

# Psicología Clínica: perspectiva internacional



Joseph Wolpe y Hans J. Eysenck  
Granada 1995

Gualberto Buela-Casal  
Juan Carlos Sierra  
(Eds.)

Dykinson, S. L.



# **PSICOLOGÍA CLÍNICA: PERSPECTIVA INTERNACIONAL**



# **PSICOLOGÍA CLÍNICA: PERSPECTIVA INTERNACIONAL**

**GUALBERTO BUELA-CASAL  
JUAN CARLOS SIERRA  
(Eds.)**

*Dykinson, S.L.*

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (art. 270 y siguientes del Código Penal). Diríjase a Cedro (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con Cedro a través de la web [www.conlicencia.com](http://www.conlicencia.com) o por teléfono en el 917021970/932720407

NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro "Psicología clínica: perspectiva internacional", son responsabilidad exclusiva de los autores; así mismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar.

Este libro ha sido sometido a evaluación por parte de nuestro Consejo Editorial  
Para mayor información, véase [www.dykinson.com/quienes\\_somos](http://www.dykinson.com/quienes_somos)

PATROCINIO: Asociación Española de Psicología Conductual AEPC

Copyright:

© G. Buela-Casal y J. C. Sierra.

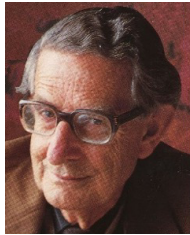
© G. Buela-Casal y J. C. Sierra. Foto y diseño de la portada.  
Madrid, 2023

Editorial DYKINSON, S.L.  
Meléndez Valdés, 61 - 28015 Madrid  
Teléfono (+34) 915442846 - (+34) 915442869  
e-mail: [info@dykinson.com](mailto:info@dykinson.com)  
<http://www.dykinson.es>  
<http://www.dykinson.com>

ISBN: 978-84-1170-753-4

*Preimpresión:*  
New Garamond Diseño y Maquetación, S.L.

Dedicamos este libro a seis grandes psicólogos que fueron importantes en la consolidación de la Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).



Hans Jürgen Eysenck  
(Berlín, 1916 –  
Londres, 1997)  
Congreso AEPC  
Granada, 1995



Joseph Wolpe  
(Johannesburgo,  
1915 – Los  
Ángeles, 1997)  
Congreso AEPC  
Granada, 1995



Charles D.  
Spielberger (Atlanta,  
1927 – Tampa, 2013)  
Congresos AEPC  
Granada, 1998,  
1999, 2000



Michael J. Mahoney  
(Streator, 1942 –  
Portsmouth, 2006)  
Congreso AEPC,  
Granada 2000



Frank J. S. Donker  
(Utrecht, 1946 –  
Arnhem, 2015)  
Congresos AEPC  
Jaén, 1989, 1990



Vicente Pelechano  
(Algemés, 1943  
– Tenerife, 2016)  
Congreso AEPC  
Granada, 2000



# ÍNDICE

<b>AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>13</b>
<b>RELACIÓN DE AUTORES .....</b>	<b>17</b>
<b>PRÓLOGO .....</b>	<b>27</b>
<b>INTRODUCCIÓN: DESDE LOS INICIOS HASTA LA ACTUALIDAD .....</b>	<b>29</b>
<i>Gualberto Buela-Casal y Juan Carlos Sierra</i>	
<b>PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGÍA.....</b>	<b>35</b>
<i>Suzanne Bennett Johnson y Gualberto Buela-Casal</i>	
<b>PSICOLOGÍA CLÍNICA .....</b>	<b>43</b>
<i>Alan E. Kazdin y Gualberto Buela-Casal</i>	
<b>REFLEXIONES EN PSICOLOGÍA.....</b>	<b>47</b>
<i>Alan E. Kazdin y Gualberto Buela-Casal</i>	
<b>PRESENCIA DE PSICÓLOGOS EN ATENCIÓN PRIMARIA .....</b>	<b>53</b>
<i>Susan H. McDaniel y Wenceslao Peñate</i>	
<b>CIE-11 O DSM-5. ¿CUÁL DEBEMOS UTILIZAR?.....</b>	<b>59</b>
<i>Geoffrey M. Reed y Gualberto Buela-Casal</i>	
<b>MARCO DE PODER, AMENAZA Y SIGNIFICADO: UNA ALTERNATIVA AL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO.....</b>	<b>69</b>
<i>Lucy Johnstone</i>	

<b>MOVIMIENTO HACIA ENFOQUES TRANSDIAGNÓSTICOS .....</b>	<b>73</b>
<i>Andrea Ashbaugh</i>	
<b>DE LA INVESTIGACIÓN MÁS ACTUAL EN SALUD MENTAL A LA PRÁCTICA CLÍNICA .....</b>	<b>79</b>
<i>Jürgen Margrafy Juan Preciado</i>	
<b>GUÍAS CLÍNICAS Y EVIDENCIA CIENTÍFICA.....</b>	<b>87</b>
<i>John C. Norcross y Gualberto Buela-Casal</i>	
<b>MINICEREBROS: APLICACIONES PARA LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y CONSIDERACIONES ÉTICAS .....</b>	<b>93</b>
<i>Oscar F. Gonçalves y Wenceslao Peñate</i>	
<b>NEUROPSICOLOGÍA COMO ESPECIALIZACIÓN SANITARIA .....</b>	<b>99</b>
<i>Antonio Puente y Gualberto Buela-Casal</i>	
<b>ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA.....</b>	<b>105</b>
<i>Stephen N. Haynes y Juan Carlos Sierra</i>	
<b>CONTROL DE LA CALIDAD EN LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN LÍNEA .....</b>	<b>113</b>
<i>Merry Bullock y Wenceslao Peñate</i>	
<b>TRASTORNOS DE ANSIEDAD .....</b>	<b>121</b>
<i>Michael W. Eysenck y Wenceslao Peñate</i>	
<b>DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD A LOS TRASTORNOS SOCIOEMOCIONALES: PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN.....</b>	<b>129</b>
<i>Ronald M. Rapee y Juan F. Rodríguez-Testal</i>	
<b>TENDENCIAS SUICIDAS EN PACIENTES DEPRESIVOS .....</b>	<b>137</b>
<i>Nadine J. Kaslow y Gualberto Buela-Casal</i>	

**COMPRENDER Y TRATAR EL TRASTORNO POR ACUMULACIÓN:  
UN EXCESIVO APEGO A LOS OBJETOS..... 145**

*Melissa Norberg y Ana I. Rosa Alcázar*

**COMUNICACIÓN CON PACIENTES DIFÍCILES..... 151**

*Dmitrii Kovpak*

**ADAPTACIÓN CULTURAL DE LAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS..... 161**

*Shin-ichi Ishikawa*

**NECESIDAD DE MEJORAR EL ACCESO A LAS TERAPIAS PSICO-  
LÓGICAS ..... 171**

*Andrew Beck*

**CÓMO SELECCIONAR EL TRATAMIENTO MÁS ADECUADO PARA  
CADA PACIENTE..... 175**

*Larry E. Beutler y Gualberto Buena-Casal*

**TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS BASADOS EN LA EVIDENCIA..... 191**

*Michael Kyrios*

**MODELOS DE TRATAMIENTO QUE HACEN POSIBLE ESTABLE-  
CER RELACIONES TERAPÉUTICAS SIGNIFICATIVAS..... 199**

*Sami Timimi y Marino Pérez-Álvarez*

**ROL DEL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO ..... 207**

*Ricardo Gorayeb y Juan Carlos Sierra*

**TERAPIAS DE ESCRITURA PARA EL TRASTORNO DE ESTRÉS  
POSTRAUMÁTICO..... 213**

*Arnold Van Emmerik*

**TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES  
BASADOS EN LA EVIDENCIA EMPÍRICA .....217**

*Carmem Beatriz Neufeld y Juan Carlos Sierra*

**TERAPIA DE INTERACCIÓN PADRES-HIJOS PARA PROBLEMAS  
EMOCIONALES Y CONDUCTUALES INFANTILES.....225**

*Amanda Clinton y Wenceslao Peñate*

**FOBIAS TRATADAS EN UNA SESIÓN: REFLEXIONES EN PSICOLO-  
GÍA CLÍNICA INFANTIL.....231**

*Thomas H. Ollendick y Juan Preciado*

**TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD  
(TDAH) EN NIÑOS.....237**

*Joanne Hands y Juan Carlos Sierra*

**LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LA INFANCIA Y SU RELEVAN-  
CIA EN LA SALUD .....243**

*Lourdes M. DelRosso y Juan Carlos Sierra*

**EL CIBERBULLYING EN ADOLESCENTES .....251**

*Carlos P. Zalaquett y Juan Carlos Sierra*

**INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS PARA LA PROTECCIÓN DE LA  
SALUD MENTAL EN EMERGENCIAS .....265**

*Pedro Acuña Mercier y Juan Manuel Fernández-Millán*

**CONTRIBUCIONES DE LA PSICOLOGÍA AL ESTUDIO  
Y PREVENCIÓN DE LA CORRUPCIÓN .....273**

*Ronaldo Pilati y Luis Fernández-Ríos*

**APÉNDICE A. CONGRESOS Y ACTIVIDADES FORMATIVAS  
ORGANIZADAS POR LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE  
PSICOLOGÍA CONDUCTUAL (1990-2023) .....279**

## AGRADECIMIENTOS

A la *American Psychological Association* (APA) por su continuo apoyo al Congreso Internacional de Psicología Clínica de la AEPC, y en particular a:



Charles D.  
Spielberger,  
presidente APA



Robert J. Sternberg,  
presidente APA



Alan E. Kazdin,  
presidente APA









Nadine J. Kaslow,  
presidenta APA



Suzanne Bennett  
Johnson,  
presidenta APA

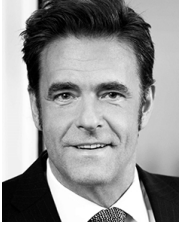


Antonio Puente,  
presidente APA

	<p>Susan H. McDaniel, presidenta APA</p>		<p>Rosie Phillips Davis, presidenta APA</p>
	<p>Jennifer F. Kelly, presidenta APA</p>		<p>Merry Bullock, directora Relaciones Internacionales APA</p>
	<p>Amanda Clinton, directora Relaciones Internacionales APA</p>		<p>Thema S. Bryant, presidenta APA</p>

Al Consejo General de la Psicología de España por su continuo apoyo al Congreso Internacional de Psicología Clínica de la AEPC y, en particular, a:

	<p>Francisco Santolaya, presidente del Consejo General de la Psicología, por su continuo apoyo institucional del Consejo y por sus múltiples participaciones como ponente del congreso.</p>		<p>José Ramón Fernández Hermida, director de INFOCOP del Consejo General de la Psicología de España por su colaboración en la facilitación del material de las entrevistas publicadas en INFOCOP.</p>
---	---	---	---



A Geoffrey M. Reed, Director de la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento de la Clasificación Internacional de Enfermedades-11 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), por su importante contribución en varios congresos de la AEPC.



## RELACIÓN DE AUTORES



Alan E. Kazdin es Catedrático de Psicología en la Yale University. Fue Director del Yale Parenting Center and Child Conduct Clinic. Fue presidente de la American Psychological Association (APA). Es uno de los científicos más influyentes del mundo según el Ranking de la Universidad de Stanford. Estados Unidos de América.



Amanda Clinton es directora de la Office of International Affairs de la American Psychological Association (APA). Estados Unidos de América.



Ana Isabel Rosa-Alcázar es Catedrática de Psicología Clínica de la Universidad de Murcia. España.



Andrea Ashbaugh es Profesora Titular en University of Ottawa. Pertenece al Editorial Board del Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. Canadá.



Andrew Beck fue Presidente de la British Association for Behavioural and Cognitive Psychoterapies (BABCP). Miembro del East Lancs Child and Adolescent Service de la University of Manchester. Reino Unido.



Antonio Puente es Catedrático de Psicología en la University of North Carolina Wilmington. Fue presidente de la American Psychological Association (APA). Estados Unidos de América.



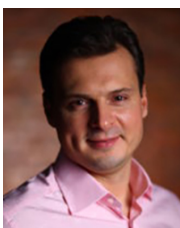
Arnold van Emmerik es Profesor de la University of Amsterdam. Presidente de la Dutch Association for Behavioural and Cognitive Therapy. Países Bajos.



Carlos P. Zalaquett es Catedrático de la The Pennsylvania State University y director del Brain Focus Lab. Fue presidente de la Sociedad Interamericana de Psicología (SIP). Estados Unidos de América.



Carmem Beatriz Neufeld es Profesora Titular de la Universidade de São Paulo. Es presidenta de la Federación Latinoamericana de Psicoterapias Cognitivas y Conductuales ALAPCCO. Brasil.



Dmitrii Kovpak es Profesor de Psicología en la North-Western State Medical University Mechnikov de San Petersburgo. Presidente de la Association for Cognitive and Behavioral Psychotherapy. Rusia.



Geoffrey M. Reed es Catedrático de Psicología Médica de la Columbia University. Director de la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento de la Clasificación Internacional de Enfermedades-11 (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud. Es uno de los científicos más influyentes del mundo según el Ranking de la Universidad de Stanford. Estados Unidos de América.



Gualberto Buena-Casal es Catedrático de Psicología Clínica. Fundador de la Cátedra de Investigación del Sueño de la Universidad de Granada. Presidente de la Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC). Es uno de los científicos más influyentes del mundo según el Ranking de la Universidad de Stanford. España.



Joanne Hands es Directora Clínica del Kuwait Counseling Center. Presidenta de la Middle East Psychological Association. Kuwait.



John C. Norcross es Catedrático de Psicología en la University of Scranton y Catedrático de Psiquiatría en la SUNY Upstate Medical University. Fue presidente de la División de Psicoterapia de la American Psychological Association (APA). Es uno de los científicos más influyentes del mundo según el Ranking de la Universidad de Stanford. Estados Unidos de América.



Juan Carlos Sierra es Catedrático de Evaluación Psicológica y Sexualidad Humana en la Universidad de Granada. Editor de International Journal of Clinical and Health Psychology desde su fundación hasta 2021.



Juan Francisco Rodríguez-Testal es Profesor Titular de Psicopatología de la Universidad de Sevilla. España



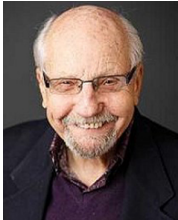
Juan Manuel Fernández-Millán es Profesor de la Universidad de Granada. Coordinador del Grupo de Trabajo de Intervención Psicológica en Emergencias y Catástrofes del Colegio Oficial de Psicólogos de Melilla. España.



Juan Preciado es Catedrático de Educación para la Salud Urbana de la Hostos City University of New York. Estados Unidos de América.



Jürgen Margraf es Catedrático de Psicología Clínica y Psicoterapia de la Rhur-Universität Bochum. Alemania.



Larry E. Beutler es Catedrático de la University of California at Santa Barbara. Fue presidente de las Divisiones de Psicoterapia y de Clínica de la American Psychological Association (APA). Es uno de los científicos más influyentes del mundo según el Ranking de la Universidad de Stanford. Estados Unidos de América.



Lourdes DelRosso es Profesora Asociada en University of Washington (División: Pulmonary and Sleep Medicine). Estados Unidos de América.



Lucy Johnstone es Psicóloga Clínica. Miembro de la División de Psicología Clínica de la British Psychological Society. Reino Unido.



Luis Fernández-Ríos es Profesor Titular de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela. España.



Marino Pérez-Álvarez es Catedrático de Psicopatología y Técnicas de Intervención y Tratamiento de la Universidad de Oviedo. España.



Melissa Norberg es Profesora Titular de Psicología de la Macquarie University. Es presidenta de la Australian Association for Cognitive and Behaviour Therapy. Australia



Merry Bullock fue directora de la Office of International Affairs de la American Psychological Association (APA). Fue secretaria general de la International Union of Psychological Science (IUPsyS). Estados Unidos de América.

	<p>Michael Kyrios es Catedrático de Psicología Clínica en la Flinders University. Fue presidente de la Australian Psychological Society. Australia.</p>
	<p>Michael W. Eysenck es Catedrático de la Royal Holloway, University of London. Fue Editor Fundador del European Journal for Cognitive Psychology. Es uno de los científicos más influyentes del mundo según el Ranking de la Universidad de Stanford. Reino Unido</p>
	<p>Nadine J. Kaslow es Catedrática de Psiquiatría y Ciencias Conductuales en la Emory University. Fue presidenta de la American Psychological Association (APA). Es una de las científicas más influyentes del mundo según el Ranking de la Universidad de Stanford. Estados Unidos de América.</p>
	<p>Oscar F. Gonçalves es Catedrático de Neuropsicología de la Universidade de Coimbra. Investigador Asociado Senior en el Spaulding Center for Neuromodulation at the Spaulding Hospital and Harvard Medical School. Portugal.</p>



Pedro Acuña Mercier es presidente del Colegio de Psicólogos de Chile. Fue presidente de la Sociedad Chilena de Psicología de Emergencias y Desastres (SOCHPED). Chile.



Ricardo Gorayeb es Profesor Titular de la Facultad de Medicina y Psicólogo Clínico del Hospital Universitario de Ribeirão Preto en la Universidade de Sao Paulo. Fue presidente y es el actual vicepresidente de la Sociedade Brasileira de Psicologia (SBP). Brasil.



Ronald M. Rapee es Catedrático de Psicología de la Macquarie University. Miembro de la Academy of Social Sciences de Australia. Es uno de los científicos más influyentes del mundo según el Ranking de la Universidad de Stanford. Australia.



Ronaldo Pilati es Profesor Titular de Psicología Social y del Trabajo de la Universidade de Brasilia. Fue presidente de la Sociedade Brasileira de Psicologia (SBP). Brasil.



Rubén Ardila es Catedrático de Psicología en la Universidad Nacional de Colombia. Fundador de la Asociación Latinoamericana de Análisis y Modificación del Comportamiento. Colombia



Sami Timimi es Asesor de Psiquiatría Infantil y Adolescente, y Profesor Visitante de dichas temáticas en la University of Lincoln. Reino Unido.



Shin-ichi Ishikawa es Catedrático de Psicología de la Doshisha University de Kioto. Miembro de la Junta Ejecutiva de la Assian Cognitive Behavioral Therapy Association. Japón.



Stephen N. Haynes es Catedrático de Psicología de la University of Hawaii at Manoa. Fue Editor de la revista Psychological Assessment. Es uno de los científicos más influyentes del mundo según el Ranking de la Universidad de Stanford. Estados Unidos de América.



Susan McDaniel es Catedrática de Familia y Salud en la Rochester University y directora del Family Institut de dicha Universidad. Fue presidenta de la American Psychological Association (APA). Es una de las científicas más influyentes del mundo según el Ranking de la Universidad de Stanford. Estados Unidos de América.



Suzanne Bennett Johnson es Catedrática de Psicología en la Facultad de Medicina de la Florida State University. Fue presidenta de la American Psychological Association (APA). Es una de las científicas más influyentes del mundo según el Ranking de la Universidad de Stanford. Estados Unidos de América.



Thomas H. Ollendick es Catedrático de Psicología en Virginia Tech y director del Child Study Center en dicha Universidad. Es uno de los científicos más influyentes del mundo según el Ranking de la Universidad de Stanford. Estados Unidos de América.



Wenceslao Peñate es Catedrático de Psicología Clínica de la Universidad de La Laguna. Miembro del Instituto Universitario de Neurociencia. España

## PRÓLOGO



Rubén Ardila es Catedrático de Psicología en la Universidad Nacional de Colombia. Premio “Distinguished Contributions to the International Advancement of Psychology” de la American Psychological Association (APA). Catedrático de la Fundación BBVA en la Universidad de Granada. Fundador de la Asociación Latinoamericana de Análisis y Modificación del Comportamiento (ALAMOC).

El presente libro editado por Gualberto Buela-Casal y Juan Carlos Sierra contiene una serie de entrevistas a destacados psicólogos, en su mayoría clínicos, acerca de los grandes problemas y perspectivas de la Psicología Clínica en este momento de su desarrollo a nivel mundial.

Entre las personas entrevistadas se encuentran muchas de las personalidades más destacadas de la actualidad como Alan E. Kazdin, Antonio E. Puente, Michael W. Eysenck, Suzanne Bennett Johnson, Stephen N. Haynes, Amanda Clinton, Carlos P. Zalaquett, John C. Norcross, Merry Bullock, Oscar F. Gonçalves, Nadine J. Kaslow, Ricardo Gorayeb, entre otros. Proviene de numerosos países, Estados Unidos de América, Australia, Reino Unido, Alemania, Japón, Brasil, Portugal, Rusia, Kuwait, Chile o Países Bajos. Sin duda esta es una amplia representación de la Psicología internacional, fundamentalmente en los campos clínico y de la salud, pero no exclusivamente.

Los participantes, que están entre los líderes de la Psicología Clínica y de la Salud a nivel mundial, fueron entrevistados por colegas españoles, también líderes en sus respectivas áreas, entre ellos los editores del libro, Gualberto Buela-Casal y Juan Carlos Sierra, junto con Juan Preciado, Marino Pérez-Álvarez, Wenceslao Peñate, Ana I. Rosa Alcázar, Luis Fernández Ríos, Juan F. Rodríguez-Testal y Juan Manuel Fernández-Millán.

Las entrevistas nos muestran ideas, preocupaciones, los retos que enfrentan, las posibilidades de la Psicología Clínica y de la Salud, en su perspectiva global, su inserción en la sociedad, las relaciones con otros profesionales, los sistemas de salud de los diversos países y el reconocimiento que reciben los psicólogos como profesionales sanitarios. Recordemos que el área de trabajo con mayor número de psicólogos, y con mayor interés por parte de estudiantes,

profesionales y de la sociedad en general, es la Psicología Clínica. A pesar de la gran diversificación y crecimiento de otros campos de la Psicología, que se nota con las 54 Divisiones de la American Psychological Association (APA), con las Divisiones y grupos de trabajo de la International Association of Applied Psychology (IAAP), de la Sociedad Interamericana de Psicología (SIP) y de muchas otras sociedades de psicólogos en Asia, África, Europa y el Pacífico, la Psicología Clínica sigue siendo el área de mayor reconocimiento y visibilidad.

El presente libro analiza y discute con detalle temas como la formación de los psicólogos, la salud, la efectividad de las terapias basadas en la evidencia, la neuropsicología, el análisis funcional de la conducta, los “minicerebros”, el uso de las tecnologías de la información e internet, las fobias, los problemas de la niñez y la adolescencia, las clasificaciones de los trastornos psicopatológicos (DSM-5, CIE-11), las catástrofes, la corrupción, los trastornos del sueño, de la alimentación y un largo etcétera. No podría dejarse por fuera, claro está por su relevancia en este momento, el papel de la Psicología en la comprensión y solución de los problemas asociados con el Covid-19.

Varios de los entrevistados han sido presidentes de la APA en años recientes. Otro entrevistado fue presidente de la SIP. Todos son personas de reconocimiento internacional que han dedicado su vida al trabajo a nivel institucional, gremial, científico, social y/o individual. Han ocupado y ocupan cargos de gran responsabilidad. Son colegas cuyas investigaciones y publicaciones han contribuido a moldear el estado actual de la disciplina psicológica.

Este libro es sin duda una radiografía de la Psicología Clínica de nuestros días y de sus perspectivas para el futuro. Una obra que nos muestra la visión que tienen los líderes de la disciplina acerca de este importante campo de investigación, aplicación y como una forma de mejorar la calidad de vida de individuos, familias, grupos y sociedades.

Rubén Ardila

*Universidad Nacional de Colombia*

# INTRODUCCIÓN: DESDE LOS INICIOS HASTA LA ACTUALIDAD

*Gualberto Buela-Casal y Juan Carlos Sierra*



Gualberto Buela-Casal es Catedrático de Psicología Clínica de la Universidad de Granada (España). Fundador de la Cátedra de Investigación del Sueño de la Universidad de Granada. Presidente de la Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC). Es uno de los científicos más influyentes del mundo según el Ranking de la Universidad de Stanford.



Juan Carlos Sierra es Catedrático de Evaluación Psicológica y Sexualidad Humana de la Universidad de Granada. Director del Laboratorio de Sexualidad Humana en el Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento. Editor de *International Journal of Clinical and Health Psychology* desde su fundación hasta 2021.

\*Podría decirse que este libro comenzó a escribirse hace más de treinta años, cuando un grupo de jóvenes profesores universitarios, entre los que se encontraban los editores de este libro, decidieron fundar la Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC) y organizar un simposio sobre Psicología Clínica en el Campus Universitario de Jaén, perteneciente en ese momento a la Universidad de Granada. No era el mejor lugar, pues se trataba de una sede con pocos recursos, mal comunicada y en donde únicamente se cursaba el primer ciclo de Psicología y no había estudiantes de Posgrado. Pero la motivación superaba todas estas dificultades o quizás no permitía verlas.

---

\* Para referenciar este capítulo: Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (2023). Introducción: desde los inicios hasta la actualidad. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Psicología Clínica: perspectiva internacional* (pp. 29-34. Dykinson, <https://www.dykinson.com/libros/psicologia-clinica-perspectiva-internacional/9788411707534/>

En los años 1989 y 1990 se organizan respectivamente, en Jaén, el I y II Symposium de Psicología Clínica Aplicada con la ayuda de los estudiantes de primer ciclo de Psicología y la generosa colaboración de importantes profesores españoles y de dos especialistas extranjeros (Frank J. S. Donker de Holanda y Esteve Freixa i Baqué de Francia). Los recursos eran tan escasos que cada ponente impartía ponencias de cuatro horas, pues no había recursos para financiar los gastos de muchos ponentes. A pesar de todas las dificultades resultó ser un éxito, pues participaron más de 650 asistentes en cada uno de los eventos. Este hecho suponía un hito histórico, pues se convertían en las reuniones científicas sobre Psicología Clínica con mayor afluencia en España. Hecho que supuso el impulso necesario para crear una joven y pequeña sociedad científica que pudiera continuar con la organización de futuros eventos: la Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC). Así, en el año 1991 ya organiza el I Symposium Nacional de Psicología Conductual, en el que participaron, además de destacados especialistas españoles, varios ponentes extranjero: Marc Richelle (Bélgica), Leonor I. Lega (Estados Unidos de América) y Esteve Freixa i Baqué (Francia), y contó con la participación de cerca de 700 asistentes.

Dada la gran aceptación de los eventos organizados por la AEPC se decidió transformar los simposios en congresos y, además, iniciar una proyección internacional. Así, en el año 1991 se organizó en Costa Rica el I Symposium Iberoamericano de Psicología Conductual y en 1992 el Symposium Iberoamericano sobre Sueño e Hipnosis en Granada, con la participación de Jaime Monti de Uruguay. En 1993, la AEPC organizó el II Congreso Nacional de Psicología Conductual en Palma de Mallorca, el Symposium sobre el Sueño y sus Trastornos en Málaga, contando con la presencia de René Drucker-Colín, de México, el Simposio de Actualidad Clínica en Psicología Conductual en Córdoba (Argentina) y colaboró en la organización del *I Encontro Internacional de Terapia Cognitivo-Comportamental* en Río de Janeiro presidido por Bernard Rangé. En el siguiente año, se organizó el II Symposium Iberoamericano sobre el Sueño y la Hipnosis, el Symposium sobre Sexualidad Humana, ambos en Granada, y el I Congreso Internacional de Psicología Conductual en A Coruña, en el que se contó con la importante participación de Alan E. Kazdin (Estados Unidos de América), Rubén Ardila (Colombia), Oscar Gonçalves y Pinto Gouveia (ambos de Portugal), Frank E. Donker (Países Bajos), además de destacados profesores de la Psicología Clínica española. En el mismo año, 1994, la AEPC colaboró en la organización de la *I Ibero-American Conference on Health and Behavior* en Nueva York, presidida por Juan Preciado, constituyendo este el primer congreso de Psicología Clínica organizado en Estados Unidos de América con el castellano como lengua oficial.

En el ámbito de la formación especializada de Posgrado, la AEPC realizó una importante labor con la creación del Máster Internacional en Psicología Clínica

y de la Salud en 1993. Fue una referencia a nivel europeo, pues contaba con más de treinta profesores extranjeros de renombre internacional. En este Máster se formaron 18 promociones de psicólogos, varios de los cuales son actualmente psicólogos clínicos o profesores de prestigio. Entre el profesorado cabe destacar los siguientes nombres: Alan E. Kazdin (Yale University, Estados Unidos de América), Stephen N. Haynes (University of Hawaii, Estados Unidos de América), Michael Mahoney (University of North Texas, Estados Unidos de América), Steven C. Hayes (University of Nevada, Estados Unidos de América), Larry E. Beutler (University of California at Santa Barbara, Estados Unidos de América), Arnold A. Lazarus (Rutgers, University, Estados Unidos de América), David H. Barlow (Boston University, Estados Unidos de América), Charles D. Spielberger (University South of Florida, Estados Unidos de América), Arthur Freeman (University of Pennsylvania, Estados Unidos de América), Thomas H. Ollendick (Virginia Polytechnic Institute University, Estados Unidos de América), Robert Sternberg (Yale University, Estados Unidos de América), Antonio Puente (University of North Carolina, Estados Unidos de América), Daniel O'Leary (State University of New York, Estados Unidos de América), Leonor I. Lega (St. Peter's College, Estados Unidos de América), Juan Preciado (University of New York, Estados Unidos de América), Luis Montesinos (Montclair State University, Estados Unidos de América), Freddy Paniagua (University of Texas at Galveston, Estados Unidos de América), Carlos Aparicio (University of Mississippi, Estados Unidos de América), Oscar F. Gonçalves (Universidade do Minho, Portugal), Paulo Machado (Universidade do Minho, Portugal), Rubén Ardila (Universidad Nacional de Colombia, Colombia), Jorge A. Grau (Instituto Nacional de Oncología y Radiología, Cuba), entre otros muchos.

Cinco años después de su fundación, la AEPC se consolida ya como un referente internacional en el campo de la Psicología Clínica con la organización del II Congreso Internacional y III Congreso Nacional de Psicología Conductual, celebrado en Granada en 1995. Este congreso supuso un hito en la historia de la Psicología Clínica, pues contó con la participación de Hans Jürgen Eysenck y Joseph Wolpe, dos de los padres de la Terapia de Conducta. Para la AEPC fue un honor contar con su presencia, teniendo en cuenta que sería la última vez que coincidirían en una reunión científica, pues tan solo dos años después ambos fallecían, dejando un legado que se mantendrá para siempre en la historia de la Psicología<sup>1</sup>. En este evento también participaron como ponentes, entre otros, Alan E. Kazdin y David H. Barlow, dos de las referencias más importantes en Psicología Clínica. Este congreso supuso un hito a nivel nacional, pues era la primera vez que una reunión científica de una especialidad de la Psicología superaba los mil asistentes. Todo ello supuso la consolidación de la AEPC a nivel internacional. De hecho, fue in-

---

<sup>1</sup> Como homenaje dedicamos la portada de este libro en la que aparece una foto de ambos, conversando durante un receso de este congreso, celebrado en el Palacio de Exposiciones y Congresos de Granada en 1995.

vitada a formar parte de la *European Association for Behavioural and Cognitive Therapies* (EABCT) y consiguió la sede del congreso para el mítico año 2000 en Granada, pues ese año suponía el cambio de siglo y de milenio por lo que la sede sería muy disputada entre Estocolmo, Helsinki y Granada. Era la segunda vez que este relevante congreso se celebraba en España; la primera había tenido lugar en Palma de Mallorca en el año 1975, siendo presidido por Vicente Pelechano, impulsor de la Terapia de Conducta en España, como lo acredita el hecho de fundar en 1979 la primera sociedad científica con esta orientación: Sociedad Valenciana de Análisis y Cambio de Conducta (SVACC).

Entre los años 1996 y 1999 se realizaron varios congresos nacionales (1997 en Granada, 1998 en Vitoria y 1999 en Madrid) y varios internacionales: III Congreso Internacional de Psicología Conductual (Granada, 1997) y IV Congreso Internacional de Psicología Cognitivo/Conductual (Valencia, 1999), IV Congreso Ibérico de Terapia Cognitivo/Comportamental (Salamanca, 1998), II Congreso Iberoamericano de Salud y Conducta (Granada, 1996), III Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud (Torremolinos-Málaga, 1998) y IV Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud (Granada, 1999). A su vez, se organizaron importantes simposios específicos, entre los que destacan el I Symposium Internacional sobre Trastornos de Ansiedad (Granada, 1998) con la participación de Michael W. Eysenck y Charles D. Spielberger; y el I Symposium Internacional sobre Depresión (Granada, 1999), destacando nuevamente Charles D. Spielberger como invitado especial. Una relación detallada de todos los eventos realizados durante estos años y posteriores se encuentra en el Apéndice A.

En el año 2000 se celebra en Granada el *XXX Congress of the European Association for Behavioural & Cognitive Therapies* (EABCT). El presidente de honor fue Vicente Pelechano y participaron destacados especialistas internacionales entre los que cabe resaltar a Alan E. Kazdin, David H. Barlow, Michael Mahoney, Stephen N. Haynes, Steven C. Hayes, Arthur Freeman, Charles D. Spielberger, Keith Dobson, Thomas H. Ollendick, Larry E. Beutler, Juan Preciado, E. Thomas Dowd, Kim Halford, Don Beal, K. Gunnar Gotestam y Jurgen Margraf, entre otros. Un hecho importante a resaltar es que fue la primera vez en treinta ediciones de este congreso en la que hubo dos lenguas oficiales (castellano e inglés). En realidad, podría decirse que más que un congreso europeo fue un congreso mundial. Participaron más de 1.700 personas de 50 países. Nunca en la historia de la EABCT un congreso había alcanzado el millar de asistentes. En ese mismo año se organiza el V Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud en Cartagena de Indias.

Había pasado una década desde su fundación y la AEPC era ya una sociedad científica consolidada a nivel internacional. Sin duda, esta rápida evolución se produjo gracias a la colaboración de importantes ponentes internacionales y nacionales que eran referencias en la Psicología en aquella época y a los cuales

mostramos nuestro agradecimiento<sup>2</sup>. En los siguientes años, los congresos de la AEPC se siguieron organizando, tanto a nivel nacional como internacional, en distintas sedes, algunas de ellas emblemáticas como el Palacio de la Magdalena (Santander), el Palacio de Miramar (San Sebastián), el Monasterio San Martín Pinario (Santiago de Compostela), etc. En el Apéndice A puede verse una relación cronológica de las distintas sedes.

En el año 2001, los profesores Juan Carlos Sierra y Gualberto Buela-Casal fundaron la Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/*International Journal of Clinical and Health Psychology*. Inicialmente era una revista con dos lenguas oficiales, castellano e inglés. Posteriormente, siguiendo las recomendaciones de Eugene Garfield<sup>3</sup>, la revista pasó a tener su nombre exclusivamente en inglés y se estableció este idioma como único oficial de la revista. En el plazo de tiempo mínimo posible, *International Journal of Clinical and Health Psychology* entró en el *Journal Citation Reports* (JCR), situándose desde el primer año (2007) en el primer cuartil, lugar que ocupaba en el año 2021, fecha en la que Juan Carlos Sierra y Gualberto Buela-Casal dejan de ser editores. Ello, sin duda, ha sido posible gracias a que importantes autores internacionales contribuyeron con sus artículos a la revista: Stephen N. Haynes, Larry E. Beutler, Jorge E. Hirsch, Eugene Garfield, Keith Dobson, Charles D. Spielberger, Robert Sternberg, Thomas H. Ollendick, E. Thomas Dowd, Oscar F. Gonçalves, James N. Butcher, Frank Dattilio, Philip E. Kendall, Rudolf H. Moos, Juan José Sánchez-Sosa, Jurgen Margraf, Geoffrey Reed, Paulo Machado, Esteve Freixa i Baqué, Annette M. La Greca, Manuel Bobenrieth, Vicente Pelechano, entre otros. Desde su fundación en 2001 hasta el año 2012 la revista fue editada por la AEPC y a partir de ese año, hasta la actualidad, es editada por la prestigiosa editorial Elsevier. En estas dos décadas, *International Journal of Clinical and Health Psychology* se consolidó como la revista de Psicología Clínica con mayor factor de impacto en JCR de Europa.

---

<sup>2</sup> Agradecimiento a todos los ponentes que hicieron posible aquellos primeros congresos: Hans J. Eysenck, Joseph Wolpe, Alan E. Kazdin, David H. Barlow, Stephen N. Haynes, Steven C. Hayes, Arthur Freeman, Frank J. S. Donker, Rubén Ardila, Antonio Puente, Charles D. Spielberger, Michael W. Eysenck, Keith Dobson, Thomas H. Ollendick, Michael Mahoney, Larry E. Beutler, Juan Preciado, E. Thomas Dowd, Kim Halford, Don Beal, K. Gunnar Gotestam, Jurgen Margraf, Oscar F. Gonçalves, Paulo Machado, Pinto Gouveia, Luis Montesinos, Freddy A. Paniagua, René Druker-Colín, Jaime Monti, Esteve Freixa i Baqué, Guillermo Argueta-Bernal, Leonor I. Lega, Wayne Wardwell, María Corsi, Laura Hernández, Bernard Rangé, Héctor Fernández-Álvarez, Jorge Grau, Paulo Moderato, Vicente Pelechano, Amparo Belloch, Cristina Botella, Xavier Bornas, Eduardo García-Cueto, Miquel Tortella, Mateu Serverá, Arturo Bados, Juan José Miguel-Tobal, Wenceslao Peñate, José Cáceres, José Santacreu, Miguel Ángel Verdugo, Ramón Bayés, José Olivares, Diego Maciá, Francisco Javier Méndez, Marino Pérez, Francisco Labrador, Luis Fernández-Ríos, Enrique G. Fernández Abascal, Bonifacio Sandín, Francisco Revuelta, Javier Rodríguez, Luís Rodríguez Franco, Alfonso Blanco Picabia, Carmen Luciano, Jesús Gil Roales-Nieto, José Luis Graña, Francisco Santolaya, entre otros.

<sup>3</sup> Eugene Garfield fue presidente del Institute for Scientific Information (ISI).

En la última década, los congresos de la AEPC se fueron haciendo cada vez más internacionales, con el apoyo y participación de la *American Psychological Association* (APA), y potenciando además el ámbito nacional con el apoyo del Consejo General de la Psicología de España, y con más de cincuenta asociaciones científicas y profesionales como colaboradoras. Paralelamente, las lenguas oficiales del congreso fueron ampliándose. Inicialmente eran el castellano y el inglés, luego se añadió el portugués y, finalmente, el francés y el ruso. Estas son actualmente las cinco lenguas oficiales del congreso, el cual se ha convertido en el referente internacional en Psicología Clínica y en el que participan expertos de los cinco continentes.

Este libro surge como uno de los resultados de estos congresos internacionales. En los últimos años se realizó una serie de entrevistas a ponentes destacados de los congresos, que fueron realizadas por expertos y publicadas en la revista INFOCOP del Consejo General de la Psicología de España y en la página web de la AEPC. En general, las entrevistas han generado un gran interés, tanto entre profesionales como en académicos, y surgieron varias consultas preguntando cómo se deberían citar las entrevistas. De esta consulta, en parte, surge la idea de compilarlas en un libro. El resultado es, en nuestra opinión, un libro diferente, más ameno, pues los autores (entrevistados y entrevistadores) tratan los temas de manera más informal que en un libro clásico, pero al mismo tiempo con un alto nivel de especialización y actualización de los temas tratados. Se incorporan las fotografías de los autores, lo cual acerca a los lectores a ellos. Este novedoso formato permite tratar con un enfoque diferente temas muy actuales de la Psicología Clínica en el contexto internacional. Un formato más informal no es incompatible con el elevado nivel de especialización y análisis de los temas abordados y explicados por especialistas que son referencias mundiales en ellos, y que generosamente han renunciado a sus derechos de autor para que el libro pueda ser de lectura gratuita (*open access*).

El lector tiene disponible este libro, con formato muy ameno, sobre temas actuales de la Psicología Clínica, abordados por autores que ofrecen sus conocimientos contrastados en multitud de publicaciones científicas del más alto nivel. A modo de resumen se puede decir que participan siete responsables de la APA, además de destacados especialistas profesionales e investigadores que han publicado más de 4.000 artículos en revistas científicas indexadas en *Web of Science* (WoS), que han recibido cerca de 130.000 citas. Además, doce de los autores forman parte del prestigioso ranking de científicos más influyentes del mundo elaborado por la Universidad de Stanford y publicado en 2020. Todos estos datos son un claro indicador de la calidad de la obra que tiene en sus manos.

# PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGÍA

*Suzanne Bennett Johnson y Gualberto Buela-Casal*



Suzanne Bennett Johnson es Catedrática de Psicología en la Facultad de Medicina de la Florida State University (Estados Unidos de América). Fue presidenta de la American Psychological Association (APA) en el año 2012. Es una de las científicas más influyentes del mundo según el Ranking de la Universidad de Stanford.



Gualberto Buela-Casal es Catedrático de Psicología Clínica de la Universidad de Granada (España). Fundador de la Cátedra de Investigación del Sueño de la Universidad de Granada. Presidente de la Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC). Es uno de los científicos más influyentes del mundo según el Ranking de la Universidad de Stanford.

*\*Desde su creación, la American Psychological Association (APA) es considerada la asociación científico/profesional de Psicología más importante a nivel mundial, y ello no sólo por el número de afiliados sino también por las importantes contribuciones que ha hecho al desarrollo de la Psicología a lo largo de la historia. Usted es la actual presidenta desde el mes de enero de 2012, ¿cuáles son sus principales objetivos para su mandato?*

La APA tiene un plan estratégico con tres metas: (1) maximizar la eficacia organizacional, (2) expandir el papel de la Psicología en el desarrollo de la

---

\* Esta entrevista fue publicada originalmente en *Infocop Online*.

Para referenciar este capítulo: Johnson, S. B. y Buela-Casal, G. (2023). Perspectiva de la Psicología. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Psicología Clínica: perspectiva internacional* (pp. 35-42). Dykinson. <https://www.dykinson.com/libros/psicologia-clinica-perspectiva-internacional/9788411707534/>

salud y (3) aumentar el reconocimiento de la Psicología como ciencia. Como presidenta de la APA, estoy comprometida con este plan estratégico y elegí mis aspiraciones presidenciales con estas metas estratégicas en mente. Atraer a la próxima generación a la Psicología y a la APA es mi primera iniciativa presidencial, y está directamente relacionada con la meta de la APA de maximizar la eficacia organizacional. La ciencia y práctica interdisciplinaria es mi segunda iniciativa, y está directamente relacionada con la segunda y tercera metas estratégicas de la APA: expandir el papel de la Psicología en el avance de la salud y aumentar el reconocimiento de la Psicología como ciencia. La obesidad es mi tercera iniciativa presidencial, y esto también está relacionado con la segunda y tercera estrategia de la APA.

*Recientemente se ha publicado en el International Journal of Clinical and Health Psychology un estudio sobre el índice h (un indicador de la producción científica en artículos y citas) de los presidentes de la APA desde su fundación hasta el año 2010 ([https://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-372.pdf](https://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-372.pdf)). En este artículo se pone de manifiesto que la APA ha tenido épocas en las que la presidencia era ejercida por psicólogos con orientación más profesional y en otras por psicólogos con un perfil más investigador. Usted, sin duda es de estos últimos, pues sus investigaciones han tenido como resultados más de cien artículos en revistas científicas y varios libros, por ello le pregunto si cree que actualmente, y en un futuro próximo, tendrá un perfil más académico o es algo que no se valora actualmente cuando se votan las opciones de los distintos candidatos.*

Tanto la ciencia como la práctica son importantes para la APA y sus miembros. De hecho, la mayoría de los psicólogos clínicos en Estados Unidos de América también han sido bien formados en la ciencia psicológica. Por supuesto que muchos presidentes de la APA no son clínicos y únicamente realizan investigación. Sin embargo, muchos (como Alan E. Kazdin) son científicos-profesionales. Los científicos-profesionales ven pacientes y realizan investigaciones sobre la mejor forma de ayudar a esos pacientes. Yo soy una científica-profesional que ha dedicado su carrera a la aplicación de los principios psicológicos para el cuidado de los pacientes que tienen diabetes u otros serios problemas de salud. Así que puedo parecer de primeras una investigadora, pero de hecho tengo los dos roles: soy investigadora y profesional. Aunque los psicólogos que se dedican únicamente a la investigación o a la práctica clínica son aptos para la presidencia de la APA, pienso que existe una ventaja en ser científico y profesional, ya que esta experiencia y destrezas simpatizan con toda la membresía de la APA.

*El Colegio de Psicólogos de España es, en cuanto a número de miembros, la segunda asociación más importante de psicólogos después de la APA, contando actualmente con más de 55.000 afiliados. ¿No cree que debería haber más vinculaciones entre estas dos sociedades de psicólogos? ¿Es algo que tenga previsto durante su mandato?*

Me genera mucho entusiasmo el aumentar las colaboraciones entre nuestras dos organizaciones y definitivamente me gustaría perseguir este objetivo como parte de mi presidencia de la APA.

*En los últimos años en España hemos tenido una importante discusión acerca de si la Psicología es o no una profesión sanitaria. Anteriormente, la Psicología se consideraba oficialmente en este país como una disciplina del ámbito de las ciencias sociales, lo cual tenía importantes consecuencias en el contexto profesional. Desde hace unos años, desde la perspectiva académica se considera una ciencia de la salud en la formación universitaria y desde el pasado año en el contexto profesional se considera por Ley una profesión sanitaria. Usted como experta en Psicología de la Salud, ¿qué opinión tiene sobre esto?*

Ya que la Psicología es el estudio de la conducta humana, es una ciencia que debería tener un impacto mayor. Según mi punto de vista, la práctica de la Psicología no debería limitarse a problemas de salud mental. La ciencia psicológica es relevante a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y control de la enfermedad cuando esta aparece. Restringir los servicios psicológicos a la "salud mental" sólo promueve el dualismo mente-cuerpo y limita injustamente la aplicación de la ciencia psicológica a la salud y bienestar de todos los pacientes.

*En este congreso hay una mesa redonda titulada "¿Los psicólogos deberían recetar psicofármacos?". Sabemos que ya en algunos estados de Estados Unidos de América esto es una realidad, pero ¿cuál es su opinión sobre ello?*

Existen dos estados (de los 50 de Estados Unidos de América) que permiten a los psicólogos recetar fármacos, y esta facultad está limitada a fármacos psicotrópicos. Este es un asunto controvertido, tanto dentro de la comunidad psicológica como de la comunidad sanitaria en general. La mayoría de los médicos estadounidenses se oponen a darles a los psicólogos la facultad para recetar. La mayoría de los psicólogos se oponen por principios o por no empeorar su relación con sus colegas médicos. Mi propia opinión es que los psicólogos son muy inteligentes y podrían ser entrenados para recetar medicación psicotrópica de una forma segura y eficaz. Sin embargo, esto requiere formación adicional,

con sus costes inherentes en tiempo y dinero, que la mayoría de los psicólogos estadounidenses no tienen interés por seguir. Para aquellos que quieran seguir este tipo de formación, existen otras vías (profesional de Enfermería, asistente de médico) que podrían permitir a los psicólogos ser entrenados para recetar todo tipo de fármacos –y no únicamente los psicotrópicos- en el mismo período de tiempo y sin oposición de la comunidad médica. Seguramente podrían existir países o jurisdicciones en el mundo en donde no haya oposición a la formación de psicólogos para recetar fármacos. De hecho, en algunos lugares pueden hasta darle la bienvenida a la propuesta. En ese contexto político tiene sentido apostar por la formación de psicólogos clínicos para la receta de fármacos psicotrópicos como parte de sus herramientas de tratamiento. En aquellos lugares donde la comunidad sanitaria se oponga a este aumento de competencias por parte del psicólogo, la comunidad psicológica necesitará decidir si quiere gastar sus recursos en este asunto.

*Otro tema de máxima actualidad es el estado actual del DSM-5 y del CIE-11, tema sobre el que tratan dos conferencias en el congreso. En el ámbito de las clasificaciones diagnósticas de los trastornos psicopatológicos, tradicionalmente la APA se ha inclinado por recomendar el uso del DSM, de hecho, es el más utilizado por la mayoría de los psicólogos clínicos españoles; sin embargo, actualmente parece que la postura de la APA es más partidaria del uso de la CIE. ¿Podría comentarnos a qué se debe este cambio en el caso de que realmente sea así?*

El DSM es un producto de la American Psychiatric Association. Aunque muchos de los psicólogos estadounidenses han participado en el desarrollo de algunos aspectos del DSM, o de su revisión, la American Psychological Association no tiene relación formal con el desarrollo o revisión del DSM. Sin embargo, los programas estadounidenses de formación clínica utilizan el DSM en sus currículos de formación y este precedente histórico ha continuado hasta hoy. Dado que la Psiquiatría estadounidense ha sido influyente en el desarrollo de la CIE, históricamente había poca diferencia entre el DSM y la CIE. Como resultado, muchos psicólogos estadounidenses no conocían bien la CIE y fueron entrenados con el DSM. Esto está cambiando por varios motivos. Primero, la expansión de la práctica de la Psicología en el contexto más amplio de salud ha resultado en que los psicólogos que trabajan en una clínica se hayan familiarizado con la CIE, que es usada por el resto de la comunidad médica en Estados Unidos de América y en el resto del mundo. Segundo, la CIE-11 ha permitido una participación psicológica total en esta revisión. A través de la Unión Internacional de la Ciencia Psicológica, la APA ha sido capaz de apoyar a un psicólogo (el Dr. Geoffrey Reed) en su rol de líder para el desarrollo de la CIE-11. Como consecuencia, la CIE-11 no será una modificación del DSM-5. Tercero, el gobierno estadouniden-

se ha estipulado que todos los proveedores, incluidos los psicólogos, deben usar la CIE para fines de facturación en los próximos años, aunque se están haciendo esfuerzos por parte de algunos grupos dentro de Estados Unidos de América para retrasar la fecha exacta de la entrada en vigor de este requisito. Por estas razones, la APA ve esto como una oportunidad ideal para ofrecer formación a psicólogos clínicos en el uso de la CIE. La CIE tiene además ventajas adicionales, incluido su desarrollo por parte de la Organización Mundial de la Salud y su distribución gratuita. Por el contrario, el DSM es desarrollado por una única organización de un único país (la asociación psiquiátrica estadounidense) con ánimo de lucro. Personalmente, estoy completamente a favor de cambiar nuestra formación y práctica a la CIE. Estoy encantada de saber que el Dr. Reed estará en el congreso para discutir este asunto en detalle.

*Un tema de especial importancia es la formación de doctores en Psicología. En España, a diferencia de las mejores universidades de Estados Unidos de América existe la costumbre de ofertar muchas plazas para doctorandos, habiendo Facultades de Psicología que pueden ofertar más de cien plazas cada año, lo que más de uno consideramos como un error para ofertar una buena formación doctoral. ¿Cuál es su opinión en este tema?*

Una controversia similar ocurre en Estados Unidos de América con el desarrollo autónomo de los programas PsyD (Doctorado en Psicología), que admiten a muchos estudiantes. Un gran número de estudiantes no es necesariamente un problema en sí. Por ejemplo, muchos de los programas que forman a médicos en Estados Unidos de América admiten a más de 100 estudiantes cada año. El problema es si un programa tiene los recursos para formar bien a todos esos estudiantes. La educación médica estadounidense es muy cara porque son necesarios muchos recursos para ofrecer la formación necesaria. Además, los estudiantes deben pasar una serie de difíciles exámenes antes de ser autorizados para la práctica profesional. En la Psicología estadounidense hemos intentado solucionar este problema a través del proceso de acreditación. Los programas deben tener ciertos estándares –incluyendo suficientes recursos– para ser acreditados. Según mi opinión, los estudiantes deben matricularse en programas acreditados, asegurándose algunos estándares básicos en su formación. Debo destacar que estos extensos programas PsyD únicamente entrenan a psicólogos clínicos. En Estados Unidos de América, los programas PhD en otras áreas de la Psicología (por ejemplo, experimental, cognitiva o social) son muy pequeños y sólo admiten a unos cuantos estudiantes cada año.

*Otra diferencia importante entre Estados Unidos de América y España es que, mientras en su país es muy frecuente la movilidad del profesorado*

*(usted, por ejemplo, se ha formado y/o trabajado en varias universidades: Cornell University, State University of New York, University of Florida, Robert Wood Johnson Health Policy Fellow,...), en España la movilidad es muy reducida, incluso hay profesores que nacieron en una ciudad, estudiaron Primaria, Secundaria y la formación universitaria en la misma ciudad, luego se doctoraron y fueron profesores en esa misma Universidad de la ciudad en la que nacieron hasta el día que se jubilaron, es lo que podríamos llamar “profesores con raíces”. Por el contrario, en las mejores universidades de Estados Unidos de América se potencia mucho la movilidad, y ello hasta tal punto que se tiende a contratar a profesores formados en otras universidades antes que los formados en la propia universidad. ¿Qué ventajas cree que tiene la movilidad del profesorado?*

Creo que tiene razón sobre la preferencia de Estados Unidos de América por miembros de la Facultad que han sido formados en una institución diferente que la contratante. Esta preferencia surge de, al menos, tres fuentes. Primero, existe una preferencia cultural de que un estudiante vaya a la mejor Universidad para la que haya sido admitido. Aunque la localización juega un papel relevante en la elección de Universidad, el prestigio es muy importante. Así, es muy común que los mejores estudiantes vayan a universidades fuera de su región. Los mejores estudiantes están acostumbrados a mudarse y vivir lejos de su hogar durante su formación en Grado y Postgrado. Segundo, las universidades tienen una política de contratación transparente y abierta, y contratar al mejor solicitante es la meta. Por supuesto, existen excepciones, pero culturalmente se acepta como mejor método de contratación. Tercero, existe una creencia general de que las nuevas ideas y corrientes son buenas para una Facultad y para un programa de formación. Existe cierta preocupación a la hora de contratar personal que fue formado en la misma universidad, ya que podría crear una Facultad de personas muy similares, quienes –como Facultad– no serán tan creativos como una Facultad formada por individuos formados en otras instituciones.

*Usted es una especialista en Psicología de la Salud en la infancia, de hecho, ha publicado un importante manual sobre el tema, además de múltiples artículos. En concreto uno de los temas que más ha investigado es la obesidad infantil, tema sobre el que impartirá la conferencia de apertura en este Congreso. Actualmente en España tenemos un problema importante con la obesidad infantil, somos uno de los países de la Unión Europea con más niños obesos, y ello a pesar de vivir en un país donde hay una tradición de la “dieta mediterránea”, considerada como ejemplo de dieta saludable. ¿Cuál es su opinión sobre la obesidad infantil actual? ¿Es un problema de hábitos saludables: falta de ejercicio físico, alimentación hipercalórica...? ¿Cuál es su opinión sobre el uso o abuso de*

*ordenadores, videoconsolas, televisión, etc. por parte de los niños? ¿No cree que incrementa el sedentarismo y, por tanto, es un factor que potencia la obesidad?*

La epidemia de la obesidad que tiene lugar en Estados Unidos de América no es un producto de la genética o la biología. Es, de hecho, un producto de un contexto sociocultural cambiante que ha afectado de forma masiva a la conducta humana. Estos cambios implican muchos aspectos de nuestra cultura e incluyen tanto reducción de la actividad como cambios en lo que comemos y en la cantidad que comemos. Los estilos de vida sedentarios son muy frecuentes. Cada vez estamos más entretenidos por oportunidades que no exigen actividad (por ejemplo, películas que pueden ser descargadas en nuestro televisor o iPad, home-cinemas, videojuegos, mandar mensajes a amigos o tiempo infinito en Internet). Vivimos en los alrededores y debemos conducir a todos los sitios. La mayoría de nuestras madres trabajan y se les pide a los niños que vengan del colegio y se queden en casa por seguridad (a estos niños los llamamos “niños pestillo”). Los esfuerzos por integrar nuestras escuelas nos llevaron a largos paseos en autobús en vez de cortos paseos o desplazamientos en bicicleta a la escuela local. Los exámenes de alto impacto/clasificatorios en nuestras escuelas han dado lugar a cada vez más tiempo gastado en la enseñanza y menos en la actividad física, en un esfuerzo por lograr buenos resultados académicos. El hecho de que ambos padres trabajen ha hecho que haya menos comida en casa y más fuera. La industria de la comida rápida se ha hecho muy popular y ha atraído a clientes por sus bajos precios y grandes cantidades (por ejemplo, puedes doblar el tamaño de una bebida por sólo 25 centavos). La industria alimentaria a menudo toma a los niños como objetivo comercial a través de la televisión, así que estos reclaman a sus padres productos con muchas calorías y poco valor nutricional. Muchos se han referido a esto como un “ambiente obesogénico”. Por desgracia, este ambiente está siendo copiado por todo el mundo.

*Por último, siendo usted una destacada investigadora en el ámbito de la Psicología de la Salud y también la presidenta de la APA, sin duda, recibirá muchas invitaciones para participar en congresos internacionales, por ello, le pregunto ¿cuál fue la razón para aceptar nuestra invitación?*

Existen varias razones por las que acepté felizmente su invitación. En diciembre, justo antes de convertirme en presidenta de la APA, tuve la oportunidad de pasar algún tiempo en una reunión de la Asociación Mexicana de Psicología (AMP). La APA y la AMP han desarrollado un “Memorando de Entendimiento” y fue muy emocionante discutir formas en las que ambas organizaciones pudieran colaborar exitosamente. Tengo un compromiso fuerte en el desarrollo de colaboraciones con otras asociaciones de Psicología alrededor del mundo y

espero que podamos desarrollar importantes colaboraciones entre la APA y la Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC). Segundo, tengo un compromiso con el desarrollo del papel de la Psicología más allá de la salud mental, hacia el contexto más general de la salud y de la investigación en salud. Esta es la dirección en la que nos movemos en Estados Unidos de América y creo que es una dirección importante para todos los psicólogos del mundo. Tercero, me apasiona la epidemia de la obesidad. Mi área particular de especialización es la diabetes infantil y cuando veo a niños con diabetes tipo 2 –una enfermedad de adultos con sobrepeso- siento que debo hacer algo sobre este hecho lamentable. La obesidad es una epidemia en Estados Unidos de América y es probable que cause la bancarrota de nuestro sistema sanitario a menos que podamos hacer algo. El aumento de la conciencia de los psicólogos en relación con esta problemática y el aumento de su papel potencial en tratar la obesidad puede prevenir que esta se convierta en una epidemia en otros países.

# PSICOLOGÍA CLÍNICA

*Alan E. Kazdin y Gualberto Buela-Casal*



Alan E. Kazdin es Catedrático de Psicología en la Yale University (Estados Unidos de América), en donde dirigió el Yale Parenting Center and Child Conduct Clinic. Fue presidente de la American Psychological Association (APA) en el año 2008. Es Miembro de Honor de la Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC) y uno de los científicos más influyentes del mundo según el Ranking de la Universidad de Stanford.



Gualberto Buela-Casal es Catedrático de Psicología Clínica de la Universidad de Granada (España). Fundador de la Cátedra de Investigación del Sueño de la Universidad de Granada. Presidente de la Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC). Es uno de los científicos más influyentes del mundo según el Ranking de la Universidad de Stanford.

*\*¿Profesor Kazdin, cuénteme por qué decidió estudiar Psicología y por qué orientó su actividad hacia la Psicología Clínica?*

Me ha interesado sobre todo la Filosofía y la Psicología. A través de la relación con algunos profesores muy dinámicos y estimulantes empecé a interesarme en temas de Psicología Clínica. También a la hora de escoger una carrera, la Psicología Clínica me proporcionaba la posibilidad de trabajar en diferentes áreas, y yo consideraba que los estudios en Filosofía eran más limitados. Durante la diplomatura me interesé en la práctica clínica y en la terapia, pero rápidamente

---

\* Esta entrevista fue publicada originalmente en *Papeles del Psicólogo*.

Para referenciar este capítulo: Kazdin, A. E. y Buela-Casal, G. (2023). Psicología Clínica. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Psicología Clínica: perspectiva internacional* (pp. 43-46). Dykinson. <https://www.dykinson.com/libros/psicologia-clinica-perspectiva-internacional/9788411707534/>

comprendí la importancia de la investigación y la necesidad de responder preguntas que pudieran ayudar al trabajo clínico.

*Usted lleva muchos años formando psicólogos clínicos, por tanto, me gustaría conocer su opinión acerca de cuál sería la formación ideal para ser un buen psicólogo clínico.*

En mi opinión es importante conocer diferentes enfoques teóricos y terapéuticos, pero sin llegar a comprometerse con ninguno demasiado pronto, y conocer la importancia y las limitaciones de la investigación. Hemos aprendido de una amplia investigación que solemos tener gran confianza en las opiniones que formamos y en las decisiones que tomamos en el trabajo clínico y los juicios que realizamos, pero estos no son ni muy fiables ni válidos. En mi opinión, un importante paso en el proceso clínico es la humildad acerca de lo que sabemos, aunque queramos ayudar a un paciente concreto y ser sensible a sus necesidades, ignoramos cómo hacerlo bien. También creo que es muy importante para un psicólogo clínico aprender evaluación, no sólo con vistas a la investigación, sino para controlar el progreso de un paciente durante la terapia. En mi opinión, la buena práctica clínica se parece mucho a lo que es una investigación. Uno comienza formulando hipótesis, las somete a prueba y entonces realiza cambios basándose en la información que obtiene. Este proceso es aún más importante en la práctica clínica, dado que debemos controlar los progresos del paciente para asegurarnos que los objetivos de la terapia están siendo conseguidos, que las decisiones que adoptamos están fundamentadas. La evaluación y el control del tratamiento son muy importantes para mí como psicólogo clínico.

*¿Cuál es su opinión acerca de la importancia de la práctica clínica en la formación del psicólogo clínico? ¿Lo considera tan importante como una buena formación teórica o algo sólo complementario?*

La práctica clínica es muy importante para la formación; sin embargo, la experiencia a menos que sea guiada por el conocimiento es muy limitada. Gran parte del conocimiento que disponemos en nuestro campo sobre aprendizaje, motivación, cognición podría ser aplicado en la práctica, pero generalmente no ocurre así. También la mayoría del conocimiento básico está basado en la población general, que puede no ser aplicable a un caso individual. Por tanto, creo que la experiencia clínica debería incluir experiencia en desarrollar mejores procedimientos para evaluar las características del paciente y el progreso en la terapia. El entrenamiento y la experiencia son muy importantes, pero todas las experiencias clínicas deberían ser revisadas cuidadosamente.

*Como director del Programa de Formación en Psicología Clínica en la Universidad de Yale, me podría contar brevemente cómo funciona su Programa de Doctorado en Psicología Clínica, ¿cuántas plazas se ofertan, cómo se selecciona y en qué consiste su formación?*

Cada año en la Universidad de Yale, aproximadamente entre 250 y 350 estudiantes solicitan entrar en el programa de Doctorado en Psicología Clínica. De todos estos, aceptamos dos o tres estudiantes. Generalmente, los solicitantes son excelentes; resulta claro y evidente para los profesores, cuando revisamos las solicitudes, que la gran mayoría son individuos extraordinarios y bien entrenados, que harían contribuciones a nuestra área. Entre los pocos que finalmente son seleccionados, nosotros buscamos experiencias de entrenamiento especiales, experiencias en investigación, ejecución o resultados excelentes a través de diferentes áreas o exámenes de Grado y también tenemos en consideración la información cualitativa que obtenemos a través de una entrevista, que normalmente se realiza por teléfono. También buscamos igualar los intereses entre lo que los solicitantes desean hacer en su investigación y lo que podemos proporcionar en cuanto a oportunidades. Este proceso de solicitud es un poco frustrante, tanto para el profesorado como para los solicitantes. La razón es que hay muchos estudiantes excelentes que solicitan entrar en el Programa de Doctorado y que no pueden ser finalmente admitidos.

*Usted ha participado en los dos últimos congresos organizados por la Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC), por tanto, ha tenido la experiencia de conocer e intercambiar opiniones con psicólogos españoles. ¿Qué opinión tiene de la Psicología Clínica española? ¿Cómo ha visto el nivel de los psicólogos clínicos españoles y de sus publicaciones?*

El nivel de trabajo en Psicología Clínica en España es, en mi opinión, excelente. Los profesores y el trabajo que realizan están a la altura de los mejores del mundo. Me agrada ver un mayor intercambio en cuanto a publicaciones. Me gustaría leer más acerca de los trabajos que realizan los psicólogos españoles en revistas publicadas en Estados Unidos de América, de manera que la audiencia para este trabajo excelente se expandiera aún más. También me gustaría que más psicólogos de Estados Unidos de América publicaran en revistas españolas para fortalecer este intercambio. Aparte de la Psicología española en general, la Universidad de Granada merece una mención especial, su Facultad de Psicología, y el Departamento de Psicología Clínica en particular, han hecho una contribución muy importante al campo de la Psicología.

*Durante sus clases, me ha llamado la atención que ha repetido en varias ocasiones a los estudiantes: “no fallan las técnicas, normalmente lo que falla es el terapeuta”. ¿Me puede explicar qué les pretendía transmitir? ¿Qué hay que tener más confianza en las técnicas o qué el clínico debe autoevaluar y tratar de averiguar por qué no funcionan en algunos casos?*

Siempre me han preocupado algunas de nuestras inconsistencias como terapeutas. Cuando hablamos de éxito terapéutico a menudo nos atribuimos un mérito mayor del que realmente nos pertenece o nos merecemos. Cuando un paciente no mejora, empeora o abandona el tratamiento solemos atribuir esto al paciente; nos decimos: “ha mostrado resistencia, no siguió nuestras indicaciones” o pensamos que no estaba motivado para cambiar. De hecho, la tarea del psicólogo es comprender la conducta, aprovechar los hallazgos psicológicos para comprender la conducta y evaluar lo que hemos hecho. Puede ser cierto que el paciente no esté motivado; sin embargo, parece que esta conclusión no es segura hasta que usemos nuestro conocimiento. Echarle la culpa al paciente es perder el objetivo de nuestra tarea. La terapia exige la solución de un problema complejo de un paciente concreto. Dada la limitación de nuestro conocimiento, ¿qué podemos hacer? La respuesta, creo, es en primer lugar, extraer, aprovechar todo lo que sabemos acerca de cómo cambiar las emociones, la cognición y la conducta. Disponemos de una gran cantidad de conocimiento, pero sólo una pequeña parte de este es aplicable al contexto del trabajo clínico. Sabemos mucho sobre cómo evaluar el cambio y, en el trabajo clínico, lo que es un cambio clínicamente significativo, pero muy poco de esto es trasladable a la práctica. Por mi parte, considero que los pacientes no están recibiendo una atención óptima.

*Por último, ¿cuáles son sus intereses futuros de investigación?*

Me gustaría continuar mi trabajo con niños, será importante para nuestro grupo de investigación estudiar niños pequeños y también adolescentes. El objetivo es comprender mejor las guías que conducen a la desviación, los cambios que tienen lugar en el curso del desarrollo y los medios de intervención en cada una de las etapas para mejorar el funcionamiento. El trabajo de nuestro grupo se centrará sobre estos temas, además de continuar el desarrollo de tratamientos eficaces.

# REFLEXIONES EN PSICOLOGÍA

*Alan E. Kazdin y Gualberto Buela-Casal*



*Alan E. Kazdin es Catedrático de Psicología en la Yale University (Estados Unidos de América), en donde dirigió el Yale Parenting Center and Child Conduct Clinic. Fue presidente de la American Psychological Association (APA) en el año 2008. Es Miembro de Honor de la Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC) y uno de los científicos más influyentes del mundo según el Ranking de la Universidad de Stanford.*



*Gualberto Buela-Casal es Catedrático de Psicología Clínica de la Universidad de Granada (España). Fundador de la Cátedra de Investigación del Sueño de la Universidad de Granada. Presidente de la Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC). Es uno de los científicos más influyentes del mundo según el Ranking de la Universidad de Stanford.*

*\*En realidad se puede considerar a Alan Kazdin como una persona con una gran experiencia en la dirección de departamentos, revistas científicas, comités y sociedades científicas, como lo demuestra el que haya ocupado ya numerosos cargos directivos en la American Psychological Association (APA), en la Society for Experimental Analysis of Behavior (SEAB) o la presidencia de la Association for Advancement of Behavior Therapy (AABT). ¿Cree que esta experiencia será suficiente para presidir la APA respondiendo a las expectativas que han depositado en usted tantas personas?*

---

\* Esta entrevista fue publicada originalmente en *Infocop Online*.

Para referenciar este capítulo: Kazdin, A. E. y Buela-Casal, G. (2023). Reflexiones en Psicología. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Psicología Clínica: perspectiva internacional* (pp. 47-52). Dykinson. <https://www.dykinson.com/libros/psicologia-clinica-perspectiva-internacional/9788411707534/>

Estas experiencias, sin duda, me ayudarán a enfrentar el cargo. Parte del trabajo administrativo que he desarrollado se ha vinculado a la planificación estratégica y la implementación de planes, lo que también será de ayuda. De todos modos, aún tengo mucho que aprender acerca del avance de la APA en ámbitos como la investigación, formación, políticas, servicios clínicos y otras áreas. Asimismo, me gustaría conocer qué interesa a los miembros de la organización y a los psicólogos de todo el mundo.

*En cualquier caso, ya no sería el primer gran reto, pues la dirección de la Enciclopedia de Psicología (The Encyclopedia of Psychology) editada por Oxford University Press y la APA ha sido, quizás, el proyecto editorial de mayor envergadura, hasta la fecha, realizado en el campo de la Psicología. Me consta que en algunos momentos la presión fue muy alta, y ahora que ya pasaron unos años, ¿cree que el esfuerzo mereció la pena?*

Sin lugar a duda. Las publicaciones se leen por otros profesionales, lo que es imprescindible para el avance de la ciencia y del trabajo clínico. El público que lee la Enciclopedia, sin embargo, es mucho más amplio (dado que incluye a estudiantes y público general) y constituye, por ese motivo, una oportunidad clave para mostrar lo que es la Psicología y lo que hace que sea importante en el mundo. Me sentí muy contento de poder participar en la elaboración de la Enciclopedia y de colaborar con tantos especialistas de todo el mundo.

*Es posible que el nombre de la APA lleve a confusión, pues mientras algunos consideran que es una asociación estadounidense, en realidad puede considerarse una asociación internacional, ya que muchos de sus miembros provienen de diferentes países del mundo. De hecho, algunos de sus congresos se han celebrado en Canadá. ¿Cuál es su visión en este sentido?*

En efecto, la APA es una organización internacional en muchos sentidos, debido a que cuenta con miembros de otros países. Sin embargo, a mí me gustaría que la Psicología tuviera un mayor contacto con la comunidad internacional y trabajar juntamente con otros países con el objetivo de aplicar la Psicología a problemas humanos significativos. ¿Qué necesitamos aprender de otros países para ayudar en la resolución de problemas significativos? Debemos aprender unos de otros y trabajar juntos. Por ejemplo, la obesidad y la malnutrición son problemas mundiales, que además se dan simultáneamente en algunos países. ¿Qué puede hacer en este caso la Psicología? Asimismo, la Psicología ha contribuido en el abordaje del VIH y en las prácticas que reducen la incidencia del SIDA, pero ¿qué más podemos hacer? Nuestra contribución debería centrarse en qué es lo que la Psicología puede hacer más que en lo que puede hacer la APA.

