

PAPELES DEL PSICÓLOGO

PSYCHOLOGIST PAPERS

SECCIÓN MONOGRÁFICA: INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL



PREVENCIÓN DE TRASTORNOS PSICÓTICOS - INTERVENCIÓN
EN AUTISMO - TEORÍA DE VYGOTSKY SOBRE HERRAMIENTAS
MENTALES - REHABILITACIÓN DE LA CONCIENCIA POST-ICTUS

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

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

Sumario

Contents

REVISTA DEL CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA

JOURNAL OF THE SPANISH PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

Sección monográfica: Intervención psicosocial

- 81.** Construyendo la intervención social
Fernando Fantova Azcoaga
- 89.** Servicios sociales municipales. Necesidad de una refundación
Miguel López-Cabanas
- 96.** Procesos migratorios e intervención psicosocial
Manuel Fco. Martínez y Julia Martínez García
- 104.** La intervención del psicólogo en los servicios sociales de familia e infancia: Evolución y retos actuales
Jorge F. del Valle
- 113.** La Psicología frente a la calidad de vida y la inclusión social de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo
Javier Tamarit Cuadrado
- 120.** Abordaje de adicciones a nuevas tecnologías: Una propuesta de prevención en contexto escolar y tratamiento de rehabilitación
Antonio Soto, Natalia de Miguel y Vicente Pérez Díaz

Artículos

- 127.** Actualización en la prevención de los trastornos del espectro psicótico
Eduardo Fonseca-Pedrero y Félix Inchausti
- 140.** Intervención en habilidades sociales de los niños con trastorno de espectro autista: Una revisión bibliográfica
Inmaculada March-Miguez, Maite Montagut-Asunción, Gemma Pastor-Cerezuela y María Inmaculada Fernández-Andrés
- 150.** Teoría cultural-histórica del desarrollo de Lev Vygotsky y el problema de las herramientas mentales
Nikolay Veraksa y Aleksander Veraksa
- 155.** Enfoque clínico y psicológico a la rehabilitación de pacientes con descenso del nivel de conciencia, tras sufrir un ictus
Kovyazina M.S., Fomina K.A., Moskvina V.V., Varako N.A. y Zinchenko Yu. P.

Special section: Psychosocial intervention

- 81.** Building social intervention
Fernando Fantova Azcoaga
- 89.** Municipal social services. The need for a refoundation
Miguel López-Cabanas
- 96.** Migratory processes and psychosocial intervention
Manuel Fco. Martínez and Julia Martínez García
- 104.** The intervention of the psychologist in child and family social services: Evolution and current challenges
Jorge F. del Valle
- 113.** Psychology dealing with the quality of life and social inclusion of people with intellectual or developmental disabilities
Javier Tamarit Cuadrado
- 120.** An approach to addiction to new technologies: A proposal for prevention in the school environment and rehabilitation treatment
Antonio Soto, Natalia de Miguel and Vicente Pérez Díaz

Articles

- 127.** An update in the prevention of psychosis spectrum disorders
Eduardo Fonseca-Pedrero and Felix Inchausti
- 140.** Intervention in social skills of children with autistic spectrum disorder: A bibliographical review
Inmaculada March-Miguez, Maite Montagut-Asunción, Gemma Pastor-Cerezuela and María Inmaculada Fernández-Andrés
- 150.** Lev Vygotsky's cultural-historical theory of development and the problem of mental tools
Nikolay Veraksa and Aleksander Veraksa
- 155.** Clinical and psychological approach to the rehabilitation of patients in a state of the depression of consciousness after suffering a stroke
Kovyazina M.S., Fomina K.A., Moskvina V.V., Varako N.A. and Zinchenko Yu. P.

Edita / Publisher

Consejo General de la Psicología de España

Director / Editor

Serafin Lemos Giráldez (Univ. de Oviedo)

Directores asociados / Associated Editors

José Ramón Fernández Hermida (Univ. de Oviedo), José Carlos Núñez Pérez (Univ. de Oviedo), José María Peiró Silla (Univ. de Valencia) y Eduardo Fonseca Pedrero (Univ. de la Rioja)

Consejo Editorial / Editorial Board

Mario Alvarez Jiménez (Univ. de Melbourne, Australia); Imanol Amayra Caro (Univ. de Deusto); Antonio Andrés Pueyo (Univ. de Barcelona); Neus Barrantes Vidal (Univ. Autónoma de Barcelona); Adalgisa Battistelli (Univ. de Bordeaux, Francia); Elisardo Becoña (Univ. de Santiago de Compostela); Amalio Blanco (Univ. Autónoma de Madrid); Carmen Bragado (Univ. Complutense de Madrid); Gualberto Buela (Univ. de Granada); Esther Calvete (Univ. de Deusto); Antonio Cano (Univ. Complutense de Madrid); Enrique Cantón (Univ. de Valencia); Pilar Carrera (Univ. Autónoma de Madrid); Juan Luis Castejón (Univ. de Alicante); Alex Cohen (Louisiana State University, USA); María Crespo (Univ. Complutense de Madrid); Martin Debbané (Université de Genève, Suiza); Paula Elosua (Univ. del País Vasco); José Pedro Espada (Univ. Miguel Hernández); Lourdes Ezpeleta (Univ. Autónoma de Barcelona); Jorge Fernández del Valle (Univ. de Oviedo); Raquel Fidalgo (Univ. de León); Franco Fraccaroli (Univ. de Trento, Italia); Maite Garagordobil (Univ. del País Vasco); José Manuel García Montes (Univ. de Almería); César González-Blanch Bosch (Hospital Universitario 'Marqués de Valdecilla', Santander); Joan Guardia Olmos (Univ. de Barcelona); José Gutiérrez Maldonado (Univ. de Barcelona); Juan Herrero Olaizola (Univ. de Oviedo); M^a Dolores Hidalgo (Univ. de Murcia); Cándido J. Inglés Saura (Univ. Miguel Hernández); Juan E. Jiménez (Univ. de La Laguna); Barbara Kożuszniak (Univ. de Silesia, Polonia); Francisco Labrador (Univ. Complutense de Madrid); Concha López Soler (Univ. de Murcia); Nigel V. Marsh (Sunway University, Malaysia); Emiliano Martín (Dept^o. de Familia. Ayuntamiento de Madrid); Vicente Martínez Tur (Univ. de Valencia); Carlos Montes Piñero (Univ. de Santiago); Luis Montoro (Univ. de Valencia); José Muñiz (Univ. de Oviedo); Marino Pérez (Univ. de Oviedo); Salvador

Perona (Univ. de Sevilla); Ismael Quintanilla (Univ. de Valencia); José Ramos (Univ. de Valencia); Georgios Sideridis (Harvard Medical School, USA); Ana Sornoza (Univ. de Valencia); M^a Carmen Taberner (Univ. de Salamanca); Antonio Valle Arias (Univ. de A Coruña); Miguel Angel Vallejo (UNED); Oscar Vallina (Hospital Sierrallana de Torrelavega); Carmelo Vázquez (Univ. Complutense de Madrid); Antonio Verdejo (Monash University, Australia); Miguel Angel Verdugo (Univ. de Salamanca)

Diseño y maquetación / Design and layout

Cristina García y Juan Antonio Pez

Administración y publicidad / Management and advertising

Aranxa Sánchez y Silvia Berdullas

Consejo General de la Psicología de España

C/ Conde de Peñalver, 45-5^o Izq.

