir del malestar, la aspirina y la meditación por poner un ejemplo. Pero también ha pedido ayuda a otros; a calmar dolores del alma se han dedicado brujos, gurus, chamanes, videntes o confidentes. Siempre ha habido personas con la habilidad de abrir opciones en callejones sin salida y esta destreza no es privativa de tal o cual disciplina. Estas personas generalmente han aprendido en ellos mismos y esa experiencia los autoriza para establecer una relación que convoque a la creatividad. El psicoterapeuta puede dar este perfil y tiene mucho que hacer en esto de atender el alma humana, fundamentalmente, estableciendo una buena alianza de trabajo con sus pacientes. La calidad del encuentro será

mucho más importante y terapéutica que el modelo de psicoterapia en que se haya formado el terapeuta.

Las personas seguirán buscando en otras personas una ayuda para resolver conflictos o, simplemente, para estar en paz consigo mismo y con los demás y, si cabe, construir su modo de entender su propia existencia. Una paciente, al finalizar el tratamiento, confesaba con picardía: "...al mismo tiempo que venía aquí (gabinete privado) he ido a ver al psicólogo de la Seguridad Social, a mi médico de cabecera y a mi bruja... ¡me fue de maravillas! con el psicólogo me centraba en controlar la ansiedad; la médica... que tiene más paciencia que yo que sé, me ayudó a que no me tire por la ventana; con la bruja he aprendido a confiar en mi intuición; y aquí encontré un nuevo sentido a mi vida. ¡Me habéis ayudado muchísimo! Os tengo que invitar a una cena para que os conozcáis”.

Genaro Payá

Mientras nuestros parámetros sean tan distintos de los de la neurociencia, mientras nuestra noción de inconsciente no coincida con la suya o viceversa, seguiremos como hasta ahora, con una relación de competencia y/o cooperación como la que hay entre los miembros de cualquier equipo, pudiendo celebrar que según qué y a quién se le pueda recetar algo conveniente.

Últimamente hay más fanáticos, más religiones, cristianas también, sin embargo me parece que todavía hay más descreídos. Con los fanáticos no podemos hacer nada ni con las religiones, salvo que profesemos esta reciente de la Ciencia, pero con los descreídos estamos empezando a observar un dilema interesante.

Los pacientes descreídos preferirían no tomarse una pastilla ni nada para pensar o sentir otra cosa o para hacerlo de otra manera; preferirían salir de ahí por ellos mismos. Me recuerdan a los ateos de nuestra postguerra que aceptaban la extremaunción por si las moscas y por la ideología vencedora tan dominante. El paciente descreído sólo va a soportar el sacrificio de tratarse ante la creencia o la certeza de que se va arreglando lo que tiene claro que le hace sufrir. Si se trata de medicarse, el coste va a consistir en correr un supuesto riesgo metabólico o adictivo que podrá temer más o menos; que el *Hypericum* o hierba de San Juan sea el antidepresivo más utilizado en Alemania podría ser un dato relevante. También se podrá costear un tratamiento combinado de medicación y psicoterapia, o bien apostar por la última en exclusiva, ante la que inevitablemente se va a encontrar ocupando un lugar de sujeto del que habría estado excluido si sólo se medicara. Este es el dilema interesante: la medicina cosifica al paciente no queriendo saber nada de él como sujeto, y por otro lado, la psicología no podrá prescindir del paciente como sujeto aunque sólo fuera para utilizarlo como mediador de su propia cosificación; esto es, que el paciente como sujeto haga de intermediario con el terapeuta para trabajar con el paciente como objeto, lo que podría requerirse para el tratamiento.

El Príncipe de Asturias ha premiado este año a dos sociólogos compatibles, Touraine y Bauman. El primero hace una propuesta de *sujeto* al que estaríamos yendo a parar bastante parecido al paciente descreído, un sujeto desocializado, individualizado pero no desvinculado de lo que percibe como próximo, de su comunidad, trasmutando sociedad por vecindario, vive en el mun-

do pero no pertenece a él, no es sólo un yo dividido, está también un poco disgregado. Touraine propone el paso del fin del pensamiento social al individualismo liberador, cultura frente a sociedad, intelectualidad frente a economía.

Cabe esperar que este nuevo sujeto vaya a ser más resistente a su propia cosificación y que se muestre más vigilante, prevenido ante el marketing de la psicofarmacología, lo que no será nada sencillo, habida cuenta de que las técnicas de mercado se adaptan sensiblemente a él y a sus cambios.

La propuesta más significativa de Bauman es la de su *sociedad líquida*, habitada por estos sujetos que de tan flexibles han disminuido su concentración molecular. Cuando el Príncipe, al premiarles, hablaba en su discurso del reforzamiento de las instituciones como hace a menudo la Casa Real, podríamos suponer que esta vez invocaba a los fontaneros para reforzar las cañerías institucionales al servicio de esta nueva sociedad líquida. Y ahí vamos a estar nosotros, los fontaneros de este nuevo sujeto, producto de un cambio social tan acelerado, tan revolucionado como una licuadora, ese aparato que nadie usa.

Inmaculada Ros

Efectivamente, es importante reconocer y respetar la importancia de los tratamientos farmacológicos, neurológicos y/o rehabilitadores en muchas de las situaciones en las que intervenimos y plantear nuestras intervenciones desde la complementariedad.

Además en los últimos años se ha producido la aparición de nuevas titulaciones académicas y una mayor oferta de profesionales que globalmente podríamos llamar *de ayuda*, con lo que se hace más importante clarificar nuestra ubicación en los servi-

cios/instituciones de los que formamos parte para no ofrecer más-de-lo-mismo a una población muchas veces pluriasistida. En este sentido, cada vez es más importante contextualizar nuestras intervenciones en los ámbitos en los que se producen y coordinar nuestros planteamientos con otros profesionales que estén interviniendo en los mismos casos en los que se nos requiere.