*En el año 2001 se publicó un estudio en el International Journal of Clinical and Health Psychology, en el que se ponía de manifiesto que Alan Kazdin era el psicólogo más productivo y el más citado en el ámbito de la Evaluación Conductual. Más recientemente se ha publicado otro trabajo en la revista Research in Developmental Disabilities que confirma esto mismo en el contexto de la Psicología Clínica. Este mismo mes yo realicé un estudio comparativo sobre la producción de artículos y citas en la Web of Science, de los cinco candidatos que se presentaron para las elecciones de la APA. El resultado muestra que Alan Kazdin no sólo es uno de los autores top de la Web of Science en cuanto a productividad, sino que, además, había sido citado, sólo en esta base, 9.758 veces; es decir, recibía casi tantas citas como votos ha conseguido en las elecciones a la presidencia de la APA. ¿Cree que el hecho de ser tan citado ha tenido un peso importante a la hora de recibir tantos apoyos para la Presidencia? Y, por cierto, ¿cómo se siente alguien al ser tan citado?*

Es muy amable por su parte al mencionar mi trabajo y las citas que ha recibido. Me sorprende que mi trabajo sea citado. Ni mis familiares se leen mis trabajos, así que no esperaba que nadie más lo hiciera.

*Entre las personas que han apoyado su candidatura se encuentran varios de los psicólogos más prestigiosos, tales como Albert Bandura, Aaron Beck, David Barlow y nuestro común amigo Michael Mahoney que, lamentablemente, hemos perdido hace poco. En la década de los años noventa, Michael y usted editaron un libro juntos (Cognitive and Behavioral Interventions) que ha tenido un importante éxito. Muchos consideran que fue uno de los psicólogos importantes de las últimas décadas, no sé si quiere comentar algo sobre ello.*

Michael Mahoney fue enormemente creativo. Cuando estuvimos juntos en la Pennsylvania State University, nuestros despachos en el Departamento de Psicología eran contiguos. Era una fuente constante de ideas y tenía un sentido del humor excelente. Tenerle como colega fue un placer y una experiencia de aprendizaje. Fue muy influyente y su pérdida nos ha entristecido a muchos de nosotros.

*En la campaña para la Presidencia de la APA ha hecho especial énfasis en las aplicaciones de la Psicología en la salud, y ponía como ejemplo todo lo que se puede hacer cambiando las conductas en el caso del VIH/SIDA. ¿Considera, por tanto, que la salud es uno de los retos que debe afrontar la Psicología? ¿Qué otros retos tiene previstos para su periodo como presidente?*

Me gustaría extenderme un poco en el tema de la salud. La investigación continúa mostrando que los problemas psicológicos tienen un impacto enorme en la salud física y que la salud física tiene un enorme impacto en los problemas psicológicos. Tanto los problemas de salud física como mental resultan muy costosos en términos económicos y de recursos humanos. Una de las implicaciones de esto es que tanto los servicios psicológicos como el trabajo clínico deberían ocupar un papel más central en la salud física y en la prevención y abordaje de las enfermedades. La Psicología Clínica debe ocupar un papel mucho más importante del que ocupa en el mundo, y no debería limitarse únicamente a la salud mental. En cuanto a iniciativas para este periodo, quiero impulsar muy particularmente el entendimiento de la cultura y etnicidad, infancia y familia y el trabajo internacional. Este reto se traduce en una pregunta: ¿qué puede hacer la Psicología para ayudar al mundo y cómo podemos convertirnos en socios de otras organizaciones y países para lograr mayor impacto? Estas son preguntas clave de mi Presidencia.

*Como es bien conocido, la APA es la asociación de psicólogos más importante del mundo, de ahí su enorme influencia en muchos ámbitos; pero también es verdad que el Consejo General de Colegios de Psicólogos de España (con unos 40.000 miembros) es una gran asociación por su importancia numérica. Conociendo su proximidad a España, y a la Psicología que se hace en español, ¿cree que puede resultar interesante el desarrollo de proyectos comunes? ¿Qué tipo de proyectos podrían ser interesantes?*

Estoy deseando desarrollar algún tipo de colaboración. Considero que la colaboración internacional es importante para maximizar el impacto de la Psicología. Sabe lo mucho que he disfrutado de la colaboración profesional. Mi expectativa es que la colaboración entre nuestros países, y de manera más general, la colaboración a un nivel internacional va a ser imprescindible para lograr un mayor impacto de la Psicología. Ese impacto incluye desde la atención a la educación y la formación de la siguiente generación de psicólogos, a la investigación, el trabajo clínico y los servicios de atención.

*En España, como bien conoce, ha tenido lugar un importante debate sobre si la Psicología es o no una ciencia de la salud. Como en todo debate, hay opiniones encontradas, pero el hecho es que, recientemente, el Consejo de Coordinación Universitaria del Ministerio de Educación y Ciencia aprobó la adscripción de la Psicología a las Ciencias de la Salud (antes estaba clasificada en las Ciencias Sociales y Jurídicas). ¿Cuál es su opinión sobre este cambio y su consideración como una Ciencia de la Salud?*

La Psicología es central para la salud y puede hacer dos tipos de contribuciones. En primer lugar, la investigación científica básica está ayudando a la comprensión de aspectos críticos de la salud. Por ejemplo, ahora sabemos que el estilo de alimentación o la conducta de fumar de los padres y abuelos de una persona puede influir en el desarrollo de problemas de salud física y psicológica en hijos y nietos. Esto es muy importante. En segundo lugar, hoy en día es bien conocido que la adherencia a los tratamientos médicos, dietas, el ejercicio físico, la conducta de fumar y otros hábitos relacionados con el estilo de vida influyen definitivamente en la salud. La Psicología es esencial para entender estos hábitos y abordarlos. No hay lugar a debate, los aspectos y temas clave de la Psicología influyen en la salud y en el uso de los servicios sanitarios.

*Sus intereses en la investigación han sido múltiples, desde la metodología de la investigación, la evaluación conductual, los tratamientos psicológicos o la eficacia de los tratamientos a la conducta antisocial, pero tal vez es sobre esta última temática sobre la que más ha trabajado en los últimos años y en la que constituye una referencia a nivel mundial. ¿Continuará dando prioridad a este tema de investigación en el futuro?*

En mis propios trabajos de investigación sigo centrado en las conductas antisociales y la agresión en niños y adolescentes. Como sabe, por las colaboraciones que hemos mantenido, hemos desarrollado tratamientos que se han mostrado eficaces. Una dificultad constante con la que tropezamos es la difusión de estos tratamientos entre los profesionales que trabajan en la práctica clínica. Los tratamientos más eficaces y mejor estudiados continúan sin aplicarse en el ejercicio clínico. Mi objetivo prioritario ahora mismo, en este sentido, es difundir mejor lo que sabemos hasta ahora, aunque no significa que vaya a detener mi labor investigadora.

*Hace ya más de una década le hice una entrevista durante un Congreso Internacional celebrado en Granada. En aquella entrevista insistía en dos consejos para los jóvenes psicólogos: uno es que la experiencia profesional, si no está guiada por el conocimiento teórico, es muy limitada y, otro es que “no fallan las técnicas, lo que fallan son los terapeutas”, ¿sigue pensando igual?*

La teoría es una buena guía para la investigación, pero hemos de ser cuidadosos. En Psicología, en algunas ocasiones, la teoría se ha asimilado con perspectivas muy globales sobre un problema, ya sea esta perspectiva de corte conductual, psicoanalítico, humanista o de otro tipo. Estas perspectivas tan amplias constituyen un tipo de teoría que, bajo mi punto de vista, no es muy útil. Se alejan mucho de los datos reales. Son muy importantes los modelos específicos

sobre cómo funciona un fenómeno particular. Yo animo a los jóvenes investigadores a trabajar en estrecha relación con el fenómeno que están estudiando, a desarrollar en profundidad y con mucha precaución descripciones. Las descripciones detalladas, realizadas con mucho cuidado, son el mejor camino para alcanzar una comprensión profunda y para desarrollar una teoría.

*A principios del siglo XXI se publicó en España un libro dirigido por el profesor Rubén Ardila titulado "La Psicología en el Futuro". En ese libro usted escribió un capítulo en el que opinaba que el avance de la Psicología en el futuro también estará relacionado con la conexión entre la Psicología y la Biología, con el avance de la tecnología y la robótica y con el conocimiento del mapa del genoma humano. ¿Continúa manteniendo ese planteamiento?*

Creo que la Psicología todavía tiene mucho que aportar por sí misma. Al mismo tiempo, la colaboración con otras áreas es fundamental. Por ejemplo, la investigación sobre genética y *proteómica* ha hecho que la Psicología sea más importante que nunca. El trabajo en epigenética lo ilustra. La investigación epigenética muestra como la crianza y el cuidado de los hijos (Psicología) puede influir en la expresión de los genes a través de múltiples generaciones. Este trabajo es asombroso y muestra la importancia de la colaboración entre dos disciplinas. También la neuroimagen y la biología molecular son críticas a la hora de abordar temas como el modelado y la empatía. La colaboración es imprescindible para alcanzar nuevos niveles de comprensión.

*¿No sé si quiere comentar algo más para los psicólogos españoles?*

Espero que tengamos oportunidad de colaborar y trabajar con psicólogos españoles. Tenemos mucho que aprender de ellos. Además, juntos podemos conseguir un impacto que no sólo introduzca mejoras para ambos países, sino también ayudar a las personas en todo el mundo. La salud mental y física, la educación, la vida en familia, los derechos de grupos que sufren discriminación, abuso y violencia constituyen sólo algunos de los temas. Quiero pensar que juntos podemos hacer más por nuestros países de lo que cada uno podríamos hacer por separado.

# PRESENCIA DE PSICÓLOGOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

*Susan H. McDaniel y Wenceslao Peñate*



Susan McDaniel es Catedrática de Familia y Salud en la Rochester University (Estados Unidos de América) y directora del Family Institut de dicha Universidad. Fue presidenta de la American Psychological Association (APA) en el año 2016. Es una de las científicas más influyentes del mundo según el Ranking de la Universidad de Stanford.



Wenceslao Peñate es Catedrático de Psicología Clínica en la Universidad de La Laguna (España). Miembro del Instituto Universitario de Neurociencia.

*\*¿Cómo es un día laboral “normal” en su vida ahora (como presidenta de la American Psychological Association, APA)?*

¡Qué gran pregunta! ¡Nadie me lo ha preguntado! Mis días son muy largos. Tengo un año sabático a tiempo parcial de mi jefatura laboral en el *Medical Center* de la Universidad de Rochester, en donde soy jefa de División en el Departamento de Psiquiatría y presidenta asociada del Departamento de Medicina Familiar. Este sabático a tiempo parcial me proporciona el tiempo para hacer los viajes

---

\* Esta entrevista fue publicada originalmente en *Infocop Online*.

Para referenciar este capítulo: McDaniel, S. H. y Peñate, W. (2023). Presencia de psicólogos en Atención Primaria. En G. Buena-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Psicología Clínica: perspectiva internacional* (pp. 53-57). Dykinson. <https://www.dykinson.com/libros/psicologia-clinica-perspectiva-internacional/9788411707534/>

que necesito y quiero hacer como presidenta de la APA, incluyendo ir a España. La pasada semana di una charla sobre atención integral en la Conferencia de *Veterants' Administration Psychologists' Leadership*, celebrada en San Antonio de Texas. Después fui a San Francisco para dar una charla sobre atención integral para la *American College Health Association*. Los días previos los dediqué a preparar las charlas y las diapositivas, y para ir al *Medical Center* para hacer mi trabajo cotidiano. Ahora, con la reforma de la atención a la salud en Estados Unidos de América, tenemos mucho trabajo por hacer para cambiar nuestro sistema de atención a la salud. Integrar salud conductual dentro de la Atención Primaria es una gran iniciativa. ¡Así que hay mucho que hacer! Esta semana estaré trabajando duro en el *Medical Center* desde el lunes hasta el miércoles. El jueves iré corriendo a Washington DC a la reunión de la Comisión de directores de la APA (hasta el domingo). Así que a principios de esta semana estaré a tiempo completo en mi *Medical Center*. Internet hace unas conexiones maravillosas, pero también es verdad que tengo un promedio de 500 correos electrónicos diarios y hay algunos que el personal de la APA no puede responder. Estos son los correos, pero también está el teléfono y los contactos personales (lo mejor) con personas que hacen que ser presidenta de la APA sea tan interesante y significativo.

*Usted participará en el IX Congreso Internacional de Psicología Clínica en Santander, con una conferencia sobre un tema que usted ha venido desarrollando durante varios años: la Terapia Familiar en la Atención Sanitaria (Medical Family Therapy). Una primera cuestión es acerca del concepto de Terapia Familiar en la Atención Sanitaria (TFAS), y en qué medida es diferente a la terapia familiar tradicional.*

La TFAS es un meta marco de referencia dentro del cual uno puede practicar cualquier tipo de terapia familiar. Este marco general se fundamenta en el acercamiento basado en los sistemas biopsicosociales que reconoce que la mente y el cuerpo están íntimamente relacionados. En este sentido, la TFAS implica preguntar a las personas tanto por su estado físico como por sus experiencias emocionales, y colaborar con otros profesionales de la salud para proporcionar una atención integral a las personas y a sus familiares, especialmente cuando se enfrentan a una enfermedad o a un reto de salud.

*Desde un punto de vista de la Psicología profesional, ¿qué ventajas proporciona la TFAS al sistema de salud (usuarios, profesionales, organizadores...)?*

Yo creo que proporciona una variedad asombrosa de posibilidades: la atención a los pacientes dirigida a la persona como un todo en su contexto familiar y comunitario; la atención al bienestar de los trabajadores de la salud para me-

jorar la efectividad de los equipos de trabajo en el cuidado de la salud, ya que los acercamientos sistémicos funcionan tanto para las familias como para esos equipos; yo misma he formado a profesionales de la Psicología para que se unan a mí en un entrenamiento en comunicación y liderazgo para la Facultad de Medicina de nuestro centro. Nos hemos centrado en la comunicación con los pacientes, sus familias y con el resto del equipo de cuidadores de la salud. Y los profesionales de la Medicina lo han valorado como muy útil y de un gran apoyo.

*¿Podría darnos algunos ejemplos de buenas prácticas de la Terapia Familiar en la Atención Sanitaria en su país?*

Hay muchísimos ejemplos que implican a pacientes y profesionales de la salud de todo tipo (atención primaria, Alzheimer, epilepsia, fertilidad, medicina de familia, genética, obstetricia, pediatría general, pediatría reumatológica y cirugía). El Instituto de la Familia, que dirijo en Psiquiatría, está posicionado en cada una de estas áreas, proporcionando atención a los pacientes y a sus familias, y asistiendo a los profesionales de la Medicina y otros trabajadores de la salud para que aprendan sobre los problemas en los comportamientos de salud de sus pacientes.

*Muy cerca de sus intereses en la TFAS, está su preocupación en promover la presencia de la Psicología profesional en la Atención Primaria, y pienso que tiene un lugar destacado en su Presidencia de la APA. En España, nuestra organización profesional (Consejo General de la Psicología de España), juntamente con otras organizaciones (como la Asociación Española de Psicología Conductual [AEPC], organizadora del Congreso de Psicología Clínica), está tratando de incluir a la Psicología Clínica en la Atención Primaria. En este sentido, en su opinión, ¿cuáles son las principales ventajas de la Psicología en Atención Primaria, no solo para los pacientes, sino para todo el equipo de atención sanitaria?*

La Atención Primaria es el fundamento de toda la atención a la salud (y, finalmente, en Estados Unidos de América estamos consiguiendo integrar a la Psicología). Es el recurso donde las personas llevan sus problemas de salud cuando ellos, sus familiares o sus amigos no han sido capaces de resolverlos. Los problemas son indiferenciados y, frecuentemente, suponen una mezcla de problemas físicos y emocionales que necesitan atención (a veces unos más que otros). Si tenemos a un profesional de la Psicología en el equipo de Atención Primaria nos aseguramos de que cualquier dificultad conductual o psicológica va a ser detectada, de tal manera que la intervención se puede realizar pronto. Al mismo tiempo, garantiza a los pacientes y a sus familiares, que pudieran estar estresados por una enfermedad grave, el recibir el apoyo que se merecen,

al tiempo que es esperable que esta intervención pueda prevenir que las relaciones entre ellos se tuerzan de manera permanente, como consecuencia de la enfermedad. Además, el *burnout* es el principal problema de los profesionales de la Medicina en Atención Primaria en este país. Tener a un profesional de la Psicología en el equipo ayuda a compartir las cargas de la atención y facilitar un ambiente de trabajo propicio.

*¿Qué tipo de competencias necesita un profesional de la Psicología en Atención Primaria? ¿Son necesarias competencias especiales o específicas?*

Por supuesto. Mis colegas y yo hemos escrito un extenso artículo publicado en el *American Psychologist* sobre las competencias que son necesarias (véase McDaniel et al., 2014). Algunas de las más importantes son el conocimiento de los problemas de salud mental que son comórbidos con las enfermedades crónicas más comunes, tales como diabetes y depresión, o enfermedad cardíaca y ansiedad. Es también importante que tengan un buen conocimiento de la Teoría de sistemas, en orden a comprender al paciente en su contexto, al equipo de atención a la salud y al sistema de prestación de salud. Aprender a colaborar y trabajar en un equipo en nombre de los pacientes es también una habilidad importante. Estas son unas pocas competencias que, generalmente, no se enseñan durante el Grado de Psicología.

*¿Eso implica un cambio epistemológico? Porque parece que se hace necesario un nuevo curriculum formativo...*

¡Absolutamente! Yo he estado hablando de ello en mis últimas charlas. Requiere un pensamiento sistémico, respeto por otras disciplinas (sabiendo qué tienen de buenas y como encajamos nosotros en ellas). Y los estudiantes de Psicología necesitan tener una educación interprofesional al comienzo de sus carreras. De esta manera, los estudiantes de Psicología, Medicina, Enfermería, Trabajo Social, Farmacia, etc., todos ellos podrían tener un seminario al comienzo de sus estudios sobre Atención Integral e impartido por una Facultad interdisciplinar, con temas como la salud de la población, metodologías de pago sanitario, trabajo colaborativo, predictores de un funcionamiento eficaz de los equipos, nuevos modelos de liderazgo, etc.

*Dos pasos que podrían ser relevantes: (i) cambio en la práctica clínica, ¿cómo pasamos de un modelo de salud centrado en el proveedor de salud a un modelo centrado en el paciente?*

Sí, nosotros estamos organizados según la conveniencia de los clínicos, no de los pacientes. Se necesita cambiar a otro modelo. Nosotros estamos trabajando para mejorar el acceso a la atención, disminuir el tiempo de espera y, especialmente, centrarnos en los problemas del paciente y su familia, centrarnos en lo que ellos están dispuestos a hacer en términos del tratamiento a recibir o cambios a realizar. Este es un problema grande y que incluye múltiples facetas.

*Y (ii) Cambio sociopolítico: ¿cómo podemos persuadir y/o convencer a políticos y economistas de la salud que la Psicología en Atención Primaria es rentable, tanto en términos sociales como económicos? ¿Tiene la APA algún plan “seductor” en este sentido?*

Estamos trabajando duro para demostrar nuestra valía. Y espero que estemos siendo “seductores”. Existen ya varios estudios con resultados que muestran que la atención integral es menos costosa y más eficaz. A veces los políticos tienen que tener sus propias experiencias con los servicios de salud para que lleguen realmente a entenderlo. A veces cuando perciben las estadísticas en sus propias vidas es lo que les convence más.

*¿En qué medida la «Obamacare» (Affordable Care Act), promovida por el presidente Barak Obama, puede facilitar la transición hacia ese modelo de Atención Integral? ¿Cuál es su punto de vista sobre esta Ley?*

Estoy muy a favor de esta Ley. Los incentivos en nuestro sistema de atención sanitaria han sido perversos, recompensando a los clínicos por las visitas y por el uso de procedimientos sanitarios, más que por mantener saludables a las personas. Es un gran paso en la dirección correcta. Y el comportamiento (= Psicología) juega un papel muy importante en mantener a la gente sana.

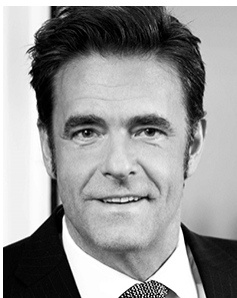
## REFERENCIAS

McDaniel, S. H., Grus, C. L., Cubic, B. A., Hunter, C. L., Kearney, L. K., Schuman, D. C., Karel, R. S., Kessler, R. S., Larkin, K. T., McCutcheon, S., Miller, B. F., Nsh, J., Qualls, S. H., Sanders Connolly, K., Stancin, T., Stanton, A. L., Sturm, L. A. y Johnson, S. B. (2014). Competencies for psychology practice in primary care. *American Psychologist*, 69, 409-429. <https://doi.org/10.1037/a0036072>



# CIE-11 O DSM-5. ¿CUÁL DEBEMOS UTILIZAR?

*Geoffrey M. Reed y Gualberto Buela-Casal*



Geoffrey M. Reed es Catedrático de Psicología Médica de la Columbia University (Estados Unidos de América). Es el director de la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento de la Clasificación Internacional de Enfermedades-11 (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es uno de los científicos más influyentes del mundo según el Ranking de la Universidad de Stanford.



Gualberto Buela-Casal es Catedrático de Psicología Clínica de la Universidad de Granada (España). Fundador de la Cátedra de Investigación del Sueño de la Universidad de Granada. Presidente de la Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC). Es uno de los científicos más influyentes del mundo según el Ranking de la Universidad de Stanford.

*\*Su conferencia en el V Congreso Internacional de Psicología Clínica tratará sobre la situación actual de la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento en la futura CIE-11, sin duda un tema de máxima actualidad y en el que me gustaría que nos centráramos en esta entrevista. Usted es psicólogo clínico y se formó en la Universidad de California (UCLA) y en la Universidad de Washington, y actualmente trabaja en Ginebra en la Organización Mundial de la Salud (OMS), siendo el máximo responsable de la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento en la CIE-11. Esto sin duda es un reconocimiento para la Psicología, pero ¿podría explicarnos cuál fue el criterio para elegir a*

---

\* Esta entrevista fue publicada originalmente en *Infocop Online*.

Para referenciar este capítulo: Reed, G. M. y Buela-Casal, G. (2023). CIE-11 o DSM-5. ¿Cuál debemos utilizar? En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Psicología Clínica: perspectiva internacional* (pp. 59-67). Dykinson. <https://www.dykinson.com/libros/psicologia-clinica-perspectiva-internacional/9788411707534/>

*un psicólogo para esta importante función que clásicamente ha estado en manos de la Psiquiatría?*

Empecé trabajando con la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre los sistemas de clasificación internacional hace más de una década, cuando era subdirector ejecutivo para el Desarrollo Profesional en la Asociación Americana de Psicología (APA). Por esa época existía cierta controversia acerca de si la Psicología debiera desarrollar su propio sistema de clasificación en vez de seguir siendo dominada por el DSM y, por extensión, por la Psiquiatría. Me pidieron que explorara esta situación, y concluí que un sistema independiente de diagnóstico desarrollado por la Psicología estadounidense se encontraría con muchos obstáculos y sería objeto de las mismas críticas que el DSM. Mi veredicto fue que sería mejor para nosotros aunar nuestras fuerzas con la OMS. Por aquel entonces, la OMS estaba trabajando sobre lo que se convertiría en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y de la Salud (CIF), y volqué todos mis esfuerzos en ese proyecto. Esto se debió a que muchas de las intervenciones por parte de los psicólogos pueden ser consideradas como un intento de mejora de la situación funcional de la persona que recibe los servicios, independientemente del diagnóstico que se asigne a esa persona. A través de mi trabajo en la CIF, desarrollé competencias en los sistemas de clasificación de la salud, y obtuve mucha experiencia gracias a la colaboración con la OMS, junto a sus muchos socios y representantes. De este modo, resultaba lógico que me tuvieran en cuenta para trabajar en la CIE-11 cuando la OMS comenzó ese proceso. El Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS ya había mostrado su compromiso para que la revisión de los trastornos mentales y conductuales de la CIE contara con una perspectiva multidisciplinar, así que no tenía sentido que no consideraran un psicólogo para el puesto. También fue muy importante el hecho de que yo tenía —y sigo teniendo— el apoyo de la Unión Internacional de la Ciencia Psicológica.

*Recientemente en otra entrevista que realicé a la Dra. Suzanne Bennett Johnson, actual presidenta de la American Psychological Association (APA), me comentaba que a partir de ahora la APA recomendará el uso de la CIE-11 en lugar del DSM-5, pero esto sin duda tendrá una mayor o menor aceptación en función de la frecuencia de uso de estos sistemas diagnósticos en los distintos países. ¿Cuál es la situación en la Unión Europea sobre el uso de la CIE y del DSM? ¿A qué atribuye la costumbre de un mayor uso de uno u otro?*

Justo el pasado año publicamos los resultados de una gran encuesta que realizamos en colaboración con la Asociación Mundial de Psiquiatría (AMP). Esta fue la mayor encuesta realizada hasta la fecha entre psiquiatras sobre la

clasificación diagnóstica (véase Reed et al., 2011). Participaron aproximadamente 5.000 psiquiatras de 44 países de todas las regiones del mundo. A nivel global, un 70% de los psiquiatras que participaron afirmaron que la CIE-10 era el sistema diagnóstico que más usaban, y únicamente el 23% declararon usar más el DSM-IV. En Europa, estos datos eran incluso más acusados: más del 80% de unos 2.700 psiquiatras europeos que participaron en la encuesta usaban más la CIE-10, y sólo el 13% usaba más frecuentemente el DSM-IV. Hemos realizado una encuesta similar con psicólogos y estamos analizando los datos ahora, por lo que podré presentar estos resultados en el Congreso el mes que viene. Ciñéndonos a Europa, la clasificación de trastornos mentales y conductuales en la CIE ha sido tradicionalmente liderada por europeos. Actualmente, contamos con 14 grupos de trabajo internacionales que están colaborando con nosotros en el desarrollo de la clasificación de trastornos mentales y conductuales en la CIE-11, y la mitad de ellos están presididos por europeos, incluidos psicólogos. Los Estados Miembros de la OMS, que incluyen todos los países de la Unión Europea, están obligados por tratado internacional a usar la CIE como marco para la obtención y difusión de información relacionada con la salud. El DSM, de hecho, usa los códigos de diagnóstico de la CIE para cumplir con este requisito, pero en Estados Unidos de América todavía usan la CIE-9 (aunque la CIE-10 ya fue aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud hace más de 20 años). No existe ningún motivo para que los países europeos adopten un sistema que es un producto comercial, realizado por una única asociación profesional americana, en lugar de un sistema de clasificación internacional de la OMS. Esperamos que en los países europeos, la CIE siga siendo el sistema estándar, y que esos países sean usuarios destacados de la CIE-11 en cuanto esta se publique.

*En España, como seguramente conoce, el uso del DSM es casi exclusivo en los programas de formación de psicólogos (en Grado, Posgrado y Especialidad) e igualmente en la práctica profesional, ¿qué razones podría argumentar para aconsejar el uso de la CIE-11 en lugar del DSM-5?*

Creo que esto podría estar reflejando en parte un fenómeno en desarrollo dentro de la Psicología, y más ampliamente dentro de la Ciencia: la Psicología ha estado tradicionalmente dominada por la Psiquiatría, aceptando e incluso contribuyendo a que se mantenga esta situación. A medida que los estándares de formación de la Psicología fueron mejorando en todo el mundo y la ciencia psicológica florecía, los psicólogos se cuestionan cada vez más si los productos y procesos diseñados para psiquiatras cubren sus necesidades. De forma similar, la comunidad internacional cada vez está menos dispuesta a aceptar que la academia norteamericana sea mejor, o que

sus productos científicos sean superiores de forma automática, así como el hecho de que las conceptualizaciones norteamericanas compartan sus necesidades. Del mismo modo, los Estados Miembros de la OMS quieren asegurar que sus propias prioridades para sus sistemas de salud, y sus particularidades culturales y lingüísticas, sean reflejadas en el sistema de clasificación, en el que se basa en parte la definición de sus responsabilidades de brindar servicios sanitarios a sus pueblos. La naturaleza y valores de los sistemas de salud en Europa son muy diferentes de los estadounidenses, y no está claro que un producto basado en conceptos norteamericanos sea el más adecuado. Por este motivo, la OMS está inmersa en un proceso global y multidisciplinar para el desarrollo de la CIE-11. Así, también la OMS trabajará para mejorar los resultados en relación con el desarrollo de proyectos relacionados con la CIE, como las Guías de Práctica Clínica para los Trastornos Mentales y Conductuales, que estará disponible y será asequible en español y otros idiomas. España y Latinoamérica están bien representadas en todas las fases de nuestro trabajo para la revisión de la CIE, y todas nuestras actividades de revisión están siendo desarrolladas en español e inglés simultáneamente. También llevaremos a cabo actividades en tantos otros idiomas como nos sea posible, pero al menos tenemos un compromiso con estos dos. Como parte de esta aproximación, hemos completado un análisis detallado de los sistemas de clasificación en español para los trastornos mentales, que fue publicado el año pasado (véase Rivas Rodríguez et al., 2011). También hemos colaborado en un suplemento de la *Revista Brasileira de Psiquiatria* sobre la contribución Latinoamericana a la revisión de la CIE-10. Todos los campos de estudio de la CIE-11 serán desarrollados en español.

*Actualmente, en España, tenemos más de cincuenta mil estudiantes de Psicología y más de cincuenta mil profesionales, y en su mayoría, tanto los estudiantes como los profesionales, tienen una formación fundamentalmente cognitivo conductual. ¿Cree que esto puede favorecer el uso de la futura CIE-11 o por el contrario puede ser un obstáculo? Y, por cierto, ¿tienen previsto algún programa de formación para el manejo de la CIE-11?*

La CIE está pensada para ser neutral con relación al tipo de aproximación en el tratamiento. Nosotros estamos considerando y teniendo especial cuidado con que tenga utilidad clínica para un amplio rango de profesionales de la salud. Sólo una ínfima proporción de personas con un trastorno mental en todo el mundo llegará a acudir a un psiquiatra. Queremos asegurarnos también de que la CIE apoye los tratamientos no farmacológicos. Esta es un área donde creo que influye el que yo sea psicólogo, en tanto que no pienso en el tratamiento en términos de fármacos automáticamente. Una de las ra-

zonas más importantes por las que hemos realizado estas encuestas masivas de las que hablé anteriormente es que queremos prestar atención a las necesidades que nos comunican los clínicos de primera línea. Lo que ellos están transmitiendo es que quieren un sistema más simple con menos categorías, y lo suficientemente flexible para permitir el juicio clínico y la variación cultural, en lugar de un sistema que se base en fórmulas complejas compuestas por muchos criterios de precisión fingida.

*A pesar de su frecuente uso, el DSM recibe la crítica de su elevado e injustificado coste. ¿Cree que en las ediciones del DSM-5 y de la CIE-11 los costes serán otro elemento diferencial?*

Definitivamente. La CIE está pensada para ser un bien público, y la OMS trabajará por que la CIE-11 tenga una disponibilidad lo más alta posible, incluyendo su acceso gratuito en Internet. Los productos en formato libro de la CIE-11 para los trastornos mentales y del comportamiento estarán disponibles a bajo coste, y tendrán un importante descuento en países con ingresos bajos y medios. Esto es algo que no se hizo bien con la CIE-10, concretamente en relación con las versiones traducidas relacionadas con los trastornos mentales y del comportamiento, pero la OMS tiene el compromiso de garantizar una mejor gestión con la CIE-11.

*Si consideramos que la Psicología es una Ciencia de la Salud, algo mucho más amplio que la salud mental, entonces es evidente que la CIE se ajusta mejor a la actividad profesional del psicólogo; sin embargo, esto no se corresponde con su uso. ¿Cuáles son las razones para que, en distintos países, como por ejemplo en España, apenas se utilice?*

Según la información que tenemos, creo que esta pregunta refleja una subestimación del grado en que se usa la CIE a nivel global. Ciertamente, el DSM ha sido más usado en la investigación y, por lo tanto, tiene mayor representación en publicaciones. Sin embargo, encontramos el patrón opuesto en la práctica clínica. El Gobierno de España está obligado a presentar sus estadísticas de salud a la OMS usando la CIE. Si las actividades de los profesionales de la salud se desarrollan fuera del sistema de salud del Gobierno o si estos no son responsables de asignar o codificar el diagnóstico, puede que no sean plenamente conscientes de ello. Creo que tiene mucha razón en mencionar que la Psicología es algo más amplio que la salud mental, siendo esta una razón importante por la que la Psicología debería considerar la CIE como su sistema estándar de diagnóstico. En todas las demás áreas de salud, la CIE está aceptada internacionalmente como el estándar para el diagnóstico y clasificación, y no existe competidor al respecto. La OMS trabaja con muchas sociedades profesionales

nacionales e internacionales para el desarrollo de la CIE, y todas ellas están colaborando con la OMS para mejorar la CIE. Los trastornos mentales son la única área en la que una asociación profesional nacional ha establecido y mantiene un sistema directamente competitivo.

*En su opinión, como máximo responsable en este tema, ¿cuáles son las novedades más importantes en la CIE-11, y especialmente en el ámbito de los trastornos mentales y del comportamiento? ¿Cómo quedarán finalmente los trastornos de la personalidad? ¿Los cambios en la CIE-11 harán que esta sea más afín en la formación y actividad profesional de la Psicología?*

Al revisar la CIE, estamos centrándonos particularmente en la mejora de la utilidad clínica y la aplicabilidad global de la clasificación, y la mayoría de los cambios que están siendo considerados están relacionados con estas prioridades. En la mayoría de las áreas, las propuestas están aún en desarrollo, estarán disponibles para revisión pública en mayo. Pienso que el nuevo sistema encajará mejor con la práctica de la Psicología. Por ejemplo, ha habido una reconceptualización extensa de lo que previamente denominábamos Retraso Mental, llamándose ahora Trastornos Intelectuales del Desarrollo (véase Salvador-Carulla et al., 2011). Como menciona, el área de los trastornos de personalidad cambiará sustancialmente. La nueva clasificación pondrá énfasis en la severidad del trastorno de personalidad, pero también hará posible la codificación de rasgos prominentes, en lugar de tener muchas entidades diagnósticas artificiales y reificadas. Esto representa una visión mucho más psicológica de la personalidad y de los trastornos de personalidad (véase Tyrer et al., 2011).

*En cuanto a la correspondencia o equivalencia entre las categorías diagnósticas del DSM-5 y de la CIE-11, ¿ya están cerradas o queda aún trabajo pendiente? Por otra parte, ¿se podría considerar que la CIE-11 es más independiente de las diferencias culturales, es decir, que se adapta a distintas culturas?*

Existe un reconocimiento de los beneficios que tendría para el mundo que la CIE-11 y el DSM-5 fueran consistentes el uno con el otro en la medida de lo posible. La OMS ha indicado que podrían existir diferencias sustantivas entre las dos clasificaciones, debido a sus diferentes objetivos y representantes. Una diferencia que es lícito que exista está de hecho basada en la necesidad de la aplicabilidad transcultural de la CIE-11. Por ejemplo, la mayoría de los trastornos alimentarios en los países no occidentales pueden acabar siendo clasificados bajo diagnósticos actuales como “no especificado” debido a que no encajan en ningún patrón

de trastorno alimentario del sistema norteamericano y europeo occidental. Sin embargo, el hecho es que la mayoría de las diferencias que encontramos entre la CIE-10 y el DSM-IV son arbitrarias y no están basadas en ningún caso en la evidencia. Tanto a la OMS como a la American Psychiatric Association (APA) les gustaría evitar este tipo de diferencias, y se está desarrollando un proceso de “armonización” junto a la APA. Por otra parte, debe señalarse que si existiera una completa armonización no habría motivo para comprar el DSM pudiendo conseguir la CIE gratuitamente en el sitio web de la OMS.

*El DSM-5 está recibiendo importantes críticas. Miles de profesionales se están quejando acerca de que con este sistema clasificatorio se está psicopatologizando la vida cotidiana, por ejemplo, se podrían considerar trastornos la timidez, la apatía, la introversión, etc. ¿Qué opina sobre esto? ¿Estas críticas no son aplicables a la CIE-11?*

Creo que hay dos aspectos a tener en cuenta en relación a estas críticas. El primero se basa en un discurso más general sobre la naturaleza de la enfermedad mental, en línea con el trabajo de Thomas Szasz, que cuestiona la existencia de la enfermedad mental y considera el tratamiento de la salud mental como un instrumento de control social. Yo pienso que esta es una discusión importante, pero si esta es su perspectiva, la CIE no va a hacerle más feliz que el DSM. El segundo aspecto de esta crítica se relaciona con el hecho de etiquetar como trastornos mentales condiciones mucho más comunes, con mayor tasa base y menor umbral, que han sido consideradas previamente como variaciones del funcionamiento normal o como aspectos de la experiencia normal. En relación con esto, creo que habrá una diferencia importante entre la CIE-11 y el DSM-5. Ejemplos de propuestas del DSM-5 que han suscitado esta crítica son el “síndrome de psicosis atenuado”, el “trastorno neurocognitivo leve” y la eliminación de la exclusión del luto para el diagnóstico de depresión mayor. La OMS contempla propuestas de esta naturaleza como problemáticas, por varias razones. Primero, estas condiciones con mayor tasa base y menor umbral representan importantes objetivos para el desarrollo de fármacos y marketing, lo cual interesa fundamentalmente a las compañías farmacéuticas. Segundo, cuando todos los países del mundo se enfrentan a difíciles decisiones sobre la distribución de recursos de salud, estas propuestas tienen el potencial para desviar recursos de condiciones más graves que sí tienen tratamientos efectivos. Tercero, estas aproximaciones desembocan en la distribución de fármacos con efectos secundarios potencialmente graves a personas que realmente no necesitan medicación. Cuarto, es probable que las prevalencias estimadas de los trastornos mentales aumenten drásticamente, lo que hará más difícil para la OMS convencer a países miembros para que hagan de la salud mental una prioridad, ya que parecerá mucho más complicado. Así, existe poca justificación a nivel de sa-

lud pública para tales propuestas, y es altamente improbable que estas sean incorporadas en la CIE-11. La OMS no ve cómo puede la incorporación de estas categorías ayudar a avanzar hacia nuestra meta: que la CIE-11 ayude a los países miembros de la OMS a reducir la carga de enfermedad asociada a los trastornos mentales y del comportamiento.

*Seguramente usted conoce que en España desde hace unos años se considera a la Psicología como una Ciencia de la Salud a nivel académico y desde el año pasado se regula por ley como una profesión sanitaria, ¿cuál es su opinión sobre esto?*

Yo estudié en Estados Unidos de América. Mi formación fue consecuente con el modelo científico-profesional de la Psicología, así que me es fácil pensar en la Psicología en ambas direcciones. La Psicología es altamente importante como ciencia, y en mi opinión es la fuerte formación científica de los psicólogos la que les da un lugar especial entre las disciplinas sanitarias. Por otra parte, esto no quiere decir que todos los psicólogos trabajen en el sistema de salud o hacen investigación básica. Personalmente, lo más valioso en cuanto a mi formación es que me ha dado las destrezas y la flexibilidad para hacer muchas cosas, y tanto nuestra profesión como nuestras organizaciones profesionales deberían trabajar para mantener esta amplitud de posibilidades.

## REFERENCIAS

- Reed, G. M., Mendonça Correia, J., Esparza, P., Saxena, S. y Maj, M. (2011). The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification. *World Psychiatry, 10*, 118-131. <http://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00034.x>
- Rivas Rodríguez, M., Reed, G. M., First, M. B. y Ayuso-Mateos, J. L. (2011). Aportaciones de dos clasificaciones psiquiátricas latinoamericanas para el desarrollo de la CIE-11. *Revista Panamericana de Salud Pública, 29*, 130-137. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9562/a09v29n2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Salvador-Carulla, L., Reed, G. M., Vaez-Azizi, L. M., Cooper, S.-A., Martínez Leal, R., Bertelli, M., Adnams, C., Cooray, S., Deb, S., Akoury Dirani, L., Chandira Girimaji, S., Katz, G., Kwok, H., Luckasson, L., Simeonsson, R., Walsh, C., Munir, K. y Saxena, S. (2011). Intellectual developmental disorders: Towards a new name, definition and framework for 'mental retardation/intellectual disability' in ICD-11. *World Psychiatry, 10*, 175-180. <http://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00045.x>

Tyrer, P., Crawford, M., Mulder, R., Blashfield, R., Farnam, A., Fossati, A., Kim, Y. -R., Koldobsky, N., Lecic-Tosevski, D., Ndeti, D., Swales, M., Clark, L. A. y Reed, G. M. (2011). The rationale for the reclassification of personality disorder in the 11th Revision of the International Classification of Diseases (ICD-11). *Personality and Mental Health*, 5, 246-259. <http://doi.org/10.1002/pmh.190>



# MARCO DE PODER, AMENAZA Y SIGNIFICADO: UNA ALTERNATIVA AL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

*Lucy Johnstone*



Lucy Johnstone es Psicóloga Clínica. Miembro de la División de Psicología Clínica de la British Psychological Society (Reino Unido). Es coautora de The Power Threat Meaning Framework, una alternativa al diagnóstico psiquiátrico.

*\*A nivel mundial se está viviendo actualmente una crisis en torno a los sistemas de clasificación diagnóstica de los trastornos mentales y el modelo biologicista aplicado a estos problemas de salud mental. ¿Cuál es su opinión respecto a este debate y qué repercusión está teniendo en su país?*

Tiene razón. Estamos viviendo una crisis de los sistemas de clasificación, tal como se entienden en los manuales como DSM y CIE, e incluso los psiquiatras más importantes que los redactan admiten que las categorías no son científicas. Se están invirtiendo millones de dólares para tratar de desarrollar versiones de diagnóstico más fundamentadas en la evidencia, pero mientras tanto lo que tenemos resulta completamente insatisfactorio. Los psicólogos clínicos en Reino Unido han tenido una reacción mixta. Muchos siguen apoyando el diagnóstico y han desarrollado su formación en el tratamiento para los “trastornos de ansiedad”, el “trastorno bipolar”, etc. Pero la División de Psicología Clínica, que es una subdivisión de la *British Psychological Society* emitió una declaración formal en 2013 en la que se pedía el fin del modelo de diagnóstico del sufrimiento

---

\* Esta entrevista fue realizada por la Redacción de Infocop y publicada originalmente en *Infocop Online*.

Para referenciar este capítulo: Johnstone, L. (2023). Marco de Poder, Amenaza y Significado: una alternativa al diagnóstico psiquiátrico. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Psicología Clínica: perspectiva internacional* (pp. 69-72). Dykinson. <https://www.dykinson.com/libros/psicologia-clinica-perspectiva-internacional/9788411707534/>

emocional. Por lo que yo sé, esta es la primera vez que una organización profesional toma una posición así. Cada vez más psicólogos en Reino Unido están cambiando hacia esta forma de pensar. Los psicólogos clínicos del Reino Unido también han estado a la vanguardia del desarrollo de intervenciones que no se basan en el diagnóstico. En lo que se refiere a la Psicología en general, los modelos de clasificación diagnóstica todavía se incluyen en casi todos los exámenes académicos y forman parte del currículo de los títulos universitarios, sin mucho interés en fomentar una visión crítica hacia ellos.

*Las limitaciones de las clasificaciones diagnósticas DSM y CIE han impulsado la elaboración del Marco de Poder, Amenaza y Significado, siendo usted una de las autoras principales. ¿Podría explicarnos brevemente esta propuesta?*

Teníamos el ambicioso objetivo de esbozar una alternativa integral al modelo de diagnóstico. En el Reino Unido ya tenemos varios enfoques que no dependen del diagnóstico, y los hemos incluido como ejemplos de buenas prácticas. Sin embargo, no contamos con un marco conceptual completo y basado en la evidencia para reemplazar al médico, que puede respaldar la práctica actual no diagnóstica y sugerir nuevas formas de avance. Nuestro punto de partida es que los modelos diseñados para comprender lo que va mal en el organismo de la persona no son adecuados para dar sentido al sufrimiento emocional. El Marco resume una gran cantidad de evidencia sobre el papel de los distintos tipos de “poder” en la vida de las personas, como la pobreza, la discriminación y la desigualdad, junto con traumas como el abuso y la violencia, y cómo esto se relaciona con la angustia o el comportamiento problemático. Ilustra las “amenazas” que pueden suponer los malos usos del poder y las formas en que hemos aprendido como seres humanos a responder a la amenaza. En la práctica de la salud mental, estas respuestas de amenaza generalmente se denominan “síntomas”. El Marco muestra cómo damos sentido a estas experiencias difíciles, y cómo los mensajes de la sociedad en general pueden aumentar nuestros sentimientos de vergüenza, autorreproche, aislamiento, miedo y culpa. El Marco de Poder, Amenaza y Significado se puede utilizar como una forma de ayudar a las personas a crear narraciones o historias más esperanzadoras sobre sus vidas y las dificultades que pueden haber enfrentado, o que aún enfrentan, en lugar de verse a sí mismas como “enfermos mentales”. También muestra por qué las personas sin un historial obvio de trauma o adversidad pueden encontrarse en una lucha personal para recuperar su sentido de autoestima, significado e identidad. El Marco también tiene importantes implicaciones para las políticas sociales, y para un papel más amplio de la igualdad y la justicia social.

*¿Cómo ha sido el proceso de elaboración del Marco de Poder, Amenaza y Significado?*

Este Proyecto fue financiado por la División de Psicología Clínica, aunque no constituye una política oficial de la División. La profesora Mary Boyle y yo fuimos las autoras principales de este Proyecto de cinco años de duración, que ha sido desarrollado junto con otros psicólogos clínicos y usuarios de servicios. También hemos contado con un grupo de consultores formado por usuarios de servicios y cuidadores, un grupo de revisores críticos que nos han asesorado en temas de diversidad y muchos otros colaboradores. El grupo principal del Proyecto se conoce desde hace muchos años y comparte el mismo rechazo hacia los modelos de diagnóstico. Sin embargo, ha sido una tarea de una gran envergadura y todo un desafío el poder desarrollar nuestra alternativa.

*Dentro de este Marco, se han propuesto siete patrones generales provisionales para entender el sufrimiento humano. ¿Podría describirnos brevemente cada uno de ellos?*

Los Patrones generales que, al igual que todo el Marco, aún están en proceso de desarrollo pretenden reemplazar a los patrones médicos. Los hemos descrito como “patrones de respuestas basadas en el significado ante la amenaza”. Hemos demostrado que hay formas comunes en que las personas de una cultura particular pueden responder al impacto negativo del “poder”, como sentirse excluido, rechazado, atrapado, coaccionado o avergonzado. Esto no solo se aplica a las personas que se diagnostican con problemas de salud mental, sino a todos nosotros. Puede ser útil recurrir a estos patrones para ayudar a desarrollar las historias personales de las personas. Debido a que estos patrones están organizados por el “significado” y no por la biología, permiten expresiones y experiencias muy diferentes de angustia en las diferentes culturas, y nos alientan a respetar estas diferencias en lugar de traducirlas en nuevas categorías DSM o CIE.

*A su modo de ver, ¿qué implicaciones tiene el uso del Marco de Poder, Amenaza y Significado? ¿Qué ventajas proporciona frente al uso de las clasificaciones diagnósticas?*

Como anticipamos, ha habido una reacción mixta al Marco de Poder, Amenaza y Significado. Hemos recibido muchas reacciones hostiles en las redes sociales, pero la gran mayoría de las respuestas han sido positivas. Nos complace saber que el desarrollo y la implementación de estas ideas ya están en marcha, tanto dentro como fuera de los servicios. También ha sido objeto de interés internacional, desde Dinamarca, Grecia, Nueva Zelanda y Australia, entre otros países. Las ideas del Marco de Poder, Amenaza y Significado se pueden im-

plementar de muchas maneras diferentes. En ocasiones, puede ser simplemente a través de una conversación diferente con la persona. Como decimos en Reino Unido: “En lugar de preguntar ¿qué es lo que va mal en usted?, pregunte ¿qué le ha pasado?”. No obstante, el Marco de Poder, Amenaza y Significado también tiene implicaciones mucho más amplias, relacionadas con la forma en que organizamos nuestros servicios y, de hecho, nuestras sociedades. Obviamente, los cambios a ese nivel tardarían mucho más en aparecer. Esperamos que al menos hayamos ofrecido una forma alternativa de pensar sobre la angustia emocional. Nada puede cambiar hasta que tengamos una comprensión diferente, y el hecho de que el proyecto haya sido tan bien recibido sugiere que muchas personas están listas para asumir esta nueva perspectiva. Como mínimo, nuestro enfoque ofrece una manera mejor de avanzar que el modelo actual de diagnóstico, que no cuenta con pruebas que lo respalden y, a menudo, supone el comienzo del estigma y de la dependencia de los fármacos psiquiátricos de por vida. Hay una gran cantidad de investigaciones que muestran que el modelo actual crea, en lugar de curar, la discapacidad. Tenemos que hacerlo mejor que eso.

*Para finalizar, ¿le gustaría añadir algún comentario al tema que nos ocupa?*

Las personas interesadas pueden obtener más información en nuestra página Web: <https://www.bps.org.uk>. Asimismo, se encuentra disponible una versión traducida al español (<http://aen.es/wp-content/uploads/2018/08/El-Marco-de-Poder-Amenaza-y-Significado-1.pdf>), que incluye un debate guiado (Apéndice 1, pág. 91) dirigido a ayudar a aplicar el Modelo de Poder, Amenaza y Significado, tanto a los propios usuarios como a los profesionales que prestan ayuda.

# MOVIMIENTO HACIA ENFOQUES TRANSDIAGNÓSTICOS

*Andrea Ashbaugh*



Andrea Ashbaugh es Profesora Titular en Ottawa University (Canadá). Pertenece al Editorial Board del Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.

*\*A modo de introducción, gran parte de su investigación se ha centrado en los trastornos de ansiedad, ¿podría explicarnos cómo surge su interés por el estudio en este campo?*

La ansiedad es una experiencia casi universal. Todos podemos reconocer lo incómoda que puede llegar a ser y, sin embargo, la ansiedad es un estado extremadamente importante que nos permite interactuar en nuestro mundo de manera eficaz. No obstante, es evidente que algunas personas pueden controlar la ansiedad con poca dificultad y otras se debilitan por las experiencias ansiosas. La angustia intensa a causa de la ansiedad es común. Los trastornos en los que la ansiedad o el miedo juegan un papel importante (por ejemplo, trastornos de ansiedad, trastornos obsesivo-compulsivos y el trastorno de estrés postraumático) tienen como grupo tasas de prevalencia muy elevadas, y muchas más personas experimentan angustia significativa como consecuencia de la ansiedad, pero no necesariamente tienen un diagnóstico. Estudiar los trastornos de ansiedad es la intersección perfecta entre mi interés en estudiar las diferencias

---

\* Esta entrevista fue realizada por la Redacción de Infocop y publicada anteriormente en *Infocop Online*.

Para referenciar este capítulo: Ashbaugh, A. (2023). Movimientos hacia enfoques transdiagnósticos. En G. Buena-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Psicología Clínica: perspectiva internacional* (pp. 73-77). Dykinson. <https://www.dykinson.com/libros/psicologia-clinica-perspectiva-internacional/9788411707534/>

individuales humanas y, esperemos que algún día, la mejora de las vidas de las personas que sufren trastornos de ansiedad.

*Cuestiones relevantes en la actual Psicopatología son los sistemas clasificatorios y el debate entre sistemas categoriales o dimensionales. ¿Qué opinión le merecen las actuales clasificaciones DSM-5 y CIE-11? ¿Qué piensa del enfoque transdiagnóstico, en el que la ansiedad tiene un papel importante?*

Los problemas del diagnóstico y la definición de la ansiedad han sido para mí un tema de especial interés durante bastante tiempo y, recientemente, tuve el placer de ser coautora de un capítulo sobre este mismo tema con un colega mío, el Dr. Cary Kogan. En mi opinión, el DSM-5 y la CIE-11 son herramientas valiosas que nos permiten identificar a las personas en riesgo, así como estudiar y proporcionar estimaciones sobre la prevalencia de problemas psicológicos. No obstante, los trastornos en DSM-5 y CIE-11 son construcciones. Las construcciones se basan en la síntesis más actualizada de la investigación, pero cuanto más comprendemos los fenómenos psicológicos, más nos damos cuenta de que la mayoría de los “trastornos” identificados en estos sistemas de diagnóstico son mucho más dimensionales. Pienso que el movimiento hacia enfoques transdiagnósticos para la comprensión de los fenómenos (por ejemplo, la identificación de creencias transversales como el perfeccionismo), ayudará al avance de la Psicología Clínica como campo y, en última instancia, puede mejorar nuestras intervenciones en los problemas de salud mental. Tengo mucho interés en ver si los nuevos sistemas de clasificación, como la taxonomía jerárquica de la psicopatología (*HiTOP-Hierarchical Taxonomy of Psychopathology*) demuestran ser clínicamente útiles.

*A este respecto, sabemos que el próximo mes de noviembre usted impartirá una conferencia titulada “Expectativas en la mejora de los tratamientos psicológicos: avances recientes en Psicopatología Experimental”, en el marco del XII Congreso Internacional y XVII Nacional de Psicología Clínica, que se celebrará en Santander entre los días 13 y 16. ¿Podría adelantarnos en qué consistirá y qué temas abordará?*

Actualmente, contamos con tratamientos psicológicos bastante buenos; sin embargo, aún hay muchas personas que no mejoran y otras recaen después del tratamiento. Mi conferencia analizará cómo algunos “refinamientos” en las intervenciones actuales, basadas en la investigación experimental en Psicopatología, pueden ser de utilidad para mejorar nuestros resultados. Asimismo, mi conferencia propondrá la adopción de un enfoque transteórico para mejorar el tratamiento. Gran parte del debate sobre la investigación de resultados clínicos

se ha centrado en analizar qué tipo de intervención es mejor (por ejemplo, terapia cognitivo-conductual o psicodinámica), o en los factores comunes, como la alianza terapéutica, que es un resultado importante. Creo que la Psicología Clínica como ciencia puede avanzar mucho más en la mejora de los resultados al trabajar en colaboración. Mi charla se centrará en algunos ejemplos de diferentes áreas clave de la ciencia del comportamiento y las emociones humanas, que se pueden aplicar a la Psicología Clínica. A modo de ejemplo, la investigación sobre las diferencias individuales y la agrupación de varios rasgos de personalidad ha dado como resultado modelos dimensionales de Psicopatología (como el HiTOP), que pueden representar con mayor precisión la naturaleza de los problemas psicológicos en comparación con los modelos categóricos de Psicopatología. Los avances en la teoría del aprendizaje inhibitorio han redefinido cómo entendemos los mecanismos subyacentes a la terapia de exposición. Espero que mi conferencia ponga de relieve cómo un enfoque más colaborativo para comprender el tratamiento psicológico puede ayudar a mejorar los resultados en el futuro.

*Dada la pregunta anterior, ¿cuáles son las líneas de acción que se proponen para mejorar los resultados en los tratamientos existentes y qué pueden hacer los profesionales de la Psicología en esta área?*

Pienso que, tanto los médicos como los investigadores, tienen un papel importante que desempeñar para mejorar los resultados de nuestros pacientes. Nuestro campo es joven y está en desarrollo. Los médicos deben hacer todo lo posible para mantenerse al día sobre las prácticas actuales basadas en evidencia, asistiendo regularmente a talleres y conferencias, buscando supervisión para facilitar el mantenimiento de las habilidades clínicas actualizadas y siendo escépticos ante la última panacea. Los investigadores deben tener cuidado de no apegarse a sus teorías favoritas, centrándose, en su lugar, en el objetivo de comprender el comportamiento humano y mejorar los resultados, así como en realizar estudios potentes y de alta calidad, en lugar de publicar rápidamente. Una manera de facilitar esto es la participación en la ciencia abierta y en la replicación. Finalmente, los investigadores necesitan realizar un mejor trabajo en la difusión de resultados de la investigación a los médicos, de un modo que sea fácilmente accesible y tenga relevancia clínica.

*Como experta en el ámbito, ¿podría señalar los beneficios adicionales que la intervención psicológica puede ofrecer en comparación con otros tipos de intervención?*

La medicación y las intervenciones psicológicas tienen su propio lugar en el tratamiento. La investigación es bastante clara en cuanto a que son equi-

valentes con respecto al resultado, pero que los efectos de las intervenciones psicológicas son más duraderos. Es mi opinión personal, pero creo que las intervenciones psicológicas enseñan a las personas herramientas para ayudarles a controlar las emociones fuertes y difíciles que pueden surgir más adelante, en cualquier momento, tras el tratamiento.

*En el mundo actual en que vivimos inmersos en las nuevas tecnologías, ¿qué papel puede jugar Internet en el estudio y abordaje de los problemas de salud mental, así como en la mejora de los tratamientos psicológicos?*

Opino que Internet es una herramienta poderosa que la Psicología Clínica aún no ha aprovechado por completo. Con respecto a la investigación, hay muchas maneras interesantes en que Internet puede usarse para estudiar fenómenos psicológicos. En mi propio laboratorio, hemos incorporado de manera muy sencilla la tecnología de teléfonos inteligentes (smartphones) para registrar las emociones y los pensamientos de las personas, mediante una evaluación ecológica momentánea. Nuestros participantes reciben notificaciones en su teléfono para completar los ítems de la encuesta dentro de un período de tiempo específico. Podemos registrar sus experiencias al azar y en un determinado momento. Otros laboratorios están utilizando la información recopilada sobre cómo y dónde utilizar los teléfonos inteligentes para comprender mejor los fenómenos clínicos. Creo que Internet se está convirtiendo en –y será– una herramienta valiosa para mejorar los tratamientos psicológicos. Primero, el uso de aplicaciones para el tratamiento tiene el potencial de mejorar la accesibilidad a los tratamientos psicológicos. Esto es importante, especialmente en países grandes como Canadá, donde tenemos personas que probablemente necesitan más ayuda, viviendo en áreas muy remotas del país. En segundo lugar, creo que Internet, especialmente la tecnología de los teléfonos inteligentes, tiene el potencial de mejorar los tratamientos, al proporcionar acceso en línea inmediato a las herramientas psicológicas. Por ejemplo, la capacidad de completar un registro de pensamiento mediante una aplicación puede permitir a un cliente rellenarlo tan pronto como surja el pensamiento o la emoción incómoda, facilitando una mayor precisión en el seguimiento de los pensamientos. Este es solo un ejemplo básico de cómo podría utilizarse la tecnología en el futuro; el campo está comenzando a explorar todos los potenciales que esta tecnología tiene para ofrecer. Pienso que hay cuestiones éticas que deben considerarse y, ciertamente, el estudio sobre la eficacia del uso de la tecnología para el tratamiento debe continuar investigándose.

*Para finalizar, ¿desea añadir algún otro comentario?*

No tengo ningún comentario final, excepto decir que creo que nos encontramos en una encrucijada con respecto al campo de la Psicología Clínica. Tengo muchas ganas de ver cómo evoluciona este campo con nuestra creciente comprensión del comportamiento humano y la introducción de innovaciones tecnológicas. Espero que una atención más cuidadosa al rigor científico y un enfoque más colaborativo en el estudio del resultado del tratamiento ayuden a facilitar nuestra evolución.



# DE LA INVESTIGACIÓN MÁS ACTUAL EN SALUD MENTAL A LA PRÁCTICA CLÍNICA

*Jürgen Margraf y Juan Preciado*



Jürgen Margraf es Profesor del Departamento de Psicología Clínica y Psicoterapia en la Ruhr-Universität Bochum (Alemania). Fue el primer psicólogo en recibir una Cátedra Alexander von Humboldt.



Juan Preciado es Catedrático de Educación para la Salud Urbana en la Hostos City University of New York (Estados Unidos de América).

*\*Enhorabuena por ser el primer psicólogo en recibir la Cátedra Alexander von Humboldt. Permítame resaltar la relevancia que tiene este premio para aquellos lectores que no estén familiarizados con este reconocimiento tan meritorio. Usted recibió cinco millones de euros, cinco veces más que el Premio Nobel. ¿Cómo cambió este premio su vida profesional? ¿Y a qué se dirigían los fondos?*

---

\* Esta entrevista fue publicada originalmente en *Infocop Online*.

Para referenciar este capítulo: Margraf, J. y Preciado, J. (2023). De la investigación más actual en salud mental a la práctica clínica. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Psicología Clínica: perspectiva internacional* (pp. 79-86). Dykinson. <https://www.dykinson.com/libros/psicologia-clinica-perspectiva-internacional/9788411707534/>

El premio tiene como objetivo oficial permitir a sus ganadores disfrutar de un alto grado de libertad para crear sus propias condiciones de trabajo y así establecer unas bases competitivas a nivel internacional a largo plazo en Alemania. Y esto es lo que ocurrió en mi caso. Me permitió establecer el Centro de Investigación y Tratamiento de Salud Mental (MHRTC, por sus iniciales en inglés), que ofrece una infraestructura única para la investigación, la práctica y la formación en Psicología Clínica y psicoterapia. También me permitió establecer varias líneas de investigación dirigidas a obtener resultados a largo plazo en lugar de tener que seguir las perspectivas típicas a corto plazo a las que estamos obligados con frecuencia a ajustarnos. Pude iniciar proyectos para los cuales no hubiera habido financiación en condiciones normales, como la investigación longitudinal transcultural de la salud mental positiva, la influencia de factores macrosociales en la salud mental o el estudio de la salud mental a lo largo del ciclo de vida, observando simultáneamente a niños y adultos.

*Permítame hacer un seguimiento sobre el Centro de Investigación y Tratamiento de Salud Mental (MHRTC) que usted creó. ¿Podría comentar brevemente su situación actual y sus planes futuros?*

Gracias al apoyo de la Fundación Alexander von Humboldt y otras agencias de financiación, el MHRTC en la *Ruhr-Universität Bochum* aún bajo un único techo una infraestructura clínica, experimental, psicológica, psicofisiológica y psicométrica/bioestadística. Incluye las Cátedras de Psicología Clínica y Psicoterapia, Psicología Clínica del Niño y Adolescente, y Neurociencia Clínica y del Comportamiento, así como sus programas asociados a nivel de formación de Posgrado. Además de nuestros muchos estudiantes de Grado, Máster y Doctorado, actualmente tenemos más de 110 terapeutas que están completando un programa de formación a tiempo completo durante tres años en Terapia Conductual y Cognitiva (TCC) para niños, adolescentes y adultos. Esto requiere consultas externas y consultas ambulatorias en las que cada año más de dos mil niños, adolescentes y adultos con toda la gama de trastornos mentales son tratados utilizando métodos basados en la evidencia. Este flujo de pacientes es muy importante para la investigación en el centro, que combina estudios etiológicos y de tratamiento con el fin de contribuir a una mejor comprensión de la interacción de factores psicológicos, biológicos y sociales, así como con el fin de mejorar sustancialmente la atención de la salud mental a lo largo del ciclo vital. Después de que la financiación inicial de la Fundación Humboldt se acabara a principios del año 2017, el centro actualmente se apoya generando más de cuatro millones de euros anuales en dinero de terceros, además de la financiación sustancial y regular de la Universidad. Los planes futuros se centran en el desarrollo de enfoques innovadores de tratamiento psicológico, incorporando la psicoterapia en el contexto social y abordando los trastornos que han sido

desatendidos en niños y adolescentes. En nuestras investigaciones vamos a estrechar lazos entre las estrategias de investigación etiológica y terapéutica y los niveles de análisis biopsicosocial de los trastornos mentales. Estratégicamente, la terapia es un excelente ejemplo del hecho de que los seres humanos son seres activos, procesadores de información, capaces de cambiar su mundo y sus cerebros. Los efectos causales entre los factores biológicos, psicológicos y sociales de la salud y la enfermedad no representan una calle de un solo sentido, sino más bien una calle de doble sentido con múltiples interacciones dinámicas entre vecinos locales y distantes, así como efectos sistémicos. Además, desarrollaremos tanto un enfoque amplio como un enfoque limitado. Sin abandonar la investigación de procesos biológicos claramente definidos y medidos (“enfoque limitado”), vamos a completar nuestra visión con un enfoque “más amplio” de los procesos psicológicos y sociales. Vamos a tener más estudios con niños en nuestro trabajo de laboratorio y seguiremos buscando en campos menos estudiados como, por ejemplo, los fracasos en el diagnóstico. Simultáneamente, continuaremos investigando cómo los factores psicológicos median la fuerte influencia de factores macrosociales como la justicia, la riqueza y la libertad en la salud mental. Y, finalmente, hemos comenzado a desviar nuestra atención del enfoque clásico basado en factores negativos y patológicos hacia una visión más amplia, que incorpora el estudio de la salud mental positiva junto con los factores salutogénicos y protectores, que está en el núcleo de uno de nuestros proyectos al que le llamamos “Proyecto BOOM”.

*Me alegra que mencione su proyecto actual BOOM. ¿De qué trata este proyecto? ¿Por qué decidió entrar en esta área en particular? ¿Podría usted discutir uno o dos de sus principales hallazgos hasta ahora?*

El propósito principal del proyecto BOOM (cuyas iniciales significan “Optimismo Bochum y estudios de salud mental”) es la identificación de factores causales de protección y riesgo, tanto para la Salud Mental Positiva (SMP) como para la Salud Mental Negativa (SMN) como serían la depresión, la ansiedad y el estrés. Una de sus bases teóricas es el modelo de salud mental de doble factor, que describe la SMP y la SMN como dos dimensiones unipolares interrelacionadas pero separadas. La SMP va más allá de la ausencia de trastornos mentales. Elementos de ambas pueden coexistir, están correlacionadas, pero son parcialmente independientes. Combinando diseños transversales y longitudinales investigamos los predictores de SMP, y también la depresión, la ansiedad y el estrés en un programa de investigación transcultural en China, Alemania, Rusia, Estados Unidos de América y, recientemente, en Pakistán con una muestra de 40.000 sujetos. Fundamentos metodológicos preliminares han establecido que escalas y constructos muestran invarianza de medición transcultural, es decir, pueden ser comparadas de forma significativa entre

culturas. Hemos sido capaces de establecer una buena invarianza de medición para las principales variables de resultados: SMP y SMN en BOOM. Con base en eso, nuestros resultados posteriores hasta ahora muestran que a través de las culturas, SMP es un importante amortiguador contra los efectos patógenos del estrés diario y las influencias sociales negativas, y un fuerte predictor de la remisión de trastornos emocionales y comportamiento suicida por encima, y más allá, de todas las otras variables. Las diferencias interculturales significativas apuntan a trayectorias divergentes de salud mental a lo largo de toda la vida (por ejemplo, aumentando en Alemania, disminuyendo en Rusia). Además, varias diferencias en los valores personales están relacionadas con la salud mental de manera significativa. En general, los análisis longitudinales muestran que los factores salutogénicos (SMP global, así como la resiliencia, el optimismo, la felicidad, el apoyo social o la autoeficacia) influyen positivamente tanto en el bienestar general como en los problemas mentales. La salud mental positiva claramente merece una mayor atención. Puede ser evaluada de manera fiable y válida entre grupos, culturas y tiempo. Es relativamente independiente de la enfermedad mental (69-84% de varianza no compartida en nuestros estudios), muestra diferencias culturales significativas, tiene una alta validez predictiva (especialmente para la remisión de problemas mentales) y tiene un papel mediador en los efectos del estrés, el apoyo social, la resiliencia, etc. Además, la salud mental está fuertemente relacionada con factores sociales y mecanismos psicológicos como el sentido del control, la actividad mental o el posponer la gratificación, las cuales parecen mediar el efecto de la clase social y la educación. Quizás lo más importante para los terapeutas es que todo esto puede ser influenciado por el estilo de vida que elegimos, y nuestros comportamientos y cogniciones.

*Según tengo entendido, usted ha realizado investigaciones sobre terapias de aumento a través de medicamentos. ¿Cuáles son algunas de las razones por las que se involucró en la investigación de estas terapias? ¿Cuáles son los beneficios de hacerlo?*

Los estudios sobre terapias de aumento son relevantes, no solo debido a los beneficios terapéuticos potenciales para la práctica clínica, sino principalmente para avanzar en nuestro conocimiento sobre los procesos básicos subyacentes al cambio terapéutico. Representan un verdadero cambio de paradigma de traslación que reconoce el aprendizaje, la memoria y la plasticidad neuronal como base para los tratamientos psicológicos y para las nuevas intervenciones que apuntan específicamente a algunos de estos mecanismos como posibles potenciadores de la terapia cognitivo-conductual. El pensamiento tradicional detrás de los tratamientos con fármacos supone una fisiopatología no probada o incluso falseada de los sistemas de neurotransmisores. Como tal, los fárma-

cos que se dirigen a monoaminas o ácido gamma-aminobutírico (GABA), tales como benzodiazepinas, tricíclicos o los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, se han aplicado de manera crónica, no específica. Por lo tanto, no es de extrañar que los efectos del tratamiento desaparezcan una vez que se retiran los fármacos. Más importante aún, para distinguirse como un factor causal, la fisiopatología supuesta tendría que haber existido antes del inicio del trastorno. En contraste con varios factores de riesgo psicosocial, esto no se ha demostrado convincentemente. Los tratamientos clásicos de fármacos se basan así en un modelo de patología débil para dar a los pacientes medicamentos relativamente inespecíficos durante períodos prolongados de tiempo, mientras que los efectos secundarios, el abuso potencial y los efectos negativos a largo plazo obstaculizan aún más la relación coste-beneficio. Por otra parte, los enfoques tradicionales para combinar tratamientos farmacológicos y psicológicos se han basado en un modelo aditivo simple: esperamos que el resultado mejore poniendo dos cosas juntas. Sorprendentemente, esto no ha sido el caso en muchos estudios. De hecho, para varias clases de fármacos -como benzodiazepinas o tricíclicos- la combinación ha sido menos exitosa que cuando se utiliza la terapia cognitivo-conductual sola. El nuevo paradigma de aumento farmacológico es mucho más específico que la farmacoterapia que se empleaba antes, ya que se basa en una sólida comprensión del aprendizaje y la memoria, emplear fármacos por periodos breves y apunta a mejorar los procesos que, al menos en principio, deben crear efectos duraderos. El aumento farmacológico en el procedimiento de exposición en pacientes humanos se ha demostrado exitosamente para agentes tales como la DCS-cicloserina, azul de metileno y cortisol. Además, las terapias de aumento a través del ejercicio físico y el sueño también han demostrado su éxito. Estas intervenciones pueden funcionar mejorando la consolidación de conexiones de memoria inhibitoria recientemente aprendidas o actualizando recuerdos relacionados con amenazas durante la reconsolidación. A pesar de estos avances, es importante tener en cuenta al menos dos limitaciones importantes. En primer lugar, los efectos de terapias de aumento observados son hasta ahora bastante pequeños. En segundo lugar, los tratamientos psicológicos aplicados eran a menudo de intensidad "leve a moderada". Por lo tanto, aun no se han demostrado terapias de aumento para tratamientos de referencia completos.