28006 Madrid - España

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

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

Depósito Legal


M-27453-1981 / ISSN 0214-7823

Impresión / Printed by

Huna comunicación

Avda. Montes de Oca, 7, Nave 6

28703 S.S. de los Reyes - Madrid

La revista se imprime en papel permanente, libre de ácido y conforme a la ISO 9706:1994 

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

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



CONSTRUYENDO LA INTERVENCIÓN SOCIAL BUILDING SOCIAL INTERVENTION

Fernando Fantova Azcoaga

Consultor independiente

En el artículo se intenta referenciar y fundamentar la opción de considerar, descriptiva y normativamente, la intervención social como una actividad que: (1) Es nuclear dentro del ámbito sectorial de los servicios sociales (con el que comparte objeto: la interacción), aunque se realiza también en otros sectores de actividad. (2) Necesita del concurso de varias disciplinas y profesiones, y, fundamentalmente, del trabajo social, de la educación (y pedagogía) social y de la psicología de la intervención social. (3) Dentro del conjunto y de la evolución de la acción pro bienestar y las políticas sociales, se plantea como acción preventiva, personalizada, integrada y ecológica. (4) En la sociedad del conocimiento, está llamada a reinventarse, confrontada y fecundada por la innovación tecnológica (digital) y social.

Palabras clave: Intervención social, Servicios sociales, Política social, Interacción, innovación.

This article attempts to reference and establish the option of considering, descriptively and normatively, social intervention as an activity that: (1) is nuclear within the sectoral scope of social services (with which it shares a purpose: interaction), although it is also carried out in other sectors of activity; (2) requires the concurrence of several disciplines and professions, and, fundamentally, of social work, social education (and pedagogy) and the psychology of social intervention; (3) as a whole and within the evolution of the pro-welfare action and social policies, is proposed as a preventive, personalized, integrated and ecological action; (4) in the knowledge society, is called to reinvent itself, challenged and stimulated by technological (digital) and social innovation.

Key words: Social intervention, Social services, Social policy, Interaction, Innovation.

Cuando ya han transcurrido diez años tras la publicación de otro artículo del autor, titulado "Repensando la intervención social" (Fantova, 2007), parece oportuno volver a intentar sistematizar la propuesta de lo que, en el contexto español (como referencia principal, pero no única) y en la comunidad o comunidades de práctica y conocimiento que utilizan el término, puede conceptualizarse como *intervención social*. Se intentará referenciar y fundamentar la opción de considerar, descriptiva y normativamente, la intervención social como una actividad que:

1. Es nuclear dentro del ámbito sectorial de los servicios sociales (con el que comparte objeto: la interacción), aunque se realiza también en otros sectores de actividad.
2. Necesita del concurso de varias disciplinas y profesiones, y, fundamentalmente, del trabajo social, de la educación (y pedagogía) social y de la psicología de la intervención social.
3. Dentro del conjunto y de la evolución de la acción pro bienestar y las políticas sociales, se plantea como acción preventiva, personalizada, integrada y ecológica.
4. En la sociedad del conocimiento, está llamada a reinventarse, confrontada y fecundada por la innovación tecnológica (digital) y social.

Se dedicará un apartado a cada uno de esos rasgos o características propuestas para la intervención social.

Recibido: 23 marzo 2018 - Aceptado: 30 abril 2018

Correspondencia: Fernando Fantova Azcoaga. C/ Dos de mayo 15-2-D. 48003 Bilbao. España. E-mail: fernando@fantova.net

LA INTERVENCIÓN SOCIAL PROTEGIENDO Y PROMOVIENDO LA INTERACCIÓN DE LAS PERSONAS EN LOS SERVICIOS SOCIALES Y EN OTROS

La tarea de describir y conceptualizar la intervención social se realiza en este artículo desde el punto de vista de quien estudia e intenta ordenar las actividades humanas en las sociedades y, más específicamente, en la medida en que éstas se van incorporando al tráfico de las transacciones económicas, se van profesionalizando y van siendo afectadas por políticas públicas específicas; procesos mediante los cuales se van configurando los que cabe denominar *sectores de actividad* (o ámbitos sectoriales o sectores económicos), con sus correspondientes ramas o pilares (y órganos o departamentos) de política pública responsables.

Parece claro que el criterio que, en general, permite identificar esos sectores de actividad es el de la parte o la parcela de las necesidades de las personas de las que se ocupan las organizaciones y profesionales que operan en cada uno de ellos. De este modo, las personas portadoras de esas necesidades, según la que sintamos o se nos manifieste en un determinado momento, solemos saber a qué sector de actividad acudir: para curarnos, al sector sanitario; para desplazarnos, al del transporte; y así sucesivamente.

Evidentemente, no toda la actividad humana de significado económico, profesionalizada y afectada por alguna política pública tiene como referencia directa una parcela de necesidades humanas y, por tanto, no toda actividad tiene lo que aquí

se denomina carácter sectorial. Por ejemplo, actividades como el gobierno general de una sociedad (a la que se dedica la Presidencia del Gobierno de un país), la defensa de los derechos de las personas con algún tipo de discapacidad (realizada por una asociación de personas afectadas o movimiento social) o la consultoría de gestión organizacional (que realizan las empresas correspondientes) no son sectoriales o no constituyen ámbitos sectoriales en el sentido que se está dando en este artículo a esa expresión. Mirando a los tres ejemplos que se acaban de poner, se podría decir que se ha hecho referencia, respectivamente, a una actividad general (que atañe o incluye a todos los sectores), a una transversal (que los atraviesa y afecta) y a una instrumental (que les ayuda para mejor servir a sus destinatarias).

¿Y la intervención social?

Si se accede, hoy y aquí, a la práctica cotidiana de la intervención social, así conceptualizada y denominada, no cabe duda de que se realiza mayoritariamente en el ámbito sectorial de los servicios sociales, denominación que viene determinada, fundamentalmente, por la legislación y, en general, normativa jurídica que delimita los órganos de la Administración pública y partidas presupuestarias que permiten sostener y regular la mayor parte de dichos servicios e intervenciones.

Hay que notar, sin embargo, que nuestros servicios sociales provienen de la asistencia social, actividad que no cabe considerar sectorial, sino residual. Por decirlo en pocas palabras, la asistencia social no se ocuparía de una parcela de necesidades de todas las personas sino de todas (o muchas de) las necesidades de una parte de las personas, que, de diferentes maneras, quedan excluidas de la oportunidad de dar satisfacción a dichas necesidades de la manera y en los ámbitos sectoriales en que lo hace la mayoría de la población.

Efectivamente, entonces, como recuerda Manuel Aguilar, “lo que llamamos servicios sociales son un híbrido, un campo en proceso de transformación desde el antiguo nivel de la beneficencia o la asistencia social hacia un nuevo sector o pilar del Estado de bienestar” (Aguilar, M., 2014: 19). Por ello,

es necesario establecer y delimitar con claridad el campo de acción de los servicios sociales” y, “en principio, parece lógico y coherente con la arquitectura del Estado social en España configurar los servicios sociales como un pilar definido por la parte de las necesidades humanas de las que se ocupa (Aguilar, M., 2014: 29).

Como muestra de la confusión existente en torno a las necesidades objeto de los servicios sociales, cabe aportar los resultados de una reciente investigación sobre la comprensión de la situación problema en la práctica del trabajo social en los servicios sociales de atención primaria de Mallorca, que

señala que la comprensión de la situación problema se muestra superficial, con una baja práctica de criterios de intervención que evalúen significados, fortalezas, soluciones intentadas y sistemas implicados, no confía suficiente-

mente en la aplicación de técnicas de análisis fundamentales y no considera en profundidad la puesta en juego de los conocimientos del propio profesional (Cardona et al., 2017: 149).

Cabe utilizar la metáfora de la ciaboga para referirse al complejo proceso de transformación de la asistencia social residual en unos servicios sociales sectoriales y, por más que dicha maniobra diste de estar completada, o siquiera enrutada en nuestro entorno, no cabe duda de que la apuesta por la universalidad de los servicios sociales (y la intervención social) que ha realizado la comunidad de práctica y conocimiento y la normativa jurídica de los servicios sociales (que los propone como un pilar del bienestar, al modo de la sanidad o la educación) lleva aparejada su condición sectorial. Y en ese proceso de dejar atrás la asistencia social, cabe denominar *intervención social* a la actividad nuclear y característica de esos servicios sociales conceptualmente universales y sectoriales, por más que, necesariamente:

- ✓ Dentro del sector de los servicios sociales también se realicen intervenciones (como la intervención sanitaria) que son nucleares y características de otros sectores de actividad; y que
- ✓ La intervención social también se realice (aunque no como nuclear y característica) en otros sectores de actividad, como el sanitario, el educativo, el de la justicia, el de la vivienda u otros.

Ante el reto de proponer cuál podría ser vista como la parte o parcela de necesidades de las personas que constituiría la finalidad u objeto de los servicios sociales (como sector de actividad) y de la intervención social (como actividad nuclear y característica de ese sector), ya en el artículo evocado se proponía, desde un intento de recepción, sistematización y desarrollo de diversas aportaciones, la “interacción” (Fantova, 2007). Veamos en qué sentido.

Pensemos en el caso de una persona accidentada que, tras el alta hospitalaria, presenta un menoscabo de su autonomía funcional. Ello puede afectarle, por ejemplo, en el ámbito laboral (quizá no pueda seguir realizando el mismo trabajo que antes), en el del alojamiento (quizá no pueda acceder como antes a su vivienda) o en las actividades de su vida diaria y relaciones primarias (quizá se vea afectada, por ejemplo, la convivencia cotidiana que mantenía con otras personas). En los diferentes entornos (laboral, residencial y relacional, según los tres ejemplos), la integración o inclusión (laboral, residencial y relacional) puede verse como la otra cara de la autonomía funcional en cada uno de ellos (y equilibrarse e interactuar dinámicamente con ella).

Siguiendo con los tres ámbitos mencionados, los servicios de empleo serían los encargados de apoyar a la persona en su proceso de reincorporación al mercado laboral; a la vez que los servicios de vivienda debieran ayudarle a adaptar su domicilio o, en su caso, por poner otro ejemplo, a acceder a uno nuevo. Los servicios sociales, según la propuesta que se está presentando, le apoyarían en la potenciación de su autonomía

funcional para la vida diaria (actual y futura) en acoplamiento con el entorno relacional familiar y comunitario.

Lógicamente, a esa parcela de necesidades y situaciones cuyo perímetro se está dibujando cabe llegar también por otros itinerarios. Como el de la niña cuya tutora en la escuela tiene indicios de que no cuenta con un cuidado y ambiente familiar positivo. O el de dos personas que comienzan a convivir y a organizar su vida en común. O el del hombre jubilado que acaba de enviudar. O el del grupo de adolescentes haciendo vida en la calle del barrio en el que se detectan conflictos entre personas de comunidades culturales diferentes. O el de la familia cuyos miembros necesitan apoyo para conciliar su vida familiar con otras dimensiones de su vida. O el de la mujer inmigrante que no conoce a nadie en el municipio en el que va a residir. Y así sucesivamente.

La intervención social sería, entonces, la actividad que tiene como finalidad prevenir, corregir o paliar desajustes en lo relativo a la interacción de las personas, con sus dos caras o dimensiones: autonomía funcional para la vida diaria e integración relacional (familiar y comunitaria). Una autonomía funcional para la vida diaria que comprendería desde el autocuidado o cuidado en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria hasta la utilización de las funciones cognitivas y emocionales para la toma de decisiones sobre la propia vida y su futuro (autodeterminación, autoorganización o autogobierno), pasando por habilidades sociales para la convivencia cotidiana. Y una integración relacional que se referiría tanto a los vínculos familiares como a otras redes comunitarias presenciales o virtuales, actuales o posibles (todas ellas relaciones primarias), fuente primordial de apoyo social.

Del mismo modo que, por poner un solo ejemplo, se han considerado los cuidados y apoyos de larga duración para personas en situación de dependencia funcional como “un ámbito poco desarrollado en servicios sociales” (Rodríguez et al., 2017: 14), se ha de ser consciente de que esta propuesta puede resultar todavía más chocante en otras parcelas que incluye y también, incluso más, en muchas de las que deja fuera. Por otra parte, al asumir que la intervención social está en construcción, la propuesta intenta ubicar un foco e iluminar un ámbito con un cierto perímetro, pero no delimitarlo de forma rígida y estanca.