*Dr. Margraf, usted ha completado varias investigaciones internacionales relacionadas con el tratamiento de trastornos de la salud mental en diversos contextos geográficos. ¿De qué forma la cultura amplía nuestra comprensión de como conceptualizamos y tratamos los trastornos mentales? ¿Estamos haciendo suficiente investigación sobre factores culturales en Psicología Clínica en Europa y en otras partes del mundo?*

Existen diferencias interculturales muy importantes con respecto a los fenómenos clínicos. Ejemplos de ello son el mejor resultado a largo plazo de la psicosis en los países del Tercer Mundo, la proporción mucho mayor de la carga de morbilidad debida a la depresión en las sociedades occidentales o la epidemia de drogodependencia inducida por medicamentos en los países industrializados. Todos estos efectos están en fuerte contraste con la inversión financiera mucho más alta para la atención a la salud mental en países industrializados, especialmente en tratamientos farmacológicos. Sin embargo, se hace muy poco esfuerzo para lograr una mejor comprensión de estos grandes efectos transculturales. Esto se debe, al menos en parte, a las modas que afectan a la ciencia al igual que otros campos de la actividad humana. Hace medio siglo atribuíamos mucho más los problemas de salud mental a los factores sociales, hoy nos centramos en los factores individuales y últimamente estos se interpretan principalmente como biológicos y genéticos. Los fondos para la investigación psicosocial son mucho más difícil de obtener que para los estudios biomédicos. Esto contrasta con el hecho de que hay mucha más evidencia de una fuerte influencia de los factores sociales en la mayoría de los problemas de salud mental que de una influencia de factores biológicos y genéticos específicos. La cultura es un excelente ejemplo de factores sociales y la investigación intercultural ofrece, por lo tanto, una forma estupenda de estudiar los factores sociales. Además, vivimos en una era cada vez más global y necesitamos darnos cuenta de que la Psicología y la psicoterapia no pueden basarse casi exclusivamente en estudios de Norteamérica y Europa Occidental, típicamente realizados en estudiantes de Psicología y con un fuerte énfasis anglosajón. Resulta llamativo que el estudio típico de las principales revistas de Psicología haga afirmaciones universales, pero casi nunca está respaldado por datos interculturales. Menos del 2% de los estudios psicológicos que proclaman validez universal están apoyados por datos transculturales, e incluso esto es cierto aun para el *Journal of Cross-Cultural Psychology* con ¡tan solo del 20% de las publicaciones con respaldo universal! Estas cifras muestran claramente que no hacemos suficiente investigación sobre factores culturales en Europa y América del Norte. Como ha dicho recientemente el psicólogo cultural Qi Wang en la revista *APS Observer* (volumen 30, número 1, enero 2017; véase <https://www.psychologicalscience.org/observer/five-myths-about-the-role-of-culture-in-psychological-research>) “una perspectiva psicológica cultural nos ayuda a reconocer, reducir y eliminar sesgos, descubrir nuevos mecanismos y desarrollar nuevas teorías para comprender mejor la cognición y el comportamiento humano como un proceso constructivo que tiene lugar en la interacción entre una persona y su entorno”.

*Como usted reconoció en sus escritos, la terapia de exposición ha demostrado tener éxito en Psicología Clínica. Sin embargo, usted piensa que*

*queda mucho por hacer en esta área. ¿Qué le llevó a centrarse en la terapia de exposición en su investigación?*

En la Universidad había recibido entrenamiento básico tanto en terapia centrada en el cliente como en terapia cognitivo-conductual. Cuando empecé a trabajar en el Hospital de Palo Alto en California con pacientes esquizofrénicos, severamente deprimidos y agorafóbicos en 1983, me di cuenta rápidamente de las limitaciones que conlleva un enfoque centrado en el cliente y el beneficio de la terapia cognitivo-conductual, especialmente en procedimientos de exposición y enfoques cognitivos. Algunos años más tarde, después de regresar a Alemania, mi propio trabajo posterior subrayó la relevancia del uso de la exposición en el tratamiento no sólo de la ansiedad y especialmente con respecto a la estabilidad a largo plazo o incluso la mejora de los resultados después del final del tratamiento. La exposición es el ingrediente activo más conocido en los tratamientos psicológicos. En mi opinión, esto significa que la comprensión de sus procesos subyacentes nos ofrece la oportunidad más prometedora para realmente avanzar en nuestro conocimiento sobre los procesos de ayuda y curación. Y a pesar de todos sus éxitos, todavía hay margen de mejora.

*En el X Congreso Internacional de Psicología Clínica, usted tiene previsto hablar sobre el Triple E, así que no quiero estropear su presentación. Sin embargo, ¿fue este un concepto que desarrolló usted y su equipo de trabajo? Sin entrar en muchos detalles, ¿cuáles son algunas de las principales implicaciones clínicas de su trabajo?*

A través de los años se ha hecho cada vez más evidente que el aprendizaje de la extinción es un ingrediente activo principal de la exposición. Además, mi equipo fue capaz de demostrar ya en 2007 que los pacientes con trastorno de pánico o trastorno de estrés postraumático se caracterizan por la extinción tardía, incluso en los paradigmas estándar de condicionamiento del miedo sin estímulos específicos del trastorno. Desafortunadamente, la mayoría de la investigación en Psicología Clínica es correlacional con respecto a la variable del trastorno, es decir, normalmente no manipulamos el trastorno de forma experimental. Esto se debe en gran parte a limitaciones éticas y, por otra, a limitaciones prácticas. Sin embargo, para sacar inferencias causales sobre la etiología y el tratamiento de los trastornos clínicamente relevantes, debemos llevar a cabo verdaderos experimentos. La mejora sistemática de la exposición y la extinción ofrece un camino científicamente prometedor y éticamente justificable para una comprensión mecanicista del cambio terapéutico duradero. Por ejemplo, recientemente pudimos demostrar que la mejora de la autoeficacia conduce a una mejor extinción en el condicionamiento clásico del miedo. Esto es cierto no sólo para las medidas subjetivas, sino también para la medida psicofisioló-

gica clásica de la extinción del miedo, es decir, la actividad electrodérmica que refleja directamente la actividad nerviosa simpática. Junto con otros estudios, nuestro trabajo tiene implicaciones clínicas. Los pacientes se benefician más de un tratamiento óptimo que de un tratamiento máximo. El tratamiento de enfoque subraya los puntos relevantes y genera una mejor relación señal-ruido en el contenido del tratamiento. En el tratamiento de los problemas de ansiedad, la exposición y la extinción deben estar en el centro de la terapia. Enfocarse en esos aspectos facilita la autoeficacia del paciente y les da más poder para hacer frente de forma eficaz. Junto con los resultados de los experimentos de aumento, los estudios de seguimiento a largo plazo apoyan la relevancia de las medidas destinadas a aumentar el aprendizaje de la inhibición, la generalización del contexto y la autoeficacia. La terapia óptima comparte un punto básico con una buena cocina: el mejor resultado no se consigue añadiendo más y más ingredientes buenos y cocinándolos más y más, sino más bien por la combinación óptima de un número limitado de ingredientes bien adaptados que se cocinan al minuto.

# GUÍAS CLÍNICAS Y EVIDENCIA CIENTÍFICA

*John C. Norcross y Gualberto Buela-Casal*



John C. Norcross es Profesor de Psicología en la University of Scranton y Catedrático de Psiquiatría en la SUNY Upstate Medical University (Estados Unidos de América). Fue presidente de la División de Psicoterapia de la American Psychological Association (APA). Es uno de los científicos más influyentes del mundo según el Ranking de la Universidad de Stanford.



Gualberto Buela-Casal es Catedrático de Psicología Clínica de la Universidad de Granada (España). Fundador de la Cátedra de Investigación del Sueño de la Universidad de Granada. Presidente de la Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC). Es uno de los científicos más influyentes del mundo según el Ranking de la Universidad de Stanford.

*\*No sé si estará de acuerdo con nosotros en que estamos en un momento crucial para el campo de la psicoterapia. Por un lado, aunque parece que se está cerrando un ciclo de confrontación inter-escuelas, este no llega a cerrarse completamente, ni ha surgido ninguna otra alternativa mejor o integradora. Por otro, cada vez está más extendida la implantación de la Psicología Clínica en los sistemas sanitarios, tanto públicos como privados, donde la Psiquiatría y su enfoque reduccionista biomédico está mostrando claramente sus límites. Esta situación crea un gran interés en torno a la psicoterapia y su potencial contribución a la mejora de la salud y el bienestar. ¿Considera que estamos ante un momento especial-*

---

\* Esta entrevista fue publicada originalmente en *Infocop Online*.

Para referenciar este capítulo: Johnson, S. B. y Buela-Casal, G. (2023). Guías clínicas y evidencia científica. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Psicología Clínica: perspectiva internacional* (pp. 87-92). Dykinson. <https://www.dykinson.com/libros/psicologia-clinica-perspectiva-internacional/9788411707534/>

*mente importante en el campo de la psicoterapia? ¿Cuáles cree que son las características más sobresalientes que definen ese momento actual en la psicoterapia?*

Es un momento crucial para la disciplina de la psicoterapia. Usted ha relacionado correctamente las fuerzas en conflicto. A nivel mundial se ha incrementado el uso de la psicoterapia, la investigación de resultados es extensa y contundente, y se está incorporando a la corriente principal de atención médica. Sin lugar a duda, hoy en día, se considera que la psicoterapia es eficaz, segura y promotora de la salud. Asimismo, la engañosa distinción entre mente y cuerpo, salud mental y salud física, está desapareciendo. Por otro lado, la farmacoterapia se ha expandido a expensas de la psicoterapia. Tomar una píldora suele ser más rápido, más barato y menos estigmatizante, y supone una solución a corto plazo, en comparación con la intervención psicoterapéutica. Sin embargo, la investigación está demostrando la rentabilidad de la terapia a largo plazo. A este respecto, debemos encaminar todos nuestros esfuerzos a la promoción de nuestra profesión, de la psicoterapia y, en algunas ocasiones, de la terapia combinada (psicoterapia más farmacoterapia). La única parte de su resumen con la que discrepo es la referente a la integración en psicoterapia. Dicha integración es la ruta normal que seguiría cualquier profesión madura, y, en la mayoría de los países, la integración o el eclecticismo representa la orientación predominante. De hecho, la integración en la psicoterapia ha demostrado una elevada eficacia diferencial con respecto a otras escuelas independientes. Por lo tanto, en mi opinión, las alternativas integradoras son más eficaces y completas. Si bien hasta el momento nuestra discusión se ha centrado en la psicoterapia, no debemos olvidar que los psicólogos clínicos aportan muchas cosas más aparte de este estupendo servicio. Entre los profesionales de la salud mental, los psicólogos están preparados para aplicar pruebas psicológicas -neuropsicológicas, de personalidad, de salud, de problemas de aprendizaje, etc.-, así como para llevar a cabo investigaciones empíricas, enseñar y supervisar, desarrollar programas y otras tareas similares. Somos mucho más para que se nos defina con el simple término genérico "terapeutas".

*La lucha de escuelas forma parte de la enseñanza y la práctica de la psicoterapia. Sin embargo, parece haber bastante evidencia de que muchos tipos diferentes de Psicoterapia alcanzan resultados parecidos en diversos trastornos o problemas mentales. La idea que surge de este hallazgo es que hay mecanismos universales no específicos que dan cuenta de esos resultados. Muchos de sus textos abonan esta idea. Sin embargo, las guías clínicas continúan priorizando determinadas formas de psicoterapia y no mencionan los mecanismos comunes. En este sentido, ¿qué le diría a Pim Cuijpers cuando afirma en un artículo aparecido en 2013*

*que “las terapias y no los mecanismos merecen un apartado en las guías de tratamiento”?*

Es una cruel ironía. La mayoría de las guías clínicas ¡no siguen la evidencia científica! Una triste revisión basada en 50 años de resultados de investigaciones determina que el éxito de la terapia es atribuible a los siguientes factores, en el orden que sigue: el paciente, la relación terapéutica, el terapeuta individual y los métodos particulares que se emplean. Estos últimos, representan únicamente el 10,50% de la varianza de los resultados. No obstante, el amplio volumen de guías de orientación se centra en técnicas de tratamiento concretas e ignora los factores más consecuentes. Esta es, precisamente, la razón por la que hemos decidido crear un grupo de trabajo intradivisional en la *American Psychological Association* (APA), orientado a determinar las conductas de relación y los tratamientos adaptativos que funcionan. Confío en que la próxima generación de guías clínicas cuente con una base de evidencia e incluyan, en su mayor parte, las conductas de relación con el terapeuta y las adaptaciones terapéuticas teniendo en cuenta a la persona de forma integral, y no solo el diagnóstico. Podría plantear aquí dos puntos adicionales. En primer lugar, si bien estamos de acuerdo en que hay plena evidencia de que la mayoría de las psicoterapias logran resultados similares en gran parte de los trastornos, hay excepciones clínicamente importantes. Por ejemplo, alguna forma de exposición a los trastornos de ansiedad severos, la terapia conjunta para la disfunción en la relación, la terapia cognitivo-conductual para los trastornos de pánico y las terapias de *insight* para los clientes que buscan la autoconciencia. En segundo lugar, el grueso de la investigación comparativa de resultados hace referencia a trastornos mentales particulares, en oposición a características transdiagnósticas del paciente. Hay, por supuesto, tratamientos de elección para las diferentes etapas de cambio, los niveles de reactancia, las diferentes culturas, las preferencias y los estilos de afrontamiento. Por lo tanto, debemos ser cautelosos al afirmar que todo funciona igual de bien para todo el mundo.

*Volviendo a los mecanismos comunes a todas las psicoterapias con éxito, uno de ellos parece ser la relación terapéutica. Crear un vínculo terapéutico parece esencial para el éxito de la terapia. Sin embargo, hay investigaciones que avalan la eficacia de las terapias “forzadas” con adolescentes en el ámbito del consumo de drogas, en las que, más que el rapport, lo que se busca es el control. Asimismo, hay intervenciones “a distancia” en las que no existe contacto con el terapeuta. Usted mismo es autor de un importante libro de autoayuda. ¿Cómo encajan estos resultados con la idea de que la calidad de la relación terapéutica es un ingrediente esencial del tratamiento?*

La relación terapéutica cuenta con un amplio y convincente cuerpo de investigación que la apoya. Naturalmente, de los miles de estudios de procesos y resultados habrá excepciones. Sin embargo, la investigación meta-analítica demuestra, generalmente, que la confrontación está desprestigiada. En una revisión de una docena de ensayos clínicos aleatorios para el tratamiento de las adicciones, los tratamientos de confrontación no mostraron resultados o revelaron resultados negativos en todos los ensayos. Una vez dicho esto, cabe señalar que hay situaciones clínicas urgentes que requieren tratamiento involuntario para proteger a una persona de una conducta suicida u homicida. No obstante, más allá de salvar una vida o de evitar una crisis inmediata, hay, por regla general, menos beneficios a largo plazo cuando se “fuerza” a una persona a realizar psicoterapia. De hecho, la evidencia acumulada muestra que los precontempladores que acuden obligados, suelen abandonar la terapia prematuramente y tienen menos éxito. En cuanto a las intervenciones informatizadas, atribuyo sus resultados generalmente favorables a una relación implícita, pero potente. No hay intervención distante sin una relación (con empatía, apoyo, colaboración, auto revelación, etc.). Los desarrolladores de programas son muy conscientes del importante poder de la relación, e intencionalmente incorporan esos elementos en sus módulos psicoeducativos y terapéuticos. De lo contrario, la distancia y las terapias de autoayuda consistirían, en gran medida, en listas de verificación o artículos enciclopédicos. La psicoterapia es, en su raíz, una relación humana. Incluso cuando se “entrega” a distancia o por ordenador, la psicoterapia es un encuentro irreductiblemente humano.

*Se ha planteado en psicoterapia el “gran debate” entre las técnicas empíricamente apoyadas y las relaciones que funcionan. Aquellos que enfatizan el poder de las técnicas no dejan de reconocer la importancia de las relaciones para su funcionamiento, ¿pero, las relaciones que funcionan no implican ellas mismas una técnica, un “saber cómo”? ¿O estamos hablando de una mera buena relación que cualquiera con empatía y sentido común podría aplicar, sin mayor formación psicoterapéutica? ¿En qué medida el debate técnicas-relaciones es artificial?*

Por conveniencia histórica y de la investigación, el campo ha distinguido entre relaciones y técnicas. Palabras como “relación” y “conducta interpersonal” se utilizan para describir cómo terapeuta y cliente actúan el uno con el otro. Como pequeño contraste, los términos “técnica” o “método” se utilizan para describir lo que hace el terapeuta. A menudo tratamos el “cómo” y el “qué” (la relación y el método, lo interpersonal y la intervención) como categorías separadas. En realidad, por supuesto, lo que se hace y cómo se hace, son dos cosas complementarias e inseparables. En otras palabras, el valor de un método de tratamiento está inextricablemente vinculado con el contexto relacional

en el que se aplica. Hans Strupp, uno de mis primeros mentores de investigación, ofrecía una analogía para ilustrar la inseparabilidad de estos elementos constitutivos. Supongamos que usted quiere que su hijo adolescente limpie su habitación. Dos métodos para lograr este objetivo serían: fijar unas normas claras y establecer las posibles consecuencias; este sería un enfoque razonable, pero la eficacia de estos dos métodos basados en la evidencia variará, dependiendo de si la relación entre usted y el adolescente se caracteriza por la calidez y el respeto mutuo o por la ira y la desconfianza. Esto no significa que los métodos sean inútiles sino, simplemente, que su buen funcionamiento depende del contexto en el que se utilizan. En cuanto a la otra pregunta ¿se trivializa la psicoterapia al caracterizarla como “sólo una buena relación con un cuidador”? La investigación muestra que un psicoterapeuta eficaz emplea métodos específicos, ofrece relaciones sólidas y personaliza, tanto los métodos de tratamiento como el tipo de relación, en función de las características individuales del cliente en su contexto. Eso requiere un entrenamiento considerable, autoconciencia y experiencia, lo que supone la antítesis de “cualquier persona con sentido común y empatía” puede hacer bien psicoterapia.

*En relación con el tratamiento transdiagnóstico como alternativa a los tratamientos específicos, se observa una proliferación de “protocolos unificados” que parecen incrementar el número de psicoterapias, en lugar de unificarlas propiamente. ¿Cree usted que existe solución para la pluralidad de enfoques psicoterapéuticos que pueblan la Psicología Clínica? Siendo el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente, así como el suyo, una de las primeras y principales propuestas en este sentido, reconocerá que tan sólo es una más entre el resto. ¿Por qué la comunidad científica no adopta este modelo, ya que integra los procesos más eficaces de los diferentes enfoques teóricos?*

Con frecuencia me río a carcajadas cuando las personas presentan los tratamientos transdiagnósticos como “nuevos”, cuando en realidad existen desde hace aproximadamente 40 años. Gracias por sus amables palabras sobre el modelo transteórico. Está avalado por 35 años de investigaciones y miles de estudios llevados a cabo en todo el mundo. El modelo transteórico constituye una solución para la integración pero, ciertamente, no es la única. Si bien sería más conveniente que hubiera un único universo coherente, la evidencia clínica señala que existen multiversos. Hay muchas vías que llevan a la integración (eclecticismo técnico, integración teórica, factores comunes e integración asimilativa), y cada una aporta algo único y valioso para la práctica clínica. Las comunidades científicas de salud mental, medicina conductual y salud pública han adoptado ampliamente el modelo transteórico. Su extensa base de evidencia, su eficaz secuencia de estadios, su proactiva difusión entre la población y

sus formatos flexibles (terapia en persona, asesoramiento telefónico, programas informáticos, etc.) han atraído a un gran número de fieles seguidores en todo el mundo. Finalmente, si bien sería más notable contar únicamente con una gran teoría unificadora de la psicoterapia, aún no es posible ni clínica ni empíricamente. Los seres humanos somos infinitamente más complejos e indeterminados que los contenidos de Física o Química. Por ahora, tendremos que conformarnos con el pluralismo basado en la evidencia y las diversas vías de integración.

# MINICEREBROS: APLICACIONES PARA LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y CONSIDERACIONES ÉTICAS

*Oscar F. Gonçalves y Wenceslao Peñate*



Oscar F. Gonçalves es Catedrático de Neuropsicología de la Universidade do Coimbra (Portugal), en donde dirige el Laboratorio de Neurociencia Psicológica. Investigador Asociado Senior en el Spaulding Center for Neuromodulation at the Spaulding Hospital and Harvard Medical School (Estados Unidos de América).



Wenceslao Peñate es Catedrático de Psicología Clínica en la Universidad de La Laguna (España). Miembro del Instituto Universitario de Neurociencia.

*\*Entrando directamente con el tema de su conferencia “Minicerebros: implicaciones para la Psicología Clínica y consideraciones éticas”, el tema es tan intrigante como estimulante. ¿En qué consisten los minicerebros?*

Los organoides cerebrales, conocidos como minicerebros, son modelos 3D in vitro e individualizados del cerebro, que se obtienen de cultivos de células madre humanas pluripotentes. Resumiendo en pocas palabras lo que es un proceso tecnológico complejo, podemos decir que se pueden generar minicerebros

---

\* Para referenciar este capítulo: Gonçalves, O. F. y Peñate, W. (2023). Minicerebros: aplicaciones para la Psicología Clínica y consideraciones éticas. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Psicología Clínica: perspectiva internacional* (pp. 93-97). Dykinson. <https://www.dykinson.com/libros/psicologia-clinica-perspectiva-internacional/9788411707534/>

a partir de una muestra biológica individual. De esa muestra, podemos inducir en el laboratorio células madre pluripotentes. Durante el transcurso de varias semanas, estas células progenitoras dan lugar a neuronas y redes neuronales posteriores, sintetizando el desarrollo del cerebro.

*¿Quiere esto decir que son cerebros 'representativos' del cerebro original y capaces también de representar la conectividad cerebral de manera precisa?*

Estos minicerebros son modelos en miniatura del cerebro humano, no cerebros reales per se. Una buena metáfora es afirmar que los organoides cerebrales son para el cerebro humano como un sofisticado tren de juguete eléctrico es para el tren real. La mayoría de las estructuras y funciones están ahí, pero son miniaturas. El promedio de 15 centímetros de longitud del cerebro humano se miniaturiza en un mini cerebro de 4 mm de diámetro, y 100 mil millones de células se reducen a 2 millones de mini células cerebrales. Sin embargo, es importante señalar que los minicerebros pueden expresar una diversidad de regiones cerebrales (cerebro anterior, cerebro medio, cerebro posterior), y con una diferenciación cortical rudimentaria en, por ejemplo, regiones sensoriales y corticales. Madeline Lancaster publicó en *Nature* en 2013 el primer artículo que describe cómo los organoides cerebrales pueden imitar el desarrollo del cerebro humano (Lancaster et al., 2013). Desde entonces, el campo de investigación ha aumentado su sofisticación, combinando las potencialidades de la cultura con herramientas de bioingeniería para generar estructuras cerebrales específicas y modelar su funcionamiento (Lancaster et al., 2017). Después de la sofisticación tecnológica inicial, la investigación de minicerebros está avanzando rápidamente hacia la imitación de la estructura y el funcionamiento del cerebro, tanto en condiciones normales como anormales.

*Un aspecto importante y que se recoge en el mismo título son las implicaciones éticas...*

Como he comentado, la investigación avanza rápidamente y los métodos están aumentando en sofisticación, lo que sugiere que los minicerebros pueden establecer patrones de actividad autoorganizados. Puede parecer que tienen vida propia; y como estamos hablando del cerebro, esta vida puede ser, de alguna manera, una vida psicológica. Es muy posible que los investigadores de minicerebros comiencen a experimentar pronto la paradoja de haber encontrado una herramienta para soñar que puede convertirse en una pesadilla. Al igual que en la novela de Mary Shelley, pronto podríamos sentirnos como en el experimento del doctor Victor Frankenstein: crear una criatura ingenua, pero horrible e incontrolada. Este avance científico sobresaliente ya comenzó

a plantear algunas preocupaciones éticas entre la comunidad científica: ¿se trata de desarrollar un organoide sensible no solo con dimensiones sensoriales, sino también cognitivas? ¿Pueden en el futuro cercano comenzar a evidenciar algún tipo de conciencia? Estas son, de hecho, importantes cuestiones éticas que la Psicología está llamada a abordar. Al final, depende de nosotros, como profesionales de la Psicología, desarrollar nuevos métodos para estudiar si los minicerebros tienen estados sintientes internos y, como tal, definir las potencialidades y los límites de la investigación de los organoides cerebrales.

*Sin duda los minicerebros significan un avance muy significativo en la investigación básica. ¿En qué medida cree que la Neuropsicología y la Psicología Clínica pueden beneficiarse de este recurso de investigación?*

Creo que los minicerebros están desafiando las fronteras de la investigación en Psicología Clínica. Los minicerebros están abriendo nuevas ventanas para la Psicología Clínica con la oportunidad de estudiar el sistema, así como los mecanismos celulares y moleculares asociados a diferentes trastornos psicológicos y cerebrales. Ya podemos encontrar avances importantes en las condiciones de modelado de mini-investigaciones cerebrales, como los trastornos del espectro autista y la demencia de Alzheimer. Lo más interesante es que podemos desarrollar modelos específicos dentro de cada trastorno. Por ejemplo, en el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), un área en la que he estado investigando, sería posible en el futuro cercano crear minicerebros agrupados a lo largo de diferentes subtipos de TOC (por ejemplo, con comprobadores, preocupados por la limpieza/contagio, acumuladores, etc.), y simularlos desde niveles moleculares hasta el nivel del sistema cerebral. Incluso podemos avanzar y desarrollar modelos cerebrales individualizados para un paciente específico. Esto sería fundamental para superar algunas de las limitaciones de nuestros actuales sistemas de diagnóstico en psicopatología y abrir la puerta para diseñar tratamientos individualizados previamente modelados. Es decir, los minicerebros abren la puerta a tratamientos personalizados al modelar el mecanismo de diferentes intervenciones clínicas y sus efectos sobre la plasticidad (por ejemplo, nivel epigenético) o sobre la regeneración (por ejemplo, a nivel de sistemas). Por supuesto, el tratamiento farmacológico sería el primero que se beneficiaría. Sin embargo, dado que estamos avanzando progresivamente hacia minicerebros proto-sensibles, la Psicología tiene el desafío de encontrar modelos “in vitro” de terapias psicológicas.

*Otra temática dentro de sus intereses por la neurociencia cognitiva es el uso de la realidad virtual y su aplicación en el ámbito clínico. ¿Nos podría decir en qué está trabajando su grupo de investigación en este sentido?*

Exactamente. Permítame ahora pasar brevemente de las terapias “in vitro” a “in virtuo”. Como está adivinando, hay una continuidad en este proceso con el objetivo general de pasar a tratamientos cada vez más basados en los hallazgos científicos. Creo que la psicoterapia necesita pasar de un enfoque empírico a un enfoque basado en la ciencia. La investigación de neuroimagen de nuestro equipo sugiere que las dificultades del TOC en el control regulador cognitivo son el resultado de un desequilibrio emocional entre un sistema defensivo hiperactivo (por ejemplo, amenaza) y un sistema hipoactivo apetitivo (por ejemplo, placer). Clínicamente, estábamos investigando formas más efectivas para mejorar el control regulatorio (inhibitorio/excitador) al tiempo que restauramos el equilibrio entre los sistemas defensivo y apetitivo. En este ámbito estamos desarrollando una plataforma de interacción humano-máquina de circuito cerrado de realidad virtual (en virtuo) - NoOCD City para mejorar el control regulador autónomo y cognitivo en respuesta a los desencadenantes de los sistemas defensivos (estímulos de amenaza-regulación inhibitoria) y apetitivos (estímulos agradables-regulación excitatoria). NoOCD City fue galardonado con el Premio Bial 2018 de Medicina Clínica y ahora es uno de los diez mejores finalistas en el concurso de Innovación Abierta de Roche Pharmaceuticals: Building Tomorrow Together.

*Estamos terminando. Me gustaría ahora conocer un poco de su vida académica, que es tan apasionante como los minicerebros. Desde hace tiempo compagina su tiempo en Europa, con su estancia en centros de investigación y universidades de prestigio en Estados Unidos de América y Brasil, donde dirige y ha dirigido potentes Departamentos en Psicología. ¿Cómo hace para adaptarse a un ritmo de trabajo tan intenso?*

Ha sido emocionante y divertido. Desde muy pronto en mi carrera me he visto yendo y viniendo entre continentes. En 1983 obtuve una beca Fulbright para cursar mi Doctorado en Estados Unidos de América. Terminé graduándome en la Universidad de Massachusetts, en Amherst. Luego logré una plaza en la Facultad de Psicología de la Universidad de California Santa Bárbara, cuando Michael Mahoney todavía estaba allí. Me volví de regreso a Portugal, invitado a colaborar en el lanzamiento de un nuevo Programa de Psicología en la Universidad de Minho. En pocos años pasamos de ser los “nuevos niños en el barrio” al mejor Programa de Psicología en Portugal. En el camino decidí continuar mis estudios y fui, primero, a la Facultad de Ciencias (Universidad de Vigo) para completar un Diploma de Estudios Avanzados en Biología-Neurociencias y luego un doctorado en Neurociencias en la Facultad de Medicina (Universidad de Santiago de Compostela). En este proceso, pasé de la investigación en Psicología Clínica a la investigación en Neurociencias Clínicas, estableciendo el Laboratorio de Neuropsicofisiología en la Universidad de Minho (ahora *Psychological Neurosciences Lab*). Hace unos años, volví a Estados Unidos de América como

director en Psicología Aplicada en la Northeastern University en Boston y ocupé un puesto de investigación en el Centro de Neuromodulación del Hospital de Rehabilitación Spaulding, Harvard Medical School. Ahora estoy de regreso en Portugal, mantengo mi cita de investigación en Boston y haciendo un nuevo traslado a otra universidad para comenzar un nuevo programa de investigación, que ayudará en este 'traslado' desde la silla (por ejemplo, mini-cerebros) a la cama (por ejemplo, tratamientos clínicos). Estas son solo algunas instantáneas que ilustran lo que probablemente ha sido el leitmotiv central de mi vida académica: liderar el cambio y la creación de redes entre culturas y dominios del conocimiento, desde contextos in vivo, in vitro y virtuales, que reúnen los avances en la clínica, la ciencia y la tecnología.

## REFERENCIAS

- Lancaster, M. A., Corsini, N. S., Wolfinger, S., Gustafson, E. H., Phillips, W. A., Burkard, T. R., Otani, T., Livesey, F. J. y Knoblich, J. A. (2017). Guided self-organization and cortical plate formation in human brain organoids. *Nature Biotechnology*, 35, 659-666. <https://doi.org/10.1038/nbt.3906>
- Lancaster, M. A., Renner, M., Martin, C.-A., Wenzel, D., Bicknell, L. S., Hurler, M. E., Homfray, T., Peninger, J. M., Jackson, A. P. y Knoblich, A. (2013). Cerebral organoides model human brain development and microcephaly. *Nature*, 501, 373-379. <https://doi.org/10.1038/nature12517>



# NEUROPSICOLOGÍA COMO ESPECIALIZACIÓN SANITARIA

*Antonio Puente y Gualberto Buela-Casal*



Antonio Puente es Catedrático de Psicología en la University of North Carolina Wilmington (Estados Unidos de América). Fundador de la revista *Neuropsychology Review*. Fue presidente de la American Psychological Association (APA) en 2017.



Gualberto Buela-Casal es Catedrático de Psicología Clínica de la Universidad de Granada (España). Fundador de la Cátedra de Investigación del Sueño de la Universidad de Granada. Presidente de la Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC). Es uno de los científicos más influyentes del mundo según el Ranking de la Universidad de Stanford.

*\*Para mí fue un placer cuando se anunció el resultado de la votación final en la que usted era elegido presidente de la American Psychological Association (APA), y ello por varios motivos. Nos conocemos desde hace décadas cuando ya participaba como Profesor Invitado en un Programa de Posgrado organizado por la Asociación Española de Psicología Conductual en la ciudad de Granada, impartiendo docencia sobre Neuropsicología Clínica. Además, fue profesor visitante en la Universidad de Granada. Por otra parte, es algo muy positivo que un psicólogo de origen*

---

\* Esta entrevista fue publicada originalmente en *Infocop Online*.

Para referenciar este capítulo: Puente, A y Buela-Casal, G. (2023). Neuropsicología como especialización sanitaria. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Psicología Clínica: perspectiva internacional* (pp. 99-103). Dykinson. <https://www.dykinson.com/libros/psicologia-clinica-perspectiva-internacional/9788411707534/>

*hispano llegue a ser presidente de la APA, siendo el único hasta la fecha, en una asociación con más de cien años de historia.*

Pues sí, nos conocemos creo que desde 1988. He visitado la Universidad de Granada casi todos los años, incluyendo este y el próximo. Por muchos años enseñé cursos de Neuropsicología, pero últimamente he ido a formar parte de tribunales de Tesis Doctorales, frecuentemente como presidente. También he tenido como diez estudiantes de la Universidad como “fellows”. Varios de ellos ahora son profesores en la Universidad de Granada. Yo considero la Universidad y Granada como mi segunda casa.

*Cuéntenos por qué y cuándo decidió especializarse en Neuropsicología, pues esta es una disciplina que no suele tener mucha demanda por parte de los estudiantes de Psicología.*

Siendo un emigrante de Cuba siempre he tenido interés en analizar cómo algunas personas se adaptan y otros no. Por muchos años observé a la familia, amigos y otros batallando con procesos cognitivos y emocionales. Durante mis primeros años en la Universidad, empecé a pensar que quizás era el cerebro quien dirige y controla estos procesos. Me dediqué a estudiar el problema de una manera seria y sistemática. Durante esos años tuve la gran oportunidad de estudiar con Roger W. Sperry, el primer psicólogo que recibió el premio Nobel (Medicina en 1981) por sus trabajos con los hemisferios cerebrales. Después también estude con el grupo de Luria en Moscú. Seguí trabajando en el laboratorio y me he dedicado casi 25 años a archivar y escribir la historia de Sperry.

*¿Qué formación y cualificación profesional debe tener un neuropsicólogo en Estados Unidos de América para poder ejercer como tal? ¿Es necesario ser Doctor en Psicología? ¿Se considera una profesión sanitaria? ¿Hay diferencia entre los distintos Estados? ¿Cuántos años de formación necesita un psicólogo para poder ejercer la Neuropsicología Clínica?*

La Neuropsicología Clínica es una de las especialidades en Psicología, y de la seis más antiguas, empezando en 1996. Fui uno de los miembros del Consejo que desarrolló lo que era la especialidad durante su nacimiento. Por supuesto, ha cambiado muchísimo y sigue por ese camino. Primero, se necesita una licencia que se requiere después de un Doctorado y entrenamiento de dos años en procesos clínicos, más que nada focalizándose en el diagnóstico. Para conseguir la licencia se necesita pasar un examen escrito estandarizado y un examen oral. Además, para ser acreditado en la disciplina, se debe tener un entrenamiento formal clínico. Durante este proceso se tiene que pasar un examen escrito de Neuropsicología, presentar un caso y defenderlo oralmente ante un comi-

té. Tenemos como cinco mil neuropsicológicos en Estados Unidos de América y aproximadamente un 10% está certificado. Personalmente estoy certificado en Neuropsicología general y también en Neuropsicología infantil. En total son como diez años de Universidad (hasta el final del Doctorado), y después un año clínico general y dos años más de Neuropsicología Clínica. Y sí, es una carrera sanitaria, pero también académica y científica. De las especialidades de Psicología es la más grande.

*Como buen conocedor de la Psicología en España sabe que, de momento, en este país no existe la Neuropsicología Clínica como profesión ni como área académica. En el contexto de la Universidad se imparte alguna materia en el área de la Psicología Clínica. En el ámbito profesional, sólo la pueden ejercer, en la sanidad pública, aquellos que tienen el título de Especialista Sanitario de Psicología Clínica. Y en el ámbito privado, tan sólo aquellos psicólogos que tengan la consideración de sanitarios, bien por una homologación o por cursar el Master de Psicología General Sanitaria, el cual habilita a los psicólogos a trabajar en el ámbito privado. De hecho, recientemente el Consejo General de la Psicología en España ha creado la acreditación de Experto en Neuropsicología Clínica, para la cual es necesario tener la consideración de profesional sanitario previamente. Dígame ¿cómo ve esta situación de la Neuropsicología Clínica en España? ¿Es muy diferente de otros países? ¿Qué consejos podría dar para una mejora o cree que está bien establecido así?*

El modelo que existe en España existe en Latinoamérica, pero no en otros países. En Rusia, por ejemplo, el sistema es más como el modelo de Estados Unidos de América. Me parece que un país con una población tan grande, teniendo psicólogos sanitarios solo dentro de un sistema tan pequeño como el de Psicólogos Internos Residentes (PIR) no tiene sentido. El PIR tiene que crecer o la Neuropsicología se tiene que desarrollar dentro del Colegio de Psicólogos como una especialidad. Hay muchísimas necesidades y poco personal.

*Centrémonos ahora en la APA. En otras entrevistas realizadas a anteriores presidentes (Alan Kazdin, Suzanne Bennett, Nadine J. Kaslow o Susan H. McDaniel) les hacíamos algunas preguntas que me gustaría compartir con usted. La primera tiene que ver con el perfil que debe tener un presidente de la APA: ¿es mejor que sea un académico/investigador o un profesional de la Psicología, o bien un perfil mixto como es su caso que ejerce la profesión y la investigación? La APA ha tenido presidentes con estos tres perfiles; en su opinión ¿qué es lo mejor?*

Hemos tenido dos tipos de presidentes: académicos con un curriculum muy amplio como Kazdin y otros más clínicos como Anton. No es típico tener uno que es clínico y académico a la misma vez. Lo fascinante de la APA es que tenemos más de 50 divisiones o áreas en Psicología, desde la humanista y psicoanalítica hasta la experimental y educativa; otras áreas en las que sólo se imparte formación, además están los que atienden pacientes y los que investigan con ratas. Dentro de todo esto también tenemos el político que se dedica a desarrollar el campo y la profesión de psicólogo como De León. En mi caso he intentado cumplir con los tres ámbitos, académico, clínico y político. Estoy muy contento de poder hacer las tres tareas durante un cambio tan grande dentro la sociedad y de la APA.

*Está previsto que en 2018 se publique la CIE-11; de hecho, Geoffrey M. Reed, director de la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS), impartirá una conferencia en este congreso anunciando los principales cambios en la nueva versión. En su opinión ¿los psicólogos deben utilizar el DSM o la CIE? Ya sé que podrá responderme que si quieren no deben utilizar ninguno; sin embargo, hay casos en los que es necesario emitir diagnósticos siguiendo una clasificación internacional, por tanto, en su opinión, ¿qué sistema aconseja utilizar y porque razones?*

El DSM es un sistema que describe trastornos mentales, mientras que la CIE es un sistema de diagnóstico. El DSM es una pequeña parte de la CIE. En Estados Unidos de América, el DSM se usa como algo que ayuda o apoya a la CIE. Las compañías de seguros y el sistema del gobierno impiden el uso del DSM, aunque se sigue usando por personas que trabajan con trastornos mentales solamente. En Neuropsicología, históricamente se ha usado la CIE, en gran parte porque los trastornos de interés para nosotros son los trastornos de la salud, no solamente los trastornos mentales.

*Por último, como usted bien conoce, el Consejo General de la Psicología de España es la segunda sociedad profesional de Psicología más grande del mundo, después de la APA. Me consta que los últimos presidentes de la APA han tenido varios contactos y planes de colaboración con el Consejo. Creo que ahora, siendo usted un buen conocedor de la Psicología española se puede consolidar una mayor colaboración. ¿Qué planes tienen de colaboración académica y/o profesional?*

Es verdad que somos las dos sociedades más grandes y posiblemente las más importantes. Por ahora, mi interés es tener una relación buena, la mejor posible, entre las dos sociedades. Al mismo tiempo me encantaría colaborar

más en todo lo que pueda. Quizás el primer paso sería ver cómo podríamos tener un sistema sanitario para psicólogos que sea más universal.

*No quiero abusar más de su tiempo, en el congreso de Santiago de Compostela los participantes podrán charlar informalmente con usted en "la hora de conversación con A. Puente". No sé si quiere añadir algo más, por mi parte agradecerle su colaboración y nos vemos en Santiago de Compostela.*

Me gustaría decirles que el futuro de la Psicología va a tener que incluir no sólo a nuestros países, sino también una Psicología universal que tiene, como enfoque, lo local. Por ahora hemos desarrollado una Psicología que ha tenido gran impacto solamente en los países desarrollados y con procesos que son afectados por la cultura. Sería interesante en un futuro dedicarse a una Psicología más global, sin perder lo importante que define quienes somos dentro de un marco más nacional. Hay mucho que podríamos descubrir y mucho más que tenemos que aplicar a un mundo que cada día es más complicado e interesante.



# ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA

*Stephen N. Haynes y Juan Carlos Sierra*



Stephen N. Haynes es Catedrático de Psicología de la University of Hawaii at Manoa (Estados Unidos de América). Fue Editor de la revista *Psychological Assessment*. Es Miembro de Honor de la Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC) y uno de los científicos más influyentes del mundo según el Ranking de la Universidad de Stanford.



Juan Carlos Sierra es Catedrático de Evaluación Psicológica y Sexualidad Humana de la Universidad de Granada. Director del Laboratorio de Sexualidad Humana en el Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento. Editor de *International Journal of Clinical and Health Psychology* desde su fundación hasta 2021.

*\*Su conferencia en el VI Congreso Internacional de Psicología Clínica se centra en la formulación de casos clínicos y, para dicho objetivo, usted plantea el análisis funcional de la conducta como el procedimiento más adecuado. ¿Podría indicarnos a qué se refiere cuando hablamos de formulación de casos clínicos y por qué recomienda el análisis funcional de la conducta? ¿Qué es el análisis funcional de la conducta?*

Buena pregunta. Contestarla requeriría un libro entero. Intentaré reducir tal libro de 300 páginas a algunos párrafos. Sabemos de miles de estudios que

---

\* Esta entrevista fue publicada originalmente en *Infocop Online*.

Para referenciar este capítulo: Haynes, S. N. y Sierra, J. C. (2023). Análisis funcional de la conducta. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Psicología Clínica: perspectiva internacional* (pp. 105-112). Dykinson. <https://www.dykinson.com/libros/psicologia-clinica-perspectiva-internacional/9788411707534/>

muestran que la mayoría de pacientes tienen múltiples problemas conductuales, que estos problemas pueden diferir en sus características e importancia en cada paciente, que los problemas conductuales de un paciente pueden influenciarse entre sí de manera compleja, que hay normalmente múltiples factores casuales que afectan por separado a un problema conductual complejo de un paciente, que hay importantes diferencias entre pacientes en los factores que afectan a sus problemas de conducta y que cada paciente se enfrenta a un contexto vital diferente. En esto se aprecian los retos a los que se enfrentan muchos clínicos. Quizás, por ello, muchos de ellos optan por aplicar la misma terapia a todos los pacientes, tanto si es apropiada como si no. Básicamente, los problemas de conducta y sus causas son muy dependientes del individuo, y es particularmente complicado para los clínicos recopilar la información de sus tareas de investigación e integrar la mejor evaluación para llevar a cabo la mejor intervención en sus pacientes. Es en este punto en donde la formulación conductual de casos resulta relevante. Esta aproximación a la evaluación clínica enfatiza la especificación basada en la ciencia de los problemas de conducta de un individuo y los factores que los influyen. Sirve como una guía para el clínico sobre cómo llevar a cabo la evaluación clínica, integrar la información en un poderoso esquema general del paciente y planificar la estrategia de intervención más eficaz. La formulación de casos clínicos está diseñada para ayudar al clínico a organizar y comunicar una variedad compleja de datos de evaluación con el fin de llevar a cabo el diseño de la intervención. Una formulación inadecuada de un caso clínico conduce probablemente a la reducción de los efectos de las intervenciones clínicas. El análisis funcional es uno de los modelos de formulación de casos clínicos en la terapia conductual. Existen también muchos modelos no conductuales destinados a la formulación de casos clínicos, pero están menos basados en la ciencia que aquellos asociados a la terapia conductual. Se puede definir el análisis funcional como la “identificación de relaciones funcionales que sean importantes, controlables, causales y no causales, aplicables a conductas especificadas de un individuo”. Suena muy simple, ¿no? Sin embargo, es un proceso complejo que se centra en muchas variables, por lo que es posible cometer errores en el camino. Esto conduce a una de las implicaciones más importantes: toda formulación de casos clínicos tiene que estar basada en estrategias de evaluación válidas, fiables y fundamentadas en la ciencia. Datos de evaluación erróneos conducen a formulaciones de casos clínicos erróneos, y estas a decisiones de tratamiento erróneas, con lo cual sale perdiendo el paciente.

*Sabemos que, además del análisis funcional de la conducta, existen otros modelos alternativos para la formulación de casos clínicos como, por ejemplo, el fundamentado en la Solución de Problemas de Nezu y Nezu, o el de la Terapia Dialéctico-Conductual de Linehan. ¿Estaríamos ante modelos excluyentes o en realidad compartirían algunos de sus principios?*

*¿Nos podría indicar cuáles son las ventajas del análisis funcional de la conducta frente a estos otros enfoques?*

Todos los modelos conductuales de formulación de casos clínicos comparten las mismas ventajas, enfatizando: (a) la importancia de una buena evaluación pre-intervención, (b) la individualidad de cada paciente, (c) la importancia de una especificación cuidadosa, y medida de los problemas conductuales del paciente y los factores que los determinan, (d) que los pacientes a menudo tienen múltiples problemas de conducta, (e) que los problemas de conducta y las variables causales pueden ser multimodales, y tienen interacciones complejas, y (f) la importancia de una formulación de un caso para planificar la mejor intervención para el paciente. El análisis funcional comparte estos atributos y tiene otros que son particularmente útiles en entender a los pacientes y en decidir la mejor forma de ayudarlos. Subraya la importancia de identificar durante la evaluación clínica (a) qué problemas de conducta y variables causales son las más importantes para el paciente, (b) las formas específicas en que los problemas de conducta pueden influenciarse entre sí, (c) la naturaleza compleja de las relaciones causales, que pueden ser unidireccionales, bidireccionales, lineales o no lineales, (d) la capacidad de las variables causales de ser modificadas, (e) la existencia de vías complejas y múltiples entre las variables causales y los problemas de conducta, (f) la importancia de variables moderadoras y mediadoras que afectan al paciente, (g) cómo las relaciones causales para un paciente pueden ser condicionales y dependientes del contexto, y (h) cómo las relaciones causales pueden variar en el tiempo.

*Una de sus aportaciones más conocidas a este campo es la propuesta de Diagramas Analítico-Funcionales de Casos Clínicos (FACCD, por sus iniciales en inglés de Functional Analytical Clinical Case Diagram) para la descripción y comunicación de un análisis funcional. ¿Podría describirnos brevemente en qué consiste esta metodología y qué utilidad tiene para el psicólogo clínico?*

Gracias por preguntar sobre esta cuestión, este es uno de mis temas favoritos. Simplemente es pensar en la mejor forma de integrar y comunicar todas esas complejas facetas de un análisis funcional que he mencionado anteriormente. ¿Cómo puede uno organizar todos esos juicios, planificar intervenciones basadas en ellos y comunicar esos juicios y decisiones a otros? La respuesta es: dibújelos y percíbalos visualmente en un diagrama causal usando símbolos y variables bien establecidas. Cientos de estudios han apoyado los beneficios de presentaciones visuales de información compleja. Existen multitud de ejemplos en la literatura y en mis libros.

*En su conferencia alude de forma específica a casos clínicos complejos, ¿esto quiere decir que los FACCD solo serían recomendables en ciertos tipos de casos clínicos con unas características especiales o, por el contrario, es una herramienta útil en todas las ocasiones?*

Aunque le parezca sorprendente, y como consecuencia de que he estado promocionando el análisis funcional durante muchos años, puedo decirle que las formulaciones formales de casos clínicos no son siempre la primera y mejor acción para desarrollar con un paciente. El problema con toda formulación de casos clínicos es que consumen mucho tiempo. Si su paciente acude con un problema de depresión mayor (o con problemas del espectro autista, episodios de pánico o problemas de relaciones), ¿por qué no someterlo a un programa de tratamiento conductual con apoyo empírico? ¿No sería eso más eficiente y beneficioso para el paciente, en vez de retrasar el tratamiento y gastar horas adicionales en la construcción de una formulación del caso? Mi respuesta: “a menudo, así es”. Aunque es verdad que los clínicos siempre realizamos formulaciones informales de casos de los pacientes en nuestra cabeza (no podemos evitar pensar sobre sus problemas de conducta y qué puede estar influenciándolos), en los primeros minutos de una entrevista, los beneficios de una formulación formal de caso clínico son especialmente importantes en cuatro situaciones: (a) en casos muy complejos en los que los pacientes presentan problemas conductuales múltiples, importantes y complejamente relacionados, (b) cuando existen numerosas y complejas variables causales y vías en un mismo paciente, y es difícil saber dónde focalizar la intervención, (c) cuando un programa de intervención estandarizado y bien establecido fracasa en un paciente, y (d) cuando la meta es enseñar a estudiantes o nuevos clínicos a pensar con cuidado y de forma crítica acerca de sus pacientes. De este modo, se busca proporcionar al paciente la mejor intervención, tras una evaluación cuidadosa. El clínico debe saber si esta funciona tras varias sesiones. Si no es así, existe un desajuste entre los mecanismos del tratamiento y los mecanismos causales que operan en el paciente (asumiendo que la terapia se está aplicando de forma correcta), con lo cual se hace necesaria entonces una formulación del caso más formal.

*Partimos del supuesto de que la conducta humana puede resultar muy compleja, pero viendo alguno de los FACCD que aparecen en sus publicaciones, podría dar la impresión de que estamos ante una metodología realmente complicada (identificación de la importancia de los problemas, tipos de las relaciones funcionales, diferentes tipos de variables causales, variables mediadoras, etc.) ¿Se trata de una metodología que puede poner en práctica cualquier psicólogo clínico o, por el contrario, exige una amplia e intensa formación específica? ¿Qué conocimientos*

*y formación se requieren para ser un buen analista funcional y de esta manera poder diseñar y completar con éxito los FACCD?*

Los casos que presento en mis libros cumplen con las condiciones que acabo de mencionar. Son casos complejos que normalmente no han tenido un tratamiento exitoso. Construir un análisis funcional puede ser difícil. Con algunos de estos casos exigentes he pasado muchas horas, recopilando datos de muchas fuentes, usando múltiples métodos y, aun así, seguir confuso sobre los problemas conductuales del paciente y sobre qué factores influyen. Y a veces me equivoco, es decir, planifico intervenciones basadas en la formulación del caso que fracasan. Esto significa que he pasado por alto algunas variables influyentes importantes o que la intervención se ha aplicado de forma errónea. Y a veces ni siquiera esto es lo importante, en el sentido de que en ocasiones un clínico puede identificar variables causales importantes que no son modificables (por ejemplo, cuando profesores, padres, esposas o miembros de una plantilla contribuyen al problema del paciente, pero no quieren cambiar). Un buen análisis funcional (válido y útil) requiere de un buen evaluador clínico. El clínico tiene que ser sensible a diferencias individuales (sexo, edad, religión, orientación sexual o circunstancias de la vida), tiene que ser un buen entrevistador, conocer la literatura relevante sobre los problemas conductuales del cliente, conocer las intervenciones basadas en la evidencia, conocer los principios psicométricos y las medidas basadas en la evidencia, llevar a cabo buenos métodos de observación y conocer estrategias de autoevaluación. Todo clínico debería ser un buen científico y un pensador crítico. Obtener buenos datos de un paciente es un reto importante, e integrarlos en una formulación del caso con sentido, usando el FACCD, por ejemplo, requiere cuidadosos juicios críticos sobre la información que se ha recopilado y un buen conocimiento de la investigación clínica relevante.

*El acierto o el fracaso en un análisis funcional se basa en gran parte en la evaluación, más concretamente en la validez de las medidas. Es clave llevar a cabo una adecuada evaluación. Tradicionalmente se ha planteado que la evaluación conductual constituye el modelo más afín al análisis funcional. ¿Esto es realmente así o existen otros modelos de evaluación que serían útiles en el desarrollo de un análisis funcional de casos complejos?*

Sí. La evaluación conductual ofrece el mejor paradigma para guiar la evaluación clínica (¿parece que estoy sesgado?). Es la aproximación más, y mejor, basada en la ciencia, aunque seguimos notando sesgos injustificables por parte de muchos clínicos, por ejemplo, clínicos que creen que una única estrategia de tratamiento (a menudo la que ellos han desarrollado) es la mejor para todos los pacientes, sin tener en cuenta las diferencias entre ellos. Debemos tener presen-

te que la evaluación conductual es un paradigma que enfatiza una aproximación al tratamiento basada en la ciencia. La observación, la evaluación ecológica y la evaluación psicofisiológica evidencian validez y fiabilidad. Cualquier medida que haya demostrado ser precisa y válida puede ofrecer información útil. Yo uso entrevistas conductuales y cuestionarios de autoinforme con casi todos los pacientes, junto a autorregistros y observación conductual de análogos y en situaciones naturales. Por supuesto, la evaluación conductual, en comparación con otras estrategias de evaluación, focaliza más sobre interacciones conducta-ambiente, el rol de variables cognitivas específicas, y la importancia del ambiente, la situación y el contexto.

*En relación con esta última cuestión, usted es profesor de Evaluación Clínica en la Universidad de Hawaii y es uno de los autores que más ha contribuido al desarrollo de la evaluación conductual en el mundo, siendo autor de varias monografías y de más de un centenar de artículos científicos en el área. Permítame que le pregunte acerca de su opinión sobre la situación actual de la Evaluación Psicológica, en general, y de la Evaluación Clínica, en particular. ¿Cuáles son los avances más relevantes en la actualidad y a qué retos se debe enfrentar en un futuro próximo esta área de la Psicología?*

Otra pregunta difícil. Como sabe, he revisado muchos artículos para varias revistas y he sido Editor y Editor Asociado de revistas de evaluación, y aún sigo leyendo mucho (ser Profesor Emérito ayuda en este sentido). Yo veo avances negativos y positivos en la Evaluación Psicológica. Por mencionar algunos: (a) una confianza creciente en el autoinforme mono método en la evaluación clínica (muchos clínicos confían únicamente en cuestionarios y autoinformes), (b) una focalización creciente entre académicos del área en usar prácticas científicas excelentes en el desarrollo y validación de instrumentos, (c) una separación entre algunos profesionales y la ciencia de la evaluación clínica, en el sentido de que algunos profesionales continúan usando procedimientos de evaluación, particularmente algunos instrumentos proyectivos, con fines para los que no han sido validados, (d) una focalización creciente en usar tecnología para recopilar información en el ambiente natural, en el momento de su ocurrencia (por ejemplo, biomonitorización o evaluación ecológica momentánea), y (e) un incremento en el reconocimiento de la naturaleza condicional de la evidencia psicométrica (los índices de validación puede aplicarse a algunas personas, situaciones y contextos, y no a otros).

*Con respecto a la situación actual de la evaluación clínica, estamos siendo testigos en la actualidad de las revisiones de las clasificaciones de los trastornos mentales más utilizadas por los profesionales de la salud:*

*el DSM y la CIE. Me gustaría conocer lo que piensa acerca de estas revisiones ¿Cuál de las dos clasificaciones sería más recomendable para el psicólogo clínico desde su punto de vista? Le comento esta cuestión pues parece ser que la American Psychological Association recomendará la CIE-11 en lugar del DSM-5. ¿Qué relevancia tiene el diagnóstico clínico dentro del Análisis Funcional de la Conducta? Le planteo estas inquietudes porque usted ha señalado en ocasiones que muchos problemas psicológicos a los que se enfrenta un psicólogo clínico no tienen un diagnóstico formal.*

No tengo la suficiente información acerca de las nuevas versiones de las clasificaciones de los trastornos mentales para hacer un comentario al respecto. Existen cientos de artículos criticando la metodología usada para su desarrollo. También la preocupación por la imposición de sistemas categóricos sobre conductas esencialmente no-categóricas ha sido bien documentada. En la evaluación conductual y en el análisis funcional el diagnóstico es menos importante. Nosotros nos centramos en los problemas de conducta de los pacientes y sus influencias, e intentamos ayudarles, cumplan o no con un criterio diagnóstico específico. La etiqueta diagnóstica aplicada a un paciente puede ayudar al clínico a identificar literatura relevante, pero sabemos de cientos de estudios en los que estas etiquetas no son de ayuda, son poco fiables, erróneas o confusas.

*La formulación de casos clínicos tiene como objetivo final tomar decisiones para aplicar el mejor tratamiento posible a un paciente en particular. En los últimos años se viene hablando y escribiendo mucho acerca de la efectividad y eficacia de los tratamientos, y sobre tratamientos psicológicos con evidencia empírica. ¿Cuál es su opinión al respecto? ¿Piensa que la asignatura pendiente en el área de las terapias psicológicas es que el psicólogo clínico no aplica única y exclusivamente tratamientos psicológicos basados en evidencias empíricas? Este interés por la aplicación de tratamientos psicológicos empíricamente validados ha llevado a que diferentes instituciones (APA o NICE, entre otras) hayan desarrollado una serie de guías de tratamientos eficaces para diferentes trastornos psicológicos. ¿Qué piensa usted acerca de estas guías?*

Buena pregunta, pero compleja. Tenga en cuenta, por ejemplo, que una revisión reciente sobre tratamientos basados en la evidencia para niños con trastornos externalizantes o internalizantes ha señalado más de 100 manuales de tratamiento diferentes con apoyo empírico. Así, es difícil acuñar qué entendemos por tratamientos “basados en la evidencia”. Puedo decirle que frecuentemente encuentro terapeutas que están administrando tratamientos que no cuentan con ningún apoyo empírico. Tratan a pacientes basándose en sus

corazonadas, orientaciones académicas, sesgos y escasa formación. No están aplicando ciencia clínica para su implementación; es vergonzoso para la profesión, ya que no ofrecen a sus pacientes los mejores tratamientos disponibles.

*Bien, desearía que abordásemos además alguna cuestión al margen de su conferencia. Usted viaja con cierta frecuencia a España (para participar en congresos, másteres, cursos, etc.), por lo que tiene una imagen más o menos formada de la situación de la Psicología en nuestro país. ¿Cómo la describiría en comparación a otros países que usted conoce y, más concretamente, con relación a la situación de Estados Unidos de América? ¿Ha percibido cambios sustanciales desde sus primeros viajes a España?*

He impartido cursos o clases en seis universidades españolas diferentes y en varios programas de Postgrado. Probablemente tenga una visión sesgada porque únicamente aquellos Programas con una visión parecida a la mía me invitan. Sin embargo, estoy impresionado por la dominancia de la orientación basada en la ciencia, la cognitivo-conductual, en el profesorado y en estudiantes. Esto ha sido lo más llamativo, y ciertamente estamos ante Programas comparables a otros que he conocido en Estados Unidos de América y en Europa. Ustedes están más familiarizados con los cambios en la Universidad, pero veo mayor estandarización entre las universidades, un interés creciente por aproximaciones a la evaluación y al tratamiento basadas en la ciencia, y requisitos más estrictos a la hora de ejercer como psicólogo. Todo esto parecen avances positivos. En el lado negativo, veo una reducción de financiación para algunos programas y quizás mayores exigencias al profesorado.

# CONTROL DE LA CALIDAD EN LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN LÍNEA

*Merry Bullock y Wenceslao Peñate*



Merry Bullock fue directora de la Office of International Affairs de la American Psychological Association (APA). Fue secretaria general de la International Union of Psychological Science (IUPsyS).



Wenceslao Peñate es Catedrático de Psicología Clínica en la Universidad de La Laguna (España). Miembro del Instituto Universitario de Neurociencia.

*\*Usted va a participar en el VIII Congreso Internacional de Psicología Clínica, que tendrá lugar en Granada el próximo mes de noviembre, a través de una conferencia y una mesa redonda sobre el uso y las implicaciones de las nuevas tecnologías en la Psicología. En este sentido, nos gustaría conocer su opinión sobre el impacto de las nuevas tecnologías en las tareas de la Psicología, especialmente en aquellas que se derivan de las tecnologías de la información e Internet. ¿Le parece que la Psicología se ha adaptado rápidamente?*

---

\* Esta entrevista fue publicada originalmente en *Infocop Online*.

Para referenciar este capítulo: Bullock, M. y Peñate, W. (2023). Control de la calidad en la evaluación psicológica en línea. En G. Buena-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Psicología Clínica: perspectiva internacional* (pp. 113-119). Dykinson. <https://www.dykinson.com/libros/psicologia-clinica-perspectiva-internacional/9788411707534/>

Siempre ha habido nuevas tecnologías en Psicología, y ellas han ido cambiando la manera de hacer nuestro trabajo. Las tecnologías de la información e Internet han producido un cambio histórico, influyendo en el modo de obtener la información, llevar a cabo experimentos, enseñar y colaborar. Estas tecnologías han ampliado nuestro ámbito, nuestro alcance y nuestra visión. Dicho esto, siempre hay retos a la hora de abordar la adopción de nuevas tecnologías, e Internet no es diferente. Como sociedad, estamos lidiando con algunos problemas (desde el molesto spam hasta las invasiones de la privacidad y la identidad), a pesar de ello, dudo de que muchos de nosotros quisiéramos volver a la correspondencia por carta y a las carísimas llamadas a larga distancia. Realmente no creo que la Psicología como disciplina se haya adaptado rápidamente. Pienso que el uso de las tecnologías de la información como herramientas de nuestro trabajo está en pañales. Su promesa es que van a ampliar el ámbito, la amplitud, el alcance y la utilidad de nuestra “caja de herramientas”. Por ejemplo, podemos utilizar la tecnología para mejorar el aprendizaje, especialmente si aplicamos nuestro conocimiento experto en los principios del aprendizaje y de la ciencia cognitiva. De manera similar, hay enormes posibilidades de usar las nuevas tecnologías como herramientas de investigación. En la Psicología aplicada, las nuevas tecnologías e Internet pueden ayudar a eliminar algunas barreras de acceso y a permitir la recopilación de información, la monitorización, las intervenciones conductuales y el seguimiento, como nunca había sido posible. Imaginemos un mundo en el que las personas pueden tener a su terapeuta en el “bolsillo” o donde un terapeuta puede controlar los cambios de humor de forma remota. Las nuevas tecnologías tienen el potencial de mejorar en gran medida el trabajo que hacemos. También tienen el potencial de aumentar enormemente el acceso a la atención de salud mental para los que viven en puntos remotos o en los lugares con pocos profesionales de salud mental. Por supuesto, hay retos a la hora de adaptar estas nuevas posibilidades, pero no son insuperables. Ya conocemos algunos (problemas de privacidad, validez, que sean asequibles...), pero ya estamos pensando en la manera de afrontar estos problemas, modificando nuestras herramientas a través de la educación de los usuarios, o por medio de cambios políticos que aseguren un acceso equitativo a las tecnologías derivadas de Internet.

*Este crecimiento de las nuevas tecnologías ha alcanzado a prácticamente todas las labores de la Psicología (información, psicoeducación, evaluación, counseling, psicoterapia...). Como experta, ¿qué opina de este crecimiento tan rápido?*

En realidad, estoy observando que la Psicología está en algún lugar de la zona media en su adaptación a las nuevas tecnologías. Otras disciplinas, como la Medicina, se han adaptado más rápidamente. Existen hoy en día sistemas para monitorizar remotamente casi cualquier biomarcador, y se llevan a cabo

entrenamientos en lugares remotos e, incluso, cirugía virtual. La Psicología ha empezado a desarrollar algunas herramientas, sin embargo, actualmente no estamos utilizando las tecnologías tan ampliamente como quisiéramos. Dicho eso, por supuesto que hay ejemplos geniales del uso de las tecnologías en Psicología: mundos virtuales, clases virtuales, sistemas de monitorización interesantes, autoayuda (un ejemplo es el “*MoodGym*” de la *Australian National University*, que trata de proporcionar un entrenamiento en línea en Terapia Cognitivo-Conductual), pero no es lo habitual (o no se han publicado). En términos de aplicaciones, supongo que todavía necesitamos más investigación sobre la efectividad. Para la Psicología es importante documentar que las terapias vía Internet, por ejemplo, son tan eficaces como las terapias cara a cara; o que las clases virtuales pueden proveer de destrezas y competencias. Estos retos puede que no existan en áreas que han tenido un crecimiento rápido, como Medicina.

*Para nuestro interés, Internet ha tenido un impacto especial en Psicología Clínica. Nos gustaría conocer su punto de vista en dos áreas: en evaluación psicológica y en tratamiento psicológico. Con respecto a la evaluación, ¿qué piensa sobre el hecho de que varios recursos (test, cuestionarios, inventarios...) estén libremente disponibles en Internet? ¿Cuál es su opinión con respecto a que algunos sitios Web proporcionen estos instrumentos, sin un control profesional?*

Déjeme empezar por algo muy general: muchos de los progresos en el área de las tecnologías de la información se han debido a la creciente demanda de los pacientes por servicios en línea, y por la paulatina demanda, por parte de los profesionales, de herramientas en línea. La tecnología está claramente para facilitar herramientas electrónicas y prácticas de telesalud por medio de diferentes modalidades. Lo que se está quedando atrás son las políticas reguladoras y de legalidad que orienten a los proveedores en cómo navegar en este espacio, especialmente en relación con las prácticas virtuales a través de fronteras tradicionales o jurisdiccionales, o en relación con las discusiones éticas que ayuden a los profesionales a pensar en estos nuevos desafíos. En relación con su pregunta concreta, el control de calidad es, por supuesto, un enorme problema en la evaluación psicológica en línea. Todos hemos aprendido que, únicamente por el mero hecho de estar en un sitio Web, la información no es verdadera o válida. En el caso de la evaluación, a mí me gustaría diferenciar entre herramientas de evaluación para los profesionales de la Psicología y herramientas de autoevaluación para el público.

- a. Herramientas de evaluación y tratamiento. Hablando en términos generales, no es apropiado que instrumentos como los test psicológicos profesionales se encuentren públicamente disponibles en línea. La

mayoría de los test poseen derechos de autor, por lo que su publicación en línea (de acceso libre o no) podría estar violando los derechos editoriales de los autores. Dicho esto, sería beneficioso que esas herramientas estuvieran disponibles en la red para los profesionales de forma apropiada, ya que facilitaría tanto su acceso como su uso, especialmente si la puntuación o el análisis de los datos se encuentran en línea en el servidor de Internet. Hay algunos buenos compendios de las pruebas disponibles (*PsyCTests* es uno) y hay pautas buenísimas sobre el uso de las pruebas por la Comisión Internacional de Test (véase <https://www.intestcom.org/>). Uno de los problemas de disponer de esos test en línea estriba en cómo van a ser utilizados por parte de los no profesionales. Como cualquier clase de herramientas de evaluación, se hace necesaria una interpretación para comprender los resultados. Mientras que muchas personas no especialistas en Medicina podrían tener algún conocimiento de los resultados médicos (como la lectura de la presión sanguínea o la temperatura), no sucede igual con los test psicológicos. La mayoría de los expertos fuera del campo de la salud mental no están familiarizados en cómo se interpretan las puntuaciones de un test con respecto a valores normativos y su significado. Publicar en Internet pruebas de coeficiente intelectual, depresión o autoestima, sin ningún tipo de explicación de los resultados o sin incluir unas referencias apropiadas para su seguimiento, podría suponer un problema, y muchos están preocupados de que la publicación del contenido de un test pueda llevar a invalidar dicha prueba. Es difícil falsear los datos de los resultados de la medición de la presión sanguínea, pero resulta muy fácil falsear las respuestas en una herramienta de autoinforme, especialmente si uno tiene alguna idea de lo que las puntuaciones “significan”. Pienso que es de una importancia crucial poner el énfasis en la educación, tanto para los profesionales, sobre las oportunidades y retos de la evaluación y los test en línea, como para el público en general, para que comprendan lo que es el proceso de evaluación, cómo valorar lo que está disponible en línea y cómo encontrar interpretaciones adecuadas.

- b. Test autoadministrados en línea. Cualquier buscador de Internet puede proporcionar, literalmente, cientos de test en línea y herramientas de autoayuda. No hay regulación para ello y se aplica la precaución “*caveat emptor*” (expresión comercial que indica que el comprador se hace responsable de lo comprado). Muchas de las herramientas de evaluación en línea son similares a las escalas de “conócete a ti mismo” que aparecen en las revistas populares, pero otras están empíricamente validadas, con una buena descripción y explicación de las herramientas. Es muy duro para los usuarios navegar en estas condiciones y

pocos saben que hay buenas orientaciones de cómo elegir y utilizar los recursos de Internet. De nuevo, la educación es una ayuda importante para que los usuarios posean criterios a la hora de juzgar si un material que encuentran en línea es adecuado, si son guías de autoayuda empíricamente validadas o no son más que pseudotest.

*El crecimiento de los tratamientos psicológicos vía internet (TPI) ha sido de tal magnitud, que hoy en día tenemos más de veinte revisiones sistemáticas y metaanálisis acerca del uso de Internet como una herramienta de tratamiento. ¿Cuáles considera que son las ventajas principales de estos recursos terapéuticos?*

Los metaanálisis han mostrado, generalmente, que los TPIs son equivalentes a las terapias interpersonales para algunos diagnósticos. En la medida en que continúen mostrando su eficacia, me gustaría decir que, el mayor éxito de estas herramientas es que incrementan las posibilidades de acceder a los servicios en salud mental. Cualquiera de esas herramientas constituye realmente una iniciativa de salud pública. El tiempo dirá si, efectivamente, lo son o no. Naturalmente, algunas serán más eficaces que otras, pero lo importante es el hecho de que, nunca, se había tenido mejor acceso a los recursos en salud mental. Yo pienso que todavía no se puede establecer si los TPIs pueden ser mejores que los tratamientos cara a cara, pero, bajo mi punto de vista, esto dependerá de cómo nosotros incorporemos la monitorización, la autoorientación y las posibilidades de interactuar en tiempo real dentro de estas herramientas.

*A pesar de las ventajas que acaba de mencionar, existen, como señala, dudas científicas y también dudas legales para los TPIs. Por ejemplo, no todos los tratamientos vía Internet están basados en tratamientos apoyados empíricamente.*

Pienso que estos son los desafíos de un campo emergente. Estamos asistiendo a una explosión de tecnologías y aplicaciones que son relevantes para la Psicología, pero prácticamente es ahora cuando hemos empezado a evaluar los beneficios. Tenemos que incrementar la investigación en este campo y tenemos que fomentar la innovación. Existen muchas preguntas por hacer: “¿Los TPIs han sido desarrollados utilizando Psicología científica buena?”, “¿han evaluado su uso con problemas específicos y con poblaciones concretas?”, “¿existen problemas prácticos o éticos (por ejemplo, seguridad de la información, recursos para responder en caso de emergencias)?”. Pienso que nosotros necesitamos sopesar estas inmensas posibilidades por medio de la

evaluación en salud. Pero, por supuesto, ¡no queremos ser tan cautelosos que desanimemos a los profesionales de la Psicología a explorar esta área aplicada y de investigación!

*Con respecto a la pregunta anterior, tampoco sabemos quiénes están “detrás” de estos tratamientos: ¿son profesionales de la Psicología? ¿De la Psicología Clínica? ¿Poseen una licencia oficial para trabajar profesionalmente?*

De nuevo, pienso que necesitamos centrarnos en la educación pública. Este no es sólo un problema de las aplicaciones de Internet. En aquellos países que no poseen una regulación precisa sobre la prestación de servicios en salud mental, sucede lo mismo para los tratamientos interpersonales. Así como la legislación necesita un tiempo para ajustarse a la práctica, se necesitará tiempo para que nosotros entendamos los mecanismos de regulación y supervisión adecuados a aplicar a los tratamientos basados en Internet. Todavía no disponemos de una acreditación o certificación de requisitos para dichas prácticas. Esta es un área importante para que las asociaciones profesionales apoyen y defiendan el desarrollo de recursos de tratamiento vía Internet (piensen en algo así como “subvenciones para *apps* que funcionan”), y para promover un debate reflexivo sobre qué tipo de regulación es importante y útil.

*Debido a que Internet es una red global, ¿necesitaremos una licencia internacional para la práctica psicológica? ¿Y un código ético internacional? Si fuera así, ¿qué problemas podría generar la existencia de un código ético y de una licencia internacional con respecto a la diversidad étnica y cultural?*

Este es un problema importante. En la mayoría de las jurisdicciones, los profesionales poseen una licencia para ejercer en un área geográfica específica. En Estados Unidos de América, los profesionales están acreditados por el estado (o estados) en los que ellos trabajan, pero no por el Gobierno Federal. En otros países la licencia es federal, pero siempre para la práctica dentro de ese país. En general, las licencias representan la primera responsabilidad en la protección de las personas que ellos atienden, lo que significa que los profesionales de la Psicología esperan tener una licencia en los lugares donde están sus pacientes. Esto genera grandes problemas para la práctica vía Internet, donde las fronteras geográficas no son relevantes. Pero, centrándome en la discusión internacional sobre las competencias que son necesarias para la práctica vía Internet, incluyendo los problemas éticos y la licencia global, disponemos de unos principios éticos internacionales generales recogidos en la Declaración Universal de Principios Éticos para los profesionales de la Psicología. Estos nos pueden

servir como base para la discusión de los problemas éticos específicos para los tratamientos vía Internet.