EL TRABAJO SOCIAL, LA EDUCACIÓN (Y PEDAGOGÍA) SOCIAL Y LA PSICOLOGÍA, CONSTRUYENDO LA INTERVENCIÓN SOCIAL

Si en el apartado anterior se ha considerado indispensable referenciar la actividad denominada *intervención social* a los sectores económicos y a las políticas públicas realmente existentes en nuestro entorno, en este apartado se trata de relacionarla con unas u otras áreas de conocimiento y de aplicación del conocimiento, con unas u otras disciplinas académicamente reconocidas en el sistema educativo y las, más o menos, correspondientes profesiones presentes en el mercado laboral.

Y en nuestro entorno son tres las profesiones con rango universitario que tienen claramente más presencia en los servicios sociales y las que en mayor medida ponen a lo que hacen el nombre de intervención social: el trabajo social, la educación social (de la mano de la pedagogía social) y la psicología de la intervención social (entendida como una de las especializaciones aplicadas de la psicología). Se proponen aquí como las tres disciplinas llamadas en mayor medida a construir y constituir el cuerpo de conocimientos científicos y técnicos de la intervención social.

Ciertamente, *interacción* es un término que se utiliza en el mundo del trabajo social, cuando se afirma, por ejemplo, que “el objeto de intervención del trabajo social es la interacción entre el sujeto en situación de necesidad y/o en situación-problema y su entorno social” (Aguilar, M.J., 2013: 53). Mary Richmond, pionera del trabajo social, decía que

el diagnóstico social, entonces, puede ser descrito como el intento de hacer una definición, lo más exacta posible, de la situación y personalidad de un ser humano con alguna necesidad social; de su situación y personalidad, esto es, en relación con otros seres humanos de los que de alguna manera depende, o los que de alguna manera dependen de él, y en relación también con las instituciones sociales de su comunidad (...). Un buen diagnóstico social incluye todos los factores principales que obstaculizan el camino de reconstrucción social, con el énfasis puesto en las características que indican el tratamiento a seguir (Richmond, 1917: 357-358).

Se ha dicho, por otro lado, que

la Psicología de la Intervención Social es un conjunto de saberes y prácticas fundamentadas en la ciencia del comportamiento humano que se aplican a las interacciones entre personas, grupos, organizaciones, comunidades, poblaciones específicas o la sociedad en general, con la finalidad de conseguir su empoderamiento, la mejora de su calidad de vida, una sociedad inclusiva, la reducción de las desigualdades y el cambio social. Todo esto mediante estrategias proactivas y preventivas que dinamizan y favorecen la participación de personas y comunidades y tienen en cuenta la diversidad humana (López-Cabanás et al., 2017: 10).

Por último, cabe recordar que, en la bibliografía sobre pedagogía y educación social se hace referencia a la dimensión “relacional, convivencial, comunitaria” de la “vida cotidiana” como “escenario” de la intervención (Caride, 2016: 101) y a la “acción sistemática que moviliza los recursos del entorno para favorecer el desarrollo de la sociabilidad del sujeto, promoviendo su autonomía y participación crítica en la sociedad” (Melendro, 2011, 198), recordando que las personas son “seres de necesidades, que deben satisfacerse en la interacción con otros” (Caride, 2016: 98) en un “marco sociocultural determinado” (Melendro, 2011: 199).

Sea como fuere, si bien cabe constatar la presencia y predominancia de estas tres áreas de conocimiento en la intervención social realmente existente y establecer conexiones entre ellas y la definición de objeto y perímetro que se ha planteado en el apartado anterior, seguramente está en gran medida por hacer la *conversación* en y, especialmente, entre estas tres disciplinas y profesiones (y otras) para la construcción de conocimiento compartido para la intervención social. Y en esa conversación deseablemente colaborativa y en ese proceso de construcción de conocimiento compartido para la intervención social tienen una responsabilidad de primera importancia las comunidades académicas (universitarias) de las tres disciplinas evocadas. A la vez, muy posiblemente, hoy y aquí, tal proceso sólo puede funcionar en la medida en que se active cada vez con más intensidad la colaboración y la tracción entre las universidades, otros centros formativos, centros de investigación, instituciones reguladoras, prestadoras de servicio, institutos de evaluación, entidades acreditadoras o certificadoras, organizaciones profesionales y científicas, defensorías de derechos, agencias de difusión, consultoras, entidades asociativas ciudadanas, industrias auxiliares u otros agentes, en el marco de estrategias públicas, sectoriales e intersectoriales, de investigación, tecnología e innovación (Cory et al., 2017: 21-22). Esa diversidad de agentes permite y debe permitir en mayor medida construir e interconectar diferentes tipos de conocimiento: ético, científico, metodológico, tecnológico, práctico, experiencial, intuitivo u otros.

Ciertamente, las tres disciplinas científicas evocadas y sus profesionales constituyen y deben constituir comunidades de conocimiento y de práctica de la intervención social con otras áreas de conocimiento y profesiones, incluidas muchas de carácter técnico y auxiliar, necesarias todas ellas en los procesos de intervención social, para la provisión de apoyos o actividades valiosas tales como diagnóstico social, prescripción facultativa, planificación personal, cuidados profesionales (asistencia personal), acompañamiento social (presencial o virtual), mediación familiar, dinamización de ciertos grupos, acción comunitaria, determinados productos de apoyo (ayudas técnicas), aplicaciones informáticas para la interacción, plataformas digitales para la interacción o incentivos económicos para la interacción.

El saber que no se produzca o valide en la dinámica de las comunidades y redes de conocimiento no puede, por definición, ser aportado o consensuado en procesos de asociacionismo profesional, gestión administrativa, gobernanza política o regulación jurídica, como se ha intentado en más de una ocasión. No cabe confundir procesos como la elaboración de un decreto, un manifiesto profesional, un programa político o un pliego de condiciones para un contrato (que se apoyan en el conocimiento, pero no se rigen por las reglas de la comunidad de conocimiento) con procesos de investigación científica, pilotaje de tecnologías, elaboración de guías de práctica clínica, sistematización de buenas prácticas, evaluación de programas,

diseño de protocolos, transferencia de conocimiento o construcción de instrumentos de diagnóstico (propios de las redes de conocimiento).