*Estamos terminando la entrevista y me gustaría conocer su punto de vista sobre uno de los resultados más relevantes, encontrados en las revisiones sistemáticas sobre los TPIs. Este resultado señala que la eficacia de los TPIs depende especialmente de algún tipo de contacto con un terapeuta (correo electrónico, videoconferencia, encuentro cara a cara...). ¿Puede esto significar que, aunque cada vez dispongamos de TPIs más precisos y sistemáticos, la presencia de un terapeuta es esencial?*

Los profesionales de la Psicología trabajan a diferentes niveles de atención, desde Salud Pública hasta psicoterapia individual, con varios niveles de contacto. Pienso que muchas cosas que ocurren durante un tratamiento pueden ser mejoradas por tecnologías de la información automatizadas, pero muchas de esas mejoras incluyen también contacto personal. Aunque las *apps* e Internet pueden reducir la necesidad de una terapia uno a uno, mejorando la educación pública y mejorando en el conocimiento de estrategias para optimizar nuestra propia salud mental, yo creo que existe todavía la necesidad de una atención más matizada. Generalmente, la investigación parece sugerirnos que las *apps* y los TPIs son usualmente útiles en los casos con dificultades leves o moderadas. De alguna manera, esto representa una forma de prestación de servicios por pasos. Los trastornos mentales más graves puede que siempre necesiten de una atención más compleja, que es difícil de lograr sin la evaluación personal y la toma en consideración de los factores personales.

*¿El tratamiento psicológico será siempre una relación interpersonal?*

No estoy segura de que los tratamientos psicológicos sean siempre una relación interpersonal. Los tratamientos que se centran en cambios sistémicos a nivel organizacional o de infraestructuras no son necesariamente interpersonales. Me fijo en los cambios en Medicina, donde incluso el cambio más genial en favor de una “medicina precisa” sigue tomando en cuenta el papel importante del juicio clínico experto; y me fijo en los cambios en los tratamientos comunitarios donde las dinámicas interpersonales son tan importantes para una implementación con éxito. Espero que no llegemos a situaciones extremas. ¡Espero que los profesionales de la Psicología no sean sustituidos por sistemas de información!



# TRASTORNOS DE ANSIEDAD

*Michael W. Eysenck y Wenceslao Peñate*



Michael W. Eysenck es Profesor Emérito de la Royal Holloway, University of London (Reino Unido). Fue Editor Fundador del *European Journal for Cognitive Psychology*. Es uno de los científicos más influyentes del mundo según el Ranking de la Universidad de Stanford.



Wenceslao Peñate es Catedrático de Psicología Clínica en la Universidad de La Laguna (España). Miembro del Instituto Universitario de Neurociencia.

*\*Inicialmente, nos gustaría conocer sus actuales intereses académicos y científicos. Su currículum se ha dirigido especialmente al estudio de la ansiedad (estado-rasgo), y los mecanismos que subyacen a esta característica psicológica. ¿Por qué ese interés en la ansiedad? ¿Cómo surgió? ¿Y, por qué su interés en los procesos subyacentes (en lugar de otras perspectivas teóricas)?*

Yo siempre he sido un psicólogo cognitivo. En vista de la importancia de las diferencias individuales en el funcionamiento cognitivo, me pareció sorprendente que hasta hace relativamente poco había tan escaso interés en las

---

\* Esta entrevista fue publicada originalmente en *Infocop Online*.

Para referenciar este capítulo: Eysenck, M. W. y Peñate, W. (2023). Trastornos de ansiedad. En G. Buena-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Psicología Clínica: perspectiva internacional* (pp. 121-127). Dykinson. <https://www.dykinson.com/libros/psicologia-clinica-perspectiva-internacional/9788411707534/>

diferencias individuales entre los psicólogos cognitivos. La ansiedad es un elemento de diferencias individuales muy importante y es una característica que se presta a un análisis cognitivo directo. En esencia, simplemente me pareció fascinante tratar de identificar los procesos y estructuras cognitivas que nos ayudan a comprender las diferencias en el rendimiento cognitivo entre las personas con niveles altos y bajos en ansiedad-rasgo.

*Nos gustaría destacar su contribución con una teoría inicial: la Teoría de la eficiencia de procesamiento (Processing Efficiency Theory). ¿Cuál es el estado actual de esta teoría, y por qué ha sido necesario modificarla dentro de una nueva teoría, la Teoría del control atencional (Attentional Control Theory)?*

Si uno se basa en la evidencia de las citas recibidas, entonces la Teoría de la eficiencia del procesamiento (propuesta por Manuel Calvo y yo en 1992) es todavía una teoría muy influyente. Sorprendentemente, el número de citas del artículo teórico sobre la Teoría de la eficiencia de procesamiento fue inicialmente bastante bajo, pero se incrementaron considerablemente, ¡han pasado más de diez años desde que fuera publicado! Todavía recibe muchas citas cada año. Sin embargo, a pesar de este éxito, la Teoría de la eficiencia de procesamiento poseía algunas limitaciones en varios aspectos. Su limitación principal es que fue presentada en un momento en que teníamos una comprensión teórica poco sofisticada de los procesos atencionales. La razón más importante para el desarrollo de la Teoría del control atencional es que los avances teóricos en la comprensión de los procesos atencionales han permitido proporcionar una descripción más detallada de las formas en que la ansiedad afecta a la atención. Además, los avances en la Neurociencia Cognitiva también facilitaron los avances que se encuentran en la Teoría del control atencional, en comparación con la Teoría de la eficiencia de procesamiento.

*De acuerdo con los hallazgos de sus investigaciones, queda relativamente claro que las personas con ansiedad se caracterizan por un procesamiento de la información deficiente, especialmente vinculado a los procesos atencionales (deterioro de las funciones inhibitorias, en las funciones de cambios entre estímulos y sus características, consecuentes deficiencias en la memoria de trabajo...). ¿En qué medida estos hallazgos representan un avance significativo para comprender el fenómeno de la ansiedad?*

Mi estrategia usual ha sido la de considerar los efectos de la ansiedad sobre los procesos cognitivos como un desarrollo de las teorías atencionales y de memoria de trabajo, dentro de la Psicología Cognitiva. Ahora sabemos que hay varios

procesos ejecutivos (por ejemplo, función de inhibición, función de cambios) y, consecuentemente, yo he ido desarrollando progresivamente y ampliando mi comprensión de la ansiedad para incorporarlos a estos desarrollos teóricos.

*Un aspecto central de la Teoría del control atencional contradice la propuesta inicial hecha por Irvin Sarason, según la cual los individuos ansiosos se caracterizan por la presencia de sentimientos y pensamientos de preocupación, y que estos interfieren con el rendimiento de esas personas (jugando un papel de “pensamientos irrelevantes con la tarea” a ejecutar). Hasta la publicación de sus trabajos, creíamos que las personas con ansiedad obtenían peores resultados porque su capacidad atencional estaba disminuida, debido a que tenían que atender a estados internos, como los sentimientos de preocupación. ¿Cuál es el estatus actual de las relaciones “tradicionales” entre ansiedad y rendimiento?*

Lo primero que me gustaría decir es que estoy muy de acuerdo con lo que Irvin Sarason y otros colegas han señalado sobre las distintas maneras en las que la ansiedad genera efectos negativos, ¡ya sea por medio de la preocupación u otros “pensamientos irrelevantes con la tarea”! Mis puntos de vista difieren de Sarason en dos sentidos: en primer lugar, creo que la preocupación a menudo lleva a los individuos ansiosos a hacer un mayor esfuerzo y, de esta manera, hacen que el efecto de la preocupación no sea del todo negativo. En segundo lugar, debemos relacionar la preocupación con las teorías cognitivas, mucho más de lo que lo hizo Sarason. Podemos pensar en la preocupación como una entidad que hace uso de procesos que están dentro del modelo de memoria de trabajo, tales como las funciones ejecutivas y el bucle fonológico. Esto ofrece la posibilidad de tener una comprensión más específica de lo que la preocupación supone para el sistema cognitivo.

*¿Cuál puede ser el significado psicológico de que las personas con ansiedad se caractericen por un deficiente procesamiento de la información, en lugar de por un rendimiento pobre (comparado con personas no ansiosas)?*

Tradicionalmente se creía que, implícita o explícitamente, existía esencialmente una relación directa entre rendimiento cognitivo y procesos internos. Por ejemplo, si las personas con ansiedad alta y las personas con ansiedad baja rendían de manera comparable en una tarea cognitiva, se asumía que no existían diferencias significativas en los procesos internos de ambos grupos. Por el contrario, yo creo firmemente que las personas altas en ansiedad y las personas con baja ansiedad pueden rendir a niveles comparables, pero a través de procesos subyacentes muy diferentes. Como dice, los individuos con ansie-

dad elevada poseen un “procesamiento de la información deficiente”, pero los hechos son mucho más complejos que eso. Yo considero que las personas tratan de compensar ese procesamiento deficiente utilizando varios procesos de compensación. A riesgo de hacer una simplificación grave, el argumento es que los individuos con ansiedad elevada están muy motivados para evitar que su deficiente procesamiento deteriore su rendimiento. Esto explica el hallazgo frecuente de que los individuos con ansiedad alta informan de un mayor esfuerzo en la ejecución de tareas en comparación con los de baja ansiedad.

*Los hallazgos de Sonia Bishop acerca de la ansiedad, los procesos atencionales y el rendimiento reflejan una aparente contradicción con los que aporta su teoría. Sus datos señalan que las personas con ansiedad se caracterizan por un fracaso en los mecanismos de control atencional. ¿Cuál es su opinión sobre estos datos?*

Personalmente, no estoy impresionado por la teoría y la investigación de Bishop por numerosas razones. Aquí sólo mencionaré dos, brevemente. La primera, Bishop ha remarcado que la persona que puntúa alto en ansiedad-rasgo tiene una menor activación en el córtex prefrontal dorsolateral (asociado con el control atencional), en comparación con las personas que puntúan bajo. Sin embargo, ¡la mayoría de las investigaciones indican, precisamente, lo contrario! Bishop encontró una correlación fuerte y significativa entre ansiedad-rasgo y la activación del córtex prefrontal dorsolateral en una de sus condiciones experimentales, pero, misteriosamente, no pudo admitir que este dato no era consistente con su teoría, ¡pero que sí que era completamente consistente con la teoría del control atencional! La segunda razón es que, en un artículo en prensa de Bishop y sus colegas, identifican varias razones de por qué un rasgo de ansiedad elevado deteriora el rendimiento: niveles elevados de preocupación, control atencional deteriorado, pensamiento errático, y activación reducida de la corteza prefrontal dorsolateral y del córtex cingulado anterior. De acuerdo con esta teoría, parecería cierto que la alta ansiedad siempre perjudicaría el rendimiento cognitivo, sin embargo, eso no es lo que realmente ocurre.

*Cambiando de tema hacia las implicaciones clínicas, su conferencia para el VII Congreso Internacional y XII Nacional de Psicología Clínica a celebrar el próximo mes de noviembre en Sevilla, versará sobre la implicación de estos y otros procesos en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Obviamente, sin revelar detalles importantes de la conferencia, ¿nos puede dar algunos ejemplos de esas implicaciones?*

Como usted señala, ¡no sería apropiado comentar mucho sobre los contenidos de mi conferencia en Sevilla! Sin embargo, lo que sí puedo revelar es que

estoy convencido de que los mecanismos cognitivos son incluso más importantes en la comprensión de las mejoras terapéuticas de lo que generalmente se pensaba. Por ejemplo, tradicionalmente se ha creído que los mecanismos que subyacen a la eficacia de las técnicas de exposición no incluyen a ninguno de naturaleza cognitiva. De hecho, cada día hay más evidencia de que el cambio cognitivo precede (y parece que de manera causal) al cambio terapéutico en el tratamiento de los trastornos de ansiedad.

*Como es bien conocido, el acercamiento cognitivo de la ansiedad ha permitido el desarrollo de muchos modelos, algunos de ellos muy fructíferos. Por ejemplo, Michel Dugas y su grupo han desarrollado un modelo de procesos (intolerancia a la incertidumbre, evitación cognitiva, preocupación...), especialmente relacionados con la ansiedad generalizada, pero que también se ha aplicado a otros trastornos de ansiedad, y con claras implicaciones terapéuticas. El concepto central es la intolerancia a la incertidumbre. ¿En qué medida las propuestas de este modelo pueden ser consistentes con la Teoría del control atencional?*

Estoy completamente convencido de que una característica importante de las personas ansiosas es la intolerancia a la incertidumbre. Esto se ve más claramente en pacientes con un trastorno obsesivo-compulsivo, pero también está presente en otros trastornos de ansiedad. En general, apoyo los planteamientos teóricos de Michel Dugas y sus colegas, pero en estos momentos no estoy seguro de cómo estas ideas podrían combinarse con las contenidas en la Teoría de la eficiencia de procesamiento y en la Teoría del control atencional.

*Hablando de las implicaciones terapéuticas, nos gustaría conocer su opinión sobre las denominadas terapias de tercera generación y su papel en el "control" de la ansiedad. Nos gustaría conocer su opinión porque pensamos (¡y a lo mejor somos demasiado atrevidos!) que algunos de los hallazgos básicos de sus investigaciones pueden estar apoyando alguno de los postulados de esos acercamientos. Por ejemplo, la Terapia de Aceptación y Compromiso señala que existe una independencia relativa entre los pensamientos (eventos privados) y las conductas motoras (acciones) y que parte de los procesos de patologización provienen de establecer una relación directa entre ellos. ¿Considera que el hecho de que la ansiedad afecte al procesamiento de la información (evento privado), pero no (especialmente) al rendimiento (acción), es un apoyo a esa independencia?*

Me siento halagado de que usted sugiera que algunas de mis ideas pueden ser de relevancia para las terapias de tercera generación. Tiene toda la razón en que siempre he hecho hincapié en que existe una importante discrepancia entre los

procesos internos y las conductas externas. Sin embargo, no desearía ir más lejos, hasta el punto de argumentar que los procesos internos y las conductas externas son independientes unos de otros. Lo que pienso con más fuerza es que es de vital importancia dentro de la Psicología Clínica el centrarse más directamente en los mecanismos subyacentes responsables del cambio terapéutico. Durante demasiado tiempo ha habido una tendencia a pensar que sabemos mucho más acerca de los mecanismos subyacentes de lo que realmente conocemos.

*Finalmente nos gustaría conocer su opinión sobre un tema de actualidad, como es la polémica sobre la calidad de las publicaciones científicas. En los últimos años ha comenzado a cuestionarse el Factor de Impacto como criterio de calidad de las publicaciones científicas (incluyendo a reconocidos premios Nobel), señalando que algunas publicaciones importantes manipulan el conocimiento científico. ¿Qué piensa usted sobre ello? ¿Y cuál es su consideración acerca de la prioridad que se le da actualmente a la publicación de artículos científicos y la disminución de la producción de manuales y colecciones científicas?*

Aquí hay varias cuestiones entremezcladas. En primer lugar, es obvio que el Factor de Impacto de las revistas es un medida relativamente pobre de la calidad científica de las publicaciones. Es importante hacer notar que el Factor de Impacto de una revista está basado en el número de citas de artículos publicados en esa revista en los dos últimos años, dividido por el número de artículos. Este método de cálculo puede ser correcto para ciencias como la Física o la Química, pero no es muy apropiado en Psicología. La razón es que los artículos en Psicología reciben el 50% de sus citas totales, como promedio, ¡en los cinco años después de la publicación! Como consecuencia, las citas de los dos últimos años pueden ser muy poco representativas del impacto final de un artículo. En segundo lugar, el valor del Factor de Impacto basado en las citas de los dos últimos años de la publicación varía apreciablemente dependiendo de las disciplinas psicológicas. Las revistas en Neurociencia Cognitiva publican usualmente en periodos mucho más cortos que lo hacen las revistas más tradicionales en Psicología. Como consecuencia, las revistas en Neurociencia Cognitiva poseen normalmente un impacto mayor que otras revistas tradicionales en Psicología, debido a que la proporción de citas de artículos se da con mayor rapidez. En tercer lugar, algunas revistas distorsionan cada vez más su Factor de Impacto con la producción de artículos disponibles generalmente varios meses (o incluso un año) antes del inicio de la regla de dos años, a partir de la fecha oficial de publicación. En cuarto lugar, pienso que existe una excesiva orientación hacia la publicación de artículos para informar sobre los avances teóricos y empíricos, a expensas de otros medios de comunicación. Por ejemplo, yo he editado dos influyentes monografías de investigación, ¡pero estas mono-

graffas han sido consideradas virtualmente irrelevantes por los investigadores británicos, cuando se ha tenido que evaluar formalmente la investigación en sucesivos ejercicios de evaluación!



# DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD A LOS TRASTORNOS SOCIOEMOCIONALES: PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

*Ronald M. Rapee y Juan F. Rodríguez-Testal*



Ronald M. Rapee es Catedrático en el Departamento de Psicología de la Macquarie University (Australia). Director fundador del Centre for Emotional Health. Miembro de la Academy of Social Sciences de Australia. Es uno de los científicos más influyentes del mundo según el Ranking de la Universidad de Stanford.



Juan Francisco Rodríguez-Testal es Profesor Titular de Psicopatología de la Universidad de Sevilla (España).

*\*En una de sus publicaciones (Spence y Rapee, 2016), indica que no hay pruebas suficientes para determinar que el Trastorno de ansiedad social es una causa o un efecto de problemas comórbidos. ¿Podría decirse que la ansiedad social, o más exactamente el Trastorno de ansiedad social, por su relación con la depresión, con el consumo de alcohol (como procedimiento para aliviar el malestar emocional) y, especialmente por su relación con la posibilidad de sufrir el rechazo por parte de los demás, el no apreciar-*

---

\* Para referenciar este capítulo: Rapee, R. M. y Rodríguez-Testal, J. F. (2023). De los trastornos de ansiedad a los trastornos socioemocionales: prevención e intervención. En G. Buéla-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Psicología Clínica: perspectiva internacional* (pp. 129-135). Dykinson. <https://www.dykinson.com/libros/psicologia-clinica-perspectiva-internacional/9788411707534/>

*se competente a la hora de hacer algo, etc., es en realidad un fenómeno depresivo? ¿Podría ser la ansiedad social la señal de alarma ante una identidad vulnerable, tal vez construida de forma depresógena?*

No estoy seguro de poder atribuirlos a un único problema; por ejemplo, decir que todas son manifestaciones de depresión o que la depresión es una manifestación de ansiedad social es quizás demasiado específico. Recientemente publicamos un modelo hipotético de las formas en las que los trastornos emocionales podrían verse influenciados por las características del desarrollo de los adolescentes. En ese modelo hablamos de ansiedad social, ansiedad generalizada, depresión y trastornos de la imagen corporal como altamente relacionados, y los denominamos trastornos “socioemocionales”. Cuando revisamos la evidencia sobre su aparición, la gran mayoría de los factores de riesgo parecen ser más o menos comunes en estos trastornos. En otras palabras, no diría que uno de estos trastornos es una manifestación del otro, sino que estos trastornos tienen más en común que diferencias. Esta perspectiva es consistente con un corpus de la literatura (por ejemplo, Krueger, Lahey y otros) sobre la clasificación jerárquica de los trastornos mentales, que señala que la variación común (o compartida) entre todos los trastornos internalizados es mucho mayor que las diferencias entre ellos. Habiendo dicho eso, esto no significa que una manifestación no sea una “alarma” para otro trastorno, como usted propone. En otras palabras, precisamente porque comparten muchas de sus características y riesgos, cuando un individuo experimenta uno de estos problemas, sabemos que tiene un riesgo mucho mayor de presentar el otro. Dado que la ansiedad social suele comenzar antes de la depresión, puede actuar como una “alarma” de esta segunda alteración.

*En Rapee et al. (2020) llevan a cabo una excelente revisión y actualización de un modelo explicativo de los trastornos emocionales, dando enorme importancia a las relaciones sociales y procesos cognitivos como la comparación social. ¿Cuál es el papel de las redes sociales como contexto en este modelo? Entendiendo que forman parte de la realidad que vivimos, ¿qué nos permiten anticipar las redes sociales como facilitador y perturbador en el desarrollo del niño y del adolescente?*

El artículo al que se refiere es nuestro modelo teórico reciente sobre el desarrollo de los trastornos socioemocionales durante la adolescencia. El propósito de este modelo no era tanto realizar una descripción integral del desarrollo, sino resaltar específicamente las características del período de la adolescencia que las convierte en una ventana de alto riesgo para estos trastornos. En este contexto, no hay duda de que las redes sociales son un medio de vital importancia para los adolescentes. Uno de los cambios más críticos que se produce en la adolescen-

cia es el dramático aumento de la importancia e influencia de los iguales. De esta forma, las redes sociales adquieren una importancia vital. Es muy importante señalar que las redes sociales no son necesariamente “malas”. Las redes sociales pueden incrementar la atención, la intensidad y la inmediatez de las relaciones con los compañeros. Pero las relaciones con los compañeros en sí mismas pueden ser buenas o malas. Del mismo modo, el uso de las redes sociales puede suponer muchas fortalezas, así como riesgos potenciales: todo se reduce a lo que se hace en las redes sociales y cómo se usan las mismas. Para los adolescentes que utilizan las redes sociales para conectarse con sus amigos, obtener apoyo social y compartir información típica o común, el uso de Internet son experiencias positivas y tienen el potencial de protegerlos de los trastornos mentales. Sin embargo, para los adolescentes que usan las redes sociales para hacer comparaciones sociales ascendentes frecuentes (es decir, dirigidas a atributos o de atractivo superior), que no participan en chats recíprocos en línea y que son victimizados por medio de una conexión en línea, las redes sociales pueden ser un lugar muy solitario que pueden aumentar la ansiedad y la depresión.

*Hay dos trabajos recientes (Forbes et al., 2020; Forbes et al., 2019) interesantes de los que podría inferirse que mucha de la sintomatología que observamos especialmente en la infancia y adolescencia son más bien formas generales de reaccionar, por ejemplo, ante la adversidad, situaciones traumáticas, desajustes en el desarrollo, donde dominan manifestaciones emocionales y/o alteraciones del comportamiento, más que síndromes específicos para causas específicas, ¿es esto así? En estas edades, ¿tendrían más sentido abordajes generales de intervención enfocados precisamente a la dominancia de características internalizantes o externalizantes más que un enfoque por diagnóstico?*

Este trabajo es una continuación de algunos de los comentarios que hice anteriormente sobre la varianza compartida. Por dar algunos antecedentes, hay algunas investigaciones relativamente recientes sobre la clasificación de los trastornos mentales por un grupo creciente de investigadores, entre ellos Bob Krueger y otros. Lo que han hecho estos investigadores es aplicar una visión puramente empírica a la clasificación de los trastornos mentales, observando sus patrones de comorbilidad. Lo que encuentran repetidamente (lo cual tiene un sentido clínico completo para mí) es que en realidad se comparte la mayor cantidad de varianza entre todas las formas de trastorno mental. En otras palabras, cuando se observa la estructura factorial de todos los trastornos en el DSM, se encuentra que la mayor parte de la varianza es común y los investigadores lo han etiquetado como “psicopatología general”. Una vez que se controla estadísticamente o se elimina la varianza explicada por la psicopatología general, la varianza restante generalmente se divide en dos grupos amplios: trastornos

internalizados y trastornos externalizados (a veces, la psicosis forma un espectro adicional). De esta manera, lo que esto significa es que cuando atiendes a alguien con un trastorno internalizado, la mayoría de sus características son muy similares a las características de cualquier persona que tenga algún trastorno mental. Luego hay un conjunto adicional de características que es similar a cualquier persona con otro trastorno de tipo internalizado. Y finalmente, hay algunas características únicas del trastorno DSM específico que tiene la persona, pero estas son mínimas. Esto tiene dos implicaciones en el tratamiento: en primer lugar, sugiere que los mayores efectos del tratamiento se producirán si se tratan los componentes más importantes, que en realidad son transdiagnósticos; pero, en segundo lugar, sugiere una idea más matizada, en la que el tratamiento y la prevención se pueden organizar jerárquicamente de modo que lo primero que se trata son los componentes muy amplios (psicopatología general), luego, si persiste un problema, se aborda el siguiente componente más importante (internalización) y, sólo si persiste un problema, es necesario que se concentre en las características específicas de un trastorno en particular.

*Al hilo de lo mencionado particularmente en Forbes et al. (2019), ¿tendría sentido que precisamente los estudios de los estados mentales de alto riesgo para la psicosis sean inespecíficos como ha ido mostrando la literatura y la clínica partiendo de esa no diferenciación en función del desarrollo, para luego ir precisamente concretándose bien hacia la esquizofrenia, hacia el trastorno bipolar o hacia trastornos emocionales conforme se progresa hacia la adultez? ¿Un enfoque demasiado dirigido hacia un diagnóstico específico sería entonces un riesgo para un adolescente, sobre todo cuanto más temprano se haga con respecto al desarrollo de la persona objeto de evaluación?*

Con base en los modelos de clasificación jerárquica que describí más arriba, y con base en nuestro conocimiento clínico y empírico de la comorbilidad, sabemos que una persona diagnosticada con un trastorno en particular en una etapa de su vida es muy probable que presente un trastorno diferente más adelante en su vida. Clínicamente, a menudo se ve esto con la psicosis. Los jóvenes que sufren su primer episodio de psicosis a menudo tienen antecedentes de diagnósticos anteriores de ansiedad generalizada, ansiedad social, depresión, etc. El artículo al que se refiere tenía como objetivo abordar la idea de prevención desde la primera infancia. Lo que sugerimos en este trabajo es que, en la primera infancia es extremadamente difícil conocer los trastornos mentales específicos que una persona va a experimentar a lo largo de su vida. Por lo tanto, el enfoque más rentable de la intervención temprana podría ser intentar reducir las características de la psicopatología general. Si esto se hace con éxito, según la teoría, debería prevenir el desarrollo de todas las demás formas de trastorno.

*Otro de sus trabajos (Rapee et al., 2020) nos sugiere alguna pregunta más en la misma dirección. Determinados procesos cognitivos como la comparación social (comparación de la apariencia, atractivo autovalorado, comparación en las redes sociales) y otros procesos más relacionados con la actividad social o la afiliación, por ejemplo, podrían tener que ver con la ansiedad social, probablemente también con respecto a la depresión o con los trastornos de la conducta alimentaria. ¿No sería más útil hacer clasificaciones de procesos cognitivos que tengan un papel de mediador demostrado, más que de diagnósticos o trastornos como en las clasificaciones diagnósticas al uso? Y con ello, ¿no sería más ventajoso hacer diseños de intervención más hacia procesos cognitivos que hacia diagnósticos concretos?, ¿no serían en realidad estos procesos los verdaderamente transdiagnósticos?*

Sí, estoy totalmente de acuerdo. Según he comentado con anterioridad, en ese artículo tratamos de destacar algunas características del desarrollo adolescente normal que podrían aumentar el riesgo de trastornos mentales en algunos jóvenes. La manera en la que iniciamos fue observando qué trastornos mentales muestran una mayor prevalencia durante la adolescencia. Resulta que hay cuatro: ansiedad generalizada, ansiedad social, depresión y trastornos alimentarios (el consumo de sustancias también aumenta, pero por una serie de razones, lo excluimos). Entonces, al menos, estos cuatro trastornos comparten muchos factores de riesgo comunes. Sobre esta base, estoy completamente de acuerdo: si podemos desarrollar programas para reducir estos factores de riesgo en sentido amplio, estos programas deberían reducir la prevalencia de una variedad de trastornos diferentes, en lugar de centrarse específicamente en un único trastorno.

*En el sentido de la pregunta anterior, en un excelente trabajo dedicado al perfeccionismo, más exactamente perfeccionismo prescrito socialmente y orientado a sí mismo (Magson et al., 2019) se retrata perfectamente la importancia de este proceso, probablemente más ligado a estilos muy estables de funcionamiento (personalidad) ¿Cómo podría enfocarse una labor preventiva en este tipo de procesos?*

El perfeccionismo es otro de los procesos transdiagnósticos amplios en el sentido de que caracteriza a varios trastornos. Hay un excelente trabajo de autores como Roz Shafran en el Reino Unido, y Sarah Egan y Tracy Wade en Australia, que muestra cómo la reducción del perfeccionismo puede tener beneficios posteriores para una variedad de trastornos mentales. Sus intervenciones utilizan muchas estrategias estándar de la terapia cognitivo-conductual (TCC): reestructuración cognitiva, resolución de problemas y exposición a errores e imperfecciones. En un contexto de prevención, también podríamos centrarnos en las expectativas y

el modelado de los padres. No hay duda de que existe un fuerte componente heredado del perfeccionismo. Pero a los jóvenes se les pueden enseñar estrategias muy claras para controlar con éxito sus tendencias perfeccionistas.

*En algunos de los trabajos recientes, se señalan las intervenciones a través de sistemas telemáticos, por ejemplo, analizando la adherencia para estos procedimientos (Titov et al., 2013). ¿Cuál es el futuro de la intervención en los trastornos emocionales? ¿Cómo desarrollar procedimientos preventivos y de quién deberían depender estos desarrollos? Y, si me permite, ¿cuál es también el futuro de la investigación clínica y la psicopatología?, ¿hacia dónde debería desarrollar sus esfuerzos?*

La TCC se basa en los principios educativos de capacitar a las personas en habilidades prácticas y racionales. De la misma manera que cualquier habilidad nueva puede enseñarse de diversas formas, las habilidades de TCC están muy abiertas a ser aprendidas a través de métodos automotivados. Durante muchos años hemos demostrado que el tratamiento se puede administrar con mucho éxito a través de materiales impresos (como libros). Más recientemente, por supuesto, esta información se desarrolla ahora por medio de ordenadores y móviles. Esto no debería ser una sorpresa ni una amenaza para los terapeutas cognitivo-conductuales. Sin embargo, lo que es decepcionante es la cantidad de personas que tienen y alientan una mentalidad de “nosotros contra ellos”, ya sea diciendo que el tratamiento debe realizarse a través de Internet o en persona. En realidad, el futuro de la investigación clínica y la terapia será una combinación de estrategias. En algunas circunstancias, los tratamientos en línea son la única respuesta; en otros casos, algunas personas sólo quieren hablar con un terapeuta en persona. En Australia, por ejemplo, algunas personas viven en áreas donde el terapeuta más cercano puede estar a más de mil kilómetros de distancia. Para estas personas, los programas de tratamiento por Internet son un salvavidas. Sin embargo, la complejidad de algunos problemas puede requerir un enfoque individualizado. Recientemente, culminamos un estudio sobre atención escalonada para jóvenes ansiosos. En el primer paso, todos los participantes realizaron un programa de autoayuda y el 40% no necesitó más intervención. El 60% restante pasó entonces a una terapia cara a cara manualizada, y así, otro 40% mejoró. El 20% restante fue asistido por un psicólogo clínico experimentado para una intervención individualizada. Entonces, en respuesta a su pregunta, creo que el futuro de la intervención clínica es encontrar las mejores combinaciones y fusiones de las diversas opciones de tratamiento. Necesitaremos equilibrar el acceso, los costos, las preferencias de las personas y según el tipo y la complejidad de su trastorno.

**REFERENCIAS**

- Forbes, M. K., Magson, N. R. y Rapee, R. M. (2020). Evidence that different types of peer victimization have equivalent associations with transdiagnostic psychopathology in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, *49*, 590–604. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01202-4>
- Forbes, M. K., Rapee, R. M. y Krueger, R. F. (2019). Opportunities for the prevention of mental disorders by reducing general psychopathology in early childhood. *Behaviour Research and Therapy*, *119*, Artículo 103411. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103411>
- Magson, N. R., Oar, E. L., Fardouly, J., Johnco, C. J. y Rapee, R. M. (2019). The pre-teen perfectionist: An evaluation of the perfectionism social disconnection model. *Child Psychiatry and Human Development*, *50*, 960–974. <https://doi.org/10.1007/s10578-019-00897-2>
- Rapee, R. M., Forbes, M. K., Oar, E. L., Richardson, C. E., Johnco, C. J., Magson, N. R. y Fardouly, J. (2020). Testing a concurrent model of social anxiety in pre-adolescence. *International Journal of Behavioral Development*, *44*, 505–514. <https://doi.org/10.1177/0165025420912014>
- Spence, S. H. y Rapee, R. M. (2016). The etiology of social anxiety disorder: An evidence-based model. *Behaviour Research and Therapy*, *86*, 50–67. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.06.007>
- Titov, N., Dear, B. F., Johnston, L., Lorian, C., Zou, J., Wootton, B., Spence, J., McEvoy, P. M. y Rapee, R. M. (2013). Improving adherence and clinical outcomes in self-guided Internet treatment for anxiety and depression: Randomised controlled trial. *Plos One*, *8*, Artículo 62873. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062873>



# TENDENCIAS SUICIDAS EN PACIENTES DEPRESIVOS

*Nadine J. Kaslow y Gualberto Buela-Casal*



Nadine J. Kaslow es Catedrática de Psiquiatría y Ciencias Conductuales en la Emory University (Estados Unidos de América). Es Editora del Journal of Family Psychology. Fue presidenta de la American Psychological Association (APA) en el año 2014. Es una de las científicas más influyentes del mundo según el Ranking de la Universidad de Stanford.



Gualberto Buela-Casal es Catedrático de Psicología Clínica de la Universidad de Granada (España). Fundador de la Cátedra de Investigación del Sueño de la Universidad de Granada. Presidente de la Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC). Es uno de los científicos más influyentes del mundo según el Ranking de la Universidad de Stanford.

*\*Usted estudió en la University of Pennsylvania (Philadelphia), se doctoró en la University of Houston (Texas) y completó estudios postdoctorales en la University of Wisconsin (Madison). Posteriormente, trabajo en la Yale University (Connecticut) y, actualmente, en la Emory University (Atlanta). Sin duda, esta es una trayectoria que garantiza una alta cualificación profesional, pero supone varios cambios de domicilio, lo cual puede hacer más difícil conjugar con la vida familiar. Como sabemos, esto es muy frecuente en profesores de los Estados Unidos de América, a diferencia de España, donde la mayoría de los profesores suele formarse y trabajar en la misma Universidad que, en muchos casos, es la de la ciu-*

---

\* Esta entrevista fue publicada originalmente en *Infocop Online*.

Para referenciar este capítulo: Kaslow, N. J. y Buela-Casal, G. (2023). Tendencias suicidas en pacientes depresivos. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Psicología Clínica: perspectiva internacional* (pp. 137-144). Dykinson. <https://www.dykinson.com/libros/psicologia-clinica-perspectiva-internacional/9788411707534/>

*dad donde nacieron, por lo que podríamos decir que son “profesores con raíces” ¿qué modelo considera mejor y cuáles son las ventajas?*

Puedo ver beneficios y desventajas en ambos enfoques y, por supuesto, estoy más familiarizada con lo que es común en Estados Unidos de América. Las ventajas de mudarse son las oportunidades de conocer y aprender de un grupo amplio y diversos de individuos, obtener la mejor formación/educación posible, trabajar en el contexto que uno elige y que es una buena opción, conocer diferentes culturas en nuestro país (por ejemplo, la parte noreste de los Estados Unidos de América es muy diferente de los Estados del sur), y aprovechar los puntos fuertes de diferentes comunidades. También pienso que es más fácil pasar del papel de estudiante/persona en formación al de personal universitario/académico, si uno se muda a un sitio diferente. Las oportunidades de este modelo son que, a menudo, es personalmente difícil para uno desarraigarse de sus raíces. Es duro dejar a los amigos y compañeros que uno conoce bien. También el desplazamiento por la trayectoria profesional de uno puede ser difícil para otros miembros de la familia (pareja, hijos). Por el contrario, parece que las ventajas de ser “profesores con raíces” son que permite una considerable estabilidad personal y profesional, construir y mantener redes de trabajo a largo plazo, no necesitar desarraigarse de uno mismo o de la familia y estar cerca de familia de origen. Las desventajas imagino que son la menor oportunidad para aprender una mayor diversidad de perspectivas, hacer nuevas colaboraciones, avanzar potencialmente en la carrera de uno o estar en una posición que es la mejor opción.

*Actualmente usted es la presidenta de la American Psychological Association (APA), pero además ha estado vinculada a la APA hace ya dos décadas colaborando y ocupando cargos de responsabilidad en distintas divisiones, por tanto, es una institución que conoce muy bien y, como es bien sabido, es una asociación académica y profesional con gran influencia en la formación de los psicólogos. Sin embargo, incluso en Estados Unidos de América, al igual que en otros países, existen grandes diferencias en los currículum de formación del psicólogo, ¿no considera que debería consensuarse más el currículum de formación de los psicólogos, especialmente ahora que vivimos en un mundo más globalizado?*

Yo abogo encarecidamente por un enfoque basado en la competencia para la Psicología de la Educación y de la Formación. Creo que es óptimo si hay un entendimiento compartido de las competencias clave y sus componentes esenciales. Los esfuerzos han empezado a desarrollar un acuerdo internacional sobre las competencias, y yo apoyo totalmente este proyecto. Sin embargo, pienso también que las instituciones deberían tener algo de flexibilidad en su

enfoque para basar la educación/formación en las fortalezas y en las áreas de atención de su profesorado, el interés de los estudiantes, etc.

*En relación con los sistemas diagnósticos de los trastornos mentales y del comportamiento sigue aún la polémica con la publicación del DSM-5. Cada vez son más los psicólogos que se identifican con la CIE de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Pero actualmente, hay una fuerte polémica de si se deben utilizar o no clasificaciones de trastornos psicológicos, de hecho, estos movimientos están respaldados por la Division of Clinical Psychology de la British Psychological Association. Sin embargo, en una entrevista realizada hace dos años a Suzanne Bennett Johnson (presidenta de la APA en 2012) hacía una clara defensa por el uso del CIE de la OMS. Y, en la misma línea, en la entrevista publicada en este libro, Geoffrey M. Reed, director de la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-11 de la OMS argumenta las ventajas del uso del sistema CIE. ¿Cuál es la postura oficial de la APA y cuál es su postura personal con respecto a esto?*

La APA no tiene una postura oficial sobre este asunto. Sin embargo, hay muchos apoyos para el desarrollo, difusión y utilización de la CIE. A través de la *International Union of Psychological Science*, la APA ha apoyado el desempeño de un rol de líder por parte del psicólogo en el proceso de la CIE-11. La APA ha planeado crear materiales de formación para los psicólogos para el uso de la CIE-10 y, finalmente, de la CIE-11. Hay sesiones sobre la CIE en la convención anual de la APA. A través de mi propia investigación sobre la comprensión de los diagnósticos en un contexto relacional, he estado activamente involucrada en un grupo internacional de trabajo con el equipo de la CIE-11 para integrar los diagnósticos relacionales en este documento. Los estudios de campo para este trabajo están en marcha. Durante la próxima década, recomiendo que se forme a los estudiantes de Psicología usando tanto la CIE como el DSM-5. Dependiendo de la ocupación, ellos pueden usar solo la CIE (por ejemplo, en la práctica privada, ocupaciones médicas que no están orientadas a la Psiquiatría) o pueden necesitar utilizar ambos (por ejemplo, en los Departamentos de Psiquiatría).

*En su actividad profesional ha dedicado mucho tiempo a la gestión académica, tanto en la APA como en las universidades en las que ha trabajado. No obstante, usted es un referente en la investigación, de hecho, tiene más de 200 artículos publicados en revistas de la Web of Science, sus artículos han recibido más de 5.000 citas y tiene un índice h de 38, siendo uno de los siete más altos de todos los Presidentes que ha tenido la*

*APA (véase Buena-Casal et al., 2011). ¿Cómo se puede ser tan productiva en investigación teniendo tanta actividad en gestión académica?*

Para ser honesta, no tenía ni idea de que mi índice h era tan alto en comparación con el de otros presidentes de la APA. Cuando miro la posición que ocupó en la lista, debo admitir que me honra bastante saberlo. He priorizado, haciendo malabares, la productividad en la investigación, la enseñanza y la supervisión, la práctica clínica, la defensa e interés público y el trabajo administrativo, debido a que disfruto de todo esto. Las siguientes son algunas de las razones por las que pienso que tengo tanto éxito como usted señala. Trabajo extremadamente duro, largas horas, todos los días de la semana, en los viajes en avión, etc. Al mismo tiempo que definitivamente priorizo producir trabajo de alta calidad, también reconozco la importancia de ser eficiente haciendo el trabajo. Yo escribo normalmente en grupos de trabajo y muy raramente publico sola, lo que significa que comparto el volumen de trabajo del escritor. Sin embargo, en prácticamente todos los equipos, actúo de editora final para asegurar la calidad del artículo. Soy afortunada de que escribir bien me resulta relativamente fácil, y esto hace que producir el trabajo sea más fácil. Finalmente, he tenido maravillosos modelos a seguir con respecto a la publicación de trabajos académicos, incluyendo a mi madre (Florence Kaslow, PhD), a mi tutor de Pregrado (Marty Seligman, PhD antiguo presidente de la APA, cuarta posición en la lista) y a mi tutora de Posgrado (Lynn Rehm, PhD).

*Hablemos ahora de uno de los temas en los que es usted especialista, el suicidio y su prevención. El suicidio sigue incrementándose en los últimos años; por ejemplo, en España ya es la primera causa de muerte no natural, superando con diferencia a las muertes por accidentes de tráfico. En España, los suicidios aumentaron un 11,30% entre 2011 y 2012, registrándose un total 3.539 casos (7,50 cada 100.000 habitantes) durante el año 2012. En la Unión Europea, la tasa de suicidios se ha incrementado más en Irlanda y Grecia, que son los países más afectados por la crisis económica. ¿Considera usted que estos incrementos se pueden deber a los efectos de la crisis económica y al desempleo?*

La pérdida del trabajo o del soporte económico podría influenciar a una persona individualmente y podría llevar al deterioro de sus relaciones más cercanas, pero el suicidio podría estar también vinculado con la recesión económica a nivel sistémico. Ha habido investigación reciente indicando que la crisis financiera se está sintiendo en muchos países, incluyendo tanto a España como a Estados Unidos de América, lo que se ha asociado con un incremento relativo en los suicidios.

*Por otra parte, sabemos que cada año se suicidan casi un millón de personas, lo que supone una tasa de mortalidad de 16 por 100.000, o una muerte cada 40 segundos, pero esto es el resultado de un incremento casi constante. Así, en los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial. ¿Cómo se puede explicar y en función de qué este incremento tan importante?*

Hay muchos factores que pueden contribuir a las conductas suicidas, incluyendo las variables biológicas, ambientales y psicológicas, por lo que es difícil identificar uno o dos factores de riesgo que puedan estar aumentando la tasa de suicidio. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, se ha encontrado que el cambio del clima económico alrededor del mundo está relacionado con el aumento del riesgo. Además, las nuevas tecnologías pueden contribuir también a la tasa de suicidio. Por ejemplo, los niños y adolescentes tienen ahora nuevos métodos de comunicación a través de vías como Facebook, y ellos pueden estar usando los medios sociales para acosar a otros chicos, lo que se ha mostrado que incrementa el riesgo de suicidio. Existe también evidencia de que los aumentos de la tasa de suicidio son debidos a poblaciones específicas. Por ejemplo, en Estados Unidos de América hay incrementos dramáticos de la tasas en individuos de mediana edad, particularmente en los hombres, lo que ha sido atribuido tanto a la crisis económica como al mayor acceso a la prescripción de medicamentos.

*En un estudio que se acaba de publicar en JAMA Psychiatry (véase Vysoki et al., 2014), en el que se analizan 70.000 suicidios ocurridos en Austria en los últimos 40 años, se demuestra que hay una relación entre las horas diarias de sol y el número de suicidios; algo similar ocurre entre la depresión y la cantidad de luz solar. ¿Esto nos puede hacer pensar en que en el suicidio, aparte de las causas psicológicas, también hay factores biológicos que se manifiestan en la interacción con el ambiente físico?*

Yo pienso que la investigación acerca de los efectos de la luz solar en el suicidio es interesante. Sin embargo, es necesario mucho más trabajo en esta área para identificar los mecanismos subyacentes que podrían explicar esta relación. Algunos investigadores han sugerido que la luz solar interactúa con la neurotransmisión de la serotonina desencadenando un aumento de la impulsividad para promover más actos suicidas violentos; mientras que otros han propuesto que la luz solar es un antidepresivo natural que primero mejora la motivación, lo que mejora el estado ánimo, generando de esta forma un aumento potencial del riesgo de suicidio, aunque a corto plazo a partir de su aplicación inicial. De nuevo, es necesaria mayor investigación para clarificar el papel de la luz solar

en el desencadenamiento de los cambios neurobiológicos, comportamentales y psicológicos, los cuales podrían contribuir a la conducta suicida.

*Hay estudios realizados por la Universidad de San Francisco y por la Universidad de Warwick que relacionan mayores tasas de suicidio con altas tasas de felicidad y lo demuestran analizando distintos países clasificados en función de sus índices de prosperidad. ¿Cuál es su opinión sobre esto?*

Existe un cúmulo creciente de investigación sugiriendo que los estados más felices de Estados Unidos de América y de países de alrededor del mundo tienen también las tasas más altas de suicidio, lo que parece ser contradictorio. Este hallazgo sorprendente, puede explicarse por el hecho de que los individuos se comparan a sí mismos y juzgan su propia buena salud mental con respecto a otros. Así, aunque la propia felicidad de uno le proteja del suicidio a nivel individual, la felicidad de otros puede ser un factor de riesgo cuando un individuo triste o depresivo está rodeado por aquellos que están relativamente contentos con sus vidas.

*Continuando con lo anterior, ¿qué relación existe entre la depresión y el suicidio? ¿En qué tipo de depresiones hay más riesgos de suicidio y cómo pueden los clínicos identificar el riesgo de suicidio en estos pacientes? La causa del suicidio en estos casos, ¿es muy distinta de la de un suicidio por una enfermedad terminal?*

La investigación ha mostrado consistentemente que la depresión y otros trastornos del estado de ánimo aumentan significativamente las probabilidades de que un individuo que tenga pensamientos suicidas, participe en conductas suicidas, y muera potencialmente por suicidio. De hecho, el Trastorno bipolar tipo 1 tiene la relación más sólida con la muerte por suicidio de todos los trastornos psicológicos identificados en el DSM-5. Los individuos con Trastorno de depresión mayor no bipolar están en un mayor riesgo de muerte por suicidio si su enfermedad es más severa o han sido hospitalizados. Los clínicos deberían evaluar de forma rutinaria las tendencias suicidas entre los pacientes diagnosticados con un trastorno del estado de ánimo o que presentan síntomas de trastorno del estado de ánimo.

*¿Qué relevancia tiene la cultura en las tasas de suicidio? Es bien sabido que el número de suicidios varía mucho de una cultura a otra, e incluso el tipo de suicidio; por ejemplo, en la cultura occidental sería difícil comprender los casos de los kamikazes o de los islamistas suicidas.*

La cultura y el suicidio han sido investigados durante años y las diferentes culturas ven el suicidio de forma diferente. Es importante considerar estos valores culturales cuando se trabaja con personas en riesgo de suicidio. Es también importante considerar que, aunque cada cultura tiene su propia perspectiva colectiva de suicidio, puede haber diferencias entre los individuos en la forma en la que ellos se identifican con los valores y creencias culturales de su país, con algunos identificándose con más de una cultura, como los inmigrantes. Cuánto más entendamos el papel de la cultura, más efectivamente podremos prevenir el suicidio y tratar a las personas que experimentan la continuidad de la conducta suicida. Es probable que las personas de una cultura encuentren difícil comprender la conducta suicida obligada culturalmente, asociada con otra cultura; los occidentales pueden encontrar desafiante entender los casos de los kamikazes o los islamistas suicidas. Sin embargo, no existe evidencia para estar seguros de la veracidad de esta afirmación.

*Usted es miembro del Research Advisory Committee de la American Foundation for Suicide Prevention. Sin duda es importante que exista una Fundación así, pero, ¿cuáles son los mecanismos de actuación para poder contribuir a la prevención del suicidio? ¿Realmente se puede prevenir el suicidio y en qué medida?*

Esta es una cuestión críticamente importante y que provoca mucha reflexión. El suicidio es un problema importante de salud pública a nivel mundial, que tiene efectos devastadores sobre los individuos y las comunidades. Si bien es poco probable que todas las muertes por suicidio puedan prevenirse, se deberían hacer todos los esfuerzos posibles para prevenirlas o para reducir rotundamente los factores de contribuyentes riesgo (enfermedad mental, abuso de sustancias, etc.). Es cierto que se ha desarrollado un número cada vez mayor de estrategias basadas en la evidencia, y han obtenido resultados positivos, pero las tasas están aumentando. No hay duda de que esto es desalentador, y ha planteado preguntas sobre si el suicidio puede o no ser prevenido. Yo creo firmemente que existen estrategias e intervenciones biopsicosociales efectivas que ayudan a reducir el riesgo para la continuidad de la conducta suicida, y estas necesitan ser difundidas más ampliamente. Además, tenemos una responsabilidad moral con el público para desarrollar, evaluar y difundir enfoques de intervención preventiva más integradores, así como enfoques dirigidos a grupos específicos en alto riesgo. Si bien es discutible en algunas culturas, incluyendo en Estados Unidos de América, el hallazgo de que restringir el acceso a los medios letales (por ejemplo, las armas de fuego) es un enfoque efectivo para la prevención del suicidio debe ser tenido en cuenta cuando se tomen las decisiones de política nacional y local respecto a las regulaciones de las armas de fuego.

*Para terminar, usted impartirá la conferencia inaugural en el VII Congreso Internacional de Psicología Clínica sobre "Situación actual en la prevención y la intervención del suicidio"; ¿nos puede indicar de manera breve el contenido de su intervención?*

Voy a hablar sobre las intervenciones psicosociales dirigidas a reducir los factores de riesgo y a aumentar los factores protectores. Las categorías de factores de riesgo y protectores que se discutirán son la interpersonal, social/situacional y cultural/ambiental. Creo que tales intervenciones deben administrarse de manera culturalmente informada.

## REFERENCIAS

- Buela-Casal, G., Olivas-Avila, J. A., Musi-Lechuga, B. y Zych, I. (2011). The h index of the presidents of the American Psychological Association (APA) through journal articles included in the Web of Science databases. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 95-107. [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-372.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-372.pdf)
- Vyssoki, B., Kapusta, N. D., Praschak-Rieder, N., Dorffner, G. y Willeit, M. (2014). Direct effect of sunshine on suicide. *JAMA Psychiatry*, 71, 1231-1237. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1198>

# COMPRENDER Y TRATAR EL TRASTORNO POR ACUMULACIÓN: UN EXCESIVO APEGO A LOS OBJETOS

*Melissa Norberg y Ana I. Rosa Alcázar*



Melissa Norberg es Profesora Titula de Psicología de la Macquarie University (Australia). Directora Adjunta del Center for Emotional Health Clinic de dicha Universidad. Es presidenta de la Australian Association for Cognitive and Behaviour Therapy.



Ana Isabel Rosa-Alcázar es Catedrática de Psicología Clínica de la Universidad de Murcia (España).

*\*Usted nació en Nebraska, realizó sus estudios de Grado en la Universidad de Nebraska-Lincoln, llevó a cabo un Máster y se doctoró en Psicología en la Universidad de Wisconsin-Milwaukee (Estados Unidos de América). Actualmente, trabaja en Australia. ¿Ha encontrado diferencias relevantes en la Psicología Clínica de Estados Unidos de América respecto de Australia?*

---

\* Para referenciar este capítulo: Norberg, M. y Rosa-Alcázar, A. I. (2023). Comprender y tratar el trastorno por acumulación: un excesivo apego a los objetos. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Psicología Clínica: perspectiva internacional* (pp. 145-149). Dykinson. <https://www.dykinson.com/libros/psicologia-clinica-perspectiva-internacional/9788411707534/>

Sí, la diferencia más obvia es que en Estados Unidos de América debes obtener un Doctorado para ser psicólogo clínico, mientras que en Australia solo se requiere un título de Maestría. Los Programas de Capacitación de Doctorado en Estados Unidos de América se suman a otros dos o tres años de formación, lo que permite a los estudiantes obtener más capacitación en estadística y métodos de investigación, así como en las bases biológicas, de desarrollo, sociales, cognitivas/afectivas del comportamiento humano.

*Actualmente es presidenta de la Australian Association for Cognitive and Behaviour Therapy. ¿Qué pretende esta Asociación y cuáles son las directrices de actuación en el campo de la salud clínica que podría trasladar a otros países, en concreto a España?*

Los objetivos de la *Australian Association for Cognitive and Behaviour Therapy* son (1) formar a profesionales de alta calidad; (2) publicar y difundir prácticas basadas en evidencia; (3) aumentar el uso de terapias conductuales y cognitivas en Australia; y (4) asociarse con la comunidad internacional. Personalmente, me gustaría trabajar más en la ciencia de la Psicología Clínica. Ha habido una desconexión entre la teoría y la práctica clínica, de modo que nos hemos centrado en lo que funciona en lugar de por qué funciona. Esto ha llevado a una proliferación en el número de tratamientos diseminados. Tampoco nos hemos preocupado lo suficiente como para garantizar que los nuevos tratamientos funcionen mejor que los existentes actualmente. A veces, los terapeutas tratan todos los problemas, en vez de ser expertos en algunos tratamientos clave. Por lo tanto, me gustaría que se pudieran vincular modelos de psicopatología con procesos de tratamiento. Muchos modelos se superponen (por ejemplo, la evitación es una característica clave en los modelos de ansiedad y depresión) y necesitamos determinar qué técnicas de tratamiento se enfocan mejor en estas características superpuestas. Además, deberíamos trabajar en la difusión y capacitación de los clínicos para ofrecer estas técnicas y así mejorar sus habilidades. Del mismo modo, si los modelos de psicopatología o las bases de los modelos no tienen respaldo científico, no deberíamos usarlos como guía de tratamiento. Inherente a este proceso, estaría el poder garantizar que los clínicos fuesen capaces de interpretar los hallazgos de la investigación para así determinar qué modelos e intervenciones tienen suficiente apoyo como para garantizar su uso o atención.

*Hemos comprobado que su campo de investigación es amplio, pero centramonos en el Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Como usted bien conoce, en 2013 surgió una nueva clasificación del trastorno, formando una nueva agrupación junto con los llamados “trastornos relacionados” ¿qué piensa de este cambio?*

Mi interpretación de los resultados de la investigación es que el TOC y el trastorno dismórfico corporal son similares, al igual que la tricotilomanía y la excoriación. El trastorno de acumulación parece diferir bastante del TOC. Las personas que cumplen con los criterios para el trastorno de acumulación tienden a disfrutar de las posesiones. Recogen objetos porque tienen sentido para ellos, siendo difícil separarse de estos. Lo similar entre estos trastornos es el miedo producido por los pensamientos asociados con cada problema y la profunda creencia de que la angustia no puede ser tolerada. En todos los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados, los clínicos deben ayudar a las personas a darse cuenta de que pueden tolerar la angustia.

*Una de sus líneas de investigación es estudiar los factores y procesos etiológicos, y de mantenimiento, de los trastornos de ansiedad, el TOC y trastornos relacionados, y el abuso de sustancias. Además, está interesada en el papel de los factores específicos y generales de los trastornos. ¿Estaríamos hablando de buscar factores comunes a estos trastornos? Por tanto, ¿esto entraría dentro de lo denominado "transdiagnóstico o transtratamiento"?*

Sí, esto coincide con la investigación de factores transdiagnósticos. La desregulación de la emoción parece ser un problema subyacente a muchos trastornos. Esto implica angustiarse demasiado por ciertas señales y la percepción de que uno no puede tolerar la angustia. El tratamiento transdiagnóstico, como el desarrollado por el profesor Peter Norton y sus colegas, puede ayudar a las personas que sufren ansiedad excesiva a regular sus emociones, independientemente de las señales que desencadenan su ansiedad y la creencia de que la ansiedad no se puede tolerar. Mi investigación ha resaltado que la desregulación de las emociones y el pobre funcionamiento interpersonal subyacen al trastorno de acumulación.

*Siguiendo con el trastorno por acumulación, usted ha publicado una revisión sistemática sobre el estilo de apego. ¿Podría comentarnos brevemente a qué conclusiones ha llegado? También nos gustaría conocer cuáles son los principales elementos a tener en cuenta en el trastorno por acumulación.*

Parece probable que se desarrolle un trastorno de acaparamiento, al menos en parte, porque las personas dependen de las posesiones para obtener apoyo emocional. Esto puede suceder cuando no se ha aprendido a cómo mantenerse emocionalmente a sí mismo ni a los demás. Según la Teoría del apego, cuando los cuidadores primarios responden de manera inconsistente a las necesidades y estados emocionales de sus bebés, los niños no aprenden a soportar o contro-

lar sus propias necesidades emocionales o las necesidades emocionales de los demás. Por tanto, estos bebés crecen viendo signos de rechazo, lo que puede aumentar su emoción negativa y utilizar estrategias destinadas a obtener apoyo y amor. Esto, a menudo, conlleva problemas interpersonales porque se lleva a cabo con resentimiento y enojo. Este estilo de funcionamiento interpersonal se conoce como “estilo de apego ansioso”. Gran parte de mi investigación ha demostrado un vínculo entre un estilo de apego ansioso, la desregulación de las emociones, el mal funcionamiento interpersonal y el trastorno de acaparamiento. En conclusión, creo que el tratamiento para el trastorno de acaparamiento debe enfocarse teniendo en cuenta estos factores.

*Su conferencia en el Congreso Internacional de Psicología Clínica se titula “Comprendiendo y tratando el trastorno por acumulación”. Podría decirnos cuáles son los elementos claves a tener en cuenta cuando diseñamos un tratamiento para este trastorno.*

En mi conferencia explicaré que deben incluirse módulos que aborden la desregulación de las emociones y el funcionamiento interpersonal, ya que no existen en los tratamientos actuales del trastorno por acumulación. Estas dos facetas parecen ser la base del apego excesivo a los objetos. Necesitamos reducir este apego si queremos que las personas puedan separarse de sus posesiones.

*Centrándonos en la eficacia de los tratamientos en el TOC en niños y adolescentes, y teniendo en cuenta su formación como investigadora y clínica, ¿qué ingredientes debiera incluir el tratamiento para los casos resistentes o cuyas recaídas son frecuentes a corto y medio plazo?*

La investigación básica nos ha enseñado que el aprendizaje de la extinción depende del contexto. Por lo tanto, debemos darnos cuenta de que sólo la exposición con prevención de respuesta (EPR) no cura el TOC. Necesitamos usar estrategias de tratamiento que ayuden a reducir la recaída en otros contextos (por ejemplo, en el seguimiento, en diferentes entornos) e informar previamente a los clientes. De este modo, podemos ayudar a reducir la posibilidad de recaída y enseñar a nuestros clientes cómo ellos pueden ayudar. En cuanto a los casos resistentes al tratamiento, debemos analizar cómo podemos mejorar la exposición y la prevención de la respuesta. Por ejemplo, sabemos que las obsesiones sexuales y de daño son más difíciles de tratar. La investigación también ha indicado que dichas obsesiones provocan vergüenza, además de ansiedad, pero la investigación no ha explorado si la EPR reduce la vergüenza. Si la exposición a los eventos temidos no reduce la vergüenza, tenemos que averiguar qué estrategia podría hacerlo.

*Finalmente, y centrándonos en el momento en que vivimos de pandemia por el COVID-19, ¿cómo considera que este virus está influyendo en los pacientes con TOC y relacionados? ¿Cree que en el caso del TOC estará afectando más a los pacientes con síntomas de contaminación frente a otro tipo de respuestas obsesivas?*

Parece que la COVID-19 ha tenido efectos variables. Algunos, incluso aquellos con problemas de contaminación, no se han preocupado demasiado por contraer COVID-19. Para otros, la COVID-19 ha respaldado su creencia de que deberían estar demasiado preocupados por la contaminación. Esto resalta la naturaleza idiosincrásica del TOC y la necesidad de comprender completamente las creencias subyacentes de cada persona y cómo esas creencias alimentan la evitación.

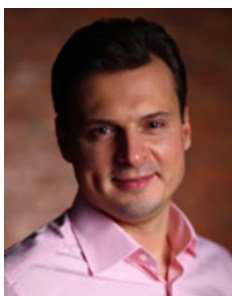
*Siguiendo con la COVID-19. ¿Qué sucede con el trastorno por acumulación?*

Sucede lo mismo con este trastorno, aunque realmente depende de las circunstancias de un individuo. Eliminar objetos siempre es difícil y la COVID no ha cambiado esto. Para algunos pacientes, el único impacto ha sido que las organizaciones de caridad están cerradas y no aceptan productos. Para otros, esta situación ha reforzado sus creencias de que necesitan ahorrar/guardar para estar siempre preparados. Sin embargo, otros están utilizando la pandemia para desafiar directamente las creencias de que necesitan posesiones para gestionar la soledad y ahora están eliminando más posesiones.



# COMUNICACIÓN CON PACIENTES DIFÍCILES

*Dmitrii Kovpak*



Dmitrii Kovpak es Profesor de Psicología en la North-Western State Medical University Mechnikov de San Petersburgo (Rusia). Presidente de la Association for Cognitive and Behavioral Psychotherapy.

*\*Para comenzar, estamos interesados en conocer qué papel juegan los psicólogos clínicos en su país. ¿Cuál es la situación de la Psicología Clínica rusa? ¿Está reconocida la figura profesional del psicólogo clínico en el sistema sanitario ruso y en relación con el resto de las profesionales de la salud mental? ¿Qué funciones tiene este profesional?*

En nuestro país existe una tendencia clara de crecimiento en el número de psicólogos, principalmente de psicólogos clínicos. Esto se debe tanto al interés de los especialistas en el campo de la Psicología por los fenómenos clínicos que ayudan a estudiar activamente los mecanismos específicos de la psique humana como, por otro lado, a la alta demanda de la población de este país de atención cualificada no farmacológica y de terapias no biológicas en el campo de la salud mental. La Psicología Clínica rusa tiene una larga historia de desarrollo y está fundamentada en una escuela psicológica científica fundamental nacional y sus corrientes. Al mismo tiempo, debido a su integración activa en el mundo del entorno científico y al desarrollo de la psicoterapia, el modelo actual de la Psicología Clínica se ha vuelto más funcional, flexible y multifacético. Desafortunadamente, la actividad de los psicólogos clínicos en el campo

---

\* Esta entrevista fue realizada por la Redacción de Infocop y publicada originalmente en *Infocop Online*.

Para referenciar este capítulo: Kovpak, D. (2021). Comunicación con pacientes difíciles. En G. Buena-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Psicología Clínica: perspectiva internacional* (pp. 151-159). Dykinson. <https://www.dykinson.com/libros/psicologia-clinica-perspectiva-internacional/9788411707534/>

de la salud mental, a pesar de su gran representación en el ámbito de la salud pública, es mucho más patente en el ámbito privado. La cantidad de profesionales de la Psicología clínica que ejerce su actividad en el ámbito privado excede a la de aquellos que trabajan para organizaciones públicas, tanto en número absoluto como en el volumen de asistencia a la población. En las clínicas públicas y en las clínicas ambulatorias, la integración de los psicólogos clínicos es frecuentemente declarativa y se encuentra reglada. Su trabajo se reduce a la implementación de tareas rutinarias de perfil discreto, sin la posibilidad de implementación del amplio arsenal de posibilidades que un especialista competente moderno puede proporcionar en el campo de la Psicología Clínica. Las organizaciones privadas que involucran a psicólogos clínicos que ayudan a la población en la salud mental a menudo son más flexibles e innovadoras y logran cubrir de manera más completa y adecuada las demandas de los pacientes. La Psicología Clínica en Rusia ha sido durante mucho tiempo una “Cenicienta” a la sombra de la gran Psiquiatría. Y la actitud de los colegas psiquiatras a veces ha sido de tutores indulgentes. Actualmente, los éxitos demostrados de la psicoterapia moderna han ayudado a los psicólogos clínicos a convertirse en socios con los mismos derechos y reconocimientos, que pueden proporcionar igualmente atención a la población y apoyar el desarrollo de la Psiquiatría moderna a través del énfasis en los aspectos psicosociales del modelo biopsicosocial. Esto permite que la Psiquiatría se convierta en una disciplina más moderna, innovadora, socialmente integrada y holística. A este respecto, el Ministerio de Salud de la Federación de Rusia ha designado oficialmente el establecimiento de equipos de atención en el campo de la salud mental. De esta forma, tanto en las instituciones públicas como en las privadas, psiquiatras, psicólogos clínicos, logopedas, trabajadores sociales, fisioterapeutas, e incluso especialistas en Medicina Interna, deben trabajar conjuntamente a través de equipos funcionales. Estos equipos multidisciplinarios, dependiendo de su función, pueden variar en su composición y tamaño. Por ejemplo, en el caso de la neuro-rehabilitación de pacientes con accidente cerebrovascular, se caracterizan por ser equipos grandes, que incluyen un neurólogo, un psiquiatra, un psicoterapeuta, un fisioterapeuta, un psicólogo clínico, un logopeda, un especialista en trabajo social y un instructor para el entrenamiento del desarrollo de las habilidades motrices. En el caso de pacientes con trastornos psicosomáticos, psiquiatras, psicoterapeutas y psicólogos clínicos forman un equipo multidisciplinario similar. También se incluye a neurólogos (síndrome neurálgico del dolor, hipertensión del sistema muscular, pseudoparálisis, etc.), gastroenterólogos (por ejemplo, en el caso del síndrome de colon irritable, discinesia biliar funcional, enteritis funcional y colitis, etc.), cardiólogos (trastornos de ansiedad con disfunción del sistema cardiovascular), dermatólogos (dermatitis, psoriasis, neurodermatitis), neumólogos (trastornos funcionales del sistema respiratorio) y otros especialistas (fisioterapeutas, kinesiólogos, masajistas, fisioterapeutas, instructores de

yoga, especialistas en meditación y prácticas de mindfulness, entrenadores de estiramiento, tai chi -t'ai chi ch'uan- e instructores de wushu). De esta manera, los psicólogos clínicos realizan una amplia gama de tareas, como diagnósticos y pruebas psicológicas, psicoterapia individual y grupal, psicoeducación, apoyo psicológico y prevención.

*Como presidente de la Association for Cognitive and Behavioral Psychotherapy, ¿qué papel juegan los psicólogos cognitivo-conductuales en el conjunto de psicólogos clínicos que conforman la red rusa de profesionales?*

Las características distintivas de los psicólogos clínicos especializados en terapia cognitivo-conductual en nuestro país tienen que ver con la alta estructuración de su trabajo, la transparencia metodológica, la claridad del modelo de terapia (tanto para los profesionales como para los pacientes), su alto grado de cumplimiento y la calidad de las relaciones terapéuticas. Todo esto permite motivar activamente e involucrar a los pacientes en la terapia, delegándoles consistentemente una serie de técnicas y herramientas para su uso independiente, al mismo tiempo que fomentando su participación activa en el proceso terapéutico y su responsabilidad de sus resultados.

*Actualmente, en España estamos luchando por el reconocimiento e integración del psicólogo clínico en los diferentes niveles asistenciales, y especialmente en los servicios de Atención Primaria, dada la importante demanda de problemas relacionados con trastornos de depresión y ansiedad, y problemas psicosomáticos que se dan en este nivel asistencial y la dificultad de acceso a tratamientos psicológicos. Suponemos que el sistema sanitario ruso también debe estar afrontando estos nuevos desafíos. ¿Cuál es la respuesta que se está ofreciendo (o se plantea ofrecer) en su país a las personas que acuden con estos problemas? ¿Considera que se está proporcionando la ayuda adecuada en términos de recursos, acceso a tratamientos, etc.?*

Nos enfrentamos exactamente con los mismos problemas que nuestros colegas españoles. Estos incluyen los mismos trastornos principales en una gran parte de la población, como ansiedad, depresión y trastornos psicosomáticos. Además, encontramos dificultades similares en la optimización e integración de recursos para proporcionar asistencia psicológica asequible, competente y de alta calidad. Hoy en día, la mejora de dicha atención se debe principalmente a la flexibilidad y la innovación de la asistencia en el ámbito privado. Además de la atención a pacientes cara a cara en forma de consultas individuales, terapia familiar, psicoterapia de grupo, entrenamiento en habilidades, coaching y otras

intervenciones actuales, se están usando cada vez más frecuentemente las nuevas tecnologías de teleasistencia a través de Internet (a través de Skype, Zoom y otros programas) en forma de terapia individual, psicoterapia de grupo, talleres en línea y seminarios web para clientes, que incluyen incluso opciones tan inusuales como “maratones” en Instagram con una serie de diversas encuestas y tareas. Los especialistas buscan expandir su audiencia, incluidos los jóvenes, atrayendo canales de comunicación específicos utilizados por ellos. Los especialistas en salud mental intentan atraer la atención de clientes potenciales no solo mediante artículos de difusión de la Psicología publicados en recursos web psicológicos especializados, sino también mediante publicaciones ilustradas en redes sociales y videos. Esta forma de presentación de los estudios persigue un doble propósito: la difusión de aspectos relacionados con la psicoeducación y la promoción de la Psicología Clínica, y el dar a conocer servicios privados y la formación del sello personal de cada especialista.

*Como comentábamos anteriormente, los trastornos psicósomáticos suponen una de las principales demandas en los servicios de Atención Primaria. En su país usted suele organizar conferencias sobre esta temática. ¿Cuáles son las principales preocupaciones o necesidades de los profesionales rusos que trabajan en el ámbito de la salud mental para abordar estos problemas? A su modo de ver, ¿qué papel juega la Psicología en este ámbito?*

Durante los últimos veinte años, he estado organizando varias conferencias en el campo de la salud mental, incluidas las dedicadas a los trastornos psicósomáticos. Estoy convencido de que el papel de la psicoterapia y de la Psicología Clínica en esta área es primordial. Los psicoterapeutas y los psicólogos clínicos consideran a la persona no como un conjunto de tejidos y órganos, sino desde un marco sistémico y holístico. Muchos estudios y tesis a lo largo de los años se han dedicado al papel de la Psicología en la comprensión de los mecanismos causales de los trastornos psicósomáticos. La actividad neurológica elevada, contemplada en el contexto de los trabajos de Ivan Pavlov, es considerada el elemento integrador de todos los órganos y sistemas de un organismo. Tanto los conflictos internos como los conflictos externos de la persona, el sobreesfuerzo mental y malestar que conllevan, juegan el papel más importante para comprender la etiología y la patogénesis de estos difíciles trastornos. La psicoterapia no debería servir como unas muletas o un sustituto, como lo podrían hacer los medicamentos y otros tratamientos, sino que debe abordar el problema causal de dichos pacientes. Contamos con numerosos ensayos controlados aleatorizados que confirman la eficacia clínica de la psicoterapia en general, y de la terapia cognitivo-conductual en particular, para abordar este tipo de trastornos y problemas presentes en la población.

*Asimismo, otra de las conferencias nacionales que suele organizar como presidente de la Association for Cognitive and Behavioral Psychotherapy en Rusia está destinada a abordar la "Práctica moderna en Psiquiatría". A este respecto, ¿cuáles son las nuevas prácticas en el abordaje a la salud mental que están captando la atención de los profesionales e investigadores rusos?*

Como tendencia general, en los últimos años en Rusia, estamos observando el creciente papel que está adoptando la Psicología Clínica en el campo de la salud mental y el potencial del componente psicológico y social del modelo biopsicosocial en la Psiquiatría y la psicoterapia contemporáneas. En este país, las ideas de las ciencias cerebrales modernas (neurociencia) y los métodos de las intervenciones cognitivo-conductuales son cada vez más populares.

*A este respecto, a nivel mundial se está viviendo actualmente una crisis en torno a los sistemas de clasificación diagnóstica de los trastornos mentales y el modelo biologicista aplicado a estos problemas de salud mental. ¿Qué repercusión está teniendo este debate en su país?*

La revisión de los modelos de clasificación y diagnóstico es inevitable. No podemos operar efectivamente solo con una suma mecánica de fenómenos clínicos, convirtiéndolos en etiquetas sin vida de diagnósticos formales que reducen complejos mecanismos de génesis y mantenimiento de la disfunción y la patología de la mente y el cuerpo. Los modelos actuales de DSM y CIE no han sido criticados solo por un especialista perezoso. Y esto está ampliamente justificado. Las clasificaciones modernas son más convenientes para los proveedores de atención médica y las compañías de seguros que para los médicos y profesionales. Resultan adecuadas para informar, pero más bien crean la ilusión de comprender los trastornos en vez de revelar sus mecanismos básicos para abordar las causas en lugar de las consecuencias, eliminando la patogénesis a favor de los síntomas. Sí, todavía nos enfrentamos a una serie de misterios sobre lo que es la conciencia, cómo funcionan en realidad los procesos mentales principales (tomemos, por ejemplo, solo la memoria humana, cuyos modelos no son obviamente exhaustivos todavía). Por lo tanto, en Rusia existe una larga tradición de expresión que establece que tratamos al paciente y al individuo, no el diagnóstico y la enfermedad. El ser humano es un sistema abierto y complejo. Es mucho más difícil que las etiquetas que se le aplican. No tenemos forma de saber cuál es la amplitud de las interconexiones de la persona dentro de la red neural más amplia, que cuenta con 87 mil millones de neuronas y cientos de billones de conexiones, tan amplias como su base. Estas relaciones internas resultan del aprendizaje no solo de reflejos condicionados simples, sino también del habla y el pensamiento, del sistema simbólico o del segundo sistema

de señales de Ivan Pavlov y de las relaciones sociales externas desde el sistema microsocioal llamado familia, hasta el nivel macrosocioal del estado, el entorno étnico-cultural, el género, la profesión, la religión, la política y otros sistemas de valores. Ignorar estos factores y sus conexiones reduce críticamente la atención médica y psicológica al nivel de profesionales especializados en “dedos meñiques izquierdos”, como lo llamamos aquí, que podrían considerar a una persona independientemente del universo, lo que lleva a la simplificación excesiva de los modelos científicos de la realidad, al igual que la metáfora de la vaca esférica.

*En relación con el tema que usted va a abordar en el próximo XI Congreso Internacional de Psicología Clínica en Granada, relacionado con la comunicación con personas “difíciles” en el contexto de la psicoterapia, ¿podría aclararnos qué entendemos por personas “difíciles”? ¿Por qué es importante que el psicólogo clínico sea consciente de estas dificultades y cuáles son las competencias que conviene que entrene para el control de estas situaciones?*

Una persona difícil para nosotros es alguien a quien no entendemos, cuyos motivos no tenemos claros y cuyo comportamiento no se ajusta a nuestros patrones de percepción y procesamiento de la información. Estos son aquellos con quienes la comunicación es más difícil o ineficaz. Una persona difícil no es un problema, pero él o ella es un desafío no solo para los profesionales, sino también para la población en general. Después de todo, esta nueva experiencia se encuentra más allá de las fronteras de nuestros patrones de pensamiento y comportamiento. Al ir más allá de estas creencias limitantes, podemos obtener no solo un mayor conocimiento sobre los demás, sino también sobre nosotros mismos. En la tradición filosófica francesa, el Otro con mayúscula es un espejo de nuestra alma, y supone un paso importante en el desarrollo. Las habilidades y competencias de los psicólogos para construir una comunicación efectiva van más allá del modelo clínico. También se relacionan con las relaciones interpersonales, trabajando con familias, grupos y organizaciones.

*Entre los puntos que tratará en su conferencia se encuentra el papel de los conflictos intrapsíquicos en la comunicación. En el contexto de la psicoterapia, ¿cómo se traducen estos conflictos y cómo pueden afectar al establecimiento de la relación terapéutica?*

Los conflictos intrapsíquicos e intersíquicos no solo están estrechamente relacionados. Son un continuo integral. La persona completa es un fenómeno holístico también. Siendo meros observadores, solo notamos partes de él, pero como investigadores lo dividimos en componentes. Después de diseccionar en partes, podemos mirar dentro de esta “máquina”, pero no podemos ver el espíri-

tu conectando sus elementos: la psique. Los conflictos exponen este espíritu en el pico de la contradicción, demostrando cómo funciona en la vida. Los experimentos en ratones disecados pueden proporcionar modelos insatisfactorios y, obviamente, analogías incompletas. El mapa no es un territorio. Algunos ejemplos de la superación de los problemas de la clasificación moderna dentro de la terapia cognitivo-conductual lo constituyen el protocolo transdiagnóstico de David Barlow y la terapia cognitivo-conductual basada en procesos de Steven C. Hayes y Stefan G. Hofmann. En la mayoría de los tipos de psicoterapia, las relaciones terapéuticas se consideran hoy en día como uno de los principales factores de su eficacia. No es solo el cumplimiento y la cooperación, ni la mera adherencia a la terapia. Es un factor de terapia realmente específico (y no inespecífico, como se creía anteriormente). Las relaciones terapéuticas pueden ayudar a un cliente (y a veces también a un terapeuta) a formar nuevas experiencias y nuevos patrones de pensamiento y comportamiento. El desarrollo profesional de relaciones complementarias de alta calidad permite el uso más completo de las relaciones terapéuticas en muchos aspectos de la terapia. Los conflictos a menudo conducen a dificultades en la terapia para ambos participantes e incluso aumenta la probabilidad de que los pacientes abandonen la terapia.

*A su modo de ver, la terapia cognitivo-conductual proporciona un marco adecuado para abordar estas cuestiones. ¿Podría desarrollar brevemente esta idea? ¿Qué herramientas principales proporciona esta terapia para poder solucionar estos problemas de comunicación?*

La terapia cognitivo-conductual proporciona un amplio arsenal de técnicas y una metodología bien desarrollada y basada en la ciencia para resolver problemas causados por conflictos interpersonales y falta de comunicación entre individuos, grupos y organizaciones. No tengo miedo en afirmar que los conflictos globales entre países y bloques políticos podrían resolverse de manera mucho más efectiva si hiciéramos uso de la Psicología Clínica y la psicoterapia para superar las distorsiones cognitivas, el pensamiento sesgado, los problemas intrapersonales de los políticos y los responsables de la toma de decisiones, que afectan a sus preferencias y decisiones no críticas. Nos unen muchas más cosas de las que nos dividen. Los rusos y los españoles, los asiáticos y los europeos, los residentes de Granada y los de Madrid, o incluso los residentes de Barcelona y de Bilbao. Lo que nos separa a menudo es el resultado de una distorsión cognitiva más que contradicciones irreconciliables. La principal herramienta de diagnóstico de la terapia cognitivo-conductual es el análisis que permite identificar tanto las manifestaciones externas como los procesos internos que contribuyen a la formación y al desarrollo de la mala comunicación y los conflictos. La terapia cognitivo-conductual se basa en la teoría del aprendizaje y señala los modelos construidos por una persona sobre la base de su experiencia. Des-

de el punto de vista de la terapia cognitivo-conductual, una persona aprende patrones de procesamiento de información entrante y su interpretación, que luego forman la base de posteriores aprendizajes. Algunos de estos modelos se vuelven disfuncionales debido a diferentes razones. Estas razones incluyen, por ejemplo, relaciones específicas entre padres e hijos. Un niño puede recibir una insuficiente atención, apoyo emocional, amor y cuidado. Cualquier niño es en gran parte entrenado por refuerzos de adultos significativos. Una madre emocionalmente fría (por ejemplo, una persona deprimida o que padece un trastorno de la personalidad) o su ausencia puede conducir a deficiencias en la formación de habilidades de comunicación efectiva, autorregulación y competencias sociales. El sistema de creencias de una persona puede incluir varios esquemas disfuncionales, creencias de diferentes niveles que han surgido como resultado de experiencias traumáticas. Afectan significativamente la percepción, el pensamiento y el comportamiento de un niño. La realización de sus propias necesidades, desde las básicas hasta las sociales, será difícil para esa persona. Las creencias profundas de no aceptación o impotencia le obligarán a construir un sistema de reglas, estrategias de defensa y compensatorias diseñadas para protegerle de nuevos sufrimientos, decepciones y fracasos. Pero todo este arsenal se convierte en un pozo sofocante. En lugar de proteger, lleva a distanciar a la persona de los demás y del mundo, impidiendo la realización de su necesidad de contacto de manera confiable. Como escribió Somerset Maugham:

“Cada uno de nosotros está solo en el mundo... Buscamos desesperadamente transmitir a los demás los tesoros de nuestro corazón, pero no tienen el poder para aceptarlos, y así nos vamos solos, uno al lado del otro, pero no juntos, incapaces de conocer a nuestros compañeros y desconocidos por ellos. Somos como personas que viven en un país cuyo idioma saben tan poco que, con todo tipo de cosas bellas y profundas que decir, están condenadas a las banalidades del manual de conversación. Su cerebro está lleno de ideas, y solo pueden decirte que el paraguas de la tía del jardinero está en la casa”.

La conciencia de tales limitaciones y disfunciones es posible tanto a través del análisis cognitivo y la conceptualización junto con la introducción de alternativas a través de debates terapéuticos, y a través de la influencia de nuevos comportamientos.

*Sin querer delatar el contenido completo de su conferencia, ¿podría adelantarnos algunas de las estrategias esenciales para un adecuado control de la comunicación con personas “difíciles”?*

Naturalmente, no hay un único movimiento mágico de manos, ni varitas ni trucos manipuladores que resuelvan simultáneamente todos los problemas de comunicación humana acumulados y nos ayuden a gestionar a las personas como lo hacen en las películas. Sin embargo, el entrenamiento en habilidades de las prácticas de atención plena y aceptación, nos ayudarán a realizar las tareas necesarias y construir competencias útiles. La flexibilidad psicológica, basada en la elaboración de nuestras distorsiones cognitivas, la formación de habilidades útiles (por ejemplo, concentración, escucha activa, autorregulación, comportamiento asertivo, etc.) puede ampliar significativamente el rango de comunicación y la posibilidad de un contacto constructivo con un rango de personas más amplio. La sobregeneralización y el etiquetado, el razonamiento emocional y los sesgos, la amplificación de los aspectos negativos y la minimización de los aspectos positivos, la personalización y el catastrofismo, el pensamiento polarizado (pensamiento de todo o nada, pensamiento en blanco y negro, razonamiento dicotómico), las declaraciones “debe” o “debería” y la intolerancia a la frustración son ejemplos de distorsiones cognitivas y reglas de pensamiento disfuncionales formadas en su base. Estas son creencias limitantes. Influyen de manera significativa en las posibilidades de comunicación, lo que reduce el rango de elección y facilita patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales, limitantes y rígidos. No todos pueden caber en esta dura cama de Procusto. Y entonces inevitablemente se volverá difícil para nosotros. Aceptarnos a nosotros mismos (autoaceptación) y aceptar a los demás tal como son no solo es un eslogan alentador, sino también una práctica sistémica que contribuye a un cambio significativo en el sistema de relaciones con nosotros mismos y con los demás. La terapia cognitivo-conductual establece los algoritmos de estas prácticas, haciéndolas comprensibles y aplicables tanto para clientes como para pacientes. La superación de la frustración aprendida y el desarrollo de las competencias descritas anteriormente también amplían significativamente el repertorio conductual de elección y la flexibilidad comunicativa. Como ejercicio específico, puedo dar un ejemplo de trabajo con aceptación. Intenta observar lo que no te gusta de otras personas. Escribe las diez características o cualidades más molestas o amenazantes que puedes recordar. Observa cómo te sientes si estos aspectos te describieran a ti, si formaran parte de tu propia personalidad. ¿Los condenas? ¿Tienes miedo de mostrarlos? ¿Tratas de no notarlos? Durante la próxima semana, proponte el reto de practicar la aceptación completa y sin prejuicios de estas cualidades en ti y en otras personas. Mira cómo afecta a tu comunicación.



# ADAPTACIÓN CULTURAL DE LAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS

*Shin-ichi Ishikawa*



Shin-ichi Ishikawa es Catedrático de Psicología en la Doshisha University de Kioto (Japón). Miembro de la Junta Ejecutiva de la Assian Cognitive Behavioral Therapy Association.

*\*El tema de su ponencia en el próximo XIII Congreso Internacional de Psicología Clínica es la adaptación cultural de la terapia cognitivo-conductual para la ansiedad en niños. Para encuadrar el tema, ¿qué se entiende bajo la aproximación de las adaptaciones culturales de las terapias psicológicas? ¿Cuándo y por qué surgieron las primeras propuestas en este campo y en qué situación se encuentra actualmente esta línea de trabajo?*

Como bien saben los lectores, las terapias cognitivo-conductuales están reconocidas como tratamientos psicológicos y sociales eficaces basados en estudios de resultados. Sin embargo, la investigación en este campo se ha centrado exclusivamente en poblaciones de culturas occidentales, prestando poca o ninguna atención a las influencias culturales relacionadas con la etnia, la religión, la orientación sexual, la discapacidad o la clase social (Iwamasa y Hays, 2018). A este respecto, la adaptación cultural es inevitable para la aplicación de tratamientos psicosociales basados en la evidencia. La adaptación cultural es la modificación sistemática de un tratamiento o protocolo de intervención basado en la evidencia para considerar el idioma, la cultura y el

---

\* Esta entrevista fue realizada por la Redacción de Infocop y publicada originalmente en *Infocop Online*.

Para referenciar este capítulo: Ishikawa, S. (2023). Adaptación cultural de las terapias psicológicas. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Psicología Clínica: perspectiva internacional* (pp. 161-169). Dykinson. <https://www.dykinson.com/libros/psicologia-clinica-perspectiva-internacional/9788411707534/>

contexto de forma que sean compatibles con los patrones, significados y valores culturales del cliente (Tanaka-Matsumi, 2011). El concepto de adaptación cultural apareció en la bibliografía sobre atención a la salud en la década de los noventa del pasado siglo (Saha et al., 2008), aunque ya se había informado anteriormente de desajustes culturales en la prestación de servicios de salud mental. Por ejemplo, Sue (1998) apuntó en la revista *American Psychologist* que la competencia intercultural, que consiste en la correspondencia de las tríadas, como las coincidencias étnicas, de servicios y cognitivas, sería un tema esencial para la aplicación de las psicoterapias. Asimismo, Forehand y Kotchick (2016) realizaron una llamada de atención a los terapeutas conductuales para que fueran más sensibles al contexto cultural cuando realizaran sesiones de entrenamiento con los padres. Desde entonces, se han propuesto varios modelos teóricos sobre la adaptación cultural. Ahora, dada la globalización de la sociedad, la adaptación cultural es una competencia prácticamente necesaria en todos los clínicos, especialmente cuando adaptan una terapia cognitivo-conductual a un cliente que proviene de una cultura sobrepresentada en su contexto de práctica clínica.

*El hecho de que los estudios, los protocolos de tratamientos psicológicos y los destinatarios de dichas intervenciones se concentren en una cultura específica, ¿qué riesgos implica en caso de aplicarse a otros grupos fuera del contexto cultural para el que fueron diseñados?*

Independientemente de la diversidad cultural, la comunicación funcional debe ser fundamental en los enfoques cognitivo-conductuales. Los tratamientos adaptados culturalmente no sólo se centran en mejorar los resultados terapéuticos, sino también en aumentar la participación del cliente, el conocimiento y la aceptación de los procesos y métodos de tratamiento, la satisfacción del consumidor, la reducción del abandono del tratamiento prematuro y la mejora de la relación terapéutica (Hwang, 2016). Los clínicos deben tener en cuenta que las terapias cognitivo-conductuales incluyen matices de las culturas occidentales inherentemente porque se han desarrollado con esos antecedentes culturales. A este respecto, me gustaría mencionar dos ejemplos típicos de adaptación cultural para la población asiática. En primer lugar, los clientes asiáticos tienden a somatizar sus síntomas emocionales más que los de las culturas occidentales, lo que hace que se tenga que hacer más hincapié en hablar de los problemas y en expresarlos verbalmente (Chun et al., 1996). En segundo lugar, el estigma de la salud mental, e incluso su tratamiento, prevalecen en los países asiáticos. Por lo tanto, los clientes asiáticos suelen tardar más tiempo en hablar de sus dificultades emocionales por medio de comunicaciones verbales abiertas y claras. Sería necesario que los clínicos tuvieran una precaución similar al trabajar con niños y adolescentes de origen cultural asiático.

*Teniendo en cuenta los diferentes estudios que han adaptado estos tratamientos psicológicos a grupos minoritarios u otras culturas, más allá de la cultura occidental, ¿qué resultados han encontrado? ¿Es mejor aplicar en estos grupos terapias adaptadas culturalmente o la terapia original sin adaptar?*

Varios metaanálisis han apoyado la eficacia de los tratamientos psicosociales culturalmente adaptados. Griner y Smith (2006) realizaron el primer metaanálisis sobre intervenciones de salud mental culturalmente adaptadas. El artículo integró 76 estudios y encontró un tamaño medio del efecto ( $d = 0,45$ ). En particular, las intervenciones realizadas con grupos de participantes de la misma raza ( $d = 0,49$ ) fueron más eficaces que las realizadas con grupos de participantes de raza mixta ( $d = 0,12$ ). En un posterior metaanálisis en el que se perfeccionaron los criterios de inclusión también se encontró un tamaño de efecto moderado ( $d = 0,46$ ; Smith et al., 2011). Asimismo, otro metaanálisis sobre la comparación directa entre los tratamientos adaptados y no adaptados mostró que las psicoterapias culturalmente adaptadas eran superiores a las psicoterapias eficaces, pero no adaptadas ( $d = 0,32$ ; Benish et al., 2011). Por último, Hall et al. (2016) integraron los once metaanálisis anteriores ya publicados, reuniendo en su análisis 13.998 participantes de 78 estudios. El tamaño del efecto general apoyó la eficacia de las intervenciones culturalmente adaptadas sobre las otras condiciones ( $g = 0,67$ ), así como en comparación con versiones no adaptadas de intervenciones equivalentes ( $g = 0,52$ ). En general, se puede concluir que los estudios han demostrado la eficacia y la efectividad de los tratamientos adaptados culturalmente.

*Uno de los aspectos que más atención ha recibido respecto a la adaptación cultural de la terapia cognitivo-conductual a contextos asiáticos en adultos tiene que ver con la interdependencia de las culturas asiáticas frente al foco en los contextos sociales de la terapia cognitivo-conductual. ¿Podría explicarnos este problema? ¿Cuáles son otras peculiaridades para la intervención psicológica en contextos asiáticos que habitualmente no se tienen en consideración desde una perspectiva occidental?*

Aunque la sociedad asiática, incluido Japón, se considera generalmente como una sociedad interdependiente, es necesario discutir en profundidad cómo el contexto podría afectar a la implementación de las terapias cognitivo-conductuales. Nuestros estudios han mostrado que la correlación entre el autoconstructo independiente e interdependiente es mucho más fuerte en los adolescentes japoneses que en los del Reino Unido, mientras que los efectos directos del autoconstructo y el apoyo social sobre los síntomas psicopatológicos no diferían entre estos dos países (Essau et al., 2013). Teniendo en cuenta que los conceptos de independencia y/o interdependencia podrían evaluarse sobre

la base de cada norma cultural, el mecanismo sobre sus efectos puede ser complejo. Por ejemplo, según las recomendaciones para la realización de estudios de tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes (Creswell et al., 2021), si bien se recomienda administrar entrevistas de diagnóstico independientes a niños y padres, las entrevistas conjuntas entre padres e hijos podrían ser más aceptables, habida cuenta de la norma social de la sociedad japonesa de consultar a los profesionales de la salud (Ishikawa et al., 2019). La somatización y el estigma que he mencionado antes deben tenerse en cuenta, al menos, al comienzo de las intervenciones psicológicas. Los clínicos procedentes de un contexto cultural occidental podrían malinterpretar que los clientes de origen asiático están menos motivados o muestran menos compromiso, al observar que se muestran reacios a hablar de sus síntomas en términos de expresiones emocionales. Por el contrario, la actitud pasiva ante los profesionales podría representar una muestra de respeto (Hwang, 2016). Dada su norma cultural, les lleva más tiempo aceptar este tipo de conversaciones, y los clínicos deben comprender y estar atentos a esta forma de comunicación, especialmente en las primeras sesiones.

*De acuerdo con su línea de trabajo, el análisis de la evidencia científica sobre la terapia cognitivo-conductual para la ansiedad en la población infanto-juvenil, ¿qué peculiaridades en cuanto a sesgos culturales presenta? ¿Qué papel juega el contexto cultural en estos resultados y qué implicaciones tiene?*

Aunque un metaanálisis de Hall et al. (2016) ha respaldado la eficacia de las psicoterapias culturalmente adaptadas, cabe señalar una limitación: los estudios con niños y adolescentes de herencia cultural asiática son escasos. Aunque en este metaanálisis se seleccionaron 27 estudios centrados en jóvenes, sólo se incluyeron tres estudios de población asiática. Además de esta revisión sistemática, la evidencia científica sobre las intervenciones psicológicas para los jóvenes de minorías étnicas de los Estados Unidos de América se publicó en el *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* (véase Huey y Polo, 2008; Pina et al., 2019). Una vez más, si bien los resultados apoyaron la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los hispanos/latinos con trastornos de ansiedad, no se encontraron estudios para la población de ascendencia cultural asiática. Para llenar el vacío, desarrollamos el programa japonés de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes con ansiedad (JACA-CBT) y realizamos el primer ensayo controlado aleatorizado para niños japoneses. Encontramos una diferencia significativa entre la terapia cognitivo-conductual y el grupo control de lista de espera en el postratamiento; específicamente, el 50% de los participantes asignados al grupo de tratamiento no cumplieron los criterios de su diagnóstico inicial en comparación con el 12% de los participantes de

la condición de lista de espera (Ishikawa et al., 2019). Por lo tanto, las terapias cognitivo-conductuales pueden ser eficaces para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes de forma universal; sin embargo, es prematuro identificar los mediadores o moderadores principales debido a la falta de ensayos clínicos. Concretamente, no pudimos llegar a un consenso sobre cómo funcionan los tratamientos culturalmente adaptados en jóvenes con ansiedad y para los que se requiere la intervención modificada a su contexto cultural.

*Aunque se ha reconocido en la literatura científica la necesidad de realizar estas adaptaciones culturales para mejorar la eficacia de las intervenciones, ¿disponemos de protocolos basados en la evidencia para llevar a cabo este proceso con garantías? Actualmente, ¿cuál es la metodología más recomendada de forma que se preserven los elementos esenciales del protocolo original?*

Higa-McMillan et al. (2016) revisaron las investigaciones sobre el tratamiento de niños y adolescentes con trastornos de ansiedad durante medio siglo. Según la revisión, 145 de 165 estudios (87,90%) incluyeron la exposición como elemento terapéutico activo. Además, el tamaño del efecto de la exposición fue grande (1,05), incluso cuando este componente se extrajo de un enfoque de tratamiento integrado como las terapias cognitivo-conductuales (1,19). Teniendo en cuenta que el principal componente de los programas integrados de terapia cognitivo-conductual eran también las técnicas basadas en la exposición, la exposición ha sido considerada como un componente esencial para el tratamiento de los niños y adolescentes con trastornos de ansiedad. Nuestro programa, el JACA-CBT, también enfatiza que los terapeutas deben establecer tantas oportunidades como sea posible para practicar en exposiciones en vivo graduales durante las sesiones, así como en las tareas asignadas para casa. Además, en términos de componentes, nuestro programa es bastante comparable con los anteriores programas basados en la evidencia que se desarrollaron en la cultura occidental. Por lo tanto, las cuestiones principales aquí no son qué componentes deben cumplirse en el programa, sino cómo expresar los componentes a la población específica.

*Específicamente, en su línea de investigación, en la que ha adaptado la terapia cognitivo-conductual para la ansiedad en niños japoneses, ¿qué elementos o detalles del protocolo original se han considerado esenciales para la adaptación a este contexto? ¿En qué medida estas modificaciones han dado lugar a una mejora de la eficacia de la intervención en el caso de su estudio?*

Una vez más, permítanme aclarar que los componentes de nuestro programa son comparables con los programas anteriores de los países occidentales. El JACA-CBT tiene ocho sesiones e incluye psicoeducación, reestructuración cognitiva, jerarquías de ansiedad, relajación y exposición (Ishikawa et al., 2019). Sin embargo, el programa ha sido adaptado para ser específicamente relevante para los niños y las familias japonesas. Hay dos vías principales para la adaptación cultural. La primera es el enfoque de arriba hacia abajo, en el que una intervención existente para un grupo se modifica para su aplicación a otro grupo y, la segunda, es un enfoque de abajo hacia arriba que se desarrolla un protocolo original dentro de un contexto cultural particular para abordar aspectos específicos culturalmente (Hall et al., 2016; Hwang, 2016). Aunque un enfoque ascendente es importante e indispensable para la adaptación cultural, no es sensato hacer hincapié en la producción nacional exclusiva de intervenciones psicológicas ignorando las actuales intervenciones basadas en la evidencia. Así pues, un enfoque que aproveche las prácticas de base empírica existentes puede resultar más práctico. Por lo tanto, aplicamos un enfoque bidireccional innovador, que incluye tanto enfoques descendentes como ascendentes y tiene por objeto desarrollar un tratamiento novedoso que se deriva de estudios anteriores, pero no una simple traducción de manuales anteriores (Ishikawa et al., 2019). Como resultado, el tratamiento se modificó mediante adaptaciones culturales, tanto de contexto como de contenido, durante un decenio. En primer lugar, el JACA-CBT abordó seis adaptaciones contextuales: población, personal, entorno, formato, dosis y procedimiento. Por ejemplo, los padres estaban en la misma habitación que su hijo recibiendo la explicación y discutiendo cada tema, mientras que en los países occidentales los padres y los hijos suelen verse por separado. Además, la duración del tratamiento fue más corta (ocho sesiones) en comparación con las 16 sesiones de *Coping Cat* (e. g., Kendall, 1994). En segundo lugar, el JACA-CBT adaptó los materiales, así como los elementos de ajuste y la gestión del tiempo a partir de la adaptación del contenido. Por ejemplo, se prepararon ilustraciones y acrónimos culturalmente específicos, se compiló el modelo de habituación de la ansiedad para fomentar la sesión de exposición, se asociaron viñetas con situaciones socialmente pertinentes dado que la mayoría de los clientes remitidos a la clínica tenían trastorno de ansiedad social, y se incluyó la relajación como tema obligatorio, teniendo en cuenta que los individuos asiáticos tienden a mostrar su ansiedad como síntomas físicos.

*En su opinión, ¿es posible crear herramientas de evaluación y protocolos de intervención para uso transcultural? ¿Qué medidas deberían adoptarse en este ámbito para evitar los sesgos culturales en la investigación?*

A este respecto, llevamos a cabo un nuevo proyecto de investigación junto con la *Macquarie University* de Sydney (Australia). Desarrollamos un sistema de

codificación observacional para examinar los comportamientos exhibidos por el niño, el padre y el terapeuta durante las sesiones de terapia cognitivo-conductual, llamado Sistema de Observación del Comportamiento Transcultural (C-BOS). El sistema de evaluación del comportamiento se centra en los aspectos topográficos del comportamiento objetivo que pueden observarse durante la terapia cognitivo-conductual, con el fin de mejorar la coherencia de la correspondencia entre los dos países. Además, preparamos evaluadores independientes de cada país a fin de confirmar la fiabilidad del intérprete. Los resultados de este estudio sugirieron que los niños japoneses demostraron menos preparación durante la primera sesión de terapia cognitivo-conductual y, específicamente, tuvieron menos probabilidades de responder a las preguntas del terapeuta sobre su ansiedad que los niños australianos. En cuanto al porcentaje de niños, padres y terapeutas que hablaron, los niños y padres australianos hablaron más que las familias japonesas durante las sesiones de terapia cognitivo-conductual. Este hallazgo se ajusta a las normas culturales que mencioné anteriormente. Además, solo los terapeutas australianos tendían a mostrar una disminución en la cantidad de interacciones verbales durante la última sesión, mientras que los terapeutas japoneses mantenían una proporción similar de conversaciones durante todas las sesiones. Esta conclusión podría sugerir que los terapeutas japoneses tal vez necesiten moderar su toma de iniciativa a lo largo del tiempo para no monopolizar el debate y facilitar mejor la transferencia del control.

*Para finalizar, ¿desea añadir algún comentario más al tema que nos ocupa?*

La investigación sobre la adaptación cultural de las terapias cognitivo-conductuales es escasa, especialmente no hay ningún estudio que se centre en las interacciones reales durante las sesiones de terapia cognitivo-conductual. El estudio que mencioné en último lugar podría proporcionar sugerencias prácticas que pueden ser útiles en el contexto de los programas de terapia cognitivo-conductual culturalmente adaptados, que se imparten tanto en países orientales como occidentales. Necesitamos acumular más evidencia científica para arrojar luz sobre las implicaciones clínicas de la adaptación cultural en todo el mundo.

## REFERENCIAS

- Benish, S. G., Quintana, S. y Wampold, B. E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: A direct-comparison meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 58, 279–289. <http://dx.doi.org/10.1037/a0023626>

- Chun, C. A., Enomoto, K. y Sue, S. (1996). Health care issues among Asian Americans: Implications of somatization. En P. M. Kato y T. Mann (Eds.), *Handbook of diversity issues in health psychology* (pp. 347-365). Plenum Press.
- Creswell, C., Nauta, H. M., Hudson, L. J., March, S., Reardon, T., Arendt, K., Boden, D., Coghlan, V. E., Donovan, C., Halldorsson, B., In-Albon, T., Ishikawa, S., Johnsen, D. B., Jolstedt, M., de Jong, R., Kreuze, L., Mobach, L., Rapee, R. M., Spence, S. H., ... Kendall, C. P. (2021). Research review: Recommendations for reporting on treatment trials for child and adolescent anxiety disorders - an international consensus statement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62, 255-269. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13283>
- Essau, C. A., Ishikawa, S., Sasagawa, S., Otsui, K., Sato, H., Okajima, I., Georgiou, G. A., O'Callaghan, J. y Bray, D. (2013). Psychopathological symptoms in two generations of the same family: A cross-cultural comparison. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 2017-2026. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0673-3>
- Forehand, R. y Kotchick, B. A. (2016). Cultural diversity: A wake-up call for parent training-Republished article. *Behavior Therapy*, 47, 981-992. <https://10.1016/j.beth.2016.11.010>
- Griner, D. y Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health interventions: A meta analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 531-548. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.43.4.531>
- Hall, G. C. N., Ibaraki, A. Y., Huang, E. R., Marti, C. N. y Stice, E. (2016). A meta-analysis of cultural adaptation of psychological interventions. *Behavior Therapy*, 47, 993-1014. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.005>
- Higa-McMillan, C. K., Francis, S. E., Rith-Najarian, L. y Chorpita, B. F. (2016). Evidence base update: 50 years of research on treatment for child and adolescent anxiety. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 45, 91-113. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1046177>
- Huey, S. J. y Polo, A. J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for ethnic minority youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 262-301. <https://doi.org/10.1080/15374410701820174>
- Hwang, W. C. (2016). *Culturally adapting psychotherapy for Asian heritage populations: An evidence-based approach*. Elsevier Academic Press.
- Ishikawa, S., Kikuta, K., Sakai, M., Mitamura, T., Motomura, N. y Hudson, J. L. (2019). A randomized controlled trial of a bidirectional cultural adaptation of cognitive behavior therapy for children and adolescents with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 120, Artículo 103432. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103432>.

- Iwamasa, G. Y. y Hays, P. A. (2018). *Culturally responsive cognitive behavior therapy: Practice and supervision* (2ª ed.). American Psychological Association.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 100-110. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.62.1.100>
- Pina, A. A., Polo, A. J. y Huey, S. J. (2019). Evidence-based psychosocial interventions for ethnic minority youth: The 10-year update. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 48*, 179-202. <https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1567350>
- Saha, S., Beach, M. C. y Cooper, L. A. (2008). Patient centeredness, cultural competence, and health care quality. *Journal of the Natural Medical Association, 100*, 1275-1285. [https://doi.org/10.1016/S0027-9684\(15\)31505-4](https://doi.org/10.1016/S0027-9684(15)31505-4)
- Smith, T. B., Rodriguez, M. D. y Bernal, G. (2011). Culture. *Journal of Clinical Psychology, 67*, 166-175. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20757>
- Sue, S. (1998). In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. *American Psychologist, 53*, 440-448. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.53.4.440>
- Tanaka-Matsumi, J. (2011). Culture and psychotherapy: Searching for empirically supported relationship. En K. D. Keith (Ed.), *Cross-cultural psychology: Contemporary theme and perspective* (pp. 274-292). Wiley-Blackwell.



# NECESIDAD DE MEJORAR EL ACCESO A LAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS

*Andrew Beck*



Andrew Beck fue presidente de la British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies (BABCP). Miembro del East Lancs Child and Adolescent Service de la University of Manchester (Reino Unido).

*\* Actualmente, usted es presidente de la British Association of Cognitive and Behavioural Psychotherapists (BABCP). ¿Qué objetivos tiene esta organización y qué supone para usted ostentar este cargo?*

La BABCP se creó hace casi 50 años para promover y difundir terapias cognitivas y conductuales en el Reino Unido. Veo mi papel como una continuación del excelente trabajo realizado por los presidentes recientes que han continuado abogando por tratamientos basados en la evidencia y desarrollando nuestra comprensión de cómo apoyar a los miembros en su desarrollo como terapeutas, supervisores e investigadores.

*Como experto, ¿cuál es la eficacia diferencial del tratamiento cognitivo-conductual en comparación con otros tipos de intervención?*

Para algunos problemas, la Terapia cognitivo-conductual parece ser tan eficaz como otros tratamientos (por ejemplo, existen varios tratamientos basados en la evidencia para la depresión leve a moderada, incluida la Terapia interper-

---

\* Esta entrevista fue realizada por la Redacción de Infocop y publicada originalmente en *Infocop Online*.

Para referenciar este capítulo: Beck, A. (2023). Necesidad de mejorar el acceso a las terapias psicológicas. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Psicología Clínica: perspectiva internacional* (pp. 171-174). Dykinson. <https://www.dykinson.com/libros/psicologia-clinica-perspectiva-internacional/9788411707534/>

sonal, la Terapia sistémica y la Consejería), pero para otros problemas como el trastorno obsesivo-compulsivo o el trastorno de estrés postraumático, la Terapia cognitivo-conductual debería ser el primer tratamiento de elección, ya que otras terapias no muestran una eficacia tan grande.

*En línea con su objetivo de brindar la mejor atención posible a la salud mental de las comunidades BAME, ha desarrollado un documento de orientación: la Guía de Práctica Positiva IAPT BAME (IAPT BAME Positive Practice Guide). ¿Podría explicarnos en qué consiste esta guía y por qué constituye una herramienta de gran utilidad?*

La guía es el proyecto del que más orgulloso estoy de formar parte. Un equipo formado por cuatro de nosotros revisó la evidencia existente que demuestra que los pacientes de minorías étnicas y religiosas tienen menos acceso al tratamiento psicológico y sus resultados de tratamiento fueron peores en comparación con los pacientes blancos. Luego desarrollamos un conjunto de recomendaciones basadas en la evidencia para mejorar el acceso y los resultados, y las aplicamos a un gran número de usuarios del servicio pertenecientes a comunidades de raza negra, asiática y otras minorías que nos ayudaron a mejorarlas y hacerlas lo más útiles posible. La guía completa se puede encontrar en: <https://www.babcp.com/Portals/0/Files/About/BAME/IAPT-BAME-PPG-2019.pdf?ver=2020-06-16-004459-320>

*A este respecto, ¿por qué es necesario contar con servicios culturalmente adaptados? ¿Cuáles deberían ser las líneas de investigación futuras en este campo, especialmente desde el ámbito de la Psicología?*

Si usted ofrece una terapia basada en un “modelo europeo blanco” de trastorno mental, será más eficaz para los europeos blancos. En aras de la igualdad y los derechos humanos, es importante que todas las comunidades tengan acceso a una buena atención de la salud mental. Los psicólogos tienen mucho que contribuir a esto en términos de asegurar que las terapias desarrolladas se investiguen con comunidades diversas y se adapten a aquellas comunidades donde se considera que son menos efectivas.

*Una de sus aportaciones más reconocidas ha sido el libro Transcultural CBT for Anxiety and Depression. ¿Podría contarnos cómo surgió y qué motivó este proyecto?*

Estaba enseñando en varios cursos de terapia sobre el tema de la adaptación de la Terapia cognitivo conductual para las poblaciones de minorías étnicas. Los alumnos solían estar muy interesados en este tema, pero siempre preguntaban

si había un libro de texto para ayudarles en su trabajo. En ese momento no lo había, así que escribí a algunos editores sugiriendo que encargaran uno. Routledge estaba muy interesado y me preguntó si lo escribiría. No pensé que tuviera las habilidades necesarias, pero los amigos me animaron y los terapeutas me dijeron que era un recurso útil.

*Sabemos que el próximo mes de noviembre, entre los días 11 y 14, usted participará en el XIII Congreso Internacional y XVIII Nacional de Psicología Clínica que tendrá lugar en Santiago de Compostela, con la ponencia titulada "Mejora del acceso de niños y jóvenes a terapias psicológicas" [Children and Young People's Improving Access to Psychological Therapies (CYP-IAPT)]. ¿Podría adelantarnos en qué consistirá su intervención?*

El programa CYP-IAPT ha incrementado de forma masiva el personal laboral de terapeutas en salud mental infantil. Esto ha presentado algunos desafíos para los psicólogos que tienen que encontrar su lugar en este nuevo personal laboral. A lo largo de mi intervención, proporcionaré una descripción general del programa y luego veré cómo algunos psicólogos han desarrollado posiciones de liderazgo en este programa, mientras que otros no han respondido a este desafío y se han quedado al margen de los desarrollos.

*En relación con la pregunta anterior, ¿cuáles son los principios básicos del programa CYP-IAPT y qué diferencias existen en comparación con el programa IAPT dirigido a adultos?*

Las mayores diferencias son que CYP-IAPT ha capacitado principalmente al personal existente en una variedad de terapias basadas en la evidencia, que incluyen Terapia cognitivo-conductual, entre otras, mientras que el programa IAPT para adultos ha desarrollado principalmente un nuevo personal laboral, la mayoría de los cuales están capacitados en Terapia cognitivo-conductual o enfoques basados en Terapia cognitivo-conductual de baja intensidad.

*Usted sabe que a nivel mundial se está viviendo actualmente una crisis en torno a los sistemas de clasificación diagnóstica de los trastornos mentales y el modelo biologicista aplicado a estos problemas de salud mental, desarrollándose movimientos por la abolición de los sistemas diagnósticos. ¿Qué piensa usted acerca de la cuestión y qué opinión le merecen las actuales clasificaciones DSM-5 y CIE-11? ¿Qué piensa del enfoque transdiagnóstico?*

Creo que muchos usuarios de servicios de salud mental encuentran útil el uso de enfoques de diagnóstico, sin embargo, también hay muchos que no. De-

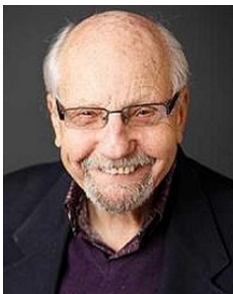
bemos comenzar a asegurarnos de que la voz del paciente sea central para cualquier cambio. Luego, debemos realizar una investigación que establezca que los enfoques transdiagnósticos son al menos tan efectivos como los enfoques existentes. Sin la centralidad de la voz del paciente y un enfoque en mejorar los resultados, estos debates se convierten en batallas académicas entre diferentes grupos profesionales.

*En la actualidad, en España estamos luchando por el reconocimiento e integración del psicólogo clínico en los diferentes niveles asistenciales, y principalmente, en los servicios de Atención Primaria dada la importante demanda de problemas relacionados con trastornos de depresión y ansiedad y problemas psicosomáticos que se dan en este nivel asistencial y la dificultad de acceso a tratamientos psicológicos. Esta demanda cobra especial relevancia en la situación actual de pandemia por COVID-19, cuyo impacto sobre la salud mental ha sido más que evidente. Suponemos que el sistema sanitario británico también debe estar afrontando estos nuevos desafíos. ¿Cuál es la respuesta que se está ofreciendo (o se plantea ofrecer) en su país? ¿Considera que se está proporcionando la ayuda adecuada en términos de recursos, acceso a tratamientos, etc.?*

Me alegra mucho saber que mis colegas españoles en Psicología Clínica esperan ser centrales en el desarrollo de la salud mental basada en la Atención Primaria. Estoy de acuerdo en que es probable que la demanda aumente debido a la pandemia del COVID-19. Es probable que la mayor parte de la respuesta en Inglaterra sea a través de IAPT, que incluye a muchos psicólogos clínicos en los niveles superiores, pero también a otros terapeutas. Espero que los colegas españoles sean capaces de defender su liderazgo en este ámbito, basándose en la evidencia de la investigación sobre cuál será la necesidad y qué tratamientos serán efectivos.

# CÓMO SELECCIONAR EL TRATAMIENTO MÁS ADECUADO PARA CADA PACIENTE

*Larry E. Beutler y Gualberto Buela-Casal*



Larry E. Beutler es Profesor Emérito de la University of California at Santa Barbara (Estados Unidos de América). Fue presidente de las Divisiones de Psicoterapia y de Clínica de la American Psychological Association (APA). Fue director del National Center on the Psychology of Terrorism in Palo Alto, California y es Director del Institute for the Study of Equine Assisted Change en Palo Alto University (Estados Unidos de América). Es uno de los científicos más influyentes del mundo según el Ranking de la Universidad de Stanford.



Gualberto Buela-Casal es Catedrático de Psicología Clínica de la Universidad de Granada (España). Fundador de la Cátedra de Investigación del Sueño de la Universidad de Granada. Presidente de la Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC). Es uno de los científicos más influyentes del mundo según el Ranking de la Universidad de Stanford.

*\*Me gustaría comenzar con una presentación más personal que me permite la amistad y el conocimiento mutuo, desde que compartimos trabajos de investigación durante mi período de sabático en la Universidad de California. Muy pocos saben que antes de ser psicólogo fue cowboy profesional y que, posteriormente, decidió formarse en Psicología. Díganos, ¿por qué este cambio de profesión y qué utilidad ha tenido su experiencia previa en su trabajo como psicólogo?*

---

\* Esta entrevista fue publicada originalmente en *Infocop Online*.

Para referenciar este capítulo: Beutler, L. E. y Buela-Casal, G. (2023). Cómo seleccionar el tratamiento más adecuado para cada paciente. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Psicología Clínica: perspectiva internacional* (pp. 175-190). Dykinson. <https://www.dykinson.com/libros/psicologia-clinica-perspectiva-internacional/9788411707534/>

Estoy seguro de que muchos verían estas dos partes de mi vida como inconsistentes entre sí. Y, sin duda, lo que hacía durante mi adolescencia y juventud como *cowboy* de rancho y corredor de rodeo ocasional, era bastante inconsistente con mi rol como psicólogo. En ese momento de mi vida, los caballos eran solo algo para montar y una forma de ejercitar mi habilidad física y mental de una forma inusual. Luego, en 1993, mucho después de haber dejado la vida de *cowboy* y recibido mi educación, decidí abandonar mi mayor afición por entonces –el manejo de aviones–, debido tanto al coste como a la creciente concienciación de que no era un piloto lo suficientemente bueno para garantizar mi seguridad. Ese fue el comienzo de la integración de mis dos pasiones: la psicoterapia y la equitación. Retomé la pasión de mi juventud y compré un caballo árabe, una montura usada, un viejo camión y un remolque, y comencé a cabalgar por los senderos. Pero, descubrí muy pronto que mi caballo necesitaba entrenamiento: no había estado fuera de un pastizal en sus seis años de vida, estaba siempre nervioso e inestable, entrando en pánico si se enfrentaba a un árbol movido por el viento o a caminar por el agua. Volviendo a las experiencias de mi niñez, decidí que lo entrenaría yo mismo. Después de todo, yo había cabalgado potros salvajes, entrenado a caballos con la cuerda, y había tenido media docena de caballos árabes y medio árabes antes de dejar esa vida cuando tenía 19 años. Después, durante el siguiente par de años, descubrí que entrenar caballos era una experiencia diferente a la que había tenido antes cuando era joven. Durante los siguientes siete u ocho años, me convertí en un estudiante y luego en entrenador de caballos profesional en una disciplina llamada “Equitación Natural”. Esto era en mi tiempo libre, ya que, en ese momento, como usted bien sabe, yo era Profesor a tiempo completo en la Universidad de California, Santa Bárbara. Fue durante aquella época cuando usted y yo nos conocimos. Fue también en ese tiempo en el que, a través de mi trabajo con los caballos, llegué a entender muchas cosas sobre la psicoterapia y las relaciones curativas. Aprendí que, a las personas, como a los caballos, no les importa cuánto sabes hasta que ellos saben cuánto les importas. Descubrí que la colaboración era un agente de cambio más eficaz que el control. También aprendí que son las consecuencias de un acto las que enseñan uno nuevo, que a menudo tienes que permitir a los animales/humanos cometer errores para cambiarlos, y que el castigo no siempre funciona tan bien como la recompensa. Por supuesto, yo “sabía” todas esas cosas: había estudiado esas ideas en la Universidad, las había practicado como psicoterapeuta, y se las había enseñado a otros estudiantes. Pero, había algo sobre la honestidad y la inmediatez de verlas en acción mientras entrenaba a los caballos, trabajaba con jinetes, y aplicaba el “sentido caballo” que había observado y desarrollado para negociar las relaciones humanas difíciles, que yo realmente hice que estos principios cobraran vida. Actualmente, en mi jubilación, además de consultar sobre la investigación en psicoterapia, supervisar a mis estudiantes de Doctorado, dirigir programas de investigación, y dar confe-

rencias, he establecido más firmemente la distancia entre mi rol como “jinete” y mi rol como “práctico basado en la ciencia”. Mi mujer y yo dirigimos un programa de terapia asistida ecuestre, usando ese foco tanto para la investigación como para la enseñanza de mis estudiantes de Doctorado. Nosotros trabajamos con mujeres que han sido objeto de violencia doméstica, y aprendemos mucho sobre cómo la identificación que ellas desarrollan con un caballo -que después de todo es una presa y una víctima perpetua-, puede producir curación y fortalecimiento. Esta es la respuesta corta a su pregunta.

*Sé que no le gusta presumir de ello, pero creo que es interesante para una presentación personal informar que usted está en el ranking de los cien mejores jinetes de monta libre en Estados Unidos de América. ¿Puede explicar a nuestros lectores, en qué consiste la monta libre y como alguien que dedica tantas horas a la investigación en psicoterapia tiene tiempo para poder estar en este ranking?*

Yo pienso que la pregunta más importante es cómo y quién hace tales rankings. Yo rechazo tal concesión, por mi parte, y me considero un estudiante perenne del caballo igual que lo soy de la persona (ninguno de nosotros somos suficientemente expertos). Hay muchos, muchos, que son mejores que yo tanto como psicoterapeuta como trabajando con un caballo en “libertad” como podemos llamarlo. Pero, aparte de la cuestión de la validez de la etiqueta que usted amablemente me ha dado, su pregunta es una cuestión importante para entender mi interés en conciliar mis intereses en el caballo y en la psicoterapia. La prueba de si uno tiene una relación con su caballo es ver qué puedes hacer cuando el caballo es libre para elegir su propio comportamiento. Esto es cuando el caballo no tiene restricciones sobre él/ella. No hay montura, no hay cabestro, no hay brida, solo tú y el caballo. Se dice que “Cuando la brida se quita, todo lo que queda es honestidad”. Lo que el caballo hace, es hecho porque sois pareja; él/ella elige hacerlo sin intimidación, amenaza, dolor o coerción. Mi mujer y yo nos conocimos en un rancho de hospedería de caballos en Santa Bárbara. Ella me buscó, me cuenta, cuando me vio el primer día que llegó allí y me vio montando mi caballo blanco Taj (usted lo conoció cuando estuvo en Santa Bárbara) sin nada sobre su cabeza o espalda, solo yo. Taj y yo estábamos galopando sobre las colinas y pistas periféricas con su melena volando y mi cabeza calva brillando al sol. Imagino que ella se quedó impresionada. Yo todavía monto, frecuentemente sin una brida y pidiéndole a mis caballos jóvenes que sigan mis instrucciones mientras saltamos, practicamos deslizantes paradas, rotamos en círculos rápidos, y perseguimos vacas. Estos días, sin embargo, post trasplante de riñón y con 74 años, mi equilibrio no es tan bueno como lo fue una vez, por lo que normalmente monto con una montura. Pero, trabajar en libertad también tiene lugar cuando el *cowboy* está parado en el suelo. Yo permanezco de

pie en mi arena de equitación, sin una cuerda u otros accesorios que me unan al caballo, y le pido ponerse de pie en un pedestal, realizar la figura del ocho alrededor de dos barriles, zigzaguear los obstáculos, repasar los saltos, y sentarse en mi regazo. Él hace todo menos sentarse en mi regazo, todo en nombre de la relación. Yo pienso a menudo que, si nosotros los psicoterapeutas pudiéramos aprender cómo desarrollar este tipo de confianza cooperativa con nuestros pacientes, podríamos mejorar realmente nuestros resultados psicoterapéuticos. ¿Estamos demasiado preocupados en su resistencia, nuestra actuación, y en establecer el control, como para permitir que ocurra una colaboración tan intensa? Me pregunto. Lo que yo conozco más sobre los caballos y que se traslada a la psicoterapia es “la resistencia no es un problema del paciente, sino un fracaso del terapeuta en proporcionar un ambiente lo suficientemente seguro”. Hay pocos caballos o pacientes cuya resistencia sea un rasgo que llevan con ellos mismos. La resistencia no ocurre en el vacío, ocurre porque terapeutas y entrenadores, respectivamente, no conocen cómo proporcionar un ambiente lo suficientemente seguro.

*En una ocasión, le escuché en una magnífica conferencia cómo los animales se diferencian en sus conductas de defensa y de autoprotección, ponía el ejemplo de los animales depredadores como el león (carnívoros) y de los depredados como los caballos (herbívoros). Estos patrones diferenciados de conducta fueron el origen de su modelo de selección diferencial del tratamiento psicológico para cada paciente, explíquenos brevemente como estos patrones de conducta animal dieron origen a su modelo de tratamiento.*

Déjeme hacer una matización a sus suposiciones: estas diferencias entre los animales que yo (y otros) hemos descrito, no me llevaron a desarrollar mis ideas de la selección diferencial del tratamiento, sino que proporcionaron una metáfora que me ayudó a describir cómo funcionan los principios que uso en psicoterapia. Yo he llegado a creer que muchos de los mismos principios que funcionan con el pensamiento de los animales, también caracterizan a las personas. Mi mujer, una devota defensora de los derechos de los animales, me enseñó que los animales tienen sentimientos, no son simples máquinas de estímulo-respuesta. Y, cuando les doy problemas para resolver, los puedo ver en ellos cognitivamente. En el mundo animal, la diferencia entre el depredador y la presa es muy importante. Los humanos son depredadores por naturaleza y, como tal, son los enemigos potenciales de la mayoría de los animales y son propensos a ser destructivos entre ellos también. Nuestras conductas depredadoras son tan naturales para nosotros como lo son para los leones, tigres y otros animales que comen carne. Pero la mayoría de los animales, son asignados a sus roles de depredadores o presas por su biología y no pueden desviarse totalmente de ella.

Nosotros los humanos, sin embargo, podemos superar nuestros roles asignados por conocimiento y voluntad. Muchas personas fracasan al tomar esa selección, manteniendo una vida como depredadores. Ellos siguen siendo enemigos de los animales, los humanos, e incluso del medio ambiente. La presa de estas personas depredadoras puede llegar a estar atrapada en el “victimismo”, y las personas depredadoras, por ellas mismas, pueden volverse adictas al poder, al dinero y al control, que es la insignia de su naturaleza depredadora. Pero, como nosotros aprendimos con nuestros grupos de mujeres victimizadas que participan en nuestro Programa de Equinoterapia, las víctimas pueden convertirse en “supervivientes”. Lo hacen cuando son refortalecidas y pueden resistir la compulsión que a menudo les hace retroceder a la victimización de sus maridos/parejas. Ellas pueden posicionarse, presentar denuncias contra jefes acosadores y órdenes de alejamiento contra las parejas. Pueden fortalecerse a sí mismas con educación y conocimiento. Incluso los depredadores pueden, a pesar de que rara vez lo hacen, abandonar su ansia por el poder y el control, y encontrar placer en la igualdad. Esto es paralelo a lo que usted dice. Depredadores y víctimas requieren diferentes enfoques, buscan diferentes fines, tienen diferentes refuerzos, y responden a diferentes estilos de terapia. Esto es solo una pieza del modelo de tratamiento Selección Sistemática de Tratamiento (*Systematic Treatment Selection, STS*) que yo he propuesto. Lo he desarrollado principalmente como una respuesta de base no teórica sino científica a la Torre de Babel que nuestra ansia por las teorías del cambio nos ha dado.

*En el Congreso nos explicará su modelo. Díganos brevemente en qué consiste y qué ventajas tiene sobre otras estrategias de selección de tratamientos psicológicos.*

La “Selección Sistemática del Tratamiento” (STS, por sus siglas en inglés) es un medio de aplicar el conocimiento científico que se ha acumulado en el proceso de cambio a la practicabilidad de adaptar los tratamientos para cada paciente individual. Sus mayores ventajas son que es transversal, minimiza el papel de la teoría no respaldada y es práctico. Nosotros observamos los estilos y subestilos, aun acumulándose de psicoterapias para las diferentes condiciones, y encontramos que estas listas están ampliamente en contradicción con la ahora abrumadora evidencia de que “todos [los estilos] han ganado y deben ser premiados”. Nosotros somos diferentes a la mayoría de los investigadores/profesionales orientados científicamente porque creemos lo que la buena investigación nos cuenta. Digamos que (1) entre los más de 1.000 estilos de psicoterapia, hay pocos tratamientos (si hay alguno) cuyos efectos sean para un diagnóstico específico; (2) la mayoría de las psicoterapias basadas en la evidencia producen resultados similares y casi equivalentes; (3) hay numerosos factores del terapeuta y del paciente (no relacionados con el diagnóstico) que

contribuyen más al cambio que el estilo de psicoterapia practicado o el diagnóstico del paciente que lo recibe; (4) los factores relacionales y contextuales son probablemente más importantes que el “tratamiento” para que se efectúe el cambio; y (5) los métodos de investigación que actualmente predominan entre los investigadores basados en la evidencia están diseñados para minimizar o ignorar la importancia de estos factores del terapeuta, paciente, relaciones y contexto, en el cambio. Ellos se basan solo en las “intervenciones” (entre lo menos importante de los muchos contribuidores al cambio). STS es un medio de crear un tratamiento individualizado, transversal y empíricamente impulsado para cada paciente, más que para aquellos vinculados a un tipo de diagnóstico. Este plan de tratamiento individualizado puede ser aplicado sistemática o prescriptivamente por terapeutas con muchos puntos de vista diferentes, que pueden entrenarse muy fácilmente para integrar los principios de la STS en sus enfoques impulsados por la teoría.

*Cuando enseñamos a los estudiantes de Grado y Posgrado, les solemos decir que hay distintas estrategias para seleccionar un tratamiento: la técnica más eficaz, la más efectiva, la más eficiente, el análisis funcional, la selección diferencial del tratamiento, la técnica de la conducta clave, etc. Centrémonos en esta última, se dice que esta consiste en que si cambiamos una conducta clave (llave), que tiene una alta relación con la conducta problema se consigue eliminar el problema. ¿Realmente esto ocurre en la realidad?*

Déjeme ampliar e integrar esta perspectiva, si me permite. No, yo no creo que el problema sea como bloques apilados en un parque infantil. No extraiga el de abajo para encontrar que todos los demás se han desmoronado. Pero, yo creo que el esfuerzo para identificar un comportamiento problemático “clave” con el fin de afectar a una cadena de problemas es lógicamente el mismo que el esfuerzo por definir un “Tema Central Conflictivo” que guíe entonces el foco del tratamiento. Bajo diversos títulos, de psicodinámicos a cognitivos, estos enfoques comparten la esperanza de que los conflictos o comportamientos relacionados tienden a generalizarse. Es una idea persuasiva y, sin duda, la interconexión de la conducta sintomática, el hecho de que hay pocos trastornos sintomáticamente “puros”, predispone un cambio en un grupo de síntomas para efectuarse en otros grupos y síntomas relacionados. De esta forma, por ejemplo, cambiando el abuso de sustancias de un paciente se cambia también la depresión, el funcionamiento familiar de otro, etc. Asimismo, al cambio de un tema central de dependencia emocional o de un grupo clave de síntomas pueden seguirle cambios en la asertividad, la satisfacción marital (al menos para uno de los cónyuges) y la autoestima. Recuerdo a una paciente anoréxica grave de 27 años con la que trabajé durante tres años, y la que “se curó de anorexia” una

semana después de que su “codependiente” marido la dejara. Mi comprensión de esta investigación, la cual puede no ser completamente actual, me lleva a instar alguna flexibilidad y a evitar la suposición de que los patrones observados operan igual para todos los pacientes. En el sistema STS, nuestra evidencia demuestra que los pacientes que adoptan un estilo de afrontamiento interpersonal focalizado internamente se benefician bastante de una orientación de la terapia que identifica los temas claves y dirige el objetivo terapéutico a resolver los temas interpersonales negativos y los grupos de síntomas asociados. Sin embargo, los pacientes que tienden a ser más externalizantes en sus formas típicas de negociar el conflicto y el cambio a menudo hacen un mal uso de este tipo de terapia y responden mejor a una que encaje con su propia orientación y disposición a la acción. La reducción de los objetivos del cambio a los grupos de síntomas más que a los temas, y la asociación de estos síntomas con la dirección de un cambio con consecuencias patentes, es una opción de tratamiento más compatible. Así que, sí, tengo esperanza en estas estrategias que confían en la generalización del cambio desde algunas a muchas conductas, pero también soy escéptico de que todos los pacientes vayan a estar preparados para responder a este enfoque al mismo nivel. Necesitamos identificar y desarrollar medidas que nos permitan utilizar diferentes posturas y perspectivas terapéuticas para facilitar los patrones individuales de cambio.

*En las últimas décadas la selección de las terapias en función de la validez empírica está tomando cada vez más importancia, lo cual sin duda es positivo, pero la proliferación de agencias e instituciones que evalúan la validez empírica de los tratamientos (NICE, APA, agencias nacionales,...), es cada vez mayor, y esto es un problema para los clínicos profesionales, pues dependiendo de qué catálogo revisen, encontrarán listados distintos tratamientos y también que algunos tratamientos tienen apoyo empírico en un listado y no en otro. ¿Qué opina de esto y qué solución podría tener?*

Actualmente hay más de 200 terapias apoyadas empíricamente, cada una de las cuales está enumerada en al menos una de las muchas “listas”. ¿Por qué supone que hay esta proliferación de modelos “científicos” y de listas? Su número va sin duda más allá de la capacidad de cualquier terapeuta para aprender. Cualquiera de estas terapias va a requerir que un terapeuta aprenda y practique durante varios años, y una proporción considerable de terapeutas con experiencia no van a poder llegar a ser lo suficientemente dóciles para ser usados en un ensayo clínico. ¿Habría tantos fracasos y tanta dificultad en mantener la adherencia si el terapeuta estuviese produciendo resultados notablemente mejores? Yo creo que no. Creo que necesitamos enfrentar el hecho de que hemos fracasado en encontrar la mejora de la eficacia y la efectividad

prometida, y aceptar la realidad de que otro ensayo clínico no va a resolver el problema. Si fuéramos capaces de ver efectos significativos a nivel clínico, ¿no esperaríamos ver un número relativamente pequeño de tratamientos específicos para las específicas condiciones diagnósticas emergentes? Creo que el proceso de identificar tratamientos válidos empíricamente está fuera de control, porque este movimiento ha reducido el foco de lo que se define como “psicoterapia” a un punto en el que se ignoran las variables realmente importantes. Y, al mismo tiempo, han ampliado el número de “trastornos” a los que se dirigen los tratamientos. El resultado es un caos. En la búsqueda de un tratamiento “puro” para un grupo igualmente “puro” de pacientes, han ocurrido dos cosas contraproducentes: (1) los factores del terapeuta, no las características diagnósticas de los pacientes, y las variables del contexto del tratamiento se han ignorado o controlado como fuentes de “error”, más que ser aceptadas como partes importantes del proceso de terapia; y (2) se ha desarrollado una “idolatría metodológica” en torno al uso de Ensayos Clínicos Aleatorios que ahora relega a aquellos que se atreven a usar otras metodologías a la categoría de “no científicos” o “pseudocientíficos”. Poner restricciones arbitrarias y, a priori, sobre lo que se puede estudiar dentro del dominio de la ciencia psicológica, y luego tomar igualmente otra decisión a priori de que solo un tipo de diseño de investigación va a cumplir el “Estándar de Excelencia” que sirve como un punto de partida para la aceptación de los pares, sería peligroso para cualquier ciencia. No menos para nosotros. Creo que nos beneficiaría redefinir lo que entendemos por “psicoterapia” para tener más en cuenta (no menos) el contexto, los factores del participante y las relaciones útiles. La psicoterapia, a mi juicio, no debe ser sólo un conjunto de intervenciones y un manual para guiar su aplicación, sino que debe incluir orientación para llevar al terapeuta a encontrar formas creativas de salir de la mentalidad de oficina con objeto de modificar los ambientes patogénicos, dirigir al cambio de los contribuyentes no aleatorios, e incorporar una multitud de relaciones de calidad (también no aleatorizadas) que permitan al paciente aprender “equitación en libertad”, si se quiere, y ampliar nuestro rango de influencia a las barreras ambientales y sociopolíticas que amenazan con limitar nuestro poder para el bien. Pero, hacer esto, requiere que usemos múltiples métodos de investigación para abordar múltiples variables (muchas de las cuales no pueden ser asignadas aleatoriamente), y que lleguemos a ser más como los astrofísicos que como los químicos. No hay ventaja en ser “verdaderos científicos” si al hacerlo ignoramos los factores que mejoran la capacidad del paciente para cambiar.

*Me gustaría conocer su opinión sobre el método de formación de algunas nuevas terapias aparecidas en las últimas décadas. Por ejemplo, en el caso de EDMR, ACT, Mindfulness, Coaching, ... La formación se hace en escuelas de cada técnica, donde los más veteranos van formando a los*

*que se inician, dando certificados que acreditan su formación y, en la mayoría de los casos, al margen de la formación formal en las universidades. En cierto modo es algo similar a como se forman los psicoanalistas. ¿Cuál es su opinión sobre este tipo de formación?*

Hace algunos años, un estudiante y yo escribimos un artículo titulado “La Teoría de los Gérmenes de la Educación”. En ese artículo, lamentábamos que la formación de Grado y Postgrado, especialmente la formación especializada, parecía adherirse a la opinión de que, si estás expuesto a una habilidad particular por un período de tiempo limitado, la vas a “agarrar” como un resfriado. Es fácil formar un currículum y exigir a los estudiantes que asistan a tantas sesiones, trimestres, semestres, o años, sentados a los pies de un gurú, tras lo cual recibirán un certificado que les permite cobrar más por sus servicios y les hace sentirse orgullosos de sí mismos, pero que no produce ningún cambio en la eficacia. Tales gremios, sin embargo, tienen algunos defectos fatales, de los cuales no menos importante es el fracaso de requerir que uno haga mejor a las personas después de dicha exposición. No sólo es importante mostrar que tus estudiantes han recibido la exposición avanzada o especializada de tu visión de las cosas para ser un miembro de tu gremio, o que ellos veneran al maestro, sino que tienen la responsabilidad de demostrar que al hacerlo, los estudiantes se han vuelto más útiles e impactantes en su trabajo terapéutico. Como voy a describir en mi presentación del Congreso, estamos analizando actualmente si los supervisores de psicoterapia que son formados y monitoreados para garantizar que enseñen la aplicación de los principios de la STS que anticipan la conducta del paciente, se vuelven así más eficaces que los supervisores que revisan las conductas momento a momento después de que hayan ocurrido, y proporcionan orientación post-hoc. Hemos obtenido resultados iniciales prometedores que confirman que los pacientes que son asignados a estudiantes graduados que, a su vez, han sido o están siendo formados específicamente en el uso de los principios de la STS, realmente mejoran más que aquellos cuyos estudiantes terapeutas reciben la supervisión habitual y normal. Siendo anticuado cuando reitero mi creencia, extraída de terapeutas de conducta previos, que la educación basada en competencias debería ser la naturaleza usual, y no la inusual, de la formación de Grado. Y, esto incluye el requerir que los estudiantes sean capaces de producir realmente un resultado beneficioso en los pacientes.

*Cada vez hay más psicólogos clínicos que buscan en las neurociencias un aval de garantía científica para las terapias psicológicas, y, al mismo tiempo, también proliferan los detractores de la necesidad del apoyo de las neurociencias para la terapia. ¿Cuál es su opinión sobre esto, es una moda o realmente es un sello de garantía el aval neurocientífico?*

Por mucho que hayamos repudiado el modelo médico en el curso de nuestra historia como una profesión de ayuda, a la mayoría de nosotros secretamente nos gustaría poder creer que estamos tratando “enfermedades reales” con “tratamientos reales”. El término “real”, en este contexto, se define normalmente como médicamente creíble. De ahí el aceptar como nuestro estándar de oro en investigación una metodología que tuvo su origen en la bioquímica, el diseño ECA. Usando este diseño de mal ajuste para psicoterapia, muchos tienen la esperanza de que vamos a encontrar finalmente el gen estropeado y la píldora terapéutica mágica. A este residual de las largas batallas con la Psiquiatría y la Medicina se le suman los desarrollos fascinantes que surgen de la Neurociencia y la Ciencia Cognitiva. Estos hallazgos son fascinantes, pero en mi opinión son a menudo una distracción, al menos en esta etapa de nuestro conocimiento. La mayoría de las acciones y reacciones neuroquímicas que son tan fascinantes prueban solo que algo está funcionando, ese algo es más a menudo una correlación que una causa probada de conducta. Podemos ayudar a las personas sin asumir la causalidad biológica. Decir que incluso me parece radical, en esta época en la que todas las cosas se están vinculando a factores que son vistos o inferidos a través de un microscopio de electrones. Paradójicamente, al mismo tiempo, reconozco que es útil descubrir que algunos tipos de palabras empáticas provocan acción en los centros cerebrales asociados con los sentimientos positivos y la motivación. Podemos usar ese conocimiento directamente en psicoterapia, e incluso sería útil disponer de un enlace directo para activar la región neurológica afectada. Pero, igualmente importante, es bueno saber que, incluso usando medidas crudas de empatía, no podemos evocar macrocambios en los sentimientos del paciente, la toma de decisiones y los síntomas. No todos necesitamos tener todo el conocimiento, y es prudente evaluar la información y las nuevas tecnologías cuidadosamente para evitar la trampa de desarrollar o adherirse a otra idolatría metodológica.

*Y hablando de modas, tenemos actualmente el coaching psicológico, que en algunos países está creciendo de manera sorprendente, creándose asociaciones, congresos, ... ¿Realmente cree que hay algo nuevo en este movimiento, o no es más que un nombre de moda para lo que siempre fue el consejo y asesoramiento psicológico?*

Las mejores estimaciones que he podido extraer de la investigación disponible, es que, a cerca del 70% de los pacientes que buscan tratamiento les ayudará una relación cariñosa con una persona interesante. Sólo alrededor del 30% de las personas necesitan realmente las técnicas especializadas que hemos desarrollado. Creo que hay sitio para los cuidadores cariñosos que son personas interesantes. El problema, como yo lo veo, es que tales personas quieren casi inevitablemente ser más que eso. Quieren especializarse y ser expertos. Así

es como hemos conseguido ser profesores, terapeutas, etc. Hay un paralelismo aquí en el sistema sanitario de Estados Unidos de América. Ya sabe, estoy seguro, que finalmente, en 2010, conseguimos desarrollar un programa de atención sanitaria nacional, pero hemos encontrado que es ineficiente porque tenemos demasiados especialistas y demasiados pocos médicos generales de los que necesitamos. Del mismo modo, en psicoterapia, la mayoría de nuestros pacientes no necesitan probablemente el grado de experiencia que tenemos a nuestro alcance. Debemos aprender a reconocer cuando una relación será suficiente y cuando será necesaria una mayor experiencia. Y, necesitamos asegurarnos de que esta información se haga pública y sea transmitida específicamente a los pacientes para que puedan tomar sus propias decisiones. Por lo tanto, no creo que el problema sea que los coaches no son eficaces, creo que el problema es que no tenemos una forma de diferenciar a los pacientes que no necesitan más de lo que los coaches proporcionan y nada menos de lo que nosotros podemos proporcionar. Esto requiere cierta regulación de la psicoterapia que raramente ocurre actualmente. En ausencia de tal regulación, necesitamos hacer un mejor trabajo de monitoreo de nosotros mismos y de educar al público.

*La terapia asistida con animales es otra estrategia de tratamiento que está creciendo en los últimos años. Se practica con delfines, perros, pájaros, gatos, caballos, etc. ¿Cuál es su opinión sobre esto?*

Como el propio término “psicoterapia”, el término “psicoterapia asistida con animales” no es una cosa simple o uniforme. Hay cuatro modelos principales solo en la terapia asistida ecuestre. De diversas formas, algunos trabajos tienen como objetivo promover conocimiento, otros enfoques tienen como objetivo desarrollar habilidades de afrontamiento, y otros tienen como objetivo estimular el uso de músculos dañados y recaptar vías neurológicas. Independientemente del tipo, la investigación es muy pobre sobre todos los tipos de tratamiento asistidos con animales. La mayoría de la “investigación” está constituida por estudios de caso no sistemáticos e informes de clientes previos. Estudios cuasiexperimentales y experimentales reales se han llevado a cabo solo sobre unas pocas de las aplicaciones que se ofrecen actualmente. La investigación es mejor sobre los perros terapéuticos y sobre el uso de la equino terapia con niños que tienen discapacidades del desarrollo. Kazdin ha concluido que las terapias asistidas con mascotas de estos tipos están cualificadas para ser denominadas como “apoyadas empíricamente”. Pero, yo creo que la verdadera cuestión no es simplemente si una o más de estas terapias producen cambios notables. Creo que hay una cuestión adicional que debe aplicarse aquí. Concretamente, ¿es esta forma de terapia asistida con animales gradualmente válida como tratamiento? En otras palabras, ¿produce un cambio lo suficientemente grande como para justificar su uso en lugar de un tratamiento menos costoso? Animales terapéuticos como los pájaros,

los gatos, e incluso los perros, están disponibles fácilmente, no cuestan mucho de mantener, y son prácticos, quizás la cuestión de si ayuda más que una condición de control o sin tratamiento es suficiente en estos casos. Pero, en el caso de usar animales exóticos como asistentes terapeutas, incluyendo a los caballos, la cuestión económica debe considerarse cuidadosamente. Necesitamos mantener por lo menos cinco caballos entrenados para nuestro propio programa. Los caballos requieren alimentación y entrenamiento constante para ser valiosos para el programa. Hay también facturas del veterinario, herraduras, suplementos nutricionales, los cuales deben suministrarse todos, tanto si el programa los pone en acción una vez al año como dos veces al día. Hay varias cosas con las que hemos quedado impresionados en nuestra propia experiencia con la equino terapia. Está claro que: (1) las personas son ayudadas, pero no uniformemente por la terapia asistida ecuestre; (2) las impresiones subjetivas de los pacientes sobre sus mejoras en esta terapia son muy superiores a las estimaciones basadas en las medidas de resultado estandarizadas; (3) la magnitud del cambio objetivo no es apreciablemente más grande que el obtenido con una buena psicoterapia convencional; y (4) en el método habitual de administración grupal, hay muy poco margen para adaptar la intervención a cada paciente como nos gustaría hacer idealmente al aplicar una intervención STS individual. Hemos tenido personas que etiquetan su trabajo con nosotros como un “cambio de vida” y han persistido haciendo muchas ganancias después de la terapia, pero estos cambios no se capturan con el sistema de evaluación STS/*innerlife* que monitorea el cambio o con el OQ-45 que también usamos para evaluar el cambio. Llegamos a la conclusión de que (1) la equino terapia no es para todo el mundo que la quiera; (2) si la usamos necesitamos desarrollar y usar medidas que incorporen la experiencia subjetiva del paciente, así como también el cambio de los síntomas; (3) debemos encontrar también formas de reducir el coste de mantener a los animales para este uso; y (4) a menos que haya casos específicos de individuos intransigentes cuyo cuidado sea apoyado por métodos no probados, es arriesgado “vender” estas terapias a pacientes sin una divulgación completa. Con total sinceridad, no podría justificar mi uso de la terapia asistida ecuestre si no fuera porque es una beca de investigación, más que pacientes individuales, la que se hace cargo del coste.