Por otra parte, se ha de reconocer que el cuerpo de conocimiento y tecnología de las disciplinas y profesiones realmente operantes, hoy y aquí, en el ámbito de los servicios sociales y la intervención social aparece, como no podría ser de otra manera, notablemente fragmentado en función de los grandes colectivos poblacionales para los cuales se han organizado en las últimas décadas, en gran medida, los servicios sociales (como menores en riesgo o situación de desprotección, personas con discapacidad, personas mayores u otros). Sin embargo, estos colectivos clásicos, en el mejor de los casos, podían constituir una segmentación coherente con una asistencia social residual orientada al control social institucionalizado en una sociedad tradicional (de pleno empleo, patriarcal, con unas contingencias excepcionales gestionables por la Seguridad Social contributiva y comunidades relativamente estables, identitarias y homogéneas) pero resultan inadecuados y disfuncionales como criterio de segmentación para unos servicios sociales universales que pretendan proteger y promover la interacción de todas las personas.

Como señala Manuel Aguilar, la

limitada capacidad de focalizar la acción sobre objetivos estratégicos, estratificar poblaciones y dimensionar respuestas en función de grados de necesidad, así como de dar un papel más activo a las propias personas usuarias es especialmente intensa en el nivel primario, precisamente allí donde es más necesaria. En buena medida se explica por lo que podríamos denominar un déficit cognitivo del sistema, que nace de una muy débil conceptualización de los tipos de situaciones, necesidades y demandas sobre las que interviene (Aguilar, M. 2014: 26).

La dinámica de especialización y de fragmentación de las cadenas de valor (zapatero a tus zapatos) en eslabones (visibles o no para las personas destinatarias) es fundamental para la eficacia y eficiencia de las actividades en cualquier ámbito sectorial y actividad profesional con una cierta madurez. Lógicamente, para que la historia de este nuevo sector de actividad de los servicios sociales (y, en su seno, la de la intervención social) sea una historia de éxito, será necesario que se vayan configurando en su interior cadenas de valor que posibiliten itinerarios de consecución de resultados valiosos para las personas. En esos itinerarios las personas destinatarias se irán encontrando con diferentes especialistas de distintas cualificaciones relacionadas con diversas áreas de conocimiento, entendiendo la especialización como la ampliación o profundización del conocimiento acerca de los diversos aspectos, dimensiones, dinámicas, perfiles o instrumentos a considerar en la realización de una actividad o proceso; en este caso, la intervención social (y no, por tanto, como pretendida especialización en supuestos colectivos poblacionales).

La propuesta que se hace desde aquí a las comunidades de conocimiento de las tres disciplinas y a comunidades interdisciplinarias relacionadas es la de realizar más trabajos en colaboración que, de entrada, puedan contribuir a construir un lenguaje común de la intervención social en el que se definan consensuadamente sus significados y dimensiones asistencial, educativa, clínica, terapéutica u otras (Ituarte, 2017). No se trata de repartirse un ámbito existente sino más bien de construirlo y llenarlo de valor añadido, lo que pasa, seguramente, por construir una intervención social cada vez más basada en la evidencia, capaz de trabajar cada vez sobre la base de más (revisada sistemáticamente) y mejor evidencia, dentro de la jerarquía de tipos de evidencia (Soydan y Palinkas, 2014: 17).

UNA INTERVENCIÓN SOCIAL PREVENTIVA, PERSONALIZADA, INTEGRADA Y ECOLÓGICA

Dentro de los distintos sectores de actividad, de los que se ha hablado más arriba, tiende a haber en los países de nuestro entorno una convención en virtud de la cual algunos de ellos se consideran *sociales*. Así, las políticas públicas que se ocupan de ellos reciben el nombre de *políticas sociales*. Posiblemente el concepto que recoge más consenso para referirse a la finalidad del conjunto de la política social es el de bienestar (*social-welfare* (que da nombre al Estado de bienestar-*welfare state*) aunque podría haber otros, como inclusión (*social*)).

El carácter altamente discutible y modificable de esta forma de clasificar las políticas públicas es evidente: ¿por qué consideramos que la política sanitaria o la de vivienda son políticas sociales y por qué no lo son las relacionadas con la seguridad o la alimentación? En realidad, si nos fijamos, no consideramos como *sociales* aquellas políticas públicas sectoriales más tradicionales en las que el Estado protege y promueve el ejercicio de los llamados *derechos humanos de primera generación* (como el derecho a la libre circulación o a la participación política). Tampoco solemos considerar *sociales* las políticas concernientes a sectores de actividad en los que son especialmente fuertes las dinámicas y agentes de la economía de mercado (como la energía o el turismo). Por el contrario, tendemos a incluir entre las políticas sociales sectoriales aquellas otras en cuya cadena de valor para la prescripción, producción y dispensación de bienes y servicios han ido ganando peso estratégico las estructuras profesionalizadas del sector público (Alcock, 2016: 90) y que principalmente serían: sanidad, educación, servicios sociales, empleo y vivienda (Fantova, 2014).

Ahora bien, como quiera que bienes y servicios como los relacionados con la alimentación o la energía (por citar sectores altamente mercantilizados en nuestro entorno) son, sin duda, de primera necesidad, cabe considerar una última (o primera) rama o pilar de la política social, que sería la de la seguridad económica o garantía de ingresos para la subsistencia, con pensiones y otras prestaciones económicas, que permiten adquirir, en determinados casos, dichos bienes y servicios.

Tanto en el contexto de los Estados de bienestar como en otros (como, por ejemplo, el de la cooperación para el desarrollo) se tiende a agrupar (conceptual u organizativamente) estas áreas de la que se podría llamar *acción pro bienestar* bajo denominaciones como *protección social* o *desarrollo social* (CEPAL, 2016). Sea como fuere, pueden identificarse algunas estrategias, principios, líneas de actuación o enfoques que concitan un alto consenso para su aplicación en las distintas ramas o ámbitos sectoriales (y en el conjunto) de la acción pro bienestar y, por tanto, válidas para la intervención social. Aquí se proponen cuatro:

- ✓ Prevención.
- ✓ Atención centrada en la persona.
- ✓ Atención integrada.
- ✓ Abordaje ecológico.

En lugar de considerar la prevención como lo contrario de la intervención (entendiendo que, si la prevención tiene éxito, no será necesaria la intervención) o como un tipo de intervención (diferente de otras como la paliativa, la asistencial o la promocional), se propone aquí concebirla como un enroque, dimensión o valor añadido siempre presente, deseablemente, en la intervención (para lo que interesa en este artículo, en la intervención social). La acción preventiva se caracteriza por su precocidad y proactividad y pretende hacer innecesaria o menor otra intervención, posiblemente más intensa y costosa.