*Al principio de la entrevista le preguntaba cómo influyó su profesión de cowboy sobre la Psicología. Ahora le pregunto en el otro sentido. Sé que practica un método muy poco convencional para domar los caballos. Yo he visto personalmente cómo aplica la desensibilización sistemática para domar caballos, difíciles por su edad y resistentes a la doma clásica, y con resultados espectaculares en muy pocas sesiones. ¿Cómo se le ocurrió aplicar esta técnica y qué ventajas tiene sobre la doma tradicional?*

La originalidad de mi enfoque, como usted lo identifica, es que usa principios básicos de Psicología Conductual, expresados en una terminología más interesante, para cambiar la conducta del caballo. En el entrenamiento de caballos convencional, incluyendo la doma clásica tradicional centrada en el control y la intimidación, el caballo es sometido y vencido, y la conducta no deseada es castigada hasta que el caballo se rinde y se somete. La buena noticia es que mi forma de entrenamiento (lo que se llama “equitación natural”), ya no es “inusual”. Se está generalizando en la mayoría de las comunidades de entrenamiento de caballos, incluso en la doma clásica. Por tanto, mucho más hoy que hace diez o veinte años, el foco del entrenamiento se está centrando en estrategias conductuales simples como la conformación, la evitación, el entrenamiento, el refuerzo positivo y la saciedad. Aunque, como se conoce, estos términos no se usan, sustituyéndose por términos más compatibles y comprensibles. Así, escuchamos advertencias como “recompensa el mínimo intento” (conformación), “la liberación de la presión” (entrenamiento de la evitación), “los caballos siguen a la zanahoria” (uso del refuerzo positivo), “conduce al caballo hasta que busque un cambio” (entrenamiento de la saciedad), para describir estas diversas técnicas. Las ventajas del enfoque natural en comparación con cualquier régimen de entrenamiento de caballos tradicional son: (1) los enfoques naturales reducen la resistencia del caballo mediante señales de relación positivas que son familiares para el caballo, (2) los enfoques naturales reducen la oposición y la lucha reduciendo las acciones depredadoras del entrenador, (3) los enfoques naturales reducen el tiempo de entrenamiento aprovechando la curiosidad natural del caballo y su deseo de ser un líder, y (4) los enfoques naturales se centran en establecer al entrenador como fuente de seguridad y confort para aumentar su poder reforzador. Por tanto, para ser breve, todas las ventajas están plasmadas en el objetivo de reducir el conflicto y aplicar refuerzos sistemáticos (tanto positivos como negativos) en ausencia del castigo, para la tarea de desarrollar una relación a través de la cual uno enseñe habilidades. Todo esto es Psicología Básica.

*Como es bien sabido, actualmente existe una fuerte crítica de miles de psicólogos y psiquiatras sobre el DSM-5. Supongo que se sentirá reconocido con el paso del tiempo, pues fue usted un pionero, hace ya varias décadas, en las críticas al sistema DSM y a su aplicación en la Psicología Clínica. ¿Cuál es su opinión actual sobre esto?*

Veo poco en el DSM-5 que proporcione una “cura” para los problemas que se le han atribuido a los DSM previos. Las excepciones a esta conclusión son: (1) la introducción de un espectro de trastornos derivados parcialmente de la necesidad de etiquetas categóricas para cosas que existen como un continuo; y (2) el esfuerzo por aclarar algo de la sobre inclusión de los trastornos del Eje II. Estoy seguro de que hay otros cambios positivos, pero en general, el DSM-5 continúa

la marcha hacia la medicalización de todas las conductas como “verdaderas” enfermedades, lo que encuentro contraproducente, erróneo y engañoso. Como ya sabe, la American Psychological Association (APA) ha dado un paso hacia la CIE-11 a medida que aparece, basado en gran parte en su punto de vista funcional y en las contribuciones hechas por muchos psicólogos. Creo que es un buen paso, pero mantengo la ilusión de que las agrupaciones diagnósticas fueron diseñadas para tener más relevancia en las decisiones de tratamiento.

*Hace algunos años, usted escribió el libro “Estoy loco o lo está mi terapeuta”, libro que ha tenido un gran éxito en los países anglosajones. Díganos, ¿qué mensaje pretendía transmitir con este libro?*

En pocas palabras, mis coautores y yo buscábamos subrayar la necesidad de una fundamentación empírica, más que simplemente racional, de práctica. Yo consideraba entonces, y sólo mínimamente menos de lo que ahora, que las tendencias de los clínicos a sobrepatologizar la conducta del paciente, a valorar la psicoterapia eterna y a confiar en la autoridad más que en la evidencia como las bases del tratamiento, era egoísta, peligroso y degradante para los pacientes y para los propios clínicos.

*Cambiando de tema, usted no solo es un famoso investigador en psicoterapia, sino que también tiene una amplia experiencia en publicaciones científicas, de hecho, fue el editor de la revista más importante de Psicología Clínica, el Journal of Consulting and Clinical Psychology, por tanto, conoce muy bien el mundo editorial. Como sabemos, cada vez los investigadores tienen más presión para publicar, de ahí el ya clásico dicho “publicas o perezes”. Esto ha llevado a que cada vez es mayor el número de investigadores que manipulan o falsifican datos para facilitar la publicación de artículos. De hecho, ya hay iniciativas de algunas revistas como Perspectives on Psychological Science que promueven la replicación de investigaciones. ¿Qué opina sobre esto y cómo se podría cambiar esta tendencia a publicar más “sea como sea”?*

Todas las tendencias que ha descrito -y a las que añadiré la proliferación de revistas “con ánimo de lucro” que publican artículos de cualquier calidad por un precio-, aumentan porque hemos estado dispuestos como un grupo de científicos, tanto a definir la calidad como a valorarla cuando se toman decisiones sobre tenencia, promoción y avance profesional. Yo apoyo la necesidad de la replicación y aplaudo a cualquier editor que dedique espacio en la revista para este tipo de investigación. Pero, también abogo por hacer replications de una forma que aumente el cúmulo de conocimientos. Concretamente, quiero decir que la replicación de un estudio no necesita ser simplemente una copia perfec-

ta de uno anterior, sino que puede introducir algunos cambios metodológicos selectivos y adiciones que prometan no sólo la validación cruzada de los hallazgos previos, sino también que van a dirigir nuestra búsqueda de conocimiento sobre el tema hacia direcciones prometedoras. Por ejemplo, uno no necesita simplemente demostrar una vez más que una relación de colaboración provoca el cambio, sino que puede incluir una observación estructurada sobre las condiciones precipitantes que mejoran la relación de tal forma que arroje luz sobre cómo se desarrolla tal relación. Como campo, necesitamos establecer jerarquías de lo que constituye la buena investigación, incluyendo dar valor a los diseños de investigación programáticos convergentes y fomentar una mayor expansión de los métodos estadísticos, como la construcción de modelos. Podemos fomentar acciones que apoyen estos objetivos por parte de las organizaciones principales, tanto dentro de diversos países como internacionalmente. A nosotros, en Estados Unidos de América, nos vendría bien iniciar una discusión dentro del gobierno de la APA para cambiar la tendencia actual de ampliar nuestro grupo de revistas de la APA, incluso hasta el punto de mantener un menor número de revistas de mayor calidad. Se debe reconocer, sin embargo, que tales sugerencias deben confrontar la disparidad entre estos objetivos orientados a la calidad y las recompensas financieras que atienden a la cantidad por encima de la calidad en las editoriales. De ahí que necesitemos reforzar el argumento para los estándares presionando a las instituciones académicas a establecer y articular estándares inclusivos de investigación dentro de las disciplinas principales, por los que se regirán la promoción, la tenacidad y las contrataciones.

*Por último, usted ha venido varias veces a España y colaboró con personas e instituciones como, por ejemplo, en un Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos, por tanto, conoce bastante nuestra situación y, por ello, me gustaría conocer su opinión sobre la Psicología Clínica en nuestro país.*

Debe recordar, mientras intento responder a esta interesante pregunta, que debido a problemas de salud, a mi jubilación en 2002 y de nuevo en 2013, sin mencionar una gran carga de trabajo continua, no he visitado España durante varios años. Mis impresiones pueden estar anticuadas u obsoletas. Sin embargo, siempre me han impresionado los investigadores españoles por dos razones básicas: (1) extraen con frecuencia conocimientos de sus esfuerzos por investigar alrededor del mundo incluyendo Estados Unidos de América, y (2) han aprendido a no aceptar ciegamente los hallazgos de la investigación, tienen todavía el poder del pensamiento crítico. Como resultado, y en gran parte debido a la proximidad de muchas culturas diferentes en Europa, los investigadores españoles (y creo que otros del Mediterráneo) han sido ecuménicos no defensivos. Ustedes comparten conocimiento, colaboran con compañeros y desarrollan comunidades de académicos que se extienden más allá de las paredes de las

universidades y las clínicas. Los programas de investigación colaborativa y los programas de intercambio académicos son frecuentes y fomentan el intercambio de ideas. La longevidad de algunos de estos programas de investigación relevante y de colaboración parece superar con creces a los de Estados Unidos de América, los cuales parecen representar intereses más transitorios, a veces rozando una lluvia de ideas. Admiro su trabajo y su interés en la terapia cognitivo/conductual, por los cuales siempre ha permanecido abierto a la aportación e influencia de personas como yo, cuyas ideas no son siempre congruentes con las opiniones tradicionales. Creo que la diversidad de opiniones representadas por los conferenciantes en este Congreso, son un buen ejemplo que apoya mi tesis de compartir de forma no defensiva ideas y puntos de vista.

# TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS BASADOS EN LA EVIDENCIA

*Michael Kyrios*



Michael Kyrios es Catedrático de Psicología Clínica en la Flinders University (Australia). Fue presidente de la Australian Psychological Society.

*\*Actualmente es usted el director de la Escuela de Investigación en Psicología de la Australian National University. ¿Podría comentarnos su opinión acerca de la situación de la investigación en Psicología en su país? ¿Cree que es una disciplina suficientemente impulsada y promovida por las organizaciones estatales?*

A pesar de ser un país pequeño, en términos de población, la investigación psicológica en Australia ha tenido un gran impacto. El Ranking Mundial de Universidades QS por disciplinas del 2015 (*2015 QS World University Rankings by Subject*) seleccionó seis universidades, de los 30 mejores Departamentos de Psicología del mundo, entre las que se encuentra la *Australian National University* gracias a su impacto histórico, particularmente en las áreas de Psicología Social y Cognitiva. A pesar de esto, es evidente que aunque la investigación psicológica australiana tiene puntos fuertes, también tiene otras áreas que requieren un mayor crecimiento. Según un informe de 2013 publicado por el *Australian Chief Scientist*, algunos campos de la Psicología australiana tienen unas tasas de citación, por debajo de la media europea, como por ejemplo Neurociencias, Psicología Experimental y Psicología Cognitiva. Sin embargo, la Psicología

---

\* Esta entrevista fue realizada por la Redacción de Infocop y publicada originalmente en *Infocop Online*.

Para referenciar este capítulo: Kyrios, M. (2023). Tratamientos psicológicos basados en la evidencia. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Psicología Clínica: perspectiva internacional* (pp. 191-197). Dykinson. <https://www.dykinson.com/libros/psicologia-clinica-perspectiva-internacional/9788411707534/>

Aplicada, la Psicología Clínica, la Psicología Educativa y la Psicología Evolutiva estaban por encima de la media europea. Con respecto a la financiación de la investigación, a nivel nacional, las dos principales fuentes de financiación son el *Australian Research Council* y el *National Health and Medical Research Council*. A pesar de que hubo unos años de aumento de la financiación por parte del Gobierno, especialmente en salud y ciencias médicas, la financiación de la investigación está en decadencia en todos los ámbitos. Según los datos de 2011, que es el último año del que tenemos datos disponibles, el gasto del Gobierno de Australia para investigación y desarrollo, representaron el 0,478% del Producto Interior Bruto (PIB). Esta cifra es inferior a la de Reino Unido (0,586%), Japón (0,774%), Alemania (0,910%), Estados Unidos de América (0,929%) o Corea (1,056%). Según las últimas cifras comparativas de la OCDE, Australia se encuentra en el puesto 18 de 20 países. Según los presupuestos 2014-2015 del Gobierno australiano, se estima que el gasto en investigación y desarrollo será el 0,56% del PIB. Las universidades están recurriendo a otras fuentes de financiación para la investigación como son la financiación de empresas, la filantropía y otras fuentes del Estado. A diferencia de Estados Unidos de América, Australia no ha tenido una tradición de financiación filantrópica, ni de colaboración con las empresas. La gran fuerza de la investigación psicológica en Australia se encuentra no sólo en nuestro personal académico y colaboradores, sino también en nuestros graduados, estudiantes de Máster y doctorandos, que llevan a cabo el grueso de las investigaciones bajo la supervisión del personal académico y cuya investigación se sostiene por la Universidad y el sistema de formación en Psicología. Sin embargo, nuestro Sistema de Educación Terciaria actualmente tiene una financiación insuficiente por lo que los gobiernos están examinando diferentes opciones para que sea más sostenible.

*Parte de su investigación se ha centrado en la búsqueda de nuevos tratamientos eficaces para el Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), con el fin de mejorar las tasas de recuperación. ¿Podría contarnos, en líneas generales, en qué han consistido estos trabajos?*

Desde el principio, nuestros objetivos de investigación se centraron en la comprensión de los factores cognitivos que influyen en el desarrollo y el mantenimiento del TOC y sus síntomas, con el objetivo final de desarrollar intervenciones dirigidas a esos factores cognitivos. A pesar de que los tratamientos conductuales como la exposición con prevención de respuesta (EPR) han demostrado excelentes resultados, observamos las inmensas dificultades de algunos clientes para llevar a cabo la EPR, la gran proporción de abandonos del tratamiento, la falta de respuesta de algunas personas y el excesivo número de recaídas. También éramos conscientes de que hay “mejores” y “peores” formas de motivar a las personas en su implicación en la EPR o en ayudarles

a cambiar la forma de gestionar sus obsesiones. La mayor parte de las estrategias exitosas incluían un componente cognitivo e interpersonal significativo. Así, nos propusimos entender estos componentes cognitivos e interpersonales e incorporarlos en nuestros modelos teóricos y tratamientos. También nos propusimos encontrar formas eficientes y eficaces para la difusión de nuestros tratamientos entre la población con TOC, que se sabe que es reticente al tratamiento debido a problemas de estigma y vergüenza, para transmitirlos a través de nuestro gran continente, donde hay pocos psicólogos especializados trabajando en las zonas rurales y remotas. A través de nuestro Grupo de Trabajo de Cogniciones Obsesivo-Compulsivas (*Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, OCCWG*) hemos sido capaces de identificar las creencias asociadas al TOC, y, muy influenciados por la obra de Guidano y Liotti, hemos llevado a cabo investigaciones empíricas sobre el Yo en el TOC. Hemos encontrado asociaciones significativas entre la ambivalencia hacia la autoestima, la percepción acerca de la importancia del dominio moral en el establecimiento de la propia autoestima, y la disonancia entre la autoestima implícita y explícita. Estas investigaciones también han ayudado a comprender el desarrollo de algunas posibles secuelas del TOC y entender su impacto en uno mismo, que se manifiesta en las cogniciones y respuestas a los pensamientos intrusivos relevantes para el TOC. Según nuestras conclusiones acerca de la pertinencia de estos factores basados en uno mismo, estamos desarrollando, no sólo un modelo conceptual del TOC que incorpora interpretaciones cognitivas y acerca de uno mismo, sino también explicando estrategias terapéuticas y de intervención centradas en el tratamiento del TOC. A través de nuestro trabajo con los neuropsiquiatras, también hemos podido examinar los déficits neuropsicológicos, los patrones cerebrales funcionales y la metamemoria en el TOC. Estos son factores importantes para entender cómo procesan la información las personas con TOC durante el tratamiento, lo que puede ayudarnos a predecir los resultados del tratamiento. Sin embargo, por el momento, nuestra investigación se centra en los factores basados en uno mismo, que influyen en los síntomas y el tratamiento, así como en la difusión de los tratamientos basados en la evidencia vía Internet.

*Según su experiencia, ¿qué perspectivas de futuro se esperan para el tratamiento del TOC? ¿Qué falta todavía por investigar?*

Existen diferentes perspectivas biológicas y psicológicas en relación con el futuro del tratamiento del TOC. La estimulación cerebral profunda y la estimulación magnética transcraneal son algunos de los enfoques biológicos emergentes, al igual que el uso de otros agentes utilizados en combinación con la terapia basada en la exposición. La combinación de los enfoques biológicos y psicológicos puede ser un área particularmente útil de investigación y desarrollo. De los enfoques psicológicos, la Terapia de Aceptación y Compromiso,

la Terapia de Esquemas, la Terapia Narrativa y el Mindfulness son enfoques prometedores para complementar los tratamientos basados en la evidencia, junto con la Terapia Cognitivo-Conductual. Además, existen investigaciones interesantes comparando los tratamientos de exposición graduada, frente a exposiciones no graduadas. También puede haber beneficios en el desarrollo de tratamientos específicos para determinados tipos de obsesiones y compulsiones como, por ejemplo, lavarse las manos. Habría que ayudar a las familias y los padres de los individuos afectados de forma sistemática, algo especialmente útil en el TOC. Por otro lado, el uso de la rehabilitación cognitiva para abordar los déficits neuropsicológicos y los procesos de atención y de metamemoria también podría añadirse en los tratamientos de cara al futuro. Por último, el uso de las tecnologías digitales puede ayudar a difundir los tratamientos basados en la evidencia y mejorar el acceso a los especialistas, especialmente a través de las diferentes modalidades de comunicación.

*En los últimos años las nuevas tecnologías han invadido todos los ámbitos de nuestra vida. ¿Cómo ha incorporado su grupo de trabajo las tecnologías digitales en la terapia asistida en línea y en la difusión de los tratamientos?*

La difusión de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se ve obstaculizada por una serie de inconvenientes como son la falta de especialistas formados, la lejanía geográfica de personal formado y la reticencia del consumidor al tratamiento. En respuesta, al igual que otros investigadores, hemos tratado de desarrollar nuevas modalidades para la difusión de la TCC mediante el uso de tecnologías digitales. El gobierno australiano ha sido fundamental en la evolución de la financiación en la difusión en línea de los tratamientos basados en la evidencia y está incorporando su uso en los entornos de trabajo. Estos marcos tienen como objetivo utilizar profesionales entrenados eficientemente, mientras que, al mismo tiempo, ofrecen opciones adicionales para aquellas personas con trastornos con alta prevalencia, que pueden ser más fácilmente accesibles de forma remota, privada y como parte de una estrategia de intervención temprana. Nuestro grupo se ha centrado en los programas mediante ordenadores o tabletas, aunque los teléfonos inteligentes y las aplicaciones de realidad virtual cada vez se usan más. Además, los tratamientos en línea cada vez están más individualizados, han evolucionado los programas de tratamiento transdiagnóstico, los programas adaptados a factores como la edad, el género y la cultura/raza, el uso de las múltiples modalidades de comunicación, el uso de biofeedback, y el uso de avatares y entornos de realidad virtual. Estos avances pueden ayudar a que los tratamientos en línea sean más atractivos y mejor adaptados al perfil de cada individuo y sus preferencias de comunicación, así como fomentar los tratamientos psicológicos en las áreas remotas. A pesar de

las ventajas que tiene el uso de las tecnologías digitales, hay muchas cuestiones a tener en cuenta para la elaboración de guías de buenas prácticas, incluyendo las cuestiones éticas a la hora de llevar a cabo dichos tratamientos en línea. La *Australian Psychological Society* ha tomado un rol de liderazgo en la preparación, apoyo y entrenamiento de los psicólogos en estas nuevas y emocionantes innovaciones en la práctica psicológica.

*El próximo mes de noviembre va a participar en el VIII Congreso Internacional de Psicología Clínica con una conferencia sobre los avances en el tratamiento del Trastorno obsesivo-compulsivo. ¿Podría adelantarnos los temas que va a abordar en la misma?*

Mi charla versará sobre la investigación que hemos venido realizando recientemente, acerca de la cual he hablado en anteriores preguntas de esta entrevista. Se centrará en los beneficios y limitaciones de la TCC para el TOC, para poder reflexionar sobre las opciones para seguir avanzando. Se expondrán los resultados de las evaluaciones de tratamiento de TOC de nuestro grupo, incluyendo un manual de TCC cara a cara y un programa de terapia en línea. Más recientemente, como resultado de nuestras evaluaciones y de la investigación experimental, hemos desarrollado un modelo conceptual del TOC incorporando factores cognitivos e individuales, gracias a los que se pueden hacer recomendaciones con respecto a la evolución futura del tratamiento del TOC.

*En los informes publicados sobre los países más felices, Australia siempre aparece en los primeros puestos. ¿Cree que las políticas de salud mental y las acciones para la mejora de la calidad de vida de su país están impulsando estos datos?*

En 1964, el famoso autor Donald Horne, describió Australia como “el país de la suerte”, argumentando que el ascenso de Australia en riqueza e influencia se debe, casi por completo, a la suerte de contar con tantos recursos naturales, más que al sistema político, las empresas, el uso de los avances tecnológicos u otras innovaciones. Gran parte de nuestra “felicidad” se debe a una serie de actitudes culturales con respecto a la informalidad y la amistad, el antiautoritarismo y la capacidad relativa para todas las clases socioeconómicas para interactuar, el amor por la naturaleza y nuestros abundantes recursos naturales, así como a las oportunidades de una economía resistente, dando lugar a una alta calidad de vida. Sin embargo, esto no es así en todos los casos. Por ejemplo, sólo por mencionar algunas áreas de desafío, nuestra población indígena experimenta una creciente “brecha” en la esperanza de vida y el bienestar en relación con el resto de la población, nuestra joven lucha con las presiones y la falta de oportunidades del personal, algunas de las comunidades étnicas luchan con cuestiones

de identidad e integración social y las tasas de suicidio entre hombres de edad avanzada siguen aumentando. Sin embargo, dejando a un lado la política y los juicios sobre el comentario de Horne, es cierto que Australia ha estado en la vanguardia de la evolución de la salud pública y salud mental pública. Con nuestro sistema de salud universal, el acceso al reembolso de los servicios psicológicos, nuestros servicios de salud mental para jóvenes, nuestras innovaciones en terapia en línea y la estrategia de difusión de la salud mental pública concertada, los australianos han gozado de muchos beneficios gracias a los tratamientos psicológicos basados en la evidencia financiados con fondos públicos. Si bien estas medidas han tenido menos impacto del esperable en algunos sectores de nuestra sociedad, sin duda lo han tenido en la vida de una gran parte de la comunidad. Ciertamente, la implantación del acceso a reembolsos de los costes de los servicios psicológicos ha tenido una gran aceptación por parte de la población, traducándose en una disminución de las prescripciones de fármacos y en un mayor contacto de las personas afectadas con los profesionales de la salud y de la salud mental. La *Australian Psychological Society* lucha, en nombre de la comunidad, para que no se olvide el impacto de estas políticas en la salud y el bienestar de la población, y para que los gobiernos que hacen frente a los recortes presupuestarios no se olviden de los beneficios financieros y de la obligación moral de tener una población sana y feliz.

*¿Según lo que nos comenta, Australia es un país que facilita el acceso de sus habitantes a los tratamientos psicológicos e invierte en tratamientos basados en la evidencia?*

Como he comentado, nuestro gobierno financia un sistema de salud universal que facilita el reembolso de servicios psicológicos, mediante la derivación de los médicos de Atención Primaria, psiquiatras y pediatras a los psicólogos generalistas y clínicos registrados. Aunque los trabajadores sociales y terapias ocupacionales también participan en este programa, la gran mayoría de los servicios los llevan a cabo los psicólogos. A pesar de que el número de sesiones financiadas ha bajado de diez y ocho a diez sesiones al año, todos los tratamientos tienen que estar basados en la evidencia. Actualmente se ha solicitado que el número de sesiones financiadas vuelvan a ser 18 como en un principio, debido a que los que tienen unas necesidades más graves o complejas están cayendo en alternativas de tratamiento. El gobierno también ha financiado una serie de iniciativas, por ejemplo, terapia en línea y clínicas virtuales, centros de acogida de salud mental para jóvenes, programas de intervención temprana para psicosis, programas de prevención del suicidio, servicios específicos para el autismo, programas educativos a través de las escuelas, programas públicos de alfabetización en salud mental, programas para la salud mental en el trabajo, ... y la lista continúa. Tenemos la suerte de disfrutar de este tipo de servicios

financiados con fondos públicos, gracias a los cuales los australianos han obtenido numerosos beneficios. Sin embargo, como ha sido evidente en todo el mundo, y en particular en el sur de Europa, vivimos en tiempos de dificultades financieras y el gobierno se ha visto presionado a recortar los presupuestos para este tipo de iniciativas. La *Australian Psychological Society* espera que su papel de defensa en nombre de la población ayude a mantener estos servicios tan importantes a nivel nacional. También creo que nuestras experiencias hasta la fecha, y las experiencias de otras sociedades psicológicas en todo el mundo, podrían compartirse para ayudarnos a todos a entender la mejor manera de promover y abogar por nuestra profesión y las comunidades para las que trabajamos. Con este fin hemos tratado de desarrollar acuerdos y colaboraciones con otras sociedades psicológicas nacionales, y sería estupendo colaborar también con otros países como España.



# MODELOS DE TRATAMIENTO QUE HACEN POSIBLE ESTABLECER RELACIONES TERAPÉUTICAS SIGNIFICATIVAS

*Sami Timimi y Marino Pérez-Álvarez*



Sami Timimi es Asesor de Psiquiatría Infantil y Adolescente, y Profesor Visitante de dichas temáticas en la University of Lincoln (Reino Unido). Líder de la campaña para la abolición de los sistemas diagnósticos tipo DSM y CIE.



Marino Pérez-Álvarez es Catedrático de Psicopatología y Técnicas de Intervención y Tratamiento en la Universidad de Oviedo (España).

*\*Usted es una referencia mundial en la “guerra justa” contra la patologización de la infancia y, en general, de los problemas de la vida. Se ha enfrentado al NICE y al grupo de Barkley a propósito del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés). Usted lidera también la campaña para abolir los sistemas diagnósticos psiquiátricos, tales como la CIE y el DSM (CAPSID, por sus siglas*

---

\* Esta entrevista fue publicada originalmente en *Infocop Online*.

Para referenciar este capítulo: Timimi, S. y Pérez-Álvarez, M. (2023). Modelos de tratamiento que hace posible establecer relaciones terapéuticas significativas. En G. Buena-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Psicología Clínica: perspectiva internacional* (pp. 199-206). Dykinson. <https://www.dykinson.com/libros/psicologia-clinica-perspectiva-internacional/9788411707534/>

*en inglés). ¿En qué se diferencia esta Psiquiatría crítica de la antigua antipsiquiatría?*

Hay un peligro de quedar enredado en la “semántica” cuando empezamos a comparar movimientos que se dieron en diferentes momentos y bajo circunstancias distintas. ¡Merece recordar que aquellos que fueron etiquetados de “antipsiquiatras” a menudo estaban en desacuerdo con el término y entre sí! Los dos “antipsiquiatras” más célebres (Ronnie Laing y Thomas Szasz) estaban en desacuerdo el uno con el otro. Laing llevado por la filosofía existencial y la psicoterapia, y Szasz preocupado con perspectivas individualistas libertarias. Lo que ellos tenían en común era su rechazo de la Psiquiatría dominante y ambos consiguientemente decidieron no trabajar en la corriente principal de los servicios de salud mental. Sin embargo, la Red de Psiquiatría Crítica incluye sobre todo psiquiatras de la práctica clínica. Compartimos una actitud crítica con respecto a los modelos dominantes de la Psiquiatría que se han establecido en buena parte del mundo occidental y crecientemente en otros países a lo largo del mundo. El grupo tiene diferentes puntos de vista sobre distintos asuntos, pero tiende a dar la bienvenida a la pluralidad de opciones de pensamiento acerca de las diferencias psíquicas y del sufrimiento humano, más que tener una posición fija; y trata de evitar las polémicas suscitadas por términos como “antipsiquiatría”.

*Aunque a veces se suele meter en el mismo saco la Psiquiatría anglosajona, dentro de la Psiquiatría británica surgen movimientos únicos como la Psiquiatría crítica. ¿En qué medida cree usted que la figura de Ronald Laing, con su enfoque existencial, y la tradición psicoanalítica británica (Bowlby, etc.), con su énfasis en las experiencias evolutivas, están influyendo en esta Psiquiatría británica más allá del actual paradigma tecnológico?*

La Psiquiatría británica abarca, actual e históricamente, múltiples y a menudo contradictorias posiciones. Lo que creo que se puede decir es que, en general, se ha mantenido vivo un sano escepticismo, y que el dinero y la influencia de la industria farmacéutica, aunque existente, no ha tenido una influencia tan fuerte en Gran Bretaña como en otros países tales como Estados Unidos de América. Así, aunque el movimiento hacia la Psiquiatría biológica se ha dado en el Reino Unido, no ha sido tan generalizado como lo ha sido en Estados Unidos de América, con psiquiatras formándose continuamente en el énfasis de la importancia del conocimiento y desarrollo de habilidades en enfoques psicoterapéuticos. De ahí que la “Psiquiatría social” parece estar teniendo un resurgimiento en el presente y es probablemente más influyente en la corriente dominante de la Psiquiatría que el pensamiento existencial y psicoanalítico.

*Usted dará una conferencia en el 7º Congreso Internacional de Psicología Clínica a celebrar en Sevilla bajo el título “No más etiquetas psiquiátricas: por qué se deberían abolir los diagnósticos psiquiátricos formales”. Como ya ha argumentado convincentemente en un artículo publicado en el International Journal of Clinical and Health Psychology (Timimi, 2014), el diagnóstico psiquiátrico no describe la realidad por sus “junturas naturales”. Sin embargo, alguna forma de clasificación y categorización es difícilmente eludible en las actividades científicas, técnicas, profesionales, así como en la vida diaria. Siendo así, ¿qué tipo de clasificación sería la apropiada en clínica? ¿O al menos, qué nombres usar con los clientes, sabido que quieren saber qué les pasa?*

Pienso que las clasificaciones solamente se necesitan para menesteres burocráticos y funciones administrativas de un sistema. Todo lo que uno necesita se puede basar en el problema. Cabría, si se quiere extender esto, incluir alguna división básica que existe de largo tiempo y que realmente no ha sido superada, como la relativa a problemas neuróticos, psicóticos, del desarrollo (incluyendo dificultades del aprendizaje) y de la personalidad. Nuestros pacientes no están particularmente interesados en el diagnóstico (no más que una necesidad percibida), y mi experiencia de la práctica clínica es que las construcciones que ayudan a la gente con la que trabajo consisten en la colaboración que sirva para encontrar tratamientos individualizados (como opuesto a tratamientos generales basados en síntomas). En este proceso más relacional se concede mayor conocimiento/experiencia al usuario de los servicios que al actual “especialista” llevado por lo que los modelos diagnósticos permiten. Una idea que me gusta para tipologías que se pueden usar en la práctica clínica viene de la Antropología donde se usa a veces el concepto de “realismo promiscuo”. El realismo promiscuo describe la aplicación de tipologías alternativas al mismo grupo dependiendo de cuál sea el foco del estudio. Esto se debe a que las tipologías uniformes no captan las diversidades que se encuentran. De manera que, en vez de tener un único sistema de clasificación, sea por caso para “tribus”, puedes abordar sus características clasificando diferentes aspectos según lo que quieras destacar (por ejemplo, el tamaño, el clima, los hábitos de alimentación, las estructuras de liderazgo, formas de vida y así). Esto no es equivalente, en mi opinión, a un sistema ‘multiaxial’ -que de todos modos en la práctica clínica nunca se usa hasta donde yo sé-, como ninguna tribu se discute una vez clasificada de acuerdo con esas características. En su lugar, estas tipologías ayudan a profundizar en el entendimiento más que a fijar descriptores superficiales. La primacía del método etnográfico significa aquí que no hay atajos para un entendimiento más profundo de la naturaleza de cualquier tribu dada, no hay ningún dispositivo que permita al observador llegar a estar completamente satisfecho de su “objetividad” con cualquier interpretación. La buena Antropología reco-

noce la subjetividad inherente en encontrar sentido y es consciente del impacto que el investigador tiene sobre cualquier dinámica. Esto hace que la distinción subjetivo/objetivo sea de poca ayuda y, probablemente, dificulta más que facilita la comprensión.

*El Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos de América (NIMH, por sus siglas en inglés) ha propuesto como alternativa a los sistemas de clasificación tipo DSM/CIE los Criterios de los Dominios de Investigación (Research Domain Criteria, RDoC). ¿Qué opina de este proyecto?*

El proyecto supone tanto un reconocimiento del fracaso de los sistemas de diagnóstico actuales como el preludio de un fallo sucesivo. El uso por parte del NIMH de un nuevo sistema diagnóstico se debe a que el sistema de diagnóstico actual no ha servido para el avance de la investigación biológica en las enfermedades mentales. Para nosotros, el único avance que se ha dado en el conocimiento biológico de los trastornos mentales es el de la exclusión de prácticamente toda teoría de causación biológica propuesta hasta ahora (desde lesiones neuroanatómicas hasta desequilibrios químicos). La principal razón para este reiterado fracaso es que buscar substratos biológicos de trastornos mentales es un enfoque equivocado, ya que puede que no haya esencia/substrato primario que encontrar. Si es así, los cuantiosos fondos que se van a invertir en los RDoC como base para la categorización es probable que vuelva a ser un despilfarro de buena cantidad de dinero. La cuestión recurrente para mí es cuánto tiempo deberíamos seguir financiando investigaciones como estas, basadas en la satisfacción de deseos, cuando no han proporcionado prácticamente nada que sirva a los clínicos para mejorar el cuidado de sus pacientes.

*En su libro *The Myth of Autism: Medicalising Men's and Boys' Social and Emotional Competence* (junto con dos autores que han recibido el diagnóstico de trastorno del espectro autista) han llegado a la conclusión de que no hay una tal cosa como autismo y la etiqueta debería ser abolida. Ustedes no dicen que los niños no tengan problemas emocionales y sociales, sino que la atención debería ponerse en los contextos relacionales de estos niños y tomarlos como las personas que son individualmente. Aparte de escribir libros documentados y valientes como el suyo, ¿qué más se podría hacer para que este mensaje llegara a la gente y a las instituciones?*

En muchos aspectos, acometer el autismo ha mostrado ser mucho más difícil que el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). El TDAH viene siendo controvertido durante muchos años, ya que desde antes, ha captado muchos más niños en su red y está asociado con la toma de medicamentos

adictivos y la ganancia de dinero de la industria farmacéutica -todos ellos, factores que se consideran blancos legítimos para la controversia-. El autismo, por otra parte, está asociado en la imaginación popular con figuras como “Rain Man” y tiene su origen en un grupo raro que, de modo notable, era cualitativamente diferente de los otros, por lo que parece de “sentido común” que ellos tienen algo malo que no puede ser atribuido a incentivos culturales o financieros. La rápida expansión de la etiqueta y la penetración en la corriente dominante de los niños ha ocurrido sin que la gente se diera cuenta, o ningún debate acerca de su expansión tuviera lugar en el ámbito público, excepto el relacionado con las vacunas. Como consecuencia, simplemente no hay una “infraestructura” de académicos o de grupos de usuarios de los servicios que hagan campaña contra la medicación que está teniendo lugar a costa de la etiqueta de “autismo”. El reto está en crear tales grupos (que yo y algunos colegas hemos empezado).

*¿Qué diría acerca de la esquizofrenia?*

Los argumentos relativos a otros diagnósticos son también relevantes para la esquizofrenia. Ha habido una campaña para la abolición del diagnóstico de esquizofrenia en marcha desde hace muchos años, y muchos grupos de exusuarios de servicios (como el Movimiento Escuchando Voces, *Hearing Voices Network*) han estado protestando por la forma en que la etiqueta de esquizofrenia puede llevar a una disminución del sentido de autonomía de la persona. El movimiento de recuperación ha estado promoviendo la importancia de aspectos relacionales no-técnicos de la atención, y advirtiendo acerca del impacto perjudicial de etiquetas como esquizofrenia (que está construida como una enfermedad mental potencialmente para toda la vida) sobre la capacidad de la persona para el proceso de recuperación. Como otros diagnósticos, la Esquizofrenia como etiqueta debiera ser abolida.

*Frente al paradigma tecnológico, usted reivindica los factores sociales de fuera del tratamiento y la relación terapéutica dentro del tratamiento. ¿Podríamos decir que la relación terapéutica es el “secreto mejor guardado” que la generación siguiente ha de descubrir? ¿La propia persona del clínico sería una de las principales “herramientas” de la ayuda psicológica o psiquiátrica? ¿En qué lugar quedan las técnicas? ¿Qué papel tiene la medicación?*

La relación terapéutica es, sin duda, el factor más poderoso del tratamiento asociado con mejores resultados. El “secreto” emerge de la investigación, pero también de modelos de tratamiento importantes y del diseño de servicios que tienen la relación terapéutica como un objetivo explícito (incluyendo el enfoque “Orientado al Resultado” en cuyo desarrollo yo mismo he estado involucrado, de-

rivado del *American Partners for Change Outcome Management Systems-PCOMS*). No estoy seguro de que todavía entendamos la importancia de la relación terapéutica y cómo se conecta con los modelos de tratamiento. Brevemente, lo que yo pienso de esto es lo siguiente. Necesitamos modelos de tratamiento que hagan posible establecer relaciones terapéuticas significativas (con énfasis en “significativas”). Más que emparejar el modelo al diagnóstico (paradigma técnico), utilizamos flexiblemente modelos terapéuticos, ya sea sesión a sesión o para una parte de la atención, con base en el feedback que obtenemos de nuestros pacientes acerca de lo que ayuda y lo que no. Así, el tratamiento es una colaboración continua en busca de marcos de significado que ayuden al cambio. El uso regular de una breve medida de resultado (no basada en síntomas, por supuesto, tipo *Outcome Rating Scale*) ayuda al proceso de entender si el modelo que empleamos es útil (o no), permitiéndonos hacer ajustes del modo y cuando sea necesario, y permitiéndonos también atender a rupturas en la relación terapéutica cuando ocurran. Se puede utilizar medicación de una manera no centrada en la enfermedad. Entender los diferentes efectos psicológicos de los distintos medicamentos, al mismo tiempo que apreciar que (a veces) no están siendo curativos, permite una forma diferente de su uso en la práctica. Se puede emplear la medicación en modelos basados a más corto plazo, con vistas a promover una oportunidad para que un proceso de cambio tenga lugar. Después de todo, el medicamento no toma la decisión, de modo que puedes enfatizar el papel del fármaco como un facilitador, pero el cambio es cosa de la persona. Tal modelo de acción, “centrado en el fármaco”, como opuesto al modelo “centrado en la enfermedad”, reduce el riesgo de que la medicación llegue a formar parte del problema de la vida de alguien en una enfermedad de larga duración.

*España se está convirtiendo en líder mundial en diagnósticos de TDHA, por encima incluso de Estados Unidos de América. ¿Qué mensaje, siquiera a nivel de eslogan, les enviaría a los políticos que se aprestan a dar prioridad a este “trastorno”, a los profesionales (psiquiatras y pediatras), a los profesores y a los padres?*

TDHA describe conductas, pero no las explica. No hay evidencia de que los estimulantes lleven a mejores resultados a largo plazo en niños con diagnóstico de TDAH. En cambio, existe alguna evidencia de que la medicación está asociada a peores resultados y a una salud física peor (como menor crecimiento y mayor presión arterial).

*Hay libros aparentemente críticos con el TDAH, a veces con título ambiguo, como si el problema fuera sólo de un exceso diagnóstico (por ejemplo, *The ADHD Explosion: Myths, Medication, Money, and Today's Push for Performance* de Stephen Hinshaw y Richard Scheffler). ¿Esta-*

*ría usted de acuerdo con nuestra conclusión (en nuestro libro “Volviendo a la normalidad. La invención del TDAH y el trastorno bipolar infantil”, de García de Vinuesa, González Pardo y Pérez Álvarez) acerca de que el problema es con el diagnóstico mismo, por su falta de validez, amén del resto de consecuencias nefastas que implica?*

¡Estoy muy de acuerdo!

*¿Considera una buena noticia para la salud mental la pérdida de interés de la industria farmacéutica en la Psiquiatría?*

Absolutamente, pero el problema a combatir ahora es que las compañías farmacéuticas están cerca de agotar los beneficios que pueden obtener en el mundo desarrollado, cuando acaban de empezar ahora en el mundo en desarrollo, con países como China ofreciendo potencialmente enormes mercados. Así la industria farmacéutica tiene todavía mucho beneficio por conseguir extendiendo diagnósticos psiquiátricos en países con ingresos medios o bajos, sin tener que preocuparse por los costes de la investigación de nuevos fármacos en salud mental, reenvasando los viejos.

*¿Sería realmente el mundo más seguro si se abolieran los sistemas de clasificación psiquiátrica?*

Creo que lo sería por varias razones. Nos fuerza a mirar más de cerca la evidencia; nos lleva lejos de modelos “macdonalizados” simplistas del cuidado de salud mental. Reduce la posibilidad de llegar a ser paciente crónico. Reduce el consumo de medicamentos psiquiátricos, todos los cuales tienen poca evidencia de ser beneficiosos a largo plazo. Permite a los servicios de salud mental adoptar sistemas de atención ya existentes que están asociados con mayores tasas de recuperación.

*¿Puede ser este el momento para una práctica clínica más humana? ¿Es usted optimista a este respecto?*

Hay un dicho según el cual en Medicina lleva diez años cambiar la práctica cuando llega una nueva metodología, otros diez años descubrir que no funciona, y luego otros diez abandonar la práctica. Puede que estemos precisamente entrando en los diez años del medio, empezando a hacerse público nuestro descubrimiento de que estamos equivocados con nuestro paradigma actual basado en el diagnóstico técnico. Esperemos que esto signifique un cambio que está vieniendo, pero llevará muchos años.

**REFERENCIAS**

Timimi, S. (2014). No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 14*, 208-215. <http://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.03.004>

# ROL DEL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

*Ricardo Gorayeb y Juan Carlos Sierra*



Ricardo Gorayeb es Profesor de la Facultad de Medicina y Psicólogo Clínico del Hospital Universitario de Ribeirão Preto en la Universidade de Sao Paulo (Brasil). Fue presidente y es el actual vicepresidente de la Sociedade Brasileira de Psicologia (SBP).



Juan Carlos Sierra es Catedrático de Evaluación Psicológica y Sexualidad Humana de la Universidad de Granada. Director del Laboratorio de Sexualidad Humana en el Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento. Editor de International Journal of Clinical and Health Psychology desde su fundación hasta 2021.

*\*Usted es el actual presidente de la Sociedade Brasileira de Psicologia (SBP), una de las Sociedades que colabora con el X Congreso Internacional de Psicología Clínica. La SBP cuenta con una dilatada historia de más de 40 años, desde sus orígenes con la Sociedade de Psicologia de Ribeirao Preto. ¿Nos puede comentar brevemente la relevancia de la SBP y su influencia en la Psicología brasileña?*

---

\* Esta entrevista fue publicada originalmente en *Infocop Online*.

Para referenciar este capítulo: Gorayeb, R. y Sierra, J. C. (2023). Rol del psicólogo en el ámbito hospitalario. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Psicología Clínica: perspectiva internacional* (pp. 207-212). Dykinson. <https://www.dykinson.com/libros/psicologia-clinica-perspectiva-internacional/9788411707534/>

Bien, tengo el honor de ser el presidente de la *Sociedade Brasileira de Psicologia*, que, cómo bien describe, tiene una larga historia en la construcción y desarrollo de la Psicología brasileña. Cuando yo era estudiante llegué a participar en la creación de la *Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto*, siendo uno de sus socios fundadores. Esta Sociedad, a pesar de tener una naturaleza regional, ya desde su primer congreso, contó con la participación de estudiantes, profesores y científicos de todo Brasil. Esto hizo que, después de algunos años, llegase a asumir su verdadero rol de Sociedad nacional. Somos la única Sociedad con tantos años de funcionamiento, organizando actividades de manera ininterrumpida y celebrando un congreso nacional cada año. Hoy nuestros congresos atraen la participación de estudiantes, investigadores y profesores de todo Brasil y de algunos países del exterior. Puedo decir que la *Sociedade Brasileira de Psicologia* ha tenido, y tiene, una gran relevancia en la Psicología brasileña, reuniendo a un importante número de asistentes en sus encuentros anuales y representando a los psicólogos brasileños en organismos internacionales como la *International Union of Psychological Sciences (IUPsyS)*.

*Usted es profesor de Psicología Clínica en la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto-Universidad de Sao Paulo. ¿Nos podría hablar de su labor docente con estudiantes de Medicina? ¿Qué ofrece la Psicología a los futuros médicos?*

Sí, soy profesor en dicha Facultad e imparto dos asignaturas. La primera, “Comunicación con el paciente” va dirigida a estudiantes de segundo año de Medicina. Durante cuatro meses enseñamos a los alumnos estrategias para desarrollar su empatía con los pacientes, efectuar una entrevista sin inducción de respuestas y también les mostramos, de una manera práctica, las distintas situaciones de interacción con diferentes tipos de pacientes (resistente, pasivo o agresivo), instruyéndoles acerca de cómo debe ser la conducta del médico para comunicarse adecuadamente en estas situaciones. En la asignatura “Psicología Médica”, de tercer año, enseñamos principios básicos de la Psicología que el futuro médico puede utilizar en su profesión para que pueda comprender mejor a su paciente, sus procesos psicológicos, y así poder incrementar la adhesión a los tratamientos médicos. No se trata aquí de enseñar psicopatología ni prácticas psicoterápicas, sino de la identificación de procesos cognitivos o conductuales que puedan intervenir en el tratamiento médico. El futuro médico también aprende las situaciones limítrofes en las cuales debe encaminar al paciente a un psicólogo o psiquiatra.

*Además de docente, usted ejerce de Psicólogo Clínico en el Hospital Universitario de dicha Universidad. Concretamente, ¿cuál es su trabajo en este ámbito? Desde su experiencia, ¿qué aporta el Psicólogo Clínico a la labor asistencial dentro de un contexto hospitalario?*

En el Hospital Universitario, *Hospital das Clínicas*, yo coordino un Servicio de Psicología, que cuenta con 23 psicólogos contratados para actuar en distintas áreas como, por ejemplo, cirugía pediátrica, trasplantes de riñón o hígado, embarazo de riesgo, cáncer ginecológico o urológico, centro de terapia intensiva, entre otras. Este trabajo comenzó hace 40 años, con un único psicólogo contratado, y yo como Profesor. La demostración empírica con resultados de investigaciones que hemos realizado acerca de la relevancia de la actuación psicológica, con beneficios para el paciente, para el equipo de salud, así como una importante reducción del tiempo de ingreso hospitalario, llevaron naturalmente a la Dirección del hospital a contratar a más psicólogos, incrementándose de manera muy significativa su número en todos los equipos. Esta situación es también muy importante para la enseñanza y entrenamiento de los futuros psicólogos hospitalarios. Desde 1976 tenemos programas que llamamos de "Residencia en Psicología", que entiendo que es algo similar al Programa PIR en España, para la formación en la práctica de psicólogos recién graduados en un ambiente hospitalario. Tenemos tres programas distintos, con énfasis diferentes (Salud de la Mujer; Prevención de Enfermedades y Psicología Clínica Hospitalaria), de uno o dos años de duración, con 40 o 60 horas semanales, con 20% de actividades teóricas y 80% de actividades prácticas, con supervisión de los psicólogos contratados. Los psicólogos recién graduados que están en estos programas reciben de la institución una beca, alimentación y asistencia sanitaria. Creo que esta es la mejor manera de preparar a un futuro psicólogo para actuar en el ámbito hospitalario. El trabajo de los psicólogos contratados y de los residentes es fundamental para el buen funcionamiento de los equipos de salud, de cara a la disminución de la ansiedad de los pacientes, proporcionar información a pacientes y familiares, y para la mejora de la adhesión de los pacientes a los tratamientos médicos.

*Continuando con esta cuestión, y sabiendo que usted es conocedor de la realidad de distintos países, ¿nos puede hablar de cuál es la situación actual de la Psicología Hospitalaria? En 1985, la American Psychological Association, en el documento "A Hospital Practice Primer for Psychologists", señalaba las estrategias a seguir para facilitar la inserción del psicólogo en el ámbito hospitalario. ¿Cuál ha sido el proceso seguido y cuáles son los objetivos ya alcanzados? ¿Está debidamente reconocida la figura del psicólogo en este campo? ¿Qué retos nos depara el futuro?*

La Psicología Hospitalaria, desde mi punto de vista, no está tan bien desarrollada como debería estarlo, si consideramos los conocimientos que tenemos y el bienestar que podemos proporcionar a los pacientes, sin contar la importante reducción de los gastos en salud que podemos posibilitar. En Brasil hay un desarrollo razonable en hospitales universitarios, pero en otros hospitales, públicos

o privados, no hay una presencia significativa de psicólogos. Como he comentado antes, nosotros pudimos aumentar el número de psicólogos en el Hospital Universitario en el que trabajo gracias a una demostración real y perceptible, basada en la evidencia, de la eficacia de nuestra actuación. El *Hospital das Clínicas* en donde trabajo tiene hoy un total de 80 psicólogos contratados y más de 30 residentes en entrenamiento. Mi percepción es que este número es todavía insuficiente para un hospital que cuenta con 600 camas y que realiza más de 3.000 consultas diarias. Este número tendría que doblarse para poder dar una asistencia psicológica adecuada a todos los pacientes. Pero entiendo también que tenemos una situación privilegiada al tratarse de un hospital universitario, asociado a una Facultad de Medicina de una de las mayores universidades del país, la *Universidade de São Paulo*. Pienso que para que otros hospitales públicos o privados lleguen a tener una presencia efectiva de psicólogos aún tenemos un largo camino por recorrer, demostrando mediante evidencia la eficacia de la acción del psicólogo. Y a los hospitales privados tendremos que mostrarles las ventajas no solo para los pacientes y los equipos de salud, sino también las ventajas financieras para la institución. El principal reto para el futuro es poder demostrar la eficacia de nuestras acciones y sus consecuencias a los legisladores, a aquellos que definen las políticas públicas en el área de la salud. Congresos científicos cómo los que ustedes organizan pueden y deben contribuir a ello.

*Su intervención en el X Congreso Internacional de Psicología Clínica se centrará en casos clínicos abordados en el ámbito hospitalario. ¿Qué pacientes son candidatos a la asistencia psicológica? Usted tiene una dilatada experiencia en este ámbito, ¿ha cambiado con el tiempo el tipo de pacientes que reciben atención psicológica? ¿A qué patologías médicas se enfrenta el psicólogo en la actualidad dentro del hospital?*

Mi intervención en el X Congreso Internacional de Psicología Clínica tendrá como objetivo demostrar la importancia de la evaluación y la intervención psicológica en el contexto hospitalario y las evidencias de mejora del paciente, del equipo médico, así como la reducción de gastos hospitalarios. Los pacientes que voy a describir son representativos de aquellos que necesitan intervención psicológica por presentar aspectos cognitivos o conductuales afectados por su enfermedad. La intervención fue necesaria para poder adaptar la conducta o los pensamientos del paciente a un mejor afrontamiento de su enfermedad. Yo creo que todos los pacientes ingresados en un hospital deberían ser evaluados por un psicólogo con el fin de determinar los que necesitan ayuda psicológica. Años atrás, los médicos únicamente indicaban atención psicológica a aquellos pacientes con problemas muy evidentes o cuando su conducta perjudicaba el tratamiento médico. Hoy, al menos en nuestro hospital, estamos actuando de manera muy importante en la prevención. Los pacientes que atendemos son

evaluados para verificar si necesitan de algún tipo de intervención psicológica, sea preventiva o curativa. Cuando así lo hacemos estamos tratando los problemas de manera más temprana, reduciéndose de esta manera el malestar de los pacientes y posibilitando una recuperación más rápida.

*Hablemos ahora acerca del tipo de intervenciones psicológicas que se llevan a cabo en el contexto hospitalario. En su conferencia nos hablará acerca de cómo las intervenciones basadas en la evidencia ayudan a los pacientes. ¿A qué intervenciones está aludiendo? ¿Cuáles son los tratamientos más habituales? ¿Difieren en función de la patología que presenta el paciente?*

Básicamente se trata de intervenciones muy similares a las que un psicólogo clínico puede hacer. Pero debemos tener en cuenta que el ambiente hospitalario no nos permite la misma privacidad que una práctica privada. A veces tenemos que interactuar con un paciente que está ingresado en el mismo lugar que otros pacientes, como suele ocurrir en los hospitales públicos en Brasil. Tampoco podemos planear asistir al paciente por un tiempo muy largo. Tan pronto como el paciente mejore de su condición médica, recibirá el alta y abandonará el hospital. Muchas veces el psicólogo empieza su acción terapéutica en el hospital y la termina en asistencia ambulatoria. Las intervenciones, a veces, tienen lugar todos los días, y no solo una vez por semana. Los tratamientos más habituales van dirigidos a reducir la ansiedad frente al diagnóstico, al tratamiento o al pronóstico; proporcionar información adecuada juega un rol esencial en ello. También tratamos muchos pacientes que están deprimidos, como consecuencia de su condición médica. Suele ser más raro que nos encontremos con problemas más graves, como distorsiones graves de la percepción de la realidad o cuadros psicóticos. Las patologías que amenazan de manera más significativa a la vida de los pacientes siempre requieren una atención más inmediata e intensa por parte del psicólogo.

*En uno de los casos que presentará en su conferencia alude al papel que las creencias religiosas pueden jugar en la adherencia al tratamiento. En muchas ocasiones, estamos ante pacientes en situación límite que pueden encontrar respuestas en este tipo de creencias. ¿Nos podría hablar acerca de esta cuestión?*

La religiosidad y las creencias religiosas de los pacientes son, casi siempre, un punto importante de apoyo para el afrontamiento de su condición médica. Junto al apoyo familiar y social, las creencias religiosas facilitan el hecho de que los pacientes vivan un momento difícil de sus vidas sintiéndose más seguros. Pero, a veces, como en el caso de la mujer que voy a presentar, los pacientes

evitan hacer un tratamiento con justificaciones inadecuadas, fundadas en una creencia religiosa inapropiada. En estos casos, el psicólogo deberá analizar, junto con el paciente, la lógica de la creencia particular que presenta y que no le permite involucrarse en el tratamiento médico, poniendo su vida en riesgo.

*En el ámbito hospitalario, además del paciente, están presentes los familiares y el equipo médico. ¿Se tienen en cuenta estos dos elementos en las intervenciones psicológicas? ¿Qué papel juega la familia en este tipo de intervenciones?*

Sin duda, los dos elementos son fundamentales en el contexto del tratamiento. Saber articular todos estos elementos es una de las tareas principales del psicólogo en el ámbito hospitalario. La familia es un elemento esencial de apoyo para incrementar la seguridad del paciente. Siempre que están presentes, y esta acción sea pertinente, el psicólogo deberá también involucrar a los familiares en el tratamiento, lo que facilita el seguimiento de las orientaciones por parte del paciente.

*Vayamos con el tercer elemento: el equipo médico. Como ya señalamos al principio, usted combina la práctica clínica en el hospital con la docencia a futuros profesionales médicos. Teniendo en cuenta esta doble vertiente, ¿qué papel juegan, o deberían jugar, los especialistas médicos en el proceso de asistencia psicológica a los pacientes dentro del contexto hospitalario?*

El equipo de salud es también esencial para las acciones del psicólogo. Las enfermeras o los auxiliares están casi todo el tiempo en contacto con el paciente, pudiendo dar continuidad a algunas acciones que el psicólogo plantea. El médico es la persona que tiene la responsabilidad del diagnóstico, y será el encargado de las principales comunicaciones con el paciente. Aquellos médicos que cuentan con buenas habilidades de comunicación con el paciente pueden reducir la ansiedad. El hecho de facilitar de manera adecuada información sobre el diagnóstico y el tratamiento, y sobre las perspectivas futuras de salud, son elementos importantes para no incrementar la ansiedad experimentada, casi de manera natural, al verse enfermo e ingresado para un tratamiento. Los médicos no tienen que hacer acciones psicoterapéuticas con sus pacientes, pero si saben desenvolverse de manera adecuada; van a ayudar -y mucho-, para que procesos ansiosos o depresivos no se instalen o no se agraven.

# TERAPIAS DE ESCRITURA PARA EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

*Arnold Van Emmerik*



Arnold van Emmerick es Profesor en la University of Amsterdam (Países Bajos). Presidente de la Dutch Association for Behavioural and Cognitive Therapy.

*\*Su participación en el XII Congreso Internacional y XVII Nacional de Psicología Clínica lleva por título “Terapias de escritura para el Trastorno de estrés posttraumático”. Para situarnos en este interesante ámbito de intervención, ¿podría explicarnos en qué consisten las terapias de escritura y, específicamente, qué se entiende bajo el término de técnica de escritura estructurada? ¿Qué planteamiento subyace a la aplicación de estas terapias?*

La Terapia de escritura estructurada es básicamente una variante del procedimiento de la Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TFCBT, por sus siglas en inglés). Muchas de las técnicas de intervención presentan un gran solapamiento, por ejemplo, la exposición en imaginación, la reestructuración cognitiva y otras maneras de enfrentar el trauma y sus consecuencias. La principal diferencia está en sus procedimientos. En la Terapia de escritura, estas técnicas se realizan a través de la escritura, mientras que en la Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma tradicional se realizan verbalmente o mediante otros ejercicios. El término “estructurado” simplemente se refiere al hecho de que no es una forma de escritura libre, expresiva o creati-

---

\* Esta entrevista fue realizada por la Redacción de Infocop y publicada originalmente en *Infocop Online*.

Para referenciar este capítulo: van Emmerick, A. (2023). Terapias de escritura para el Trastorno de estrés posttraumático. En G. Buéla-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Psicología Clínica: perspectiva internacional* (pp. 213-216). Dykinson. <https://www.dykinson.com/libros/psicologia-clinica-perspectiva-internacional/9788411707534/>

va, sino que se siguen unas instrucciones específicas para la realización de los ejercicios de escritura.

*Desde los años ochenta del pasado siglo la técnica de escritura estructurada ha sido aplicada a muestras de estudiantes y muestras clínicas (pacientes con dolor crónico, asma...), así como su eficacia se ha evaluado en numerosos indicadores de salud mental y física, incluidas variables inmunológicas. ¿Cuáles son los principales beneficios demostrados de la aplicación de esta técnica?*

Creo que esta pregunta se refiere al paradigma de la escritura de James Pennebaker, que de hecho ha demostrado tener un impacto positivo en una amplia gama de resultados. Curiosamente, aunque los participantes escriben sobre experiencias traumáticas o estresantes, no se ha diseñado como un tratamiento para el Trastorno de estrés postraumático (TEPT) y parece que no es particularmente eficaz en los síntomas de TEPT. La Terapia de escritura, o la Terapia de escritura estructurada que menciono aquí, está específicamente diseñada y probada como tratamiento para el TEPT. Un número creciente de ensayos controlados ha demostrado su eficacia en adultos y niños, y específicamente para el TEPT.

*En lo que respecta al tratamiento de la sintomatología postraumática, la narración escrita del acontecimiento traumático forma parte de diferentes protocolos de intervención del TEPT como la Terapia de procesamiento cognitivo o la Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para niños y adolescentes. No obstante, la Terapia de escritura estructurada también ha sido utilizada con éxito de manera aislada. De acuerdo con las investigaciones realizadas, ¿cuál es el estado actual de la evidencia científica sobre su eficacia?*

La Terapia de escritura está respaldada por varios ensayos controlados en adultos, en comparación con grupos control en lista de espera. Nuestro equipo realizó un ensayo clínico aleatorizado que ha mostrado que la eficacia de la Terapia de escritura estructurada no difiere de la Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma tradicional, y otro equipo de investigación de los Países Bajos ha comparado recientemente la Terapia de escritura con la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) en niños, demostrando también que no hay diferencias en la eficacia entre ambos tratamientos. Considero que la Terapia de escritura se ha convertido en un tratamiento de segunda opción, inmediatamente después de la Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma y el EMDR.

*Uno de los aspectos más controvertidos sobre la técnica de escritura expresiva tiene que ver con los mecanismos subyacentes que explican el éxito de la intervención. A este respecto, se han propuesto diferentes modelos teóricos para explicar los efectos de la escritura estructurada, tales como el procesamiento cognitivo, la exposición o la teoría del apoyo social, entre otras. Hoy en día, ¿cuál de estas teorías cuenta con mayor apoyo científico? ¿Qué procesos (habituaación, reprocesamiento emocional, asimilación cognitiva...) han demostrado tener un papel determinante?*

Bueno, esto es un asunto complicado. Los efectos de la Terapia de escritura estructurada pueden explicarse mediante el aprendizaje o la teoría del condicionamiento, la teoría cognitiva, etc., pero creo que el problema es mucho más complicado de lo que a veces tendemos a pensar. Hace un par de años realicé un estudio en el que traté de identificar el mecanismo de acción que podría ser específico para la escritura, pero el estudio no reveló nada concluyente.

*Diversos estudios han tratado de identificar las variables que influyen en la eficacia de la aplicación de la técnica cuando se utiliza de manera aislada. ¿Podría comentarnos algunos de estos hallazgos? ¿Cuáles son las variables clave (duración de las sesiones, tipo de instrucciones...) que afectan a la eficacia de los resultados y que, por lo tanto, hay que tener en cuenta a la hora de diseñar la intervención?*

La mayoría de los estudios de investigación han mostrado efectos significativos grandes para la Terapia de escritura después de cinco sesiones semanales con feedback por parte del terapeuta, en las que los participantes completan tres ejercicios de escritura de 45 minutos en los periodos entre sesiones en su casa. Recomendaría esta pauta aproximada como mínimo. En la práctica clínica, por supuesto, se puede ser más flexible y prolongar el tratamiento mientras el paciente se beneficie de él.

*De acuerdo con su extenso conocimiento, ¿qué beneficios plantea la aplicación de la técnica de escritura estructurada frente a otras intervenciones para el control de la sintomatología postraumática? ¿Qué puede aportar esta técnica en el tratamiento del TEPT?*

Creo que la Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma y el EMDR continuarán siendo los tratamientos de primera elección del TEPT durante bastante tiempo, y eso está bien porque son excelentes tratamientos. La Terapia de escritura puede ser útil para pacientes que rechazan o no responden a estos tratamientos. Y la principal ventaja de la Terapia de escritura es, por supuesto,

que se puede realizar en línea. Esto es ideal para pacientes que tienen que viajar lejos o que presentan dificultades momentáneas para reunirse físicamente con un psicoterapeuta.

*¿Cualquier paciente diagnosticado con TEPT es candidato a este tipo de terapia? Se podría contextualizar su aplicación en dos perfiles de víctimas que en España tienen gran repercusión social a través de los medios de comunicación: (1) víctimas de agresiones sexuales/víctimas de violencia de género y (2) víctimas de accidentes de tráfico. En el primer caso, el evento traumático está asociado a un hecho delictivo, en el segundo caso, no necesariamente. ¿Serían ambos perfiles igual de candidatos a esta terapia? ¿Habría matices diferenciales?*

Sí, no tenemos indicios de que la terapia de escritura sea diferencialmente eficaz para las víctimas de diferentes tipos de traumas. Por supuesto, sabemos que el riesgo de desarrollar TEPT es mayor después de un trauma interpersonal (como una agresión sexual o violencia de género) en comparación con un trauma accidental, pero predecir el TEPT no es lo mismo que predecir el resultado del tratamiento del TEPT.

*Finalmente, una vez descrita esta técnica psicoterapéutica y sus beneficios, nos gustaría conocer el grado de difusión que tiene entre los psicólogos clínicos. ¿Tiene datos acerca del conocimiento y de la aplicación de esta técnica por parte de los profesionales (en su país y otros países)? ¿En qué medida se está empleando?*

No hay datos disponibles sobre esta cuestión, pero teniendo en cuenta las solicitudes y preguntas que me llegan habitualmente, sospecho que muchos terapeutas usan la Terapia de escritura en sus tratamientos. Quizás no como un tratamiento independiente, sino integrado con otras técnicas de TEPT, y quizás solo algunas partes del tratamiento de escritura estructurada. No obstante, para promover su difusión actualmente estamos desarrollando un protocolo de la Terapia de escritura en formato de autoayuda, y estamos realizando talleres de diferente duración.

# TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES BASADOS EN LA EVIDENCIA EMPÍRICA

*Carmem Beatriz Neufeld y Juan Carlos Sierra*



Carmem Beatriz Neufeld es Profesora Titular de la Universidad de Sao Paulo (Brasil). Coordinadora del Laboratorio de Investigación e Intervención Cognitiva-Conductual - LaPICC en dicha Universidad. Es presidenta de la Federación Latinoamericana de Psicoterapias Cognitivas y Conductuales ALAPCCO.



Juan Carlos Sierra es Catedrático de Evaluación Psicológica y Sexualidad Humana de la Universidad de Granada. Director del Laboratorio de Sexualidad Humana en el Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento. Editor de International Journal of Clinical and Health Psychology desde su fundación hasta 2021.

*\*Dra. Neufeld, usted es la Coordinadora del Laboratorio de Investigación e Intervención Cognitivo Conductual (LaPPICC, por sus siglas en portugués) de la Universidad de Sao Paulo, una de las Universidades más prestigiosas de Latinoamérica. ¿Nos puede describir cuál es la labor que se lleva a cabo en este laboratorio? ¿Qué papel juega en un país como*

---

\* Esta entrevista fue publicada originalmente en *Infocop Online*.

Para referenciar este capítulo: Neufeld, C. B. y Sierra, J. C. (2023). Tratamientos psicológicos para niños y adolescentes basados en la evidencia empírica. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Psicología Clínica: perspectiva internacional* (pp. 217-224). Dykinson. <https://www.dykinson.com/libros/psicologia-clinica-perspectiva-internacional/9788411707534/>

*Brasil, en el cual la Psicología Clínica tiene una gran tradición psicodinámica?*

La fundación del LaPICC ha supuesto un gran avance, pues, hasta la fecha, no existía en la Universidad de Sao Paulo laboratorio alguno con estas características. En LaPICC se combina de forma inseparable la investigación con la práctica clínica, por lo que todas nuestras intervenciones en Terapia cognitivo-conductual (TCC) son avaladas por investigaciones, y viceversa. Nuestras líneas de investigación se centran en diferentes intervenciones cognitivo-conductuales, tanto individuales, como sobre todo grupales. Llevamos a cabo, por ejemplo, intervenciones en grupo en trastornos de ansiedad, depresión, obesidad, orientación a padres o promoción de la salud en el ámbito escolar. En el contexto de las terapias individuales, hemos probado diferentes intervenciones, tanto en adultos como en niños. LaPICC se ha convertido en una referencia para los grupos de investigación en TCC, así como en la formación y capacitación en la misma, además de constituir un referente en el estudio de las necesidades en el campo de la prevención y promoción de la salud en jóvenes. A pesar de que la TCC ha experimentado un gran desarrollo en Brasil, laboratorios como LaPICC juegan un papel clave en su difusión entre los estudiantes de Grado y Postgrado, así como en la expansión entre la población general de las intervenciones en salud mental basadas en la evidencia.

*Además de su labor docente e investigadora en la Universidad de Sao Paulo, usted ha sido la presidenta de la Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC) y es la actual vicepresidenta de la Asociación Latinoamericana de Psicoterapias Cognitivas (ALAPCO), ambas reconocidas por la International Association for Cognitive Psychotherapy (IACP). ¿Nos puede hablar sobre la situación actual de este tipo de psicoterapias? ¿Qué evolución han experimentado desde sus inicios?*

Las terapias cognitivo-conductuales han logrado un enorme desarrollo en Brasil, en concreto, y en América Latina, en general. Sin embargo, si tenemos en cuenta la magnitud del número de psicólogos que se forman cada año, su difusión debería ser mucho mayor. Por ejemplo, durante los cuatro años que estuve al frente de la FBTC, el número de miembros se incrementó de 900 a 2.500. Por los números podría parecer un gran aumento, pero si pensamos en términos del potencial de la zona geográfica que supone Brasil, sin duda alguna se necesita una mayor inversión en la divulgación de este tipo de terapias psicológicas. Por otro lado, el continente sudamericano ya tuvo la deferencia de organizar el Congreso Mundial de esta área en el año 2013, en Perú, lo que refleja a todas luces este crecimiento. La TCC ha ido ganando terreno en los distintos países de América Latina. El número de terapeutas crece de manera significativa y la demanda

por parte de los pacientes de este tipo de terapias se está incrementando de manera muy relevante. Sin embargo, en cuanto a la producción de conocimiento, estamos sufriendo todavía las consecuencias de la “juventud” y escasa historia que estas corrientes psicoterapéuticas tienen en nuestros países. En la mayoría de países de nuestro ámbito geográfico, la llegada de la terapia cognitiva tuvo lugar en la década de los años noventa, lo que para una corriente científica supone un período temporal muy corto. Es decir, llevamos 30 años de retraso en comparación con otros continentes. Sin embargo, nos avala la creciente demanda de estas terapias en nuestro ámbito geográfico.

*Con relación a lo anterior, ¿nos puede hablar un poco más acerca de la situación de las psicoterapias cognitivas en el contexto concreto de Latinoamérica? ¿Qué grado de difusión e implementación tiene esta orientación psicoterapéutica en los diferentes países latinoamericanos?*

Como he mencionado, la difusión es cada vez mayor. En países como Panamá, las terapias cognitivas son ampliamente estudiadas desde el Grado. En otros países, en los que la Psicología tiene mucha mayor historia y tradición, como puede ser el caso de Brasil o Argentina, las terapias cognitivas están experimentando un gran crecimiento desde principios de este siglo XXI. Este hecho se refleja, por ejemplo, en que los cursos y materias sobre estas terapias en los Grados de Psicología están ganando terreno, a costa de cederlo otros de corte psicodinámico.

*Centrémonos ahora más concretamente en los contenidos de sus intervenciones en el IX Congreso Internacional de Psicología Clínica. Tanto en su taller pre-congreso como en su conferencia, va a abordar las terapias cognitivo-conductuales grupales. ¿Puede hablarnos sobre este tipo de terapias, y describirnos las características diferenciales y las ventajas que esta modalidad psicoterapéutica tiene frente a las intervenciones individuales?*

Las intervenciones grupales parecen ser excelentes soluciones a los viejos problemas de los sistemas de salud que limitan el número de sesiones y, a menudo, reducen la posibilidad de intervenciones adecuadas para un gran número de problemas. Las ventajas radican en los factores terapéuticos que se establecen en una situación grupal y que acaban por actuar como aportación a los tratamientos. Ejemplos de estos factores terapéuticos son la cohesión grupal, la instauración de la esperanza y posibilidad de que no se está solo sufriendo determinada sintomatología o trastorno mental. La visión normalizadora y la instauración de esta esperanza son aspectos a fomentar en la terapia individual, mientras que en la grupal, surgen casi de manera automática. Otra caracterís-

tica de esta modalidad de intervención, es que tiene buenos resultados como tratamiento adicional a demandas específicas de personas que están en tratamientos individuales. En el caso de pacientes crónicos, o en la fase aguda de determinados trastornos, la intervención grupal tal vez no sea suficiente debido al hecho de estar focalizada en una demanda específica. En estos casos, los tratamientos en grupo pueden constituir un complemento adicional que acompañe a la intervención individual. Los datos avalan que la presencia de estos tratamientos grupales adicionales influye positivamente en los resultados de la intervención individual.

*¿Cualquier paciente, independientemente del trastorno, es un potencial candidato a recibir este tipo de terapia o, por el contrario, es específica para algunos casos particulares?*

Este es precisamente el inconveniente que tiene la intervención grupal, pues va dirigida a demandas concretas, no siendo posible en pacientes con características particulares, como pueden ser los trastornos de personalidad, pacientes con múltiples comorbilidades o ideación suicida grave. En estos casos, no son recomendables las intervenciones grupales. Las intervenciones en grupo en el ámbito de la Terapia cognitivo-conductual cuentan con programas focalizados en objetivos específicos. Pacientes con múltiples comorbilidades o con trastornos de personalidad suelen necesitar intervenciones más individualizadas y adaptadas a sus síntomas y problemáticas. En un grupo, no sería posible trabajar en una sesión todas las demandas individuales y distintas de diez participantes. Por eso, el proceso de selección de pacientes para un grupo terapéutico en Terapia cognitivo-conductual es algo fundamental. Las demandas y características de los participantes deben presentar cierta homogeneidad para asegurar el éxito de la psicoterapia.

*Se acaba de publicar un metaanálisis en el Journal of Anxiety Disorders sobre la eficacia de la psicoterapia de grupo para los trastornos de ansiedad social en adultos, concluyendo que la terapia cognitivo conductual grupal es igual de eficaz que la terapia individual (véase Barwoski et al., 2016). Desde su experiencia en este tipo de terapias, ¿serían generalizables estos resultados a otros trastornos? ¿Existen evidencias de este tipo en otros trastornos psicológicos?*

Además de los trastornos de ansiedad social, las intervenciones en grupo han demostrado ser más efectivas para el trastorno obsesivo-compulsivo, la obesidad, el entrenamiento en habilidades sociales y relaciones interpersonales. Estudios como los del grupo de Heimberg, por ejemplo, comparando intervenciones grupales con intervenciones individuales para la ansiedad social,

demonstraron que después del tratamiento en grupo, los pacientes disminuían en mayor medida sus índices de ansiedad en situaciones sociales. Cordioli obtuvo resultados similares en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo sin otras comorbilidades. Cuando los pacientes eran sometidos a intervención grupal, además de la obtención de mejores resultados, presentaban menor número de recaídas que pacientes con características similares que pasaban por tratamientos individuales.

*En una de sus intervenciones en el Congreso, nos expondrá los tratamientos en grupo en población infanto-juvenil. ¿En qué problemáticas propias de estas edades recomendaría estos tratamientos grupales? ¿Qué difusión tiene esta modalidad de tratamiento en la práctica clínica con niños y adolescentes? La aplicación de esta modalidad psicoterapéutica ¿presenta matices diferentes en niños/adolescentes que en adultos?*

La literatura apoya las intervenciones en grupo con niños y adolescentes, principalmente en casos de trastornos de ansiedad, depresión, trastorno por déficit de atención/hiperactividad, así como en el desarrollo de habilidades específicas, y habilidades sociales, empatía y asertividad. Otro campo de actuación de las intervenciones grupales a estas edades, que cuenta con el aval de la literatura, es la promoción de la salud en la infancia. Uno de los programas más destacado y citado en la literatura es el programa FRIENDS desarrollado por Barret. En la década de los noventa, la Organización Mundial de la Salud ya señalaba que la promoción de la salud en la infancia requiere del desarrollo de habilidades de la vida en grupos y, preferentemente, en el ámbito escolar. Aparte de las adaptaciones de los propios programas terapéuticos para estas edades, existen cuestiones particulares para la gestión de grupos en estas franjas de edad. Por ejemplo, con jóvenes no acostumbrados a intervenciones dialogadas, es necesario que los psicoterapeutas empleen estrategias más lúdicas. Asuntos específicos a tener en cuenta en estas edades son la duración de las sesiones, la forma de relación paciente-terapeuta, la paciencia para el control y gestión del grupo, o el entrenamiento empático con los niños durante la intervención. En general, los desafíos a los que se debe enfrentar el terapeuta grupal con niños y adolescentes constituyen un foco de debate en la actualidad. Son varios estos desafíos, pero tal vez el más importante sea la falta de preparación de los terapeutas para gestionar en grupo a esta población, pues, por ejemplo, no podemos esperar que los niños estén sentados en silencio durante mucho tiempo. El carácter de sesión escolar que muchos terapeutas impregnan a las sesiones terapéuticas, o la falta de conocimientos acerca de cómo los niños y adolescentes se comportan a cada edad,

constituyen desafíos que precisan ser superados por aquellos que quieran hacer terapia de grupo con sujetos de estas edades.

*Desde hace algunos años se viene publicando y discutiendo mucho acerca de los tratamientos psicológicos basados en evidencia empírica. ¿Nos puede hablar de la situación actual de esta cuestión en el campo de los tratamientos psicológicos de los trastornos infanto-juveniles? ¿Qué nos puede decir acerca de la efectividad de las terapias grupales en niños y adolescentes que usted presentará en el Congreso?*

Como ya he indicado, existe evidencia empírica para los tratamientos grupales de los trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad en la infancia. En el *Journal of Clinical Child and Adolescence Psychology* se vienen publicando investigaciones en esta dirección. No obstante, la literatura que compara tratamientos individuales con intervenciones grupales es escasa. Lo que sí tenemos hasta la fecha son programas bien establecidos como el COPING CAT, cuyas evidencias de mejora en los niños que se someten a él son irrefutables, produciéndose una disminución significativa en los niveles de ansiedad y depresión, por ejemplo. Sin embargo, insisto, la comparación con intervenciones individuales es más bien escasa. Algo similar ocurre con las intervenciones grupales centradas en la promoción de la salud y prevención de trastornos mentales. En este ámbito, el programa que he citado anteriormente, FRIENDS, ha demostrado su eficacia en la prevención de la ansiedad y depresión en la infancia y adolescencia, siendo uno de los escasos programas catalogados por la Organización Mundial de la Salud como eficaz en esta cuestión. Mi conferencia se centrará en intervenciones grupales con evidencias y, especialmente, en el proceso grupal y en la formación de terapeutas en la gestión de grupos con niños y adolescentes. Debatiré sobre las intervenciones en grupo que han mostrado evidencia empírica y los beneficios de estas intervenciones para la población objetivo, no como una perspectiva que sustituya a los tratamientos individuales, sino como tratamientos viables para síntomas específicos en poblaciones específicas. Además, discutiremos acerca de los factores terapéuticos grupales en la infancia/adolescencia y cómo estos pueden ayudar a los terapeutas a conducir y gestionar los grupos, lo que constituye uno de los desafíos en este tipo de psicoterapia, como he señalado antes.

*En la línea de la pregunta anterior, muchos metaanálisis sobre tratamientos basados en la evidencia para niños y adolescentes se han centrado en psicoterapias concretas (por ejemplo, la Terapia cognitivo-conductual) para trastornos genéricos (por ejemplo, trastornos de ansiedad). ¿Nos podría ampliar esta cuestión a otros tratamientos y a*

*otros trastornos? ¿Qué tipo de intervenciones son más efectivas en el tratamiento de los trastornos clínicos más habituales a estas edades?*

Además de los diversos trastornos de ansiedad que a estas edades cobran relevancia, como puede ser la ansiedad de separación, las fobias y preocupaciones, las terapias cognitivas y conductuales ha demostrado ser eficaces en los trastornos del estado de ánimo, obsesiones y compulsiones, trastorno por déficit de atención/hiperactividad, trastornos del aprendizaje o los trastornos de excreción. Una excelente revisión sobre el tratamiento de los trastornos de ansiedad, publicada recientemente en el *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, muestra efectos robustos de diferentes modalidades de la Terapia cognitivo-conductual en trastornos de ansiedad en la infancia, formando parte del nivel 1 de evidencias la Terapia cognitivo-conductual, la exposición, el modelado, la terapia cognitivo-conductual con padres, la psicoeducación y la terapia cognitivo-conductual combinada con tratamiento farmacológico. En el año 2014 también fue publicada una revisión referida al trastorno por déficit de atención/hiperactividad, siendo las intervenciones con base conductual las identificadas en el nivel 1 de evidencia: entrenamiento conductual parental, control de la conducta en el aula, intervención conductual por pares, intervenciones combinadas de control de la conducta y entrenamiento en organización. Uno de los mayores desafíos de los estudios centrados en la evidencia de los tratamientos psicológicos en la infancia tiene que ver con una característica distintiva de esta población: la ausencia de un diagnóstico en sí. Los niños que acuden a terapia presentan en muchas ocasiones síntomas propios de diferentes diagnósticos, y sus tratamientos necesitan ser personalizados teniendo en cuenta esta combinación de síntomas. Para los investigadores que trabajan con ensayos clínicos aleatorizados, esto supone un reto adicional a la hora de desarrollar estudios sobre la eficacia de los tratamientos. No quiero decir con ello que no sea posible una psicoterapia infantil basada en la evidencia, pero tal vez tengamos que buscar nuevas vías para conseguir que las intervenciones tengan en cuenta las características propias de esta población.

*Incidamos un poco más en esta cuestión. En un reciente artículo publicado por el Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry se cuestiona la difusión e implementación de las prácticas basadas en la evidencia para la salud mental de niños y adolescentes. Como usted sabe, no siempre existe una óptima correspondencia entre las conclusiones a las que llega la investigación acerca de la eficacia de los tratamientos y lo que el clínico realiza en su ejercicio profesional cotidiano. Usted como buena conocedora de la realidad latinoamericana, ¿qué piensa de esta problemática en nuestro contexto geográfico dentro del ámbito de la Psicología Clínica Infantil?*

Precisamente, es en esta cuestión en donde pienso que tenemos que evolucionar. Necesitamos programas de intervención que funcionen y que ofrezcan módulos de tratamientos que puedan ser aplicados, de manera que las particularidades de la población infantil sean atendidas y que los profesionales se sientan más respaldados por la práctica basada en evidencias empíricas. Percibo diferentes desafíos en este sentido. Por un lado, la metodología y la investigación deben reflejar la realidad de la práctica profesional; y, por otro, los profesionales deben centrarse más en el estudio de la evidencia científica. En nuestra realidad, apreciamos una falta de correspondencia entre la producción de conocimiento y su aplicación. Este es un gran desafío que debemos encarar. En nuestro laboratorio hemos optado por objetivos muy realistas en este sentido, desarrollando estudios que primen la validez interna, pero sin olvidar nunca la validez externa. Esto es un reto, al menos en nuestra realidad.

*Bien. Por último, usted visita con cierta asiduidad nuestro país y es conocedora de la realidad de la Psicología en Latinoamérica. Desde esta perspectiva, ¿cómo se ve desde Brasil, en particular, y desde Latinoamérica, en general, la situación actual de la Psicología en España?*

Desde nuestra perspectiva, la Psicología en España ha logrado un buen nivel de desarrollo y está acumulando paulatinamente datos acerca de sus especificidades culturales. Confieso que como investigadora y terapeuta, me gustaría encontrar más estudios transculturales que nos ayudasen en nuestras similitudes y en nuestras diferencias, y al mismo tiempo aprender de los logros de ustedes.

## REFERENCIAS

Barbowski, S., Schwartz, D., Strauss, B., Burlingame, G., Barth, J. y Rosendahl, J. (2016). Efficacy of group psychotherapy for social anxiety disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 44-64. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.005>

# TERAPIA DE INTERACCIÓN PADRES-HIJOS PARA PROBLEMAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES INFANTILES

*Amanda Clinton y Wenceslao Peñate*



Amanda Clinton es directora de la Office of International Affairs de la American Psychological Association (APA).



Wenceslao Peñate es Catedrático de Psicología Clínica en la Universidad de La Laguna (España). Miembro del Instituto Universitario de Neurociencia.

*\*Me gustaría empezar por su conferencia sobre la Terapia de Interacción Padres-Hijos (PCIT, por sus siglas en inglés). Aparentemente, la PCIT sigue la tradición de los modelos relacionados con el uso sistemático de los procesos básicos del aprendizaje (especialmente, el condicionamiento operante). ¿Para Ud., cuáles serán los elementos distintivos de la Terapia de Interacción Padres-Hijos?*

---

\* Esta entrevista fue publicada originalmente en *Infocop Online*.

Para referenciar este capítulo: Clinton, A. y Peñate, W. (2023). Terapia de interacción padres-hijos para problemas emocionales y conductuales infantiles. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Psicología Clínica: perspectiva internacional* (pp. 225-229). Dykinson. <https://www.dykinson.com/libros/psicologia-clinica-perspectiva-internacional/9788411707534/>

La PCIT es una intervención terapéutica para niños pequeños con graves problemas de conducta, que se basa en la Teoría del aprendizaje social y la Teoría del apego, e incorpora una combinación de terapia de juego y técnicas de la terapia de conducta. La Teoría del apego se utiliza en la etapa de Interacción dirigida por el niño (*Child-Directed Interaction*), donde se les enseña a los padres a construir relaciones cálidas y receptivas con sus hijos. La Teoría del aprendizaje social apoya a la etapa de Interacción dirigida por los padres (*Parent-Directed Interaction*), donde se les enseña a los padres a aplicar consistentemente las consecuencias al comportamiento no deseado de sus hijos. Una característica única de la PCIT, que la hace particularmente efectiva, es el uso del entrenamiento en directo de las interacciones entre padres e hijos. Es decir, se les enseñan habilidades específicas a los padres, se brinda entrenamiento y se ofrecen oportunidades de práctica, retroalimentación y mejora, tanto en el hogar como en las sesiones terapéuticas.

*La terapia tiene entonces dos partes formales. Una dirigida por el chico y otra por sus padres. ¿Qué funciones trata de satisfacer esta doble dirección?*

Sí, la Terapia de Interacción Padres-Hijos consta de dos partes críticas: una dirigida por los padres y otra dirigida por los niños. Este enfoque bidireccional es importante para ayudar a apoyar el desarrollo de habilidades de los padres y profundizar un fuerte vínculo entre el niño y sus padres.

*Sin ánimo de “desvelar” los contenidos de su conferencia, me gustaría conocer algunos aspectos de las terapias. ¿En qué consiste el proceso PRIDE?*

Las habilidades de PRIDE son un componente importante de la PCIT que se utilizan para ayudar a los padres y a los niños a conectarse entre sí durante las interacciones diarias, como el juego, con el fin de construir una relación saludable. PRIDE significa Alabar, Parafrasear, Imitar, Describir, Entusiasmo (*Praise, Reflect, Imitate, Describe, Enthusiasm*). Las preguntas, órdenes y críticas están prohibidas cuando se practica el “tiempo de juego especial” orientado al PRIDE y se permite que el niño tome la iniciativa en la actividad.

*Inicialmente, la Terapia se vincula básicamente a los problemas de conducta en la infancia. Posteriormente, se ha visto que puede ser también de utilidad en los trastornos emocionales. ¿Cómo observa esa expansión? ¿Cuál es su opinión del uso de la PCIT para los trastornos emocionales en la infancia, especialmente en relación a los tratamientos psicológicos tradicionales?*

La Terapia de Interacción Padres-Hijos es una intervención basada en evidencia que se desarrolló inicialmente para familias de niños con trastornos de conducta con edades entre 2 y 7 años. En los últimos años, la implementación de la PCIT se ha extendido a un rango de edad más amplio y la evidencia sugiere que, con cambios mínimos en el protocolo terapéutico, la PCIT es efectiva para niños mayores y adolescentes en la reducción de los comportamientos impulsivos y agresivos. Con respecto al uso de PCIT para niños muy pequeños, mi experiencia con esta técnica terapéutica (con niños en edad preescolar y Educación Primaria, y sus familias) es que es un enfoque particularmente efectivo porque es muy familiar. Para la mayoría de los niños, incorporar a los padres en el proceso de tratamiento es primordial, si esperamos lograr un cambio significativo. En el caso de niños de 2 a 6 años, los padres son absolutamente fundamentales para el proceso. De hecho, el progreso va a ser muy limitado si los padres no están involucrados, debido a la enorme influencia que tienen sobre el desarrollo conductual y emocional de sus hijos. Incluso cuando los comportamientos tienen un sustento biológico, como el autismo o el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, se pueden alterar por la reacción de los padres hacia el niño. Los padres forman el centro del mundo de un niño pequeño. Como tal, esos padres deben participar en la resolución de problemas emocionales y de comportamiento y la PCIT lo logra con éxito.

*Otro de sus intereses tiene que ver con las habilidades socioemocionales en los niños, que también podrán conocer los congresistas en una sesión aplicada impartida por usted. Me gustaría ahora dirigir la entrevista sobre esta temática de su experticia. ¿El entrenamiento en habilidades sociales más que una técnica en sí, es un recurso transversal que juega un papel protector para afrontar los problemas psicológicos (especialmente los problemas emocionales)?*

Sí, absolutamente. Existe un volumen significativo de investigación psicológica que ha demostrado que los niños con buenas habilidades socioemocionales alcanzan un éxito mucho mayor en la escuela y, ya como adultos, en sus trabajos. Más específicamente, los niños que muestran un conocimiento social y emocional deficiente muestran también tasas más altas de fracaso escolar, niveles más bajos de rendimiento académico, mayor consumo de sustancias ilícitas y mayores tasas de trastornos psicopatológicos (especialmente depresión y ansiedad).

*¿No le llama la atención que, con el excelente equipamiento biológico del que disponemos, no hayamos sido “programados” biológicamente para afrontar con éxito las relaciones interpersonales?*

Los seres humanos son seres inherentemente sociales y el cerebro humano es la fuerza impulsora que está detrás de nuestros deseos y nuestras necesidades de relacionarnos con los demás. En general, todos los seres humanos, cuando se encuentran en el entorno de aprendizaje adecuado, aprenden cómo gestionar eficazmente las relaciones interpersonales; de la misma manera que la mayoría de las personas adquiere, sin mayores dificultades, las habilidades de alfabetización y numeración, siempre y cuando se les enseñe cómo hacerlo. Sin embargo, es un concepto erróneo común considerar que las habilidades socioemocionales se absorben de manera completamente automática. Los seres humanos aprenden a controlar sus emociones, definir sus sentimientos, expresar sus necesidades, empatizar con los demás y resolver los problemas sociales de los demás a través de oportunidades de observación, de interactuar con los modelos y de la instrucción directa. Esto es así ya sea para la lectura, las matemáticas o la interacción socioemocional. Tenga en cuenta que la interacción socioemocional es una habilidad de muy alto nivel que depende de muchos procesos neurológicos: comprensión del lenguaje, expresión verbal, control emocional, interpretación de las expresiones y palabras de otro, identificación de posibles soluciones, etc., y que suele ocurrir rápidamente, y en una variedad de contextos. Por esta razón, nuestro “programa sociobiológico” mejora cuando a los niños se les proporciona una educación social y emocional.

*Con su experiencia en los estudios sobre lenguaje y transculturalidad, ¿se pueden establecer diferencias sustantivas en las relaciones/habilidades interpersonales en función de la cultura? ¿O las habilidades sociales son transculturales?*

La investigación sobre el contexto cultural y el desarrollo socioemocional sugiere la presencia de similitudes y diferencias. A medida que un niño crece y su cerebro madura, las normas y valores culturales guían la interpretación y evaluación de las experiencias sociales y la forma en que se atribuye el significado al comportamiento. Como resultado, se pueden observar distintos patrones de funcionamiento socioemocional en todas las culturas en áreas como el control interno y la autorregulación, el compromiso social, la calidad de las interacciones sociales e, incluso, las actitudes y prácticas sociales.

*Finalmente, aprovechando su gestión de las relaciones internacionales de la American Psychological Association (APA), nos gustaría conocer su cualificada opinión sobre algunos aspectos de nuestra profesión como una profesión global. ¿Cómo valora el nivel de colaboración entre las distintas asociaciones de Psicología en diferentes países y regiones? ¿Cómo estamos afrontando las diferencias culturales?*

En mi experiencia, la colaboración entre las asociaciones nacionales de Psicología es excelente y ofrece una de las mejores vías para que la Psicología avance en la etapa de la salud global y, aún más ampliamente, en la experiencia humana a nivel mundial. Los colegas líderes de asociaciones nacionales con quienes me he relacionado son talentosos científicos, profesionales y diplomáticos que ofrecen ideas creativas y una energía infinita para ayudar a la Psicología a abordar cuestiones críticas a escala internacional. Mi sensación es que todos, como líderes de las asociaciones psicológicas nacionales, trabajamos arduamente para identificar formas de colaboración conjuntas para lograr objetivos compartidos con respecto a las contribuciones de la Psicología para ayudar a niños, mujeres y hombres a alcanzar su máximo potencial.

*De acuerdo con su experiencia, ¿a cuánto tiempo estamos de un acuerdo global sobre los cometidos profesionales y éticos de la Psicología, especialmente de la Psicología profesional?*

Esta es una excelente pregunta que muchos profesionales de la Psicología y líderes de asociaciones nacionales e internacionales de la Psicología están planteando. El Proyecto Internacional sobre las Competencias en Psicología (*International Project on Competence in Psychology, IPCP*), que establece un conjunto de competencias reconocidas internacionalmente, fue adoptado en 2016 por la Asociación Internacional de Psicología Aplicada (*International Association of Applied Psychology, IAAP*) y la Unión Internacional de Ciencias Psicológicas (*International Union of Psychological Science, IUPsyS*). El IPCP brinda un marco significativo para el avance de las normas mundiales de garantía de calidad. En términos de un modelo práctico de competencias, la credencial EUROPSY representa un avance relevante en este aspecto. Debido a la naturaleza móvil de los profesionales, en 2018 y en las próximas décadas, mi sensación es que se continuará trabajando para abordar las competencias internacionales en Psicología y se logrará un progreso significativo en los próximos diez años.



# FOBIAS TRATADAS EN UNA SESIÓN: REFLEXIONES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL

*Thomas H. Ollendick y Juan Preciado*



Thomas H. Ollendick es Profesor de Psicología en Virginia Tech (Estados Unidos de América) y director del Child Study Center en dicha Universidad. Coeditor Fundador de la revista *Clinical Child and Family Psychology Review*. Es uno de los científicos más influyentes del mundo según el Ranking de la Universidad de Stanford.



Juan Preciado es Catedrático de Educación para la Salud Urbana en la Hostos City University of New York (Estados Unidos de América).

*\*Antes de comenzar, permítanme decir que estamos muy agradecidos de que haya reservado parte de su valioso tiempo para esta entrevista. Sé que está muy ocupado y que sus viajes constantes al extranjero no le dejan tiempo. Usted tiene uno de los récords de publicaciones orientadas a la investigación más impresionante y también ha publicado una Enciclopedia. ¿Por qué vio la necesidad de crear una Enciclopedia en el campo?*

Antes que nada, permítanme agradecerles a ustedes y al Comité Organizador por invitarme a asistir a esta prestigiosa reunión. He tenido el placer de asistir

---

\* Esta entrevista fue publicada originalmente en *Infocop Online*.

Para referenciar este capítulo: Ollendick, T. H. y Preciado, J. (2023). Fobias tratadas en una sesión: reflexiones en Psicología Clínica Infantil. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Psicología Clínica: perspectiva internacional* (pp. 231-236). Dykinson. <https://www.dykinson.com/libros/psicologia-clinica-perspectiva-internacional/9788411707534/>

a una antes y visitar Granada para una conferencia de Psicología Conductual. Granada es una de mis ciudades favoritas de España y de Europa. Me siento honrado de estar con ustedes en octubre. Con respecto a su primera pregunta, la Enciclopedia fue publicada en el año 2003 y coeditada con mi amiga y colega de hace mucho tiempo, la Dra. Carolyn Schroeder. Muchos investigadores y yo consideramos a la Dra. Schroeder como una de las cofundadoras del campo de la Psicología Pediátrica. En aquella época, yo era presidente de la *Society of Clinical Child Psychology* y, conjuntamente, decidimos codirigir *The Encyclopedia of Clinical Child and Pediatric Psychology* (Ollendick y Schroeder, 2003), una aventura que nos llevó dos años y seis meses completar. Contiene más de mil entradas o notas bibliográficas. Es importante destacar que nos permitió combinar en un solo volumen el trabajo de psicólogos, tanto pediátricos como clínicos. Queríamos que mis colegas clínicos estuvieran al tanto de las complicaciones pediátricas y ella quería que sus colegas fueran conscientes de los problemas clínicos más tradicionales. Funcionó, y pudimos reunir lo mejor de ambas disciplinas al servicio de los niños, adolescentes y sus familias. Sin embargo, la Enciclopedia ahora tiene 15 años y las cosas han cambiado mucho, así que ¡necesita ser actualizada!

*Como reconocido experto en ansiedad y fobias en niños y adolescentes, los medios de comunicación le piden a menudo su opinión acerca de temas de interés general. Con respecto a esta cuestión, ¿los psicólogos e investigadores hacen lo suficiente para comunicar a los medios las implicaciones de sus investigaciones?*

¡Esta es una muy buena pregunta y no tengo una muy buena respuesta! Creo que algunos en nuestra profesión lo hacen, pero muchos no. Por un lado, hacerlo requiere tiempo y energía y un estilo que no siempre es compatible con las formas de pensar o escribir que tenemos como científicos. Nos gusta hablar en un discurso largo; mientras que los medios quieren «puntos clave». Somos más cautelosos en lo que decimos, ellos piden que especulemos y otorguemos un «resultado final». La mayoría de nuestros artículos y charlas terminan con «depende» y «se necesita más investigación», ¿cierto? Los medios quieren un mensaje inequívoco, no un conjunto de pronunciamientos ambiguos y calificados. Sabemos y hemos descubierto mucho a lo largo de los años; y a pesar de esto, todavía existe por ahí mucha pseudociencia, por lo que ya que sabemos lo que funciona ¡informemos al mundo!

*Una de sus publicaciones más influyentes (con más de mil citas) es el artículo "Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence", que fue coescrito por Dianne L. Chambless y publicado en Annual Review of Psychology (véase Chambless y Ollendick, 2001).*

*Aunque este trabajo clásico y muy completo ya fue publicado en el año 2001, su contenido sigue siendo tan relevante como lo era hace 17 años. ¿Piensa que los enfoques validados empíricamente son ampliamente utilizados por los terapeutas hoy en día? ¿Qué podemos hacer para garantizar que los tratamientos más efectivos se empleen en la práctica clínica diaria?*

Nuevamente, ¡hace buenas preguntas! Estoy muy comprometido con lo que ahora se conoce colectivamente como prácticas basadas en la evidencia, tanto en evaluación como en tratamiento. Uno de los problemas es que nuestro trabajo inicial y el de otros estaban demasiado “atados” a los trastornos; en la clínica típica se podían ver múltiples “trastornos” en la práctica diaria. Recientemente, una terapeuta clínica me confesó que llegó a ver 17 trastornos distintos en su práctica en una sola semana, preguntándose cómo podía ella aprender y emplear tantos protocolos. Fue una buena pregunta y reflexionamos sobre este dilema, no hubo respuestas simples, pero cuando comenzamos a ver si podíamos ver los problemas desde una perspectiva de transdiagnóstico, parece que entonces pudimos progresar. Sí, es difícil para los clínicos en su práctica diaria utilizar y dominar enfoques basados en evidencia; sin embargo, debemos resolver este problema y avanzar. No podemos dormirnos en nuestros laureles, pero tampoco podemos detenernos en cosas que no funcionan. Ninguna otra profesión lo hace, ¿por qué nosotros sí? Reunámonos y solucionemos este problema. Por cierto, sería bueno involucrar a las familias y pacientes en este diálogo. Ahora, ya no me haga preguntas más difíciles.

*Pasemos a los temas que va a tratar en el próximo XI Congreso Internacional de Psicología Clínica en Granada. Usted y otros colegas desarrollaron con éxito una terapia cognitivo-conductual, conocida como One Session Treatment (OST) (Tratamiento de una sesión para fobias específicas). ¿Cómo se concibió el enfoque OST? ¿Se ha estudiado en diferentes contextos geográficos? ¿Podría comentar sobre su efectividad para diferentes subtipos de fobias? ¿Quiénes son los mejores candidatos para este enfoque?*

En primer lugar, doy todo mi crédito al trabajo fundamental de Lars-Goran Ost de la Universidad de Estocolmo para el desarrollo de este enfoque. Él y yo hemos examinado su uso y efectividad con niños y adolescentes en varios estudios. Posteriormente, colegas en Japón y Australia se han unido a nosotros y están usando este tratamiento. ¿Por qué un tratamiento de tan solo una sesión? Hay tres razones principales: (1) ambos habíamos visto a muchos niños (y adultos) que habían estado en tratamiento, a veces durante años, y que no habían mejorado, lo cual para nosotros era inaceptable, pues seguramente podría-

mos hacer más; (2) después de observar el tratamiento estándar para fobias y trastornos de ansiedad, pensamos que llevaba demasiado tiempo, es decir, sin duda podríamos tratar estos problemas en un período de tiempo más breve y de manera más intensa; y (3) utilizamos el buen trabajo de varios teóricos del Aprendizaje, incluyendo algunos recientes, como Michel Craske, quienes nos han enseñado que los principios de aprendizaje son más eficaces cuando las oportunidades de aprendizaje se consolidan y se entregan de una manera más sucinta y concentrada. ¡Y listo! ¡El tratamiento de una sesión nació y sigue vivo! El enfoque funciona mejor para un tipo concreto de pacientes, algunos de los cuales serán discutidos en mi presentación. ¡No puedo revelar todo hoy!

*Un tema de preocupación en el ámbito clínico es cómo abordar las necesidades de los pacientes llamados “resistentes” al tratamiento. Es probable que aborde este tema en nuestro Congreso de Granada, y no quiero adelantarme a su conferencia, pero ¿podría darnos un avance de cómo abordar a los que no responden a los tratamientos para los trastornos fóbicos y de ansiedad?*

Ahora aquí hay otra pregunta difícil. ¡Estoy listo para eso! En mi opinión, esto sucede más a menudo de lo que nos gustaría admitir. La mayoría de las veces, es nuestra culpa. No podemos culpar a los pacientes. Pongamos la culpa en donde corresponde: en nosotros mismos, los terapeutas. En mi clínica tratamos de no utilizar la palabra “resistencia”. Nos enfocamos en “qué podemos hacer de manera diferente”. Las posibilidades de lo que usted llama resistencia se pueden reducir mediante una buena evaluación basada en la evidencia, que luego es seguida por un buen análisis funcional. Necesitamos establecer factores predisponentes, precipitantes y perpetuadores, la triple P. Entonces, también podría ser útil no olvidar los factores de protección, la cuarta P. En la mayoría de los casos, esta evaluación exhaustiva para la planificación del tratamiento es efectiva y nuestros pacientes dejan de ser “resistentes”.

*Hablemos ahora de prevención, ya que no queremos que nuestros lectores se pregunten por qué no hemos discutido intervenciones tempranas dirigidas a grupos de estudio de niños y adolescentes. ¿Los investigadores generalmente se enfocan más en el tratamiento que en la prevención de los trastornos fóbicos y de ansiedad?*

Bueno, se ha hecho mucho ya en el área de la prevención en términos de programas escolares, programas de crianza eficaces y esfuerzos de resiliencia con los niños. Hemos observado que las fobias son trastornos “puerta”, lo que significa que conducen a otros trastornos si no se tratan. Aun así, suceden ya sean accidentes, tiroteos en las escuelas, terrorismo, y sí, incluso guerras. Estos son

eventos trágicos e incluso nuestros mejores programas de tratamiento, sí, incluso aquellos basados en la evidencia, pueden no ser efectivos. Muy claramente, en nuestra sociedad moderna, debemos hacer más para crear un entorno seguro para nuestros niños y adolescentes, ¡y sí, incluso para nuestros adultos! ¿Cómo podemos ser más resilientes en una sociedad que se caracteriza por la imprevisibilidad? No hay respuestas fáciles, ¿verdad?

*Ahora hablemos de los factores culturales, ya que el próximo XI Congreso Internacional en Granada ha atraído a numerosos participantes de todo el mundo que están ansiosos por conocer los nuevos desarrollos en nuestra disciplina, particularmente en Estados Unidos de América. Nuestros lectores pueden estar interesados en escuchar su opinión sobre los factores culturales, ya que usted ha investigado más allá de las fronteras geográficas y ha trabajado frecuentemente en el extranjero. ¿Pueden las técnicas terapéuticas desarrolladas en un contexto cultural (por ejemplo, Estados Unidos de América) aplicarse fácilmente a otro país no occidental (por ejemplo, China) sin tener en cuenta la cultura? ¿Están los investigadores prestando suficiente atención a los factores culturales en los trastornos fóbicos y de ansiedad?*

La cultura es un factor muy importante que no se ha abordado suficientemente en los estudios, incluida la nuestra, desafortunadamente. Tanto nosotros como otros autores estamos tratando de abordar esta necesidad, pero todavía no lo hemos logrado. Trabajamos ahora en seis continentes y algunas cosas parecen traducirse bien y otras no. En 1983, por ejemplo, publiqué una encuesta sobre el miedo que se tradujo a 19 idiomas: la estructura básica del miedo en los individuos parece mantenerse relativamente bien, pero los jóvenes difieren en la amplitud y el tipo de temores según su nacionalidad. Por otra parte, la Terapia cognitivo-conductual, con modificaciones, parece funcionar dentro de las filosofías orientales. Sin embargo, aún es necesario cambiar aspectos importantes. Algunas de las terapias de nueva generación están abordando estos cambios. Creo que sería genial si desarrollamos equipos de investigación y de clínicos que trasciendan fronteras. Entonces, y solo entonces en mi opinión, podemos avanzar en nuestra base de conocimientos y ampliar nuestro alcance clínico. ¿Quién nos financiará?

*Ahora me gustaría pasar brevemente a la clasificación de los trastornos de ansiedad. A pesar de la evidencia empírica para un abordaje más dimensional o transdiagnóstico de dichos trastornos, el DSM-5 y la CIE-11, que pronto será publicada, han mantenido enfoques categóricos para la clasificación de los trastornos de ansiedad. El DSM-5 incluso aumentó el número de trastornos de ansiedad de 10 a 23. Aunque la CIE-11, en*

*un principio, reconoció características dimensionales comunes, optó finalmente por dejar las categorías para así mantener paridad con otros sistemas de clasificación de enfermedades. ¿Deberíamos continuar con este proceso de división? Después de todo, parece que la mayoría de las intervenciones clínicas y manuales sobre trastornos de ansiedad se desarrollan para afecciones específicas. ¿Cuál sería su consejo para los clínicos cuando se trata de la clasificación y la evaluación de los trastornos de ansiedad en sus prácticas diarias?*

Bueno, esta es una pregunta muy importante. En mi primer libro, *Clinical Behavior Therapy with Children* (Ollendick y Cerny, 1981) recomendé no diagnosticar a nuestros niños y adolescentes. Sí, tenían problemas, pero los diagnósticos eran más un producto de nuestra imaginación. Bueno, los tiempos han cambiado y ahora llego a los diagnósticos. Es cierto, como usted afirma, que la mayoría de los manuales son específicos a un trastorno, pero no todos, pues algunos son transdiagnósticos y otros están más orientados hacia el mecanismo. Con los diversos trastornos de ansiedad (que, por cierto, son altamente comórbidos entre sí), el mecanismo subyacente, desde una perspectiva psicosocial, probablemente esté relacionado con cogniciones defectuosas (pensamientos catastróficos), comportamiento de evitación y deficiencias en habilidades. Si en nuestros tratamientos nos orientamos más hacia los principios, abordando estas áreas, y se realizan buenas evaluaciones basadas en la evidencia, entonces haremos mucho para avanzar en nuestra ciencia y práctica clínica. La fuerza está con nosotros, ¡aprovechémosla!

## REFERENCIAS

- Chambless, D. L. y Ollendick, T. H. (2001). Empirically support psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review Psychology*, 52, 685-716. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.685>
- Ollendick, T. H. y Cerny, J. A. (1981). *Clinical behavior therapy with children*. Springer.
- Ollendick, T. H. y Schroeder, C. S. (2003). *Encyclopedia of clinical child and pediatric psychology*. Springer.

# TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN NIÑOS

*Joanne Hands y Juan Carlos Sierra*



Joanne Hands es Directora Clínica del Kuwait Counseling Center (Kuwait). Presidenta de la Middle East Psychological Association.



Juan Carlos Sierra es Catedrático de Evaluación Psicológica y Sexualidad Humana de la Universidad de Granada. Director del Laboratorio de Sexualidad Humana en el Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento. Editor de International Journal of Clinical and Health Psychology desde su fundación hasta 2021.

*\*Usted es la actual presidenta de la Middle East Psychological Association (MEPA), una de las Sociedades colaboradoras del XI Congreso Internacional de Psicología Clínica. ¿Nos puede hablar brevemente acerca de esta Asociación y de su influencia en la Psicología de Oriente Medio?*

Sí, he sido presidenta de la MEPA durante el periodo 2015-2017, siendo reelegida para el periodo 2017-2019. La Asociación es muy joven. Fue creada en el año 2010 con la finalidad de proveer recursos y guías profesionales a los profesionales que ejercen en el ámbito de la salud mental en el Medio Oriente. Esta Asociación tiene tres fines o metas particulares: (1) caracteri-

---

\* Para referenciar este capítulo: Hands, J. y Sierra, J. C. (2021). Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) en niños. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Psicología Clínica: perspectiva internacional* (pp. 237-242). Dykinson. <https://www.dykinson.com/libros/psicologia-clinica-perspectiva-internacional/9788411707534/>

zar la disciplina de Psicología en esta parte del mundo, ya que todavía es vista como tabú y como algo propio de los países occidentales; (2) proveer recursos, no solo para profesionales en este ámbito de trabajo, sino también para la comunidad en general; y (3) establecer relaciones y colaboraciones con otras organizaciones y entidades del resto del mundo, con el objetivo de incorporar a nuestros países del Medio Oriente la información, las técnicas más recientes y actualizadas, y poder intercambiar información con expertos de otros países del mundo. Desafortunadamente, en el Medio Oriente, la Psicología no es vista con el respeto que merece. Es una profesión relativamente nueva y que está asociada a muchos estigmas, e incluso vergüenza, por lo que muchos no llegan a aceptarla todavía. Una de mis metas personales es darle a esta bella y tan importante profesión, la importancia que se merece y que pueda ser reconocida, aceptada y tratada al igual que cualquier otra profesión como la Medicina, la Ingeniería o la Arquitectura. Estoy segura de que, con el apoyo de todos, muy pronto podremos llegar a este nivel. En este año 2018, MEPA ha dado un gran paso con la firma de un memorándum de acuerdos con la *American Psychological Association* (APA), lo que nos aportará muchos beneficios, como por ejemplo el intercambio de conocimientos, de expertos y de información en general, lo cual ayudará a nuestros países a crecer y a proveer un mejor servicio a la comunidad.

*Hablemos un poco más acerca de esta cuestión. En España apenas se conoce la situación y la realidad de la Psicología en Oriente Medio. ¿Nos podría informar acerca de ello? ¿Qué tipo de formación reciben los futuros profesionales? ¿Cuál es el nivel de la investigación en el ámbito de la Psicología en esos países? ¿Qué puede decirnos acerca de la práctica profesional? ¿Qué papel tienen los psicólogos en la sociedad? Como ve, son muchas preguntas, pero nos gustaría conocer un poco más esta realidad.*

Sí, ciertamente son muchas preguntas, pero lo entiendo, pues es muy poco lo que se conoce en el exterior acerca de las prácticas psicológicas de aquí en Medio Oriente. Como ya le mencioné anteriormente, la Psicología es una profesión relativamente nueva que aborda muchos temas delicados, de los cuales muchas personas no desean ni quieren hablar. En nuestra sociedad árabe, se ve con mucho estigma todo lo relacionado con la salud mental. Conozco muchos casos en los que las familias prefieren no asumir que un familiar padece algún problema psicológico por miedo a la reacción de la sociedad y a como esto podría afectar al resto de miembros de la familia en general. Por esta razón, prefieren ocultar el problema aislando al familiar y no buscan ayuda profesional. Muchos se enfocan en remedios naturales o recursos espirituales sin entender que en muchas ocasiones una ayuda profesional podría solven-

tar el problema. Esta percepción de la sociedad nos lleva a otro problema que es la falta de recursos y apoyo educativo, ya que muy pocas universidades ofertan estudios de Psicología por el hecho de que no contarán con muchos estudiantes. Conozco Escuelas que no incluyen la disciplina de Psicología, porque no se la considera importante. De todos modos, tengo que comentar que, en los trece años que llevo viviendo en Kuwait, he podido experimentar un gran cambio a este respecto. Hoy en día más cada vez más universidades están abriendo sus puertas a esta profesión, tenemos ya muchas escuelas de entrenamiento y eventos en los que se ofrecen cursos y títulos en este ámbito profesional. En muchas partes del Medio Oriente se ofrecen Bachillerato, Maestría y hasta PhD en Psicología, pero todavía en muchos otros, como en el caso de Kuwait, solo se ofrece el Bachillerato en Psicología. En cuanto a la investigación, tenemos la limitación de que muchos estudios e investigaciones se publican en inglés, por lo que muchas escuelas árabes no pueden utilizarlos a menos que sean traducidos al idioma local, lo cual retrasa un poco la vigencia y relevancia de la información. Es por esto que, en mi opinión personal, se necesita en esta parte del mundo mucho apoyo e intercambio intelectual/educativo para poder brindarles a nuestros jóvenes y profesionales interesados en esta profesión los servicios necesarios para evolucionar.

*Bien. Centrémonos ahora en su intervención en el XI Congreso Internacional de Psicología Clínica en el que abordará el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) en niños. Usted sabe que en los últimos años se han desarrollado movimientos por la abolición de los sistemas diagnósticos, situándose el foco de atención precisamente sobre este trastorno (véase Timimi y Pérez-Alvarez en este mismo libro). ¿Qué piensa usted acerca de esta cuestión? ¿Son necesarias realmente las clasificaciones diagnósticas?*

Pienso que se trata de un tema polémico. No creo que estemos en un momento en el que debemos eliminar las clasificaciones diagnósticas de un plumazo. Sí pienso que ha habido abusos y que en muchos casos los terapeutas se concentran únicamente en buscar un diagnóstico y no en tratar el problema en sí. Yo, personalmente, primero me concentro en escuchar al paciente y en la problemática que trae; intento trabajar con varios métodos que considero que pueden beneficiarle particularmente y a medida que vamos evolucionando se ve si es necesario efectuar una evaluación psicométrica y proporcionar un diagnóstico específico. Creo que conocer el diagnóstico de las personas con la que trabajamos acarrea muchos beneficios, pues podemos proveer el tratamiento adecuando sin perder excesivo tiempo. Pero, por otro lado, como mencioné, creo que en muchos casos se ha abusado y esto no es beneficioso para el paciente.

*En el caso concreto del TDAH, hay autores como el propio Dr. Timimi, que lo ponen como ejemplo de “patologización de problemas normales que los adultos suelen tener con los niños y adolescentes”, careciendo de entidad clínica. Me gustaría conocer su opinión al respecto a partir de su experiencia profesional en este tipo de casos.*

Ciertamente vemos casos en los que el niño no presenta ninguna patología clínica; lo que existe es más bien un desajuste en las dinámicas familiares, en los estilos de crianza y en los hábitos alimentarios. Sin embargo, he visto muchos casos en los cuales realmente el niño sufre de un déficit de atención que afecta significativamente a sus capacidades escolares y en los que la medicación es recomendable. En mi trayectoria laboral he podido evidenciar muchos casos de TDAH y, en general, mi recomendación a los padres es que presten atención a la conducta del niño desde muy temprana edad, pues cuanto antes se controle la conducta, mejores serán los resultados. Se recomienda un programa estructural multidisciplinario (padres y maestros), en donde el niño pueda gozar de expectativas claras que le faciliten su comportamiento. Yo he visto muchos casos en los que el tratamiento farmacológico no ha sido necesario debido a una buena intervención educativa, psicológica y conductual. Así que, con respecto a su pregunta, comparto la opinión del Dr. Timimi o del Dr. Pérez, pero al mismo tiempo creo que no podemos excluir aquellos casos en los que realmente existe una deficiencia de atención e hiperactividad, como ha sido señalado en el DSM-5.

*Una cuestión que me gustaría abordar, teniendo en cuenta su formación y experiencia multicultural, es el papel que los factores culturales pueden jugar en el trastorno del TDAH. Por ejemplo, España es uno de los países en donde más diagnósticos se realizan de TDAH con mucha diferencia con respecto a otros países vecinos. ¿A qué se pueden deber estas diferencias culturales? ¿Cuál es la realidad de este hecho en países de Oriente Medio en comparación con los países occidentales?*

Bueno, la verdad es que no sabía que en España este trastorno fuese tan común, pero no me sorprende, ya que en todas partes del mundo se está viendo cada vez con mayor frecuencia. En mi opinión, el factor cultural puede que tenga una contribución basado en tradiciones alimentarias y conductuales. Se ha comprobado que los niños con mucha actividad social (fiestas, celebraciones familiares, etc.) están más expuestos a alimentos con elevados niveles de azúcar y otros ingredientes que podrían contribuir a la disminución de la atención y al incremento de la hiperactividad. En el Medio Oriente vemos cada día más y más casos de TDAH, y pienso que existe una relación fuerte con los estilos de vida. Comparando países del Medio Oriente con países occidentales en este tema, yo pienso que en los países occidentales hay un nivel médico más avanzado, por lo

que existen más estudios y programas preventivos que en nuestros países del Medio Oriente. Hay que tener en cuenta también el hecho de que el diagnóstico de TDAH en el Medio Oriente es relativamente novedoso, por lo que se ven ahora a menudo más niños diagnosticados con este trastorno. Durante el tiempo en el que yo estuve desarrollando mi investigación de Posgrado en esta área, encontré que en los últimos 15 años se habían visto más diagnósticos de este trastorno que en años anteriores, lo cual puede indicar el hecho de que ahora se tiende automáticamente a etiquetar casos con este diagnóstico. Se podría decir que es un diagnóstico que está de moda, que hay una mayor tendencia a la necesidad de proveer un diagnóstico, o a que los padres exageran un poco cuando se refieren a la conducta de sus hijos. Son muchos los factores que podrían jugar un rol en por qué en ciertos países se ve este trastorno más que en otros.

*Una de las claves de la polémica con el TDAH está en su tratamiento psicofarmacológico, siendo testigos en los últimos años de un importante incremento de la prescripción de psicofármacos. En cambio, en su ponencia del XI Congreso Internacional de Psicología Clínica nos propone un programa psicoeducativo dirigido a estos niños. ¿Cuál es su postura hacia el tratamiento médico? ¿Es necesario en realidad medicar a estos niños?*

Mire, yo no soy muy partidaria del abordaje farmacológico de este trastorno, al menos como tratamiento inicial. Sin duda alguna, hay muchos casos que necesitan estar bajo tratamiento psicofarmacológico por su mayor severidad, en los que tanto el niño como los padres y educadores se ven afectados. Sin embargo, creo que se tiene que tener mucho cuidado cuando se trabaja con esta población, ya que he visto en muchos casos en los que los terapeutas ni intentan tratar la condición sin medicamentos, sino que enseguida recurren a la ayuda de fármacos para su tratamiento. En un estudio que yo he dirigido se pudo comprobar como la parte psicoeducativa es muy importante y, en ocasiones, la única intervención requerida. He trabajado con muchos pacientes que han podido lograr sus metas educativas con solo tratamiento psicoeducativo. Claro está, que todos los casos son únicos y que no hay un plan específico que sirva a todos los niños con este trastorno. Es por eso que la información cultural juega un rol importante en estos casos.

*La alternativa son los tratamientos psicológicos. ¿Nos podría adelantar algo acerca del programa psicoeducativo para niños con TDAH sobre el que centrará su ponencia? ¿Cuáles son sus características principales?*

Sí, claro. En mi ponencia me concentro más en la parte psicoeducativa que consiste en trabajar no solo con el niño sino también con los padres y los educadores.

Es importante hacerles comprender acerca de cuáles actividades son beneficiosas y cuáles no. Al mismo tiempo, saber trabajar con las expectativas personales de cada padre y educador, y los niveles de estrés que estas expectativas podrían traer. Hay que recordar que, en muchos casos, son las metas y las actitudes con las que el niño es tratado lo que en realidad contribuye a una mejoría.

*En este programa, usted incide de manera importante en el papel de los padres y de los educadores. ¿Qué rol juegan estos protagonistas en la concepción y abordaje del TDAH? En el caso de los educadores, en España la Ley Educativa incluye a los niños con TDAH en el Grupo de Necesidades Educativas Especiales. ¿Considera adecuada esta medida?*

Sí, absolutamente de acuerdo. Tenemos que saber que para que el niño triunfe, necesitamos prestarle la mejor ayuda que podamos y una de las condiciones más recomendables es un aula educativa con un número de estudiantes reducido por aula, en donde estos puedan contar con más atención individual y menos distracciones.

*Por último, usted tiene licencia de Terapeuta de Pareja y de Familia por el estado de Luisiana (Estados Unidos de América) y entre los servicios psicoterapéuticos que oferta están las relaciones matrimoniales y de pareja. En la actualidad estamos viendo, a nivel mundial, un movimiento social reivindicativo de los derechos de las mujeres, cada vez más importante. ¿Cómo se está reflejando esta realidad en las relaciones de pareja y en la demanda de solución a los problemas de pareja? ¿Cómo se están experimentando estas cuestiones en la cultura de Oriente Medio?*

En la actualidad, mi trabajo se desarrolla básicamente en el ámbito de parejas. Trabajo con muchos casos de parejas y sí, indudablemente, vemos como el movimiento mundial sobre los derechos de las mujeres se ve reflejado en cuestiones maritales. Lo que antes era causa de problemas matrimoniales no es necesariamente lo que hoy en día trae a las parejas a terapia. Al mismo tiempo, vemos como actualmente se ve como algo más habitual, y menos tabú, la terapia de pareja. Hoy las personas tienen un mayor nivel educativo y existe una mayor igualdad de derechos, hay más mujeres trabajadoras y más hogares donde ambos padres son los proveedores económicos, así que estos cambios de alguna manera traen consigo consecuencias no solo positivas, a veces también negativas. Este campo es uno de los que más me atrae, ya que como sabemos, la relación de pareja impacta en los hijos, otros familiares, amigos y la sociedad en general. Así, que cuando aprendemos a comunicarnos de una manera más saludable y a entender mejor a nuestra pareja, el ambiente del hogar se ve reflejado y esto influye en la sociedad eventualmente.

# LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LA INFANCIA Y SU RELEVANCIA EN LA SALUD

*Lourdes M. DelRosso y Juan Carlos Sierra*



Lourdes M. DelRosso es Profesora Asociada University of Washington (División: Pulmonary and Sleep Medicine). Estados Unidos de América.



Juan Carlos Sierra es Catedrático de Evaluación Psicológica y Sexualidad Humana de la Universidad de Granada. Director del Laboratorio de Sexualidad Humana en el Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento. Editor de International Journal of Clinical and Health Psychology desde su fundación hasta 2021.

*\*Usted lleva años trabajando en al área de los trastornos del sueño en la infancia. Recientemente ha sido nombrada directora Asociada del Pediatric Pulmonary Sleep Laboratory adscrito al School of Medicine Benioff Children's Hospital at University en la Universidad de California San Francisco. ¿Nos podría hablar de su labor en esta institución y de cuáles son las líneas de trabajo más importantes en las que centra su interés dicho laboratorio?*

---

\* Esta entrevista fue publicada originalmente en *Infocop Online*.

Para referenciar este capítulo: DelRosso, L. M. y Sierra, J. C. (2023). Los trastornos del sueño en la infancia y su relevancia en la salud. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Psicología Clínica: perspectiva internacional* (pp. 243-249). Dykinson. <https://www.dykinson.com/libros/psicologia-clinica-perspectiva-internacional/9788411707534/>

Mi labor principal es la de difundir los servicios del Laboratorio del Sueño con la finalidad de convertirlo en un centro multidisciplinario. En la actualidad, además de diagnosticar y tratar apnea obstructiva del sueño, abordamos todos los trastornos del sueño infantil, incluyendo insomnio, alteraciones del ritmo circadiano, hipersomnia, parasomnias y trastornos motores. En breve esperamos contar con un equipo multidisciplinario formado por psicólogos, psiquiatras y de otras especialidades.

*Los trastornos del sueño constituyen uno de los problemas de salud más importantes que afectan a las sociedades modernas. Además, suponen un enorme coste económico directo o indirecto a sus gobiernos en forma de tratamientos, bajo rendimiento laboral o escolar, accidentes, etc. Sin embargo, la impresión es que, en general, nuestra sociedad no es consciente de la enorme importancia que tiene en nuestra salud el dormir bien. ¿Qué piensa al respecto? ¿No cree que estemos ante trastornos a los que no se les valora en su justa medida, salvo aquellos más graves como puede ser la narcolepsia o la apnea obstructiva de sueño?*

El estudio del sueño es un campo relativamente joven. En 1975 se funda la *Association of Sleep Disorder Centers*, que se convertirá en 1999 en la *American Academy of Sleep Medicine* (AASM). Este fue el año en el que yo me gradué con escaso entrenamiento en trastornos del sueño. Gracias a los avances en investigación durante las últimas décadas, temas como “cuánto necesitamos dormir” y “consecuencias de la falta de sueño” han sido reconocidos y están siendo promovidos. En la actualidad, un gran número de profesionales de la salud de diversas especialidades están siendo formados en la importancia del sueño y en las consecuencias de los trastornos del sueño. Ello hará que pacientes y público en general tengan un mayor acceso a la información y, de este modo, esperamos que se produzca un mayor reconocimiento de los problemas del sueño, tanto en adultos como en niños, por parte de todos. En mi opinión vivimos una época en la que los conocimientos acerca de la importancia del sueño están en línea ascendente.

*En sus intervenciones en el Congreso usted se va a centrar en el insomnio infantil, el cual constituye el trastorno de sueño más frecuente, tanto en adultos como en niños, sin embargo, no es el único a estas edades. ¿Cuáles son los trastornos de sueño más importantes en niños y adolescentes? ¿Tienen la misma prevalencia en niños que en niñas?*

La reducción del tiempo necesario de sueño es muy común entre los adolescentes. El 85% de jóvenes informa que duerme menos de 8,5 horas. Las parasomnias como, por ejemplo, las pesadillas o el sonambulismo son muy comunes en niños de hasta 7 años. Igualmente, estamos apreciando en Estados Unidos de Améri-

ca un aumento de los casos de apnea obstructiva del sueño. Hay poblaciones de niños con alto riesgo para desarrollar este grave trastorno del sueño como, por ejemplo, niños con obesidad o con síndromes cráneo-faciales. El riesgo de apnea obstructiva es igual en niños que niñas antes de la adolescencia. Después de la adolescencia el riesgo es mayor en ellos. El insomnio conductual es muy común y de ello hablaremos con detalle durante el Congreso.

*Bien. Centrémonos ahora en el insomnio. Obviamente, el sueño de un niño es muy diferente al de un adulto, e incluso en la propia infancia existen grandes diferencias entre unas edades y otras. ¿Nos podría hablar de lo que diferencia al insomnio infantil del de un adulto? ¿En qué momento debemos hablar de insomnio en un niño y cuáles son sus causas más importantes?*

Generalmente, cuando hablamos de insomnio en adultos pensamos en la dificultad para iniciar o mantener el sueño. En cambio, en niños es más característico la resistencia a la hora de irse a dormir y los despertares nocturnos, generalmente secundarios a las asociaciones inapropiadas con el inicio del sueño, lo que es conocido como “insomnio conductual”. Es razonable tener la expectativa de que, a los seis meses, un bebé debe dormir durante la noche en su cuna sin necesitar de la intervención de los padres. Igualmente, los niños mayores deben dormir en sus habitaciones y en su cama a la hora designada. Padres de niños que se resisten en irse a dormir o se despiertan durante la noche requiriendo la intervención paterna son candidatos a una evaluación sobre posible insomnio conductual de sus hijos.

*Hablemos ahora de su tratamiento. Existen diversos abordajes terapéuticos del insomnio infantil, dependiendo de la edad y de las características del insomnio. Tal como ocurre en los adultos, los tratamientos conductuales han demostrado ser eficaces en niños, y así lo avala un metaanálisis publicado en el año 2014 en el Journal of Pediatric Psychology (véase Meltzer y Mindell, 2014). Por su experiencia, ¿cuál es su opinión al respecto?, ¿qué tratamientos recomienda o son habituales en su práctica clínica?*

En nuestros programas de intervención, tanto los padres como los niños/adolescentes son educados en las normas básicas de higiene de sueño (establecimiento de una rutina previa a la hora de dormir, cumplimiento de un horario regular apropiado a la edad del niño, disfrute de un ambiente confortable para dormir y evitar actividades estimulantes antes de dormir, así como sustancias que interfieran con el sueño como la cafeína). De acuerdo con el patrón de presentación del insomnio se establece una guía de tratamiento basada en intervenciones recomendadas por la *American Academy of Pediatrics* (AAP) y

la AASM. En el insomnio por asociación se busca eliminar la asociación inadecuada. Se debe explorar la rutina previa a la hora de dormir en busca de esta asociación. Por ejemplo, un niño que es acostado en la cuna y se le da a tomar un biberón de leche hasta que se queda dormido buscará en cada despertar nocturno el biberón, el cual relaciona con quedarse dormido. En estos casos se recomienda dar la toma de leche antes de poner al niño en la cuna. En el insomnio por falta de límites el niño rechaza quedarse en su cama haciendo múltiples pedidos: quiere comer, jugar, etc. Una técnica común en este caso es dar al niño un número determinado de “pases” por noche. Cada “pase” representa un pedido. Cada noche se va reduciendo el número de estos. La extinción estándar consiste en poner al niño en su cama a la hora de dormir e ignorar cualquier demanda o comportamiento hasta la mañana siguiente. La extinción gradual es similar, pero las intervenciones paternas o asociaciones de sueño se van retirando poco a poco. Por ejemplo, en el caso del niño que solamente se queda dormido cuando su madre está acostada en la cama con él, en la extinción gradual la madre se sienta en un sofá al lado de la cama y poco a poco el sofá se va moviendo lejos de la cama hasta que la mamá se ubica fuera del dormitorio y el niño puede quedarse dormido solo. El metaanálisis que Ud. menciona ha demostrado la eficacia de estos métodos en niños pequeños reduciendo la latencia del sueño, así como la frecuencia y duración de los despertares nocturnos. Hay escasez de estudios en niños con edad escolar y adolescentes, por lo cual los estudios revisados no mostraron igual eficacia en estos grupos etarios. En mi práctica clínica he encontrado que es común en niños mayores y adolescentes la combinación del insomnio con otros trastornos del sueño, médicos o psiquiátricos. Es de suma importancia obtener una historia clínica y del sueño completa, incluyendo una evaluación de posibles trastornos del ritmo circadiano y síndrome de piernas inquietas en estos niños.

*Algunas estrategias terapéuticas para hacer frente a las dificultades para conciliar y/o mantener el sueño en los niños han tenido una gran divulgación entre la población general gracias a manuales de autoayuda o a la enorme cantidad de información sobre los mismos que circula por Internet. En ocasiones, se trata de técnicas discutidas y polémicas. En España, por ejemplo, gozó de una importante divulgación el método Ferber basado en esperas progresivas durante las cuales el niño llora antes de quedarse dormido. Frente a estos métodos, otros profesionales abogan por otras estrategias más “naturales”, como puede ser el colecho, por ejemplo. Son dos ejemplos, pero probablemente haya más. ¿Qué opinión le merece este tipo de intervenciones?*

Una de las polémicas asociadas al método de Ferber es la ansiedad y preocupación paterna por estrés que se cree que puede provocar en el bebé. Se acaba

de publicar en el *Journal of Pediatrics* un importante estudio llevado a cabo en la *Flinders University*, en Australia, que concluye que no hay evidencia de elevados niveles de estrés en bebés cuando se les deja llorar hasta que se queden dormidos. En esta publicación se demuestra que el método no solo es seguro, sino que también es eficaz para que los bebés queden dormidos más rápidamente. El estudio demuestra que aparte de que los bebés se duermen más rápido, también experimentan menos despertares durante la noche y, por tanto, duermen más tiempo. En mi experiencia, hay padres que se sienten bien aplicando este método y hay quienes no. Es una decisión personal y siempre se ofrecen a los padres diferentes opciones informándoles de las evidencias científicas disponibles. Sobre el colecho quiero recalcar que por seguridad del bebé es recomendable que este duerma en el dormitorio de los padres, pero en su propia cuna.

*En el taller práctico que realizará en el Congreso incidirá en la identificación de niños con elevado riesgo de insomnio. Esta cuestión me parece muy importante, pues nos dirige directamente al área de la prevención, que probablemente sea la asignatura pendiente en este campo. ¿A qué se refiere al hablar de niños con riesgo de insomnio?*

Se trata de poblaciones específicas de niños y adolescentes con alto riesgo de padecer insomnio. Me estoy refiriendo a niños con mala higiene de sueño que puede acabar desembocando en síntomas de insomnio, niños y adolescentes con problemas de ansiedad o depresión, niños con autismo o con problemas neurológicos, niños que consumen fármacos que provocan insomnio como efecto secundario, así como niños que presentan síntomas de insomnio pero que en realidad están provocados por otro trastorno del sueño.

*Incidamos un poco más en esta cuestión. Sabemos de la gran relevancia que tiene una buena calidad de sueño para la salud de los niños. El lema del World Sleep Day del año 2011 fue "Duerme bien, crece sano", frase que sintetiza a las mil maravillas esta tesis. ¿Cómo se pueden prevenir los trastornos del sueño infantil? ¿Qué recomendaciones daría a los padres para que sus hijos disfruten de una buena calidad de sueño? ¿Dormir bien es algo que requiere de un aprendizaje?*

La promoción de la salud a través del desarrollo de la educación es parte de la medicina preventiva y salud pública. En nuestra clínica vemos a padres con bebés de temprana edad que buscan consejos para promover buenos hábitos en sus hijos. Esto es muy importante, nunca es demasiado temprano o demasiado tarde para inculcar hábitos de higiene de sueño. La educación de los padres es crucial, ya que los hábitos de la familia repercuten en la salud de los hijos. Recomendamos una alimentación sana, no fumar, un ambiente acoge-

dor y tranquilo para promover el sueño, y una rutina claramente establecida y constante. La identificación y tratamiento de los problemas de sueño en niños y adolescentes requiere de la participación de todo un equipo de apoyo a la familia. Empezando por los padres que promuevan los factores ya mencionados, los maestros que identifiquen a niños con hipersomnia, hiperactividad o falta de concentración en las clases, el médico primario que provea información y educación a la familia, y el grupo social del niño. Recomiendo a los padres que involucren a sus grupos sociales en actividades que promuevan un sueño saludable, por ejemplo, no enviar mensajes de texto después de cierta hora, incluir trabajos de presentación en las escuelas que promuevan prácticas de sueño saludable y expandir estas actividades a nivel nacional. La AASM cada año participa en una actividad a nivel escolar: un concurso de vídeos promoviendo el sueño. Actividades como esta incluyen a los adolescentes como participantes en las actividades de prevención y no solo como pacientes o espectadores.

*Ya para ir terminando. Como hemos señalado anteriormente, el insomnio es el trastorno de sueño más frecuente, pero en niños y adolescentes también se presentan otras alteraciones que alarman y preocupan a los padres. Me estoy refiriendo a las parasomnias como, por ejemplo, las pesadillas, los terrores nocturnos o el sonambulismo. ¿Cuándo cree usted que los padres deberían preocuparse seriamente por estos episodios y buscar ayuda terapéutica? ¿Qué tipo de intervenciones son las más usuales en estos trastornos?*

Las parasomnias son muy comunes en niños. Empiezan desde una temprana edad, no están por lo general asociadas con comportamientos violentos o injuriosos, ocurren 1-2 horas después de haber quedado dormido y, por lo general, tienen lugar una sola vez en la noche. Casos que difieran a estas características deberían ser evaluados por un especialista. Por ejemplo, niños que actúan violentamente o se han lastimado durante la parasomnia, niños que tienen terrores nocturnos 4-5 veces en una noche, episodios que ocurren a las 4-5 de la madrugada y casos de parasomnia que aparecen por primera vez en niños mayores o adolescentes. Cualquier parasomnia en niños con problemas neurológicos o genéticos debe ser evaluada por un profesional. Por último, están los niños con parasomnias que roncan o tienen sospecha de otro trastorno del sueño. Cuando un niño tiene apnea obstructiva, los episodios de apnea producen micro despertares que contribuyen a la parasomnia. En general, para niños con parasomnias comunes sin complicaciones, recomiendo proveer condiciones adecuadas para dormir, asegurarse de que el niño duerma las horas necesarias para su edad y establecer un ambiente seguro, sin riesgo a que el niño salga de la casa, o se tropiece y lastime.

*Y para finalizar. Usted conoce bien el contexto latino, por sus orígenes, y el anglosajón, por su trabajo. ¿Hasta qué punto el contexto cultural puede incidir en la calidad del sueño, e incluso en sus trastornos? Sabemos que los hábitos de sueño son diferentes de unos ámbitos culturales a otros. Por ejemplo, en países mediterráneos, como es el caso de España, los niños se acuestan más tarde que en países del norte de Europa y, en general, dormimos menos que en esos países. ¿Qué importancia le asigna usted a estos factores culturales a la hora de analizar el sueño y sus alteraciones?*

Excelente pregunta. Recordemos que el diagnóstico de insomnio requiere de la presencia de un malestar en el paciente o un deterioro social o cognitivo. Las horas recomendadas para dormir en cada grupo etario deberemos considerarlas como un rango (espectro). La ciudad en donde vivo es multicultural. Algunas culturas piensan que, para tener éxito en la vida, uno debe trabajar arduo y dormir poco, otros grupos culturales creen que “roncar” es normal y no le prestan demasiada atención, algunas culturas promueven el colecho, mientras otras no. Lo importante es ver a cada paciente de forma individual considerando todos los factores (médicos, psicológicos, sociales y culturales) para identificar áreas que puedan mejorar los síntomas. En mi experiencia, muy pocas veces esas áreas son exclusivamente culturales.

## REFERENCIAS

Meltzer, L. J. y Mindell, J. A. (2014). Systematic review and meta-analysis of behavioral interventions for pediatric insomnia. *Journal of Pediatric Psychology*, 39, 932-948. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu041>



# EL CIBERBULLYING EN ADOLESCENTES

*Carlos P. Zalaquett y Juan Carlos Sierra*



Carlos P. Zalaquett es Profesor de la The Pennsylvania State University (Estados Unidos de América) y director del Brain Focus Lab. Fue presidente de la Sociedad Interamericana de Psicología (SIP).



Juan Carlos Sierra es Catedrático de Evaluación Psicológica y Sexualidad Humana de la Universidad de Granada. Director del Laboratorio de Sexualidad Humana en el Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento. Editor de International Journal of Clinical and Health Psychology desde su fundación hasta 2021.

*\*Usted es el actual presidente de la Sociedad Interamericana de Psicología (SIP), una de las Sociedades que colabora con el XIII Congreso Internacional de Psicología Clínica. Se trata de una Sociedad científica y profesional fundada hace ya casi 70 años con el objetivo de promover el intercambio entre los psicólogos de los países americanos. ¿Podría describirnos brevemente en qué medida la SIP contribuyó al desarrollo de la Psicología en el continente americano?*

Sí, estamos a meses de cumplir nuestros 70 años y me da mucho gusto compartir que, desde su fundación en 1951, la SIP ha establecido redes de comunicación y colaboración entre los psicólogos del Norte, Centro y Sur América

---

\* Para referenciar este capítulo: Zalaquett, C. P. y Sierra, J. C. (2023). El cyberbullying en adolescentes. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Psicología Clínica: perspectiva internacional* (pp. 251-264). Dykinson. <https://www.dykinson.com/libros/psicologia-clinica-perspectiva-internacional/9788411707534/>

y el Caribe, incrementando de este modo el intercambio académico, profesional y de investigación entre las naciones de las Américas y el mundo. Esto ha llevado a un avance de la profesión, a un mejor entendimiento internacional y a una mayor comprensión de las diferencias culturales de toda la región. Una de las formas en que la SIP promueve la investigación y el progreso de la disciplina es a través de sus congresos interamericanos y congresos regionales y, más recientemente, la primera conferencia virtual internacional y el próximo congreso virtual de Psicología. Otra de las formas son los premios estudiantiles de investigación en Psicología, tales como el premio Ignacio Martín Baró, que se entrega a estudiantes de Pre y Postgrado, los premios interamericanos de Psicología otorgados a científicos y profesionales por sus destacadas contribuciones a la Psicología como ciencia o como profesión, y el premio José Miguel Salazar dado por la Revista Interamericana de Psicología (RIP) al mejor artículo publicado. El fruto de toda esta labor se ve reflejado en la calidad de las publicaciones de la RIP (<https://journal.sipsych.org/>) y en el Boletín de la SIP (<https://sipsych.org/publications/sip-bulletin/>), que también contribuyen al desarrollo de nuestra profesión. Como puede ver, hemos permanecido fieles a nuestros objetivos y los hemos expandido a través de la incorporación de nuevas tecnologías virtuales para apoyar actividades, tales como nuestros congresos y la diseminación de información, como los documentos en respuesta a la pandemia creada por el COVID-19.

*Como sabe, desde hace algunos años, la SIP es una de las instituciones científicas internacionales que viene colaborando con el Congreso Internacional de Psicología Clínica que se celebra anualmente en España. ¿Cuál es el papel que desempeña hoy la SIP en el ámbito de la Psicología mundial? ¿Qué vinculación mantiene con instituciones y asociaciones profesionales de otros países como, por ejemplo, España?*

La SIP tiene un rol esencial en el ámbito de la Psicología mundial y participamos en muchas iniciativas internacionales. En efecto, la SIP es la Sociedad interamericana de Psicología más conocida y activa en Latinoamérica, y representa a la Psicología como ciencia y como profesión en América del Norte, América Central y el Caribe y América del Sur. Además, es la Sociedad más antigua que reúne a los psicólogos de habla castellana y portuguesa. La SIP ha contribuido fuertemente al crecimiento de la Psicología interamericana, que ha tenido un gran aumento de publicaciones en los principales idiomas de Latinoamérica (es decir, el español y el portugués), encuentros internacionales y proyectos de cooperación para la investigación, formación de profesionales, y formación de nuevas asociaciones de Psicología en las últimas décadas, todo lo cual facilita las interrelaciones entre profesionales y grupos alrededor de intereses comunes. La SIP ha contribuido activamente a este crecimiento de la

Psicología en Latinoamérica, sobre todo por sus instancias de intercambio con las Sociedades de Psicología regionales e internacionales. La SIP es un miembro afiliado de la *International Union of Psychological Sciences* (IUPsyS) y tiene relaciones colaborativas con otras sociedades, como la *American Psychological Association* (APA), la *International Association of Applied Psychology* (IAAP), la *International Association for Cross-Cultural Psychology* (IACCP) y, por supuesto, el XIII Congreso Internacional de Psicología Clínica que usted representa. Debido a estas colaboraciones hemos tenido una fuerte representación de profesionales de España y Portugal en nuestras últimas conferencias, lo que me alegra enormemente.