En materia de prevención, en el ámbito de las políticas sociales, el enfoque más citado es posiblemente el planteado por Gerald Caplan en 1964 que, desde la psiquiatría comunitaria, distingue entre prevención primaria (anterior a la aparición del fenómeno que nos preocupa), secundaria (en estadios precoces del fenómeno o cuando se considera que hay riesgo de que aparezca) y terciaria (cuando el fenómeno se ha manifestado). El médico Marc Jamouille, en 1986, añade la prevención cuaternaria para referirse a la evitación de la iatrogenia o efectos indeseados de las propias intervenciones de abordaje del fenómeno en cuestión, incluyendo acciones preventivas, como los cribados (Gérvás y Pérez Fernández, 2013).

Parece evidente que la identificación del objeto de la intervención social y de las necesidades y situaciones que se encontrarían dentro de su perímetro de actuación (apartado 1 de este artículo) y el avance del conocimiento en la construcción de conceptos e instrumentos que permitan aproximarse a dichos fenómenos (por ejemplo en estados no tan evidentes, para los que se utilizan expresiones como riesgo, fragilidad o vulnerabilidad) y a su modificación (apartado 2) resultan críticos para intensificar la capacidad preventiva de la intervención social, como lo son, por cierto, para su personalización (apoyándose, por ejemplo, en técnicas de estratificación o segmentación para la diversificación de itinerarios), a la que cabe referirse como segunda característica o estrategia propuesta para la intervención social hoy y aquí.

La raíz de los movimientos de personalización de los servicios de bienestar (y, específicamente, en la intervención social) pue-

de situarse en el movimiento de vida independiente de personas con discapacidad o de usuarias de servicios de salud mental (O'Brien y O'Brien, 2000: 3). En el campo específico de la gerontología, el modelo de atención centrada en la persona identifica como referentes la psicoterapia centrada en el cliente (de Carl Rogers), los modelos de la planificación centrada en la persona (de la atención a la discapacidad) antes citados, las aportaciones de las éticas aplicadas (especialmente de la bioética, las diversas deontologías profesionales o la ética asistencial), las corrientes vinculadas al concepto de calidad de vida (como la de Robert Schalock), la gestión de casos o el *housing*, entendido como movimiento de reforma, reconfiguración (y en algunos casos superación) de la atención residencial a mayores (Martínez Rodríguez, 2011: 22-36).

Vinculadas a estos planteamientos suelen aparecer propuestas y programas orientados al empoderamiento de las personas destinatarias de la intervención social. Beatriz Zugasti et al. (2016: 25) consideran la personalización como un rasgo esencial del acompañamiento social, señalando características de este método de intervención como la relación referencial y continuada de duración e intensidad variable, el reconocimiento del derecho de la persona a elegir si participa o no en el proceso de intervención, el énfasis en las potencialidades y capacidades, el trabajo por el empoderamiento de la persona o la planificación y evaluación individualizadas atentas al valor de la reducción de daños o los pequeños avances.

La atención centrada en la persona o personalización de la intervención social es congruente con una intervención social de objetivos ambiciosos y alto valor añadido, muy alejada del control social y de la segmentación (y segregación) tradicional a la que se ha hecho referencia antes. Apoyada en valores éticos y conocimiento riguroso, reconoce la singularidad y complejidad de las situaciones y trayectorias de todas y cada una de las personas en sus diversidades sexuales, generacionales, funcionales y culturales. Por ello, precisamente, concibe la intervención social (y su marco principal: los servicios sociales) como integrada verticalmente dentro del propio ámbito sectorial (para garantizar la continuidad y evitar la fragmentación en los procesos de intervención social; para fortalecer la atención a las diversidades en la proximidad comunitaria y evitar la etiquetación y segregación de las personas) y horizontalmente, en una atención integrada intersectorial, tercera de las características propuestas.

Efectivamente, la organización de cualquier actividad está atravesada por una tensión entre dos dinámicas: la dinámica de especialización y la dinámica de integración. La dinámica de especialización, como se anticipaba más arriba, permite repartir la actividad entre unidades organizativas o, finalmente, personas (más) capaces de hacerse cargo de cada parte y la dinámica de integración (coordinación, colaboración o unificación entre esas partes en procesos y macroprocesos) busca control, sinergias, escalas o posiciones competitivas interesantes. La tecnología, entendida como la

manera estandarizada y basada en el conocimiento (científico u otros) de realizar las actividades operativas propias de cada eslabón de las cadenas de valor es un factor determinante en los procesos de especialización o integración (Ortún-Rubio y López-Casasnovas, 2002: 7).

Desde luego, una intervención social que quiera abandonar el posicionamiento residual de una asistencia social encargada de la exclusión social está ética y técnicamente obligada a proponer un modelo solvente de abordaje de la complejidad social. En la actualidad el paradigma que se va imponiendo internacionalmente al respecto (OECD, 2015) es el de una *atención integrada* que apuesta por:

- ✓ El cuidado en la continuidad de la intervención y los itinerarios intersectoriales, especialmente en momentos delicados de transición entre ámbitos, facilitados mediante la interoperabilidad entre sistemas de información sectoriales.
- ✓ La identificación proactiva de las situaciones y casos de menor o mayor complejidad social mediante sistemas preventivos de diagnóstico, valoración, evaluación y cribado en función de criterios de segmentación o estratificación.
- ✓ La protocolización de itinerarios tipo (o el establecimiento de estrategias compartidas) para dichos segmentos o perfiles poblacionales, flexibles para adaptarse personalizadamente a las características y preferencias individuales.
- ✓ La instalación, cuando sean necesarios, de procesos intersectoriales de coordinación o gestión de caso, asumiendo el liderazgo del caso el sector cuya necesidad de referencia sea predominante en cada momento.
- ✓ La generación, en su caso, de servicios integrados (con prestaciones y profesionales propios de diferentes ámbitos sectoriales), de modo que, excepcionalmente, pueda darse, desde un sector, una atención integral.
- ✓ La necesidad, en cualquier modo, de trabajar la integración intersectorial en el nivel macro (con expresión presupuestaria), en el nivel meso (con gestión resolutoria) y en el nivel micro (de modo que la persona no note las "costuras").

La atención integrada intersectorial es el marco adecuado para ir modulando, con elasticidad y flexibilidad, el proceso mediante el cual la intervención social se va ciñendo a su objeto y reconociendo (o proponiendo) a otras (sanitaria, laboral, residencial u otras) el suyo (como en el modelo *Housing First*, en el que se diferencia el alojamiento del acompañamiento). A la vez, en el marco institucional de la gobernanza para el bienestar, el desarrollo y la sostenibilidad territoriales y sociales, el reto de la atención integrada ayuda a ver la importancia de la cuarta característica que atribuimos en este apartado a la intervención social: su carácter ecológico.

Hablamos de un abordaje ecológico, un enfoque poblacional o una aproximación estructural desde el momento en que hemos entendido que es fundamental intervenir con los individuos pero que también lo es incidir en sus entornos familiares, comunitarios y sociales en general. Rafael Aliena denomina "intervención ecológica" a la que busca "la mejora del contexto

material y social" (Aliena, 1993: 14). El territorio (la proximidad) es una referencia clave porque los seres humanos somos cuerpos embebidos ecodependientemente en espacios físicos, aunque, como recuerda Enrique Pastor, procede un "cuestionamiento de la 'comunidad' en su dimensión exclusivamente espacial/territorial. La lógica del espacio es sustituida por el discurso de flujos de información, influencia y redes de relaciones" (Pastor, 2015: 33).

Sea como fuere, tanto en la proximidad territorial como en la capa digital, es fundamental analizar y abordar las estructuras (macro, meso y micro) sociales que pautan las actividades, relaciones, decisiones, emociones y saberes de las personas. Germán Jaraíz y Auxiliadora González consideran "necesario un refuerzo de enfoques de intervención colectiva (...) orientados a activar resiliencias individuales y colectivas" (Jaraíz y González, 2014: 154).

Rick Muir y Harry Quilter-Pinner, por ejemplo, señalan que el desarrollo comunitario basado en activos es un modelo (...) que se basa en los activos que ya se encuentran en la comunidad y moviliza a individuos, asociaciones e instituciones para que se reúnan para lograr objetivos compartidos. El objetivo es ayudar a las personas en el momento adecuado, comenzando con recursos basados en la comunidad, en lugar de esperar hasta que una persona termine con necesidades graves y accediendo a servicios como los de atención de emergencia o residencial, generalmente a un alto costo (Muir y Quilter-Pinner, 2015: 28).

Hace más de treinta años, aludiendo a procesos de burocratización y dualización social, ya invitaba Demetrio Casado a la intervención social a generar espacios para las "relaciones personalizadas" (Casado, 1987: 19) y a "apoyar la autoayuda y la movilización de comunidades" (Casado, 1987: 26).

INNOVACIÓN TECNOLÓGICA (DIGITAL) Y SOCIAL Y REINVENCIÓN DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL

A lo largo de este artículo se ha ido intentando retratar y plantear una intervención social en tránsito, en movimiento, en construcción. Se ha propuesto para la intervención social un objeto, tres áreas de conocimiento y cuatro grandes enfoques estratégicos. En este cuarto y último apartado del artículo se quiere señalar que, hoy y aquí, en la llamada *sociedad del conocimiento* (Innerarity, 2011: 103), esa construcción de la intervención social no puede cuajar sin confrontarse con el reto de la innovación tecnológica (y, específicamente, digital) y de la innovación social.

Tras analizar la innovación en los sistemas de protección social en catorce estados de la Unión Europea a través de las tecnologías de la información y la comunicación (Misuraca et al., 2017: 1), se concluye que éstas:

- ✓ "Contribuyen a afrontar los desafíos sociales emergentes, promoviendo la innovación social y la inversión social (...).
- ✓ Permiten un enfoque más focalizado y personalizado, cen-

trado en la orientación hacia los resultados y los efectos demostrables (...).

- ✓ Permiten una mayor coordinación entre los diferentes niveles de gobierno, esencial para mejorar la integridad del sistema y reducir la duplicación/brechas en la provisión de servicios.
- ✓ Respaldan la simplificación de los procedimientos y, a su vez, aumentan la utilización de los servicios, así como la consolidación del enfoque de 'ventanilla única'/'sin ventanilla' (omnicanal)".

A la vez se señala que:

- ✓ "La tecnología es una condición necesaria pero no suficiente para que la innovación social y la inversión social cumplan plenamente sus promesas.
- ✓ El desarrollo y la implementación de las tecnologías de la información y de la comunicación deben combinarse con la reingeniería de las estructuras organizativas y un cambio cultural en la adopción de la innovación social" (Misuraca et al., 2017: 1).

Sin olvidar nunca la retroinnovación (o recuperación de tradiciones), parece difícil imaginar una intervención social como la que se viene dibujando en este artículo que no vaya minimizando formatos residenciales y diurnos y apostando más bien por otros más comunitarios: ambulatorios, de medio abierto, domiciliarios y, decididamente, digitales. Formatos de los que se espera la mayor escalabilidad y sostenibilidad.

Por otro lado, se pueden dar de la mano la innovación tecnológica (más orientada al *qué*) y la innovación social (más orientada al *quiénes*), al generarse procesos operativos, de gestión y de gobierno más capaces de articular la coproducción y sinergias entre las diferentes capas de agentes públicos, solidarios, empresariales y comunitarios (y entre el personal remunerado y el voluntario que hacen intervención social), posiblemente en el marco de estrategias territoriales que apuesten por la escala humanamente adecuada y en las que la intervención social evidencie ante la ciudadanía y los diversos agentes su impacto personalizado en la calidad de vida de la población y su capacidad de generación de actividad económica en las comunidades (Powell et al., 2017).

Las alertas críticas ante el bifronte dios Jano de la innovación social (Häikiö et al., 2017), en todo caso, no están de más, ya que, como señalan García y Rendueles,

los cuestionamientos de las instituciones jerárquicas y la burocratización de la intervención social están dando lugar a la extensión de multitud de prácticas de innovación social basadas en las nuevas tecnologías y en las prácticas críticas de movimientos sociales para generar respuestas que ni la rigidez estatal ni la obsesión por la rentabilidad del mercado son capaces de abordar. Desde huertos urbanos a formas de economía colaborativa, pasando por aplicaciones informáticas de apoyo social y por prototipos arquitectónicos para mejorar un espacio comunitario, las acciones de innovación social están siendo cada vez más impulsadas por las institu-

ciones públicas y el tercer sector. Sin embargo, en muchas ocasiones se confía a la innovación social la solución de problemas sociales sin pasar por la redistribución de renta y poder (...), aplicando recetas propias de las clases medias y las élites culturales a unos pobres que nuevamente mostrarán que no están a la altura de los tiempos (García y Rendueles, 2017: 255).

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no tener ningún conflicto de interés en lo que respecta a este artículo.