*A raíz de su respuesta a la primera pregunta, y antes de abordar la temática acerca de la que versará su participación en el XIII Congreso Internacional de Psicología Clínica, me gustaría tratar con usted la actual situación que se está viviendo a nivel mundial. Sabemos que la SIP está teniendo un papel muy activo en dar una respuesta desde la Psicología a la pandemia provocada por el COVID-19. ¿Nos podría indicar qué tipo de acciones están llevando a cabo? En su opinión, ¿qué respuesta debe dar la Psicología a esta situación que estamos padeciendo a nivel mundial?*

La SIP tiene un rol muy activo en el desarrollo y socialización de respuestas a los desafíos de la pandemia. Fuimos los primeros en resumir la información inicial y ofrecer lineamientos y sugerencias para la prevención, tratamiento y contención del virus, y de las consecuencias psicosociales de la pandemia a nuestros profesionales. Esto fue seguido por un número especial del Boletín de la SIP informando acerca de temas esenciales en relación con el COVID-19, tales como la asistencia psicológica para el personal sanitario, el peligro de la automedicación, la gestión del trabajo desde casa y como reducir la violencia intrafamiliar durante este tiempo de confinamiento. Todo esto ha sido complementado con otros ofrecimientos, tales como cursos y seminarios en línea que hemos enviado a través de nuestras vías de comunicación (correo electrónico y Facebook), así como distintas colaboraciones con organizaciones de Psicología. Durante este tiempo hemos hecho especial énfasis en la preparación de nuestros profesionales para ofrecer telepsicología o telesalud mental, y hemos apoyado todas las iniciativas a este respecto realizadas por miembros de la SIP. ¡Más aun, Zoom se ha convertido en nuestro segundo nombre! Como presidente de la SIP y como profesional de la Psicología participo en muchos grupos e iniciativas, y también doy servicios en forma voluntaria a pacientes vía telepsicología. En todas estas actividades continuo descubriendo la magnitud de lo que hacemos y la necesidad de socializar muchos de estos recursos. De hecho, en colaboración con la Oficina de Asuntos Internacionales de la *American Psychological Association* (APA), la *International Union of Psychological Science* (IUPsyS), el Colegio Colombiano de

Psicólogos (COLPSIC) y la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (CPU) hemos publicado una lista con las páginas Web de agrupaciones de Psicología dedicadas al COVID en las Américas, el Caribe e Iberoamérica (<https://drive.google.com/file/d/1WN-3LjH-jfWnFZPJYVXWZ1MNqWBvXblf/view?usp=sharing>). Este es un esfuerzo de gran magnitud realizado con el propósito de facilitar el acceso de nuestras y nuestros profesionales a la información presentada por muchas de estas organizaciones y lograr que estas asociaciones compartan recursos entre sí. También hemos socializado recursos en varios idiomas, pues tenemos mucha diversidad en nuestros países y es importante adaptar todos nuestros esfuerzos para que alcancen a toda la población, incluidas nuestras minorías y grupos más alienados. Muchos de mis esfuerzos profesionales están orientados a reducir las desigualdades, facilitar acceso y adaptar recursos para que aumenten su alcance y lo hagan respetando las visiones del mundo y valores de las personas, grupos y países con los que interactuamos. Especialmente importante aquí es prevenir el racismo y discriminación a grupos a los que se les culpa sin clara evidencia de producir o estimular la pandemia, tales como las personas de origen chino, los inmigrantes y las personas de bajos recursos. Estos importantes aspectos son compartidos con líderes de organizaciones de la Psicología de muchas partes del mundo. A nivel personal he compartido muchas de las experiencias y acciones de colegas de todas la Américas y el Caribe y de más de 60 agrupaciones de Psicología alrededor del mundo. Muchas de esas entrevistas han incluido colegas de habla hispana. La entrevista a una colega que está combatiendo el COVID-19 requiere una mención especial, pues nos abre una ventana para aprender directamente del efecto de este virus. Nuestra primera conferencia internacional, titulada “Respuestas de la Psicología a los retos del COVID-19: una respuesta especial para un tiempo especial”, realizada en colaboración con la Universidad Carlos Albizu y la Oficina de Asuntos Internacionales de la *American Psychological Association*, representa otro gran ejemplo de nuestros aportes. Esta conferencia socializó a través del mundo las innovadoras y efectivas respuestas al COVID-19 implementadas por 29 psicólogos de países que incluían desde China hasta España. Creemos que esta ha sido la primera muestra de intervenciones psicológicas que han funcionado en del mundo y una clara demostración de lo que somos capaces de hacer. Como puede ver, el COVID-19 nos afecta a todos, pero no nos detiene. Continuamos trabajando en forma virtual y ya tenemos agendado para octubre de este año un congreso virtual sobre los aportes de la Psicología ante el COVID-19. Claramente, nuestra profesión tiene un rol esencial en nuestro mundo ahora y en el futuro.

*Esta pandemia está teniendo y tendrá efectos sobre la salud mental de muchas personas, ha provocado cambios drásticos en nuestra forma de comportarnos, de relacionarnos, en definitiva, en nuestra manera de vivir. ¿Piensa usted que la Psicología está ante un momento histórico para*

*reivindicarse y mostrarse ante la sociedad como una disciplina científica imprescindible para hacer frente a una situación como esta?*

Muy buena pregunta y la respuesta es sí. Piense usted, en estos momentos en que no existe una vacuna para prevenir la enfermedad del coronavirus ni un medicamento para tratarla, queda claro que lo mejor que podemos hacer es prevenir la enfermedad y la manera de lograr esto es evitar la exposición al virus. Todas las medidas con las que contamos para lograr esto requieren cambios en nuestra conducta y todo cambio de conducta involucra aspectos psicológicos. Los cambios de conducta incluyen evitar el contacto con personas enfermas con COVID-19, mantener una distancia de aproximadamente dos metros de las demás personas, cubrirse la boca y la nariz con una máscara en público, lavarse las manos y limpiar las superficies que se tocan frecuentemente. Describir y lograr que las personas se comporten de esta manera requiere una conceptualización psicológica. Esto se ha hecho más y más claro cada día. Nosotros no hubiéramos usado términos como distancia social para educar a las personas a prevenir el contagio, nosotros hubiéramos usado distancia física, y hubiéramos promovido el acercamiento y el aumento de las relaciones sociales, pero, por supuesto, usando medios virtuales existentes, tales como el teléfono y las plataformas virtuales ofrecidas por WhatsApp, Skype o Zoom. Más aún, la pandemia ha hecho notar la gran demanda de atención a las necesidades psicológicas de los afectados, y esto incluye las necesidades de los pacientes del COVID-19, el personal sanitario que les trata, sus familias y sus comunidades, y también aquellos afectados por otras enfermedades que están atemorizados por las posibilidades de contagio, así como a todas las personas reclusas en sus casas y sus familiares que están inmovilizados y no pueden ejercer sus labores profesionales, educativas, sociales, etc. Todas y todos respondemos con distintos grados de angustia, miedo, depresión u otras reacciones psicológicas, y parte de nuestro papel es normalizar estas reacciones, que en la mayoría de los casos son esperables. Los profesionales de la Psicología están contribuyendo en todos los aspectos mencionados, incluyendo la reducción del estigma asociado con la necesidad de asistencia psicológica, y el apoyo a familias y al personal sanitario. Estamos haciendo una contribución esencial en todos los aspectos de tratamiento, recuperación y rehabilitación de pacientes afectados por el COVID-19. Una colega me contaba acerca del trabajo que está realizando en el pabellón de Fisioterapia de su hospital, donde asiste a pacientes de coronavirus que necesitan aprender a respirar de nuevo después de semanas de entubamiento. Otro me describía el trabajo con familias que acababan de perder a un familiar querido al que no pudieron visitar o ver debido a las restricciones impuestas por el COVID-19. Los psicólogos, equipados con la ciencia y el arte de nuestra profesión construidas a lo largo del tiempo, hemos estado a la altura de estos desafíos y

hemos abordado las necesidades psicológicas de las personas, grupos y comunidades afectadas por la pandemia creada por el COVID-19. Somos una de las disciplinas que ha ofrecido muchas de las primeras respuestas a estos desafíos. Nuestros profesionales están integrados en equipos en salas de emergencia, grupos de apoyo a profesionales de la salud, programas psicoeducacionales y tratamientos en línea vía telepsicología, solo por nombrar algunas de las áreas en que participamos. Y todo esto está ocurriendo en todo del mundo, especialmente en las Américas y el Caribe. Sin duda, y tal como lo sugirió usted, la pandemia causada por el COVID-19 ha cambiado el mundo y ha creado un sinnúmero de consecuencias físicas y mentales, preocupaciones financieras y de seguridad personal y social, y muchos nos preguntamos cómo todo esto va a afectar nuestro futuro. Nadie ha visto algo como esto en el pasado, lo que crea muchos desafíos y necesidades de respuestas, y nosotros estamos a la vanguardia ofreciendo respuestas innovadoras y creativas. Nuestra conferencia virtual demostró mucho de lo hecho y las lecciones aprendidas, sobre cuya base continuaremos avanzando lineamientos y soluciones eficaces para las necesidades de las personas, comunidades y sociedades. Creo que es muy importante que le mostremos al mundo la importancia de lo que hacemos.

*Usted es Catedrático de la Pennsylvania State University, en donde forma parte del "Programa Counselor Education", y además es autor de varios libros de prestigio internacional sobre Counseling. ¿Nos gustaría saber cómo puede contribuir el Counseling a que las personas hagan frente con éxito a situaciones como esta nueva forma de vida (en España se habla de "nueva normalidad") asociada a la pandemia causada por el COVID-19?*

Sí, yo soy catedrático en el Departamento de Psicología Educacional, Consejería y Educación Especial en *The Pennsylvania State University* (afectuosamente conocida como *Penn State*), en donde co-coordino el programa *Clinical Mental Health in Schools and Communities*. También soy Profesor Invitado en varias Universidades. Una de las mayores contribuciones que hemos hecho con mis colegas es la descripción, enseñanza y entrenamiento de las microhabilidades (*microskills*) que son fundamentales para el establecimiento de la relación y el logro de la efectividad terapéutica en consejería y psicoterapia. Estas habilidades, que permiten el escuchar activamente y el construir nuevas posibilidades junto al otro, van a ser fundamentales para la construcción de la nueva normalidad que usted menciona y nos van a permitir reestablecer las relaciones sociales tan gravemente afectadas por las restricciones impuestas por la pandemia. De hecho, las microhabilidades terapéuticas han sido usadas por nuestros profesionales en sus respuestas a los desafíos del COVID-19 y lo continuarán haciendo. Por ejemplo, la Guía para el abordaje no presencial de las consecuencias psicológicas del brote epidémico de COVID-19 en la población general,

desarrollada por nuestros colegas de la Universidad Complutense de Madrid, indica claramente que “en el entorno online y telefónico es fundamental mantener y adaptar las habilidades comunicativas terapéuticas básicas para permitir el desarrollo y mantenimiento de la alianza terapéutica”. El escuchar activo, la empatía, el reflejo de emociones, la síntesis y el reencuadre, por mencionar algunas, van a facilitar también la comunicación social. La conferencia internacional *Intentional Responses to the COVID and Racism Pandemics and the Role of the Listening Skills* mostró como estas habilidades han sido fundamentales para muchos programas diseñados para responder a los desafíos de la pandemia y el racismo, por ejemplo. Usadas de forma ética, intencional y con respeto a la cultura de nuestros interlocutores seremos capaces de establecer relaciones que respeten la diversidad y los valores de las personas, y nos ayuden a reinventarnos en una sociedad más integrada y justa.

*Centrémonos ahora en su intervención en el XIII Congreso Internacional de Psicología Clínica, una de sus actuales áreas de trabajo: el ciberbullying. En la última década se han publicado cerca de dos mil artículos científicos sobre este tema, lo que evidencia su enorme relevancia en la actualidad. Me gustaría que nos hablase acerca de la importancia y magnitud que esta problemática tiene a nivel mundial.*

Sí, la investigación en el área de ciberbullying, también conocido como ciberacoso o acoso cibernético, se ha multiplicado enormemente en la última década, lo que es entendible dada la magnitud de esta problemática. La victimización por ciberbullying es muy frecuente entre los adolescentes de todo el mundo y produce nefastas consecuencias psicológicas y sociales, que van desde la depresión al bajo rendimiento académico y hasta el extremo del suicidio. En promedio, un 30,50% de los adolescentes de 12 a 17 años sufren este tipo de acoso según el estudio de Biswas y colaboradores publicado este año en *EClinicalMedicine* (véase Biswas et al., 2020). Esto convierte al ciberbullying en un importante factor de salud física y mental durante la adolescencia. Por supuesto que hay una gran variación en la prevalencia de este tipo de acoso alrededor del mundo, pero los estudios como el mencionado demuestran que un gran número de adolescentes sufren este tipo de violencia en todos los países. Más aun, afecta a adolescentes de todo nivel social y económico. Dada la magnitud y gravedad de esta importante problemática, y el incremento de las relaciones virtuales forzadas por las restricciones impuestas por el COVID-19, solo podemos esperar un incremento en su prevalencia y sus consecuencias. También podemos esperar un aumento de las investigaciones, programas de intervención y estudios sobre los resultados de las intervenciones que formulemos. Esto último es esencial para lograr establecer soluciones basadas en evidencia.

*Precisando un poco más esta cuestión, ¿se trata de un fenómeno que comparte las propiedades de otros tipos de acoso tradicional o estamos ante una problemática singular con unas características diferenciales propias y que, por tanto, se debe abordar de manera distinta a otras modalidades de acoso?*

Muy buena pregunta. Me hizo recordar una conferencia sobre ciberbullying que di algunos años atrás en un país de muy bajos recursos. Durante el intermedio los periodistas cuestionaron mi presentación argumentando que no había suficientes computadores disponibles en las escuelas de su país para que los estudiantes pudieran acosar virtualmente a otros. Afortunadamente quedaban cerca de 400 profesores en el auditorio, que representaban a escuelas públicas y privadas de todos los segmentos económicos; así que, usando el micrófono, les pregunté si algunos de sus estudiantes habían sido acosados usando teléfonos celulares. La mayoría indicó que sí y que los ataques habían incluido fotos denigrantes o comprometedoras y mensajes agresivos o calumniosos. ¡Por supuesto que yo me preparo antes de viajar a cualquier país, así que pude agregar que el ciberbullying no necesita de una computadora y que la mayoría de los estudiantes en todo nivel socioeconómico en ese país tenían celulares! Este ejemplo muestra que el ciberbullying puede ocurrir en todo país y a través de todos los segmentos sociales. La investigación actual confirma esto e indica que ocurre más frecuentemente en países menos desarrollados. Dada la ubicuidad de medios para acosar cibernéticamente, este es un fenómeno en el que puede actuar cualquier adolescente que tenga un mínimo conocimiento o habilidades tecnológicas, sea pobre o rico, débil o fuerte, que cree que tienen inmunidad y privacidad en sus acciones y que hace mucho daño, todo lo cual crea una realidad que debe ser abordada de forma diferente a otras modalidades de acoso. Por supuesto que todo esto se debe estar agravando más ahora debido a que la plataforma virtual es la forma más utilizada entre los adolescentes para comunicarse dadas las restricciones a la comunicación presencial impuestas por la pandemia.

*Concretamente, su intervención en el XIII Congreso Internacional de Psicología Clínica se centrará en el ciberbullying en adolescentes, una población de riesgo. Partiendo de que es una problemática compleja, que implica al menos a dos actores (perpetrador y víctima), ¿nos podría describir brevemente un perfil de ambos? ¿Qué factores de riesgo, o causales, hacen que un adolescente se acabe convirtiendo en agresor o en víctima? ¿Qué efectos tiene el ciberbullying en adolescentes víctimas?*

Tiene toda la razón, es un fenómeno muy complejo que se ha estudiado usando diversidad de metodologías, grupos e instrumentos de evaluación. Además, la disposición de medios para acosar cibernéticamente, y el mínimo

conocimiento para usarlos, hace que cualquier joven puede transformarse en un acosador cibernético o instigar un ciberbullying grupal, con el consecuente daño al blanco de tal acción. Más aun, los participantes pueden categorizarse en más de dos grupos e incluir ciberacosador, cibervíctima, ciberacosador/cibervíctima y espectadores (*bystanders*), que pueden permanecer indiferentes, reforzar el ciberbullying apoyando al acosador o participando en el acoso, o pueden defender al blanco del ciberbullying. Las cibervíctimas sufren menos ansiedad y depresión cuando los espectadores los defienden. Todo esto sirve para subrayar lo difícil que es lograr un perfil específico y global de los participantes en el mundo del ciberbullying. Algunos investigadores sugieren que no hay un perfil único de los jóvenes involucrados en ciberbullying. Pueden tener buenas relaciones sociales o ser marginados de estas, y pueden ser acosados por otros y transformarse en acosadores o viceversa. Los jóvenes que intimidan a los demás y son acosados corren el mayor riesgo de padecer problemas conductuales, de salud mental y académicos. Si usamos una visión bioecológica del desarrollo humano, tal como la propuesta por Bronfenbrenner (véase Bronfenbrenner y Morris, 2006), entendemos que las conductas de los distintos actores en el ciberbullying están moldeadas por los múltiples sistemas ecológicos en los que se encuentran inmersos, de manera que el estudio de estas influencias debe incluir las competencias intrapsíquicas (por ejemplo, agresividad y complejidad cognitiva), las variables interpersonales (por ejemplo, familia y pares) y variables extra-personales (por ejemplo, sociales y culturales) para entender el comportamiento de estos actores, lo que implica que las características nacionales y culturales de los distintos países y grupos van a influir como los jóvenes usan Internet y participan en estos distintos roles. Investigaciones recientes sugieren diferencias en estos perfiles entre los distintos países. Creo que el uso de una perspectiva bioecológica nos va permitir profundizar en la comprensión del ciberacoso entre adolescentes y mejorar los programas preventivos y de intervención en escuelas. Mientras avanzamos en esta dirección, podemos destacar algunos lineamientos generales que pueden servir de guías para la implementación de programas de prevención en distintos países. El ciberacoso afecta a los ciberacosadores, cibervíctimas y espectadores, aunque con distintos perfiles. Por ejemplo, estudios como los de Ansary (2020), Cañas et al. (2019) o Livazović y Ham (2019) muestran que los ciberacosadores y las cibervíctimas tienden a mostrar mayor estrés, síntomas de depresión, ansiedad, soledad, hostilidad, sensibilidad interpersonal, paranoia y conductas suicidas, y tienden a usar drogas y experimentar un menor autoconcepto que los jóvenes que no participan en el ciberbullying. En general, estos actores informan baja satisfacción con su vida familiar, social y académica. Los chicos tienden a acosar más que las chicas. Todos tienden a usar el teléfono celular, el ordenador y la tablet, y pasan mucho más tiempo conectados virtualmente que otros jóvenes. Factores como la familia, la escuela y la relación con pares protegen del ciberbullying. Sabemos poco

del ciberbullying basado en prejuicios, pero tenemos evidencia de que distintos grupos, como las minorías étnicas, la comunidad LGBTQI, y las personas con discapacidades tienen más riesgo de ser víctimas de ciberbullying y debemos estudiar más el rol de los prejuicios culturales.

*En su Conferencia presentará los resultados de un programa de entrenamiento integral en ciberbullying. ¿Nos podría describir a grandes rasgos en qué consiste dicho programa? ¿Puede adelantarnos algún resultado significativo?*

Permítame partir mencionando que nuestro trabajo con la Dra. SeriaShia Chatters-Smith cambió radicalmente en 2014 cuando llegamos a la conclusión de que el ciberbullying continuaba desde la escuela a la universidad y que los factores multiculturales tenían un rol prominente en el acoso (véase Zalaquett y Chatters, 2014). Lo denominamos *bias-based bullying or prejudicial bullying* (acoso basado en prejuicios o acoso perjudicial). Desde entonces integramos en nuestro trabajo estrategias para prevenir ambos, el ciberacoso y los prejuicios culturales, y los aplicamos a todo nivel, desde estudiantes a profesores y educadores. Uno de los primeros resultados significativos provino de una capacitación sobre el acoso escolar en la que integramos la prevención del acoso escolar y la reducción de prejuicios. Los participantes redujeron sus prejuicios e incrementaron su conocimiento sobre el acoso, un resultado que se observó al final del programa y del seguimiento, dos meses después. El grupo control no mostró ninguno de estos cambios. Desde entonces hemos observado cambios similares en todos los niveles de aplicación del programa, demostrando un impacto positivo y sostenido del programa integrado.

*En este contexto de intervención, un reciente metaanálisis de programas de prevención e intervención en ciberbullying en escolares (véase Gaffney et al., 2019), publicado en la revista *Aggression and Violent Behavior*, concluye que los programas revisados son efectivos, pues reducen la perpetración del ciberacoso en un 20% y la victimización por ciberacoso en un 15%. ¿Qué piensa de estos resultados? ¿Cómo se podría mejorar la efectividad de estos programas?*

El trabajo de Hannah Gaffney y colaboradores reporta que los programas para prevenir el acoso reducen la perpetración de acoso escolar en un 19-20% y la victimización en un 15-16%. Sus resultados confirman que los programas de prevención son efectivos, pero también demuestran que estos efectos varían mucho de programa a programa, e incluso dentro del mismo programa cuando se aplica en diferentes escuelas. La mayoría de los investigadores mencionan la heterogeneidad de programas, definiciones y mediciones para explicar estas di-

ferencias. Nosotros creemos que los resultados de las investigaciones muestran lo prometedores que son los programas existentes en la reducción del acoso y el ciberacoso, pero también indican que los resultados son inconsistentes, y nosotros hipotetizamos que esas diferencias se deben a la falta de integración de la prevención de la discriminación, sesgos y prejuicios con la prevención del acoso escolar (véase Chatters y Zalaquett, 2018).

*Incidamos un poco más en el interesante campo de la prevención. Una línea de trabajo fundamental en el ámbito del ciberbullying debería ser la prevención, en donde nos encontraremos con múltiples actores (padres, maestros, grupos de iguales, etc.). ¿En qué contextos habría que incidir? ¿Qué elementos debería incluir necesariamente un buen programa de prevención del ciberbullying?*

La investigación en prevención claramente demuestra la necesidad de utilizar programas comprensivos y estratificados, que incluyan varios niveles de atención y que se centren en estudiantes, profesores, otro personal, otros adultos (por ejemplo, familiares), la escuela y la comunidad. En un primer estrato, estos programas pueden incluir el espacio virtual de la escuela (páginas Web) para comunicar la valoración de conductas prosociales y positivas, un sistema de evaluación y monitoreo de conductas acosadoras y de los espacios virtuales donde el ciberbullying ocurre, un programa de desarrollo de conductas prosociales y habilidades académicas, y una comunicación de expectativas y reglas de conducta, y consecuencias asociadas con el ciberbullying. Un segundo estrato puede incluir acciones para asegurar un ambiente seguro y solidario en las aulas, cuando se detecten estudiantes en riesgo de involucrarse en ciberbullying; se pueden ofrecer lecciones educativas y tiempo para hablar de ciberbullying escolar y de la comunicación efectiva, y para discutir estrategias para responder al acoso cibernético. El tercer estrato puede incluir programas para responder a casos de ciberbullying y trabajar con los ciberacosadores, cibervíctimas, espectadores y sus familias. Nosotros, a estas intervenciones estratificadas agregamos la integración de programas de prevención de la discriminación y reducción de prejuicios, dada la fuerte relación que vemos entre sesgos y acoso. Por supuesto que como profesionales también debemos abogar para que los Departamentos de Educación y los Ministerios de Educación de cada país establezcan legislación que promueva y apoye la aplicación, estudio y actualización de estos programas.

*Ya para finalizar. Nos gustaría conocer su opinión acerca de la reciente línea de trabajo que relaciona cerebro y ciberbullying. Se acaba de publicar un artículo en la revista *Aggression and Violent Behavior* (McLoughlin, Shan, Broadhouse, Lagopoulos et al., 2020), en el que se*

*describe un protocolo de resonancia magnética funcional para dilucidar los fundamentos neurobiológicos del ciberbullying mediante la exploración de respuestas cerebrales. ¿Qué piensa acerca de esta línea de investigación que está todavía por explorar? ¿Qué avances puede suponer esta vía en la comprensión y abordaje del ciberbullying?*

Como lo he mencionado en presentaciones y publicaciones, la Neurociencia está confirmando la efectividad de nuestras prácticas y el efecto que tienen en el cerebro. ¡Nuestras intervenciones no solo cambian la mente, sino también el cerebro! El otro lado de este descubrimiento es que las experiencias negativas intensas o recurrentes dañan el cerebro y reducen la salud mental de las personas. El ciberacoso intenso y repetido no puede ser una excepción, por lo que el trabajo realizado por Larisa McLoughlin y colaboradores es muy importante, pues puede ayudar a dilucidar qué partes del cerebro están involucradas en esta conducta, y darnos nuevas herramientas para entender y reducir su ocurrencia. De hecho, este equipo de investigadores publicó el año pasado un estudio piloto identificando las partes del cerebro de los espectadores (*bystanders*) que respondieron a fotos de acoso, pero no respondieron a fotos neutras, tales como el *middle temporal gyrus* izquierdo y derecho, el cerebelo y vermis y el putamen (véase McLoughlin, Shan, Broadhouse, Winks et al., 2020). La integración de las Ciencias Sociales y la Neurociencia puede darnos importantes claves para entender el impacto del bullying y ciberbullying en el cerebro de los adolescentes, y puede guiarnos en el desarrollo de intervenciones innovadoras y ayudarnos a entender los efectos a corto y largo plazo de ambas formas de acoso. El trabajo en nuestro *Brain-Based Laboratory* apoya el avance en esta dirección y ofrece otra razón más para apoyar este tipo de estudios. Sabemos que los autoinformes no siempre revelan las respuestas reales de las personas. Una persona puede decir que sigue todos los preceptos y conductas requeridas por su religión, pero no participa en ninguno de sus requeridos ritos. Nosotros hemos estudiado la expresión de preferencias en el cerebro usando nuestro modelo de toma de decisiones (véase Collura et al., 2014) y hemos confirmado en el laboratorio que el cerebro tiende a responder de forma asimétrica a ciertos estímulos, demostrando acercamiento o rechazo, y que esas respuestas cerebrales difieren de las respuestas informadas por los participantes. Estamos en el proceso de publicar nuestros estudios sobre la toma de decisiones éticas y la evaluación de preferencias por diferentes grupos raciales. Creemos que la evaluación de respuestas cerebrales puede darnos otra manera de evaluar las preferencias espontáneas de las personas. Así que veo que esta línea de investigación puede ofrecernos nuevas formas de estudiar las respuestas de los distintos grupos involucrados en acoso y ciberacoso.

**REFERENCIAS**

- Ansary, N. S. (2020). Cyberbullying: Concepts, theories, and correlates informing evidence-based best practices for prevention. *Aggression and Violent Behavior, 50*, Artículo 101343. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.101343>
- Biswas, T., Scott, J. G., Munir, K., Thomas, H. J., Huda, M. M., Hasan, M. M., de Vries, T. D., Baxter, J. y Mamum, A. A. (2020) Global variation in the prevalence of bullying victimisation amongst adolescents: Role of peer and parental supports. *EClinicalMedicine, 20*, Artículo 100276. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100276>
- Bronfenbrenner, U. y Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. En R. M. Lerner (Ed.), *Theoretical models of human development*. John Wiley & Sons.
- Cañas, E., Estévez, E., Marzo, J. C. y Piqueras, J. A. (2019). Psychological adjustment in cybervictims and cyberbullies in secondary education. *Anales de Psicología/Annals of Psychology, 35*, 434-443. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.3.323151>
- Chatters, S. J. y Zalaquett, C. P. (2018). Bullying prevention and prejudice reduction: Assessing the outcome of an integrative training program. *The Journal of Individual Psychology, 74*, 20-37. <https://doi.org/10.1353/jip.2018.0002>
- Collura, T. F., Zalaquett, R. P., Bonnstetter, C. J. y Chatters, S. J. (2014). Toward an operational model of decision making, emotional regulation, and mental health impact. *Advances in Mind-body Medicine, 28*, 18-33.
- Gaffney, H., Farrington, D. P., Espelage, D. y Tfofi, M. M. (2019). Are cyberbullying intervention and prevention programs effective? A systematic and meta-analytical review. *Aggression and Violent Behavior, 45*, 134-153. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.07.002>
- Livazović, G. y Ham, E. (2019). Cyberbullying and emotional distress in adolescents: The importance of family, peers and school. *Heliyon, 5*, Artículo e01992. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e01992>
- McLoughlin, L. T., Shan, Z., Broadhouse, K. M., Lagopoulos, J., Winks, N. y Hermens, D. F. (2020). Elucidating the neurobiology of cyberbullying using functional Magnetic Resonance Imaging (fMRI): A hypothesis. *Aggression and Violent Behavior, 50*, Artículo 101360. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.101360>
- McLoughlin, L. T., Shan Z., Broadhouse K. M., Winks N., Lagopoulos J. y Hermens, D. F. (2020). Neurobiological underpinnings of cyberbullying: A pilot functional magnetic resonance imaging study. *Human Brain Mapping, 41*, 1495-1504. <https://doi.org/10.1002/hbm.24890>

Zalaquett, C. y Chatters, S. (2014). Cyberbullying in college: Frequency, characteristics, and practice. *Sage Open*, 4, 1-8. <https://doi.org/10.1177/2158244014526721>.

# INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EMERGENCIAS

*Pedro Acuña Mercier y Juan Manuel Fernández-Millán*



Pedro Acuña Mercier es presidente del Colegio de Psicólogos de Chile. Fue presidente de la Sociedad Chilena de Psicología de Emergencias y Desastres (SOCHPED).



Juan Manuel Fernández-Millán es Profesor de Psicología Social de la Universidad de Granada (España). Coordinador del Grupo de Trabajo de Intervención Psicológica en Emergencias y Catástrofes (GIPEC) del Colegio Oficial de Psicólogos de Melilla.

*\*Usted ha sido presidente de la Sociedad Chilena de Psicología en Emergencias y Desastres (SOCHPED) durante muchos años. Aunque el propio nombre de la Sociedad ya nos indica cuál es su campo de conocimiento, ¿podría explicarnos cuáles son los objetivos de esta entidad?*

La Sociedad Chilena de Psicología en Emergencias y Desastres (SOCHPED) es una organización científica, sin fines de lucro y autofinanciada gracias al aporte de sus asociados. Desde su fundación el 19 de marzo de 2004, su obje-

---

\* Para referenciar este capítulo: Acuña Mercier, P. y Fernández-Millán, J. M. (2023). Intervenciones psicológicas para la protección de salud mental en catástrofes. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Psicología Clínica: perspectiva internacional* (pp. 265-271). Dykinson. <https://www.dykinson.com/libros/psicologia-clinica-perspectiva-internacional/9788411707534/>

tivo ha sido contribuir al desarrollo del estudio del comportamiento humano antes, durante y después de emergencias y desastres. Para ello tiene como misión generar conocimiento psicológico especializado en el área, proponer espacios de intercambio científico/técnico de la especialidad y difundir este conocimiento proyectándolo, tanto hacia la comunidad científica como a la sociedad en general.

*La SOCHPED cumplió quince años en marzo de 2019. Durante todo este tiempo usted estuvo trabajando en sus objetivos y participando en sus programas. De su experiencia en esta organización científica, ¿qué destacaría?*

El grupo de profesionales que la conforma ha caracterizado a esta organización como un referente técnico para los colegas que requieren una guía profesional para desempeñarse en materias relacionadas a la Psicología aplicada antes, durante y después de emergencias y desastres. Esto ha sido comprobado en múltiples ocasiones, en las que debido a la ocurrencia de distintos tipos de eventos ha respondido con capacitación y guía para los demandantes. Dicho rol ha sido reconocido por los organismos oficiales como el Ministerio de Salud, la Oficina Nacional de Emergencias del Ministerio de Interior (ONEMI) de Chile, y otras instituciones de gran prestigio nacional.

*Una pregunta que suele hacerse a los intervinientes en catástrofes es por su peor experiencia. Como ya he mencionado su experiencia en el campo de las emergencias es muy dilatada y, por tanto, el repertorio de situaciones a las que se ha tenido que enfrentar debe ser amplio. ¿Podría comentarnos cuál fue en su caso su peor experiencia?*

Fue enfrentarse a un grupo de psicólogos y estudiantes de Psicología que se presentaron a apoyar un evento sucedido en la región de Valparaíso, un incendio de gran magnitud, que hizo que se reunieran una cantidad aproximada de 3.000 voluntarios para atender una población afectada de casi 1.500 personas. Esto hizo que se produjera una segunda crisis, que fue la llegada de los intervinientes, sin la logística necesaria y sin la preparación necesaria. En ese momento se resolvió, junto a las autoridades, tener que devolver a sus hogares a casi la totalidad de los voluntarios desorganizados que llegaron al evento. Esto es lo que llamamos el “segundo desastre”, y que se puede ver graficado en otras situaciones, tales como el terremoto de Chile de 2010 (véase <https://sochped.cl/noticias/451-27f-el-terremoto-de-chile-desde-la-perspectiva-de-un-psicologo-de-dichato>) y el terremoto de Nepal de 2015 (véase <https://sochped.cl/index.php/noticias/223-psicologos-queden-se-en-casa-nepal-no-los-requiere>)

*Hay un artículo que se titula “Por qué los chilenos no corremos cuando hay un terremoto”. Este titular se debía a la tranquilidad con la que la mayoría de los chilenos que estaban en la redacción de la BBC Mundo en Londres reaccionaron ante uno de estos eventos, lo que sorprendió a sus compañeros europeos. ¿De qué cree que depende la respuesta de una sociedad ante las catástrofes?*

Quizás se deba a que las construcciones en Chile cumplen con la norma de construcción relacionada al evento sísmico del año 1960 (9,5 en la Escala de Richter), lo que hace que las construcciones sean muy resistentes a grandes movimientos telúricos. Por otro lado, Chile se encuentra ubicado sobre la unión de dos placas, lo que produce constantemente movimientos telúricos. Tal vez, hace que la población no se alarme constantemente debido a lo común de los eventos. Claramente los sismos y terremotos son parte de nuestra cultura. Nuestros padres y abuelos han vivido con dichos eventos; tanto así, que son incluidos en su biografía personal. En Chile es frecuente que la ocurrencia de terremotos se utilice como punto de referencia biográfico de vida. Se suma a todo esto, desde hace diez años, el trabajo que ha realizado ONEMI, en cuanto a planes y programas de evacuación en la comunidad y en colegios y escuelas.

*Desde que a finales del siglo pasado comenzara a hacerse visible el campo de la Psicología en Emergencias, esta rama del conocimiento ha ido nutriéndose de un cuerpo teórico y práctico abundante, aun así, nos queda mucho por construir. ¿Cuáles son los mayores retos que la Psicología de Emergencias debe resolver en los próximos años?*

Estimo que una de las tareas más importantes es colocar el énfasis en la preparación de la población ante eventos disruptivos. Sabemos que tener un “buen antes” (etapas de prevención, y planificación) ayuda a un buen “durante” (etapa de respuesta) y a un mejor “después” (etapa de recuperación y rehabilitación). También nos falta trabajar más fuertemente como Sociedad en darle la real importancia que tiene la salud mental de la población, con políticas públicas que apunten hacia la prevención de enfermedades mentales con una Ley de Salud Mental, así como certificar la especialidad de Psicología aplicada a emergencias y desastres. Hace 15 años eran muy pocos los que entendían lo que era esta especialidad, en cambio, ahora, todos dicen ser expertos en emergencias y desastres, sin necesariamente tener formación o experiencia en ello.

*En la SOCHPED se le da mucha importancia a la autoeficacia entendida como la percepción que tienen las personas de su propia capacidad para llevar a cabo aquellas conductas que son necesarias para lograr sus objetivos y para enfrentarse a las exigencias derivadas de situaciones*

*estresantes. ¿Cómo nos ayuda esta característica a la hora de enfrentarnos a una catástrofe?*

Según Hobfoll et al. (2007), una de las premisas de la Psicología en emergencias es fortalecer las redes de apoyo y lograr que las personas y las comunidades sean empoderadas para lograr mejorar su condición una vez que los equipos de intervinientes se retiren de la zona afectada. Si en la preparación de la respuesta a un evento lográramos entregar herramientas de afrontamiento, como lo son los mapas de riesgo, las cartillas de procedimientos ante un evento, entre otros recursos, como la práctica de dichos procedimientos por parte de la población, sabemos que el “durante la emergencia” sería eficiente, evitando más daño en las personas, creando finalmente comunidades resilientes.

*Usted está en contra de usar el “debriefing” como técnica para sacar a la luz tensiones, ansiedad o cualquier molestia que se derive de haber pasado por un acontecimiento traumático y permitir que los profesionales afectados puedan airearse emocionalmente, ¿por qué?*

Lo que sucede es que últimas investigaciones dan cuenta que la aplicación de esta técnica puede generar más daño en los afectados. No en todos, pero en algunos sí. Y si sabemos que una técnica puede generar más daño en los afectados, es mejor no utilizarla, pudiendo utilizar otra. En respuesta a ello, la comunidad científica internacional propuso los “Primeros Auxilios Psicológicos” (PAP).

*Entonces, ¿qué técnicas debe usar el psicólogo para prevenir la aparición de emociones desadaptativas en los profesionales (técnicos y voluntarios) de las emergencias?*

La aplicación de primeros auxilios psicológicos ha demostrado ser una buena técnica. En Chile, la Universidad Católica ha desarrollado el primer modelo de intervención llamado el PAP-ABCDE de los primeros auxilios psicológicos, que está resultando ser una verdadera herramienta de apoyo al trabajo de los profesionales, ajustada a la población chilena. Este modelo de PAP resultó ser bastante efectivo en un estudio realizado en cinco centros hospitalarios de Santiago, donde se trabajó con personas afectadas por eventos potencialmente traumáticos. También es recomendable el EMDR, pero una vez ya obtenido un diagnóstico y cuando haya pasado un tiempo desde el evento potencialmente traumático. La Organización Panamericana de la Salud nos entrega tres mensajes esenciales: (1) no pensemos solo en la psicopatología, sino también en la amplia gama de problemas de alto contenido social; (2) la necesidad de ampliación del campo de competencia de los profesionales de la salud mental; y (3) los

problemas psicosociales pueden y deben ser atendidos -en gran proporción- por personal no especializado.

*En relación con las catástrofes, con los conocimientos que poseemos sobre el comportamiento humano y su respuesta a situaciones estresantes, ¿no cree usted que los psicólogos debemos insistir en la prevención, en la “intervención” en la fase de preadvertencia para evitar en parte las respuestas desadaptativas?*

Para los profesionales psicólogos que trabajan en emergencias está muy claro que una persona preparada, que una comunidad preparada, tendrán una mejor respuesta durante un evento crítico. Es por esta razón que un 60-70% de las acciones debieran estar destinadas a la preparación, planificación y entrenamiento para enfrentar una situación que se podría convertir en un desastre.

*En su primer día como presidente del Colegio de Psicólogos, usted manifestó su deseo de “reencantar” a sus asociados y a las nuevas generaciones de psicólogos. ¿Cree que los Colegios de Psicólogos están pasando por una “crisis de utilidad”?*

Creo que lo que realmente nos sucede a los psicólogos es que creemos fantásicamente que “alguien” debe resolver los problemas que enfrentamos como profesionales. Me refiero a que pedimos que alguien haga algo para mejorar la situación laboral de los psicólogos, que alguien haga algo por poner en primer nivel de discusión las demandas del gremio. Sin embargo, este discurso de exigencias no está avalado por el propio esfuerzo por lograr los cambios demandados. Aquí pesa una cultura profesional afectada por un modelo neoliberal que pone el yo antes que el nosotros. En resumen, demandamos algo que no estoy dispuesto a trabajar para obtenerlo, lo que hace pedir cosas que mágicamente sucederán. Si entendiéramos que los cambios surgen en la propia persona antes que en el colectivo, creo que entenderíamos que nadie nos va a regalar lo que queremos, sino que debemos trabajar para obtenerlo. Finalmente, la crisis de utilidad que pudiéramos estar enfrentando, estaría a nivel personal y no colectiva.

*Su conferencia en el XIII Congreso Internacional y XVIII Nacional de Psicología Clínica versará sobre protección de la salud mental en emergencias y desastres, ¿Qué repercusión cree que va a tener la crisis del coronavirus en la salud mental a nivel mundial?*

Tal como lo señala la Organización Panamericana de Salud, una gran cantidad de enfermos y muertes, y las impactantes pérdidas económicas, en el contexto de una pandemia generarán un alto riesgo psicosocial. Desde la perspectiva de

la salud mental, una epidemia de esta magnitud implicará una perturbación psicosocial que va a exceder la capacidad de control de la población afectada. Esto deberá provocar que las autoridades de la atención en salud mental generen estrategias destinadas específicamente a disminuir la vulnerabilidad de los distintos grupos poblacionales, con énfasis en las relacionadas con el género, la edad y el nivel socioeconómico. Existen también riesgos de origen ocupacional, tal como los propios miembros de los equipos de respuesta que trabajan en la emergencia o los intervinientes en salud. El duelo no resuelto por la imposibilidad de efectuar ritos será fuente de algunas patologías. En Chile nuestras tasas en salud mental ya eran malas antes de la pandemia. Esto nos hace suponer que los servicios de salud estarán recargados de solicitudes de atención. Patologías más recurrentes serán episodios depresivos y las reacciones de estrés agudo de tipo transitorio. El riesgo de aparición de estos trastornos aumentará de acuerdo con las características de las pérdidas y otros factores de vulnerabilidad. En situaciones de emergencias también se ha observado, ocasionalmente, el incremento de las conductas violentas, así como el consumo excesivo de alcohol y la automedicación de antidepresivos y medicamentos para “dormir mejor”. Entre los efectos tardíos se reportan duelos patológicos, así como depresión, trastornos de adaptación, manifestaciones de estrés postraumático, abuso del alcohol u otras sustancias adictivas y trastornos psicósomáticos. También los patrones de sufrimiento prolongado se manifiestan como tristeza, miedo generalizado y ansiedad expresados corporalmente, síntomas que con frecuencia adquieren un carácter grave y de larga duración.

*Durante esta pandemia, los psicólogos de emergencias se han volcado en el apoyo y tratamiento de los afectados con una acogida muy positiva por parte de las personas y grupos atendidos o asesorados. ¿Cree que esta actitud se mantendrá o volveremos a ser olvidados una vez más por los estamentos y la población?*

He conocido muy de cerca el trabajo que los psicólogos han estado realizando, muchos de ellos como voluntarios, efectuando contención psicológica basada en los PAP; sin embargo, las autoridades no han logrado definir qué sucederá con aquellos pacientes que deben ser derivados a atenciones en tercer nivel. Si bien es cierto, la población apoyada por este tipo de operativos está muy agradecida de esta entrega profesional, también impacta la lentitud de las autoridades por fortalecer la salud pública. El mantenimiento de esta situación con el tiempo, si no cambiaran las políticas referidas a los programas de salud mental, que a la fecha se han basado en una respuesta de apoyo farmacológico como gran pilar de la recuperación de la salud mental, hará que se mantengan o aumenten las tasas de enfermedades mentales. También debemos entender que para la recuperación de la población se requiere la activación de equipos

multidisciplinarios que logren entregar apoyo desde diferentes ámbitos, como el social y el comunitario. Y, claramente, se debe trabajar en mejorar las condiciones laborales de los psicólogos en la red de salud primaria que, a la fecha, no es acorde a la dignidad de la profesión.

*Las palabras de Acuña nos permiten afirmar que la Psicología en emergencias tiene un laborioso futuro que se ha visto acelerado por el coronavirus. Falta, como apunta, el reconocimiento de los responsables de las políticas sociales, pues como solemos decir sobre nuestro trabajo, somos “olvidados en la calma, demandados en la desgracia”.*

## REFERENCIAS

Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Friedman, M., Gersons, B. P. R., de Jong, J. T. V. M., Layne, Ch., M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A. E., Pynoos, R. S., Reissman, D., Ruzek, J. I., Shalev, A. Y., Solomon, Z., Steinberg, A. M. y Ursano, S. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, 70, 283-315. <https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283>



# CONTRIBUCIONES DE LA PSICOLOGÍA AL ESTUDIO Y PREVENCIÓN DE LA CORRUPCIÓN

*Ronaldo Pilati y Luis Fernández-Ríos*



Ronaldo Pilati es Profesor Asociado de Psicología Social y del Trabajo de la Universidade de Brasilia (Brasil). Fue presidente de la Sociedade Brasileira de Psicologia (SBP).



Luis Fernández-Ríos es Profesor Titular de Psicología en la Universidad de Santiago de Compostela (España).

*\*¿Qué es para usted la corrupción política?*

La corrupción es un comportamiento deshonesto, que implica el abuso del poder confiado para beneficio privado. Los actores políticos, en las democracias, son individuos a quienes se les confía el poder mediante la votación. Debido a que administran los recursos públicos, a menudo están asociados con escándalos de corrupción, y esto es muy visible. Pero es importante tener en cuenta, que la corrupción no se limita a la clase política, sino que ocurre en diferentes esferas y actores de la sociedad, alrededor de todo el mundo.

---

\* Para referenciar este capítulo: Pilati, R. y Fernández-Ríos, L. (2023). Contribuciones de la Psicología al estudio y prevención de la corrupción. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Psicología Clínica: perspectiva internacional* (pp. 273-277). Dykinson. <https://www.dykinson.com/libros/psicologia-clinica-perspectiva-internacional/9788411707534/>

*¿Cuáles considera que son los países más corruptos? ¿Cuáles pueden ser las variables más relevantes para explicarlo?*

Las estrategias de clasificación de países se han vuelto comunes en todo el mundo, gracias a rankings, como el de Transparencia Internacional (<https://www.transparency.org/en/cpi/2022>). Estas son iniciativas importantes, ya que proporcionan informaciones comparativas, a menudo basadas en la percepción de muestras de la población sobre la corrupción en sus países. Los estudios que comparan naciones y culturas tradicionales en psicología intercultural indican correlaciones entre estos rankings y las dimensiones típicas de la comparación cultural. Sin embargo, como defendemos en nuestro Modelo Analítico de Corrupción analítica (MAC; Modesto y Pilati, 2020), el comportamiento es mucho más complejo de lo que ocurre en la cultura A o B, a partir de una o más dimensiones de desempaque cultural. Depende de diferentes factores en los niveles de análisis que no sean culturales. Comprender el impacto que las diferentes culturas tienen sobre la corrupción es un factor necesario para ser estudiado, pero no es suficiente para la comprensión de la corrupción.

*¿Considera que la política atrae a personas fáciles de corromperse, o se corrompen cuándo llegan a las instituciones de poder político?*

Creo que hay múltiples factores que atraen a las personas a la política, los cargos públicos y las posiciones estratégicas en las organizaciones públicas y privadas. Sin lugar a dudas, los factores individuales juegan un papel en la determinación de esa elección, pero sin duda, no son los únicos. Por ejemplo, la oportunidad de ser parte de movimientos y acciones que permiten el acceso a grupos políticos para llegar al poder parecen ser mucho más importante que los factores individuales por sí solos. Desde nuestra perspectiva, en MAC, es la interacción entre factores de diferentes niveles de análisis lo que determina los fenómenos conductuales.

*¿Cuáles considera que son las variables intra e interindividuales de las personas dispuestas a corromperse?*

Hay varios factores intra e interindividuales que consideramos relevantes. Existe un conjunto de variables cognitivas (incluyendo aquí las afectivas) que se refieren a la representación que los individuos forman sobre el comportamiento corrupto y las normas sociales del entorno en el que puede ocurrir el comportamiento deshonesto; características diposicionales, como variables relacionadas con las diferencias individuales, como las dimensiones de la personalidad, que interactúan con factores cognitivos; y las propias normas grupales y sociales,

que a su vez, interactúan con factores intraindividuales para determinar el comportamiento deshonesto.

*¿Cómo puede influenciar la ideología política neoliberal en la emisión de estilos de comportamientos corruptos?*

No conozco estudios ni pruebas empíricas sobre esta relación. Teniendo en cuenta que la ideología puede considerarse una variable de diferencia individual, puede ser que, al interactuar con otras variables, pueda desempeñar un papel. Lo siento, no puedo decir más al respecto.

*¿Qué se puede hacer para prevenir los comportamientos corruptos?*

Entendemos que para prevenir el comportamiento corrupto se deben considerar diferentes formas de intervención, reconociendo la complejidad que tiene el fenómeno. No es suficiente considerar que la solución es eliminar la manzana dañada de la cesta, colocando todas las fichas en factores de diferencias individuales, o simplemente considerar que el control y el castigo de los actos corruptos es la solución. Es necesario enfrentar el problema de manera múltiple, creando normas sociales claras y explícitas sobre lo que es correcto hacer, creando consejos situacionales (*nudges*) sobre lo que es deseable, reconociendo formalmente el comportamiento deseado (y no solo castigando lo no deseado) y, por último, creando una cultura que favorezca la armonía deseable de la intervención en las normas sociales. Existen múltiples factores relevantes y, sin considerarlos ampliamente, la lucha contra la corrupción es limitada, especialmente en países donde el problema es mayor.

*¿Qué es el enfoque multinivel, que usted defiende?*

João Gabriel Modesto, socio investigador, y yo desarrollamos el MAC como una contribución integrada, cuyo propósito es organizar los factores relevantes para comprender la corrupción. Los niveles de análisis se refieren a espacios organizacionales en los que se pueden organizar variables temporales, intrapersonales, interpersonales, grupales, sociales, culturales, etc., que varían en su proximidad y distalidad del comportamiento corrupto y deshonesto. Entendemos que, de esta manera, podemos contribuir a la comprensión de un fenómeno complejo y multideterminado, expandiendo la interacción académica con otras áreas de investigación más allá de la Psicología, ayudando a organizar proyectos de investigación y, en consecuencia, en el desarrollo de acciones para enfrentar la corrupción.

*Ante la realidad de falta de replicación de trabajos de investigación, ¿considera que hay problemas de corrupción o deshonestidad académica en la publicación en revistas con factor de impacto?*

Esta es una pregunta muy pertinente e importante. Los problemas de integridad científica son muchos e involucran diferentes naturalezas. Más, recientemente, la llamada (y quizás supuesta) crisis de replicabilidad de la Psicología ha sacado a la luz una serie de discusiones y muchos estudios sobre diversos factores que influyen en la falta de replicación. Y, nuevamente, entiendo que es un fenómeno que debe entenderse a través de múltiples niveles de análisis. Los aspectos sociales y ambientales, como la presión para la publicación, las estrategias de recompensa académica (financiación de la investigación, promociones, líneas editoriales de revistas científicas, etc.) son parte de los aspectos relevantes y a un nivel más macro-social. Pero, también hay factores grupales importantes, como los relacionados con laboratorios y grupos de investigación, que a menudo han desarrollado prácticas de investigación cuestionables (muchas veces para maximizar la posibilidad de publicación en revistas de alto impacto), socializando en ellas a las nuevas generaciones de investigadores, perpetuando así tales prácticas. También, parte de este nivel grupal es la competencia entre grupos, que a menudo tienen modelos competitivos o perspectivas teóricas, lo que además termina intensificando la competencia por la publicación en lugar de la cooperación. Dentro de este complejo escenario social hay individuos con sus características, que se socializan en este entorno. La ciencia, a través de sus instituciones, necesita continuar desarrollando y mejorando acciones para promover la integridad científica, enfatizando siempre cuál es el objetivo principal de la ciencia: producir una comprensión precisa de la realidad para promover el bienestar de la humanidad. Veo de manera muy positiva estos movimientos de la última década sobre la replicabilidad (no sólo en Psicología, sino en varias otras disciplinas), escándalos de falsificación de datos, entre otros, porque estos acontecimientos han hecho que las instituciones científicas mejoren sus mecanismos de integridad. Esta motivación para las acciones de autocorrección en la ciencia es, probablemente, el elemento principal que hace de esta empresa humana la más eficiente jamás desarrollada, a pesar de todos sus errores, tropiezos y equivocaciones a lo largo de la historia.

*¿Puede la política de evaluación académica a través del factor de impacto favorecer la deshonestidad en la publicaciones científica?*

Como dije en la pregunta anterior, este es un elemento que ejerce su influencia, junto con todos los demás.

## REFERENCIAS

Modesto, J. G. y Pilati, R. (2020). "Why are the corrupt, corrupt?": The multilevel analytical model of corruption. *The Spanish Journal of Psychology*, 23, Artículo e5. <https://doi.org/10.1017/SJP.2020.5>



## **APÉNDICE A.**

### **CONGRESOS Y ACTIVIDADES FORMATIVAS ORGANIZADAS POR LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSICOLOGÍA CONDUCTUAL (1990-2023)**

1. I Symposium de Psicología Clínica Aplicada. Jaén (España), 1989.
2. II Symposium de Psicología Clínica Aplicada. Jaén (España), 2-6 de abril de 1990.
3. I Symposium Nacional de Psicología Conductual. Jaén (España), 1-5 de abril de 1991.
4. I Syposium Iberoamericano de Psicología Conductual. San José (Costa Rica), 15-16 julio de 1991.
5. Symposium Iberoamericano sobre Sueño e Hipnosis. Granada (España), 27-30 de abril de 1992.
6. II Congreso Nacional de Psicología Conductual. Palma de Mallorca (España), 5-7 de abril de 1993.
7. Symposium sobre el Sueño y sus Trastornos. Málaga (España), 28-30 de abril de 1993.
8. I Encontro Internacional de Terapia Cognitivo-Comportamental. Río de Janeiro (Brasil), 12-13 de junio de 1993.
9. Actualidad Clínica en Psicología Conductual. Córdoba (Argentina), 30 de junio de 1993.
10. I Edición del Máster Internacional en Psicología Clínica. Granada, 1993-1995.
11. Symposium sobre Sexualidad Humana. Granada (España), 14-16 de abril de 1994.
12. II Symposium Iberoamericano sobre el Sueño y la Hipnosis. Granada (España), 4-6 de mayo de 1994.

13. I Congreso Internacional de Psicología Conductual. A Coruña (España), 12-15 de julio de 1994.
14. 1st Ibero-American Conference on Health & Behavior. Nueva York (Estados Unidos de América), 9 de noviembre de 1994.
15. II Edición del Máster Internacional en Psicología Clínica. Málaga, 1994-1996.
16. II Congreso Internacional y III Congreso Nacional de Psicología Conductual. Granada (España), 24-28 de abril de 1995.
17. III Edición del Máster Internacional en Psicología Clínica. Granada, 1995-1997.
18. II Congreso Iberoamericano de Salud y Conducta. Granada (España), 19-22 de marzo de 1996.
19. Simposium sobre Avances en la Evaluación y Tratamiento de los Problemas de Relación de Pareja y Sexuales. Granada (España), 15-17 de enero de 1997.
20. III Congreso Internacional y IV Nacional de Psicología Conductual. Granada (España), 3-7 de marzo de 1997.
21. V Congreso Nacional de Psicología Conductual. Vitoria (España), 5-8 de marzo de 1998.
22. Symposium sobre Análisis Funcional y la Planificación del Tratamiento Psicológico. Granada (España), 20-21 de marzo de 1998.
23. Symposium sobre Psicofarmacología Aplicada. Granada (España), 24-25 de abril de 1998.
24. III Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud. Torremolinos (España), 15-17 de mayo de 1998.
25. Curso Internacional sobre VIH/SIDA: Entrenamiento para Profesionales de la Salud Torremolinos (España), 18-22 de mayo de 1998.
26. Symposium sobre Problemas de Conducta en el Aula. Granada (España), 30-31 de mayo de 1998.
27. I Symposium Internacional sobre Trastornos de Ansiedad. Granada (España), 20-21 de noviembre de 1998.
28. I Symposium sobre Psicología Jurídica. Granada (España), 27-28 de noviembre de 1998.
29. IV Congreso Ibérico de Terapia Cognitivo/Comportamental. Salamanca (España), 1-4 de diciembre de 1998.

30. IV Edición del Máster Internacional en Psicología Clínica. Granada, 1998-2000.
31. VI Congreso Nacional de Psicología Cognitivo/Conductual. Madrid (España), 4-7 de marzo de 1999.
32. Curso Aplicado sobre Terapia de Parejas. Granada (España), 26-27 de marzo de 1999.
33. Curso Internacional sobre Hipnosis Clínica. Granada (España), 16-17 de abril de 1999.
34. IV Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud. Granada (España), 22-24 de abril de 1999.
35. II Symposium Internacional sobre la Planificación del Tratamiento Psicológico. Santa Cruz de Tenerife (España), 14-15 mayo de 1999.
36. Symposium Internacional sobre Avances en Terapias Cognitivas. Agudulce (España), 21-22 de mayo de 1999.
37. I Symposium Internacional de Conducta Criminal. Bogotá (Colombia), 27-28 de agosto de 1999.
38. Symposium sobre Avances Psicológicos y Psiquiátricos en Trastornos de la Personalidad. Granada (España), 4-6 de noviembre de 1999.
39. Symposium Internacional sobre Depresión. Granada, 18-20 de noviembre de 1999.
40. Curso-Taller sobre Entrenamiento en Habilidades Sociales para Profesionales de la Salud. Valencia (España), 21 de noviembre-1 de diciembre de 1999.
41. IV Congreso Internacional de Psicología Cognitivo/Conductual. Valencia (España), 1-4 de diciembre de 1999.
42. V Edición del Máster Internacional en Psicología Clínica. Granada, 1999-2001.
43. Symposium Internacional sobre Inteligencia y Rendimiento Académico. Granada, 2-4 de marzo de 2000.
44. Symposium Internacional sobre Hipnosis y Psicología Clínica: Fuentes, Usos y Abusos de la Hipnosis en Psicología Clínica. Almería (España), 10-11 de marzo de 2000.
45. VII Congreso Nacional de Psicología Cognitivo/Conductual. Santiago de Compostela, 23-25 de marzo de 2000.

46. V Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud. Cartagena de Indias (Colombia), 29 de marzo-1 de abril 2000.
47. Symposium Nacional sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Granada (España), 6-8 de abril de 2000.
48. I Symposium Nacional sobre Casos Clínicos de Trastornos Psicopatológicos. Granada (España), 18-20 de mayo de 2000.
49. XXX Congress of the European Association for Behavioural & Cognitive Therapies. Granada (España), 26-28 de septiembre de 2000.
50. I Symposium Internacional sobre Casos de Peritajes Psicológicos y Psiquiátricos en el Ámbito Forense. Granada (España), 2-4 de noviembre de 2000.
51. I Symposium Internacional sobre Psico-Oncología. Granada (España), 9-11 de noviembre de 2000.
52. I Symposium Internacional sobre Intervención en Violencia Familiar y Social. Granada (España), 16-18 de noviembre de 2000.
53. II Symposium Nacional sobre Avances Psicológicos y Psiquiátricos en la Evaluación y el Tratamiento de la Esquizofrenia. Granada (España), 23-25 de noviembre de 2000.
54. Symposium Internacional sobre Psico-Oncología. Valencia (España), 30 de noviembre de 2000.
55. VI Edición del Máster Internacional en Psicología Clínica. Granada, 2000-2002.
56. Curso sobre Afrontamiento a la Muerte: Enfoque Práctico. Tenerife (España), 16 de febrero de 2001.
57. Curso Internacional sobre Estrés, Salud y Enfermedad. Granada (España), 21-23 de febrero de 2001.
58. Curso Internacional sobre Psico-Oncología. Santiago de Compostela (España), 26-28 de febrero de 2001.
59. Curso Internacional sobre Aplicaciones Clínicas de la Hipnosis. Granada (España), 1-3 de marzo de 2001.
60. Curso Aplicado sobre Psicología Clínica Infantil. Granada (España), 15-17 de marzo de 2001.
61. Curso sobre Evaluación y Tratamiento de la Hiperactividad y de la Impulsividad. Granada (España), 22-24 de marzo de 2001.

62. II Symposium Nacional sobre Casos Clínicos de Trastornos Psicopatológicos. Granada (España), 26-28 de abril de 2001.
63. Curso Aplicado sobre Psicología del Consumidor. Granada (España), 14-16 de mayo de 2001.
64. VII Congreso Latine Dies. Granada (España), 17-19 de mayo de 2001.
65. Symposium sobre Psicópatas, Asesinos en Serie y Conducta Antisocial. Granada (España), 29-31 de mayo de 2001.
66. VI Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud. Buenos Aires (Argentina), 30 de septiembre-3 de octubre de 2001.
67. IV Symposium sobre el Sueño y sus Trastornos. Granada (España), 25-27 de octubre de 2001.
68. Symposium sobre Drogodependencias y Nuevas Adicciones. Granada (España), 8-10 de noviembre de 2001.
69. Curso Aplicado sobre Intervención en Violencia Infantil y Adolescente: Manejo de Conductas Agresivas. Granada (España), 15-17 de noviembre de 2001.
70. VIII Congreso Nacional de Psicología Cognitivo Conductual. Palma de Mallorca (España), 22-24 de noviembre de 2001.
71. VII Edición del Máster Internacional en Psicología Clínica. Granada, 2001-2003.
72. I Edición del Máster en Psicología Infantil: Aspectos Clínicos, Evolutivos y Educativos, Granada, 2001-2003.
73. Curso sobre Implicaciones Psico-Socio-Legales en Condenas de Larga Duración, Cadena Perpetua y Pena de Muerte. Granada (España), 6-8 de marzo de 2002.
74. Curso Práctico sobre la Intervención y Manejo de la Conducta Adolescente: Adoles. Granada (España), marzo de 2002.
75. II Simposium Nacional sobre Psicópatas, Asesinos en Serie y Conducta Antisocial. Granada (España), 4-6 de abril de 2002.
76. II Symposium Nacional sobre Psicología Jurídica. Granada (España), 10-12 de abril de 2002.
77. Curso Aplicado sobre Intervención Psicológica en Catástrofes y Crisis. Valencia (España), 17-18 de abril de 2002.
78. Curso sobre Amor, Pareja y Relaciones Interpersonales. Granada (España), 25-27 de abril de 2002.

79. Cómo Dirigir Eficazmente los Recursos Humanos dentro de la Organización. Granada (España), 8-10 de mayo de 2002.
80. Curso Práctico sobre Escuela de Padres: Ayudar a los Padres, Ayudar a los Hijos. Granada (España), 13-15 de noviembre de 2002
81. II Symposium Nacional sobre Casos Clínicos de Trastornos Psicopatológicos. Granada (España), 16-18 de mayo de 2002.
82. Symposium Nacional de Depresión: Avances en la Evaluación y Tratamiento. Granada (España), 27-29 de noviembre de 2002.
83. VIII Edición del Máster Internacional en Psicología Clínica. Granada, 2002-2004.
84. II Edición del Máster en Psicología Infantil: Aspectos Clínicos, Evolutivos y Educativos, Granada, 2002-2004.
85. Curso Aplicado sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria: Evaluación, Tratamiento y Prevención. Enfoque Multidisciplinar. Granada (España), 19-21 de marzo de 2003.
86. Curso Aplicado sobre Psicología Forense. Almería (España), 20-22 de marzo de 2003.
87. Symposium Aplicado sobre Técnicas de Intervención Clínica en Psicología Infantil y Adolescente. Granada (España), 3-5 de abril de 2003.
88. Curso de Actualización en Neuropsicología Clínica. Granada (España), 24-26 de abril de 2003.
89. Symposium sobre Intervención en Secuestro y Terrorismo. Granada (España), 8-10 de mayo de 2003.
90. Curso Aplicado sobre Intervención Psicológica en Suicidio. Alicante (España), 15-16 de mayo de 2003.
91. IV Symposium Nacional sobre Casos Clínicos de Trastornos Psicopatológicos. Granada (España), 15-17 de mayo de 2003.
92. Curso sobre la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Granada (España), 6-7 de junio de 2003.
93. Curso Aplicado sobre Psicología en el Ámbito de Menores. Granada (España), 13-15 de noviembre de 2003.
94. Curso Práctico sobre Intervención y Manejo de la Conducta Adolescente: Adolescencia Difícil. Almería (España), 19-21 de noviembre de 2003.
95. IX Edición del Máster Internacional en Psicología Clínica. Granada, 2003-2005.

96. III Edición del Máster en Psicología Infantil: Aspectos Clínicos, Evolutivos y Educativos, Granada, 2003-2005.
97. Curso Aplicado sobre Entrenamiento en Habilidades Sociales. Granada (España), 17-19 de marzo de 2004.
98. Symposium Internacional sobre Maltrato Psicológico. Granada (España), 14-16 de abril de 2004.
99. II Symposium Nacional de Depresión: Avances en la Evaluación y Tratamiento. La Laguna (España), 6-8 de mayo de 2004.
100. Curso Práctico sobre Intervención de la Conducta Adolescente: Adolescencia Difícil. Jaén (España), 13-15 de mayo de 2004.
101. III Symposium Nacional de Esquizofrenia: Avances en la Evaluación y Tratamiento. Granada (España), 10-12 de noviembre de 2004.
102. Curso Aplicado sobre Intervención en Catástrofes y Crisis. Sevilla (España), 18-20 de noviembre de 2004.
103. V Symposium Nacional sobre Casos Clínicos de Trastornos Psicopatológicos. Valencia (España), 1-3 de diciembre de 2004.
104. X Edición del Máster Internacional en Psicología Clínica. Granada, 2004-2006.
105. IV Edición del Máster en Psicología Infantil: Aspectos Clínicos, Evolutivos y Educativos, Granada, 2004-2006.
106. Curso sobre la Agresividad Infantil: Maltrato, Abuso y Bullying. Granada (España), 21-23 de abril de 2005.
107. Curso Aplicado sobre Intervención Psicológica con Mujeres Víctimas de la Violencia Doméstica. Madrid (España), 5-6 de mayo de 2005.
108. VI Symposium Nacional sobre Casos Clínicos de Trastornos Psicopatológicos. Granada (España), 16-18 de noviembre de 2005.
109. II Curso Aplicado sobre Psicología Forense, Jaén (España), 1-3 de diciembre de 2005.
110. XI Edición del Máster Internacional en Psicología Clínica. Granada, 2005-2007.
111. V Edición del Máster en Psicología Infantil: Aspectos Clínicos, Evolutivos y Educativos, Granada, 2005-2007.
112. Curso Aplicado sobre Intervención en Trastornos Clínicos en la Adolescencia. Granada (España), 5-7 de abril de 2006.

113. Curso Aplicado sobre Intervención en Catástrofes y Crisis. Tenerife (España), 20-22 de abril de 2006.
114. III Symposium Nacional sobre Psicópatas, Asesinos en Serie y Conducta Antisocial Sevilla (España), 25-27 de octubre de 2006.
115. Curso Aplicado sobre la Detección de la Simulación y la Mentira en Evaluación Psicológica. Granada (España), 8-10 de noviembre de 2006.
116. XII Edición del Máster Internacional en Psicología Clínica. Granada, 2006-2008.
117. VI Edición del Máster en Psicología Infantil: Aspectos Clínicos, Evolutivos y Educativos, Granada, 2006-2008.
118. Curso Aplicado sobre Intervención Psicosocial en Centros de Menores. Granada (España), 28-30 de noviembre de 2007.
119. VII Symposium Nacional sobre Casos Clínicos de Trastornos Psicopatológicos. Granada (España), 25-27 de abril de 2007.
120. XIII Edición del Máster Internacional en Psicología Clínica. Granada, 2007-2009.
121. VII Edición del Máster en Psicología Infantil: Aspectos Clínicos, Evolutivos y Educativos, Granada, 2007-2009.
122. IV Congreso de Psicología Jurídica y Forense. Murcia (España), 8-10 de mayo de 2008.
123. VIII Symposium Nacional sobre Casos Clínicos de Trastornos Psicopatológicos. Granada (España), 23-25 de abril de 2008.
124. XIV Edición del Máster Internacional en Psicología Clínica. Granada, 2008-2010.
125. VIII Edición del Máster en Psicología Infantil: Aspectos Clínicos, Evolutivos y Educativos, Granada, 2008-2010.
126. V Congreso Nacional de Psicología Jurídica y Forense. Granada (España), 19-21 de noviembre de 2009.
127. XV Edición del Máster Internacional en Psicología Clínica. Granada, 2009-2011.
128. IX Edición del Máster en Psicología Infantil: Aspectos Clínicos, Evolutivos y Educativos, Granada, 2009-2011.
129. Congreso Internacional sobre Avances en Tratamientos Psicológicos. Granada (España), 14-17 de abril de 2010.

130. Curso Aplicado sobre Intervención Psicoeducativa en Centros de Menores. Santiago de Compostela (España), 4-6 de noviembre de 2010.
131. Curso Aplicado sobre Intervención Psicológica en Violencia de Género. Granada (España), 11-12 de noviembre de 2010.
132. IX Symposium Nacional sobre Casos Clínicos de Trastornos Psicopatológicos. Sevilla (España), 18-19 de noviembre de 2010.
133. XVI Edición del Máster Internacional en Psicología Clínica. Granada, 2010-2012.
134. X Edición del Máster en Psicología Infantil: Aspectos Clínicos, Evolutivos y Educativos, Granada, 2010-2012.
135. IX Congreso Nacional de Psicología Clínica. San Sebastián (España), 7-9 de julio de 2011.
136. Symposium Nacional sobre Avances en Tratamientos Psicológicos de Trastornos Infanto-Juveniles. Granada (España), 25-26 de noviembre de 2011.
137. XVII Edición del Máster Internacional en Psicología Clínica. Granada, 2011-2013.
138. XI Edición del Máster en Psicología Infantil: Aspectos Clínicos, Evolutivos y Educativos, Granada, 2011-2013.
139. V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. Santander (España), 26-28 de abril de 2012.
140. XVIII Edición del Máster Internacional en Psicología Clínica. Granada, 2012-2014.
141. XII Edición del Máster en Psicología Infantil: Aspectos Clínicos, Evolutivos y Educativos, Granada, 2012-2014.
142. VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica. Santiago de Compostela (España), 6-8 de junio de 2013.
143. VII Congreso Internacional y XII Nacional de Psicología Clínica. Sevilla (España), 14-16 de noviembre de 2014.
144. III Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud. Sevilla (España), 14-16 de noviembre de 2014.
145. VIII Congreso Internacional y XIII Nacional de Psicología Clínica. Granada (España), 19-22 de noviembre de 2015.
146. IX Congreso Internacional y XIV Nacional de Psicología Clínica. Santander (España), 17-20 de noviembre de 2016.

147. X Congreso Internacional y XV Nacional de Psicología Clínica. Santiago de Compostela, 16-19 de noviembre de 2017.
148. XI Congreso Internacional y XVI Nacional de Psicología Clínica. Granada (España), 25-28 de octubre de 2018.
149. XII Congreso Internacional y XVII Nacional de Psicología Clínica. Santander (España), 13-16 de noviembre de 2019.
150. XIII Congreso Internacional y XVIII Nacional de Psicología Clínica. Congreso Virtual, 11-14 de noviembre de 2020.
151. XIV Congreso Internacional y XIX Nacional de Psicología Clínica. Congreso Virtual, 10-13 de noviembre de 2021.
152. XV Congreso Internacional y XX Nacional de Psicología Clínica. Congreso Virtual, 16-18 de noviembre de 2022.
153. XVI Congreso Internacional y XXI Nacional de Psicología Clínica. Congreso Virtual, 15-17 de noviembre de 2023.



**MANTÉNGASE INFORMADO  
DE LAS NUEVAS PUBLICACIONES**

**Suscríbese gratis  
al boletín informativo  
[www.dykinson.com](http://www.dykinson.com)**

**Y benefíciense de nuestras ofertas semanales**