REFERENCIAS

- Aguilar, M. (2014). *Apuntes para un replanteamiento de los servicios sociales en España*. Madrid: Fundación FOESSA.
- Aguilar, M.J. (2013). *Trabajo social. Concepto y metodología*. Madrid: Paraninfo/Consejo General del Trabajo Social.
- Alcock, P. (2016). *Why we need welfare? Collective action for the common good*. Bristol: Policy Press.
- Aliena, R. (1993). Once hipótesis sobre el estado de bienestar y la política social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 6, 9-23.
- Cardona, J., Cuartero, M.E. y Campos, J.F. (2017). La comprensión de la situación problema en la práctica del trabajo social de casos. Resultados de una investigación. *Cuadernos de Trabajo Social*, 30(1), 149-162.
- Caride, J.A. (2016). La pedagogía social en el diálogo de las universidades con la educación popular y la educación social. *Revista Interamericana de Educación de Adultos*, 38(1), 85-106.
- Casado, D. (1987). Viejos y nuevos problemas sociales e intervención social. *Documentación Social*, 69, 11-26.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2016). *Desarrollo social inclusivo: Una nueva generación de políticas para superar la pobreza y reducir la desigualdad en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Cory, G. Roberts, C. y Thorley, C. (2017). *Care in a post-Brexit climate. How to raise standards and meet workforce challenges*. London: IPPR.
- Fantova, F. (2007). Repensando la intervención social. *Documentación Social*, 147, 183-198.
- Fantova, F. (2014). *Diseño de políticas sociales. Fundamentos, estructura y propuestas*. Madrid: CCS.
- García, S. y Rendueles, C. (2017). Hacia un nuevo trabajo social crítico: el gobierno de lo social en la era neoliberal. *Cuadernos de Trabajo Social*, 30(2), 243-260.
- Gérvás, J. y Pérez Fernández, M. (2013). Cribados: Una propuesta de racionalización. *Gaceta Sanitaria*, 27(4), 372-373.
- Häikiö, L., Fraise, L., Adam, S., Jolanki, O. y Knutagård, M. (2017). The Janus face of social innovation in local welfare initiatives. En F. Martinelli, A. Anttonen y M. Mätzke (Eds.), *Social services disrupted. Changes, challenges and policy implications for Europe in times of austerity* (pp. 281-301). Cheltenham: Elgar.
- Innerarity, D. (2011). *La democracia del conocimiento. Por una sociedad inteligente*. Madrid: Paidós.
- Ituarte, A. (2017). El vínculo terapéutico en trabajo social clínico: Sentido, características y límites. En C. Guinot y A. Ferrán (Eds.), *Trabajo social: arte para generar vínculos* (pp. 99-110). Bilbao: Universidad de Deusto.
- López Cabanas, M., Cembranos, F. y Casellas, L. (2017). *Situación de la psicología de la intervención social en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Martínez Rodríguez, T. (2011). *Pertsonarengan oinarritutako arreta gerontologikoa*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzza.
- Melendro, M. (2011). La perspectiva ecosocial en la intervención socioeducativa con jóvenes excluidos. Un estudio comparado en Canadá, Bélgica y España. *Revista Española de Educación Comparada*, 17, 197-218.
- Misuraca, G., Pasi, G. y Abadie, F. (2017). *Innovating EU social protection systems through ICTs. Findings from analysis of case studies in fourteen member states*. Sevilla: European Commission.
- Muir, R. y Quilter-Pinner, H. (2015). *Powerful people. Reinforcing the power of citizens and communities in health and care*. London: IPPR.
- O'Brien, C. L. y O'Brien, J. (2000). *The origins of person-centered planning. A community of practice perspective*. Syracuse: Responsive Systems Associates.
- OECD (2015). *Integrating social services for vulnerable groups: Bridging sectors for better service delivery*. Paris: OECD
- Ortún-Rubio, V. y López Casasnovas, G. (2002). *Financiación capitativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Pastor, E. (2015). *Trabajo social con comunidades*. Madrid: Universitat.
- Powell, D., Leach, K y McCarthy, C. (2017). *Social care as a local economic solution for the West Midlands*. London: New Economics Foundation.
- Richmond, M. (1917). *Social Diagnosis*. New York: Russell Sage Foundation.
- Rodríguez, P., Ramos, C., García, A., Dabbagh, V.O., Mirete, C. y Castejón, P. (2017). *La atención en domicilios y comunidad a personas con discapacidad y personas mayores*. Madrid: Fundación Pilares.
- Soydan, H. y Palinkas, L. (2014). *Evidence-based practice in social work. Development of a new professional culture*. London: Routledge.
- Zugasti, B., Arza, J. y Zugasti, N. (2016). *El acompañamiento social como método de intervención en los procesos de inclusión. Nuevas reflexiones*. Pamplona: Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social.

SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES. NECESIDAD DE UNA REFUNDACIÓN

MUNICIPAL SOCIAL SERVICES. THE NEED FOR A REFOUNDATION

Miguel López-Cabanas

Trainer and researcher in social services and inclusive policies

Los actuales Servicios Sociales municipales comenzaron a implantarse en los años 80 de la anterior centuria. Herederos en buena medida de la beneficencia pública que las administraciones locales venían haciendo, en la actualidad todavía arrastran influencias de aquella etapa. Existe una confusión en cuanto a su misión y su delimitación con otros ámbitos de las políticas sociales. Hay una sobrecarga de trabajo burocrático y administrativo que limita las actuaciones propias de los profesionales de la Intervención Social. Es necesario realizar una refundación de los Servicios Sociales que prestan los ayuntamientos, que debería de pasar por su reconceptualización e importantes cambios normativos, organizativos y metodológicos.

Palabras clave: Misión Servicios Sociales, Ayuntamientos y Servicios Sociales, Marco normativo, organizativo y metodológico, Refundación Servicios Sociales municipales.

The current municipal social services began to be implemented in the 1980's. Largely descendants of the public assistance that the local administrations had been providing, they still display influences from that phase today. There is confusion regarding their mission and their delimitation with other areas of social policy. There is an overload of bureaucratic and administrative work that limits the actions of the professionals of social intervention. It is necessary to refund the social services provided by the city councils, a process that should include their reconceptualization as well as important normative, organizational and methodological changes.

Key words: Social services mission, City councils and social services, Normative, Organizational and methodological framework, Refoundation of social services.

Han sido muchos los cambios que se han producido en el entorno social y normativo desde el comienzo de lo que se podría entender como los actuales Servicios Sociales municipales y, por el contrario, muy pocas las modificaciones que se han llevado a cabo en los mismos en los planos conceptual, estructural y metodológico. Para comprender mejor su actual situación conviene presentar brevemente su procedencia:

Lastrados desde sus orígenes por su falta de clarificación conceptual, especialmente en cuanto a su objeto se refiere, los primeros Servicios Sociales que comenzaron a poner en marcha los ayuntamientos en los años 80 del anterior siglo no han tenido cambios sustanciales hasta la fecha. Como docente durante más de veinte años en diversos postgrados universitarios relacionados con la gestión de Servicios Sociales, al que asistían profesionales en ejercicio con bastantes años de experiencia y con variada procedencia disciplinar, el autor del presente artículo siempre comenzaba la primera clase del curso con una dinámica en pequeños grupos, cuyos componentes debían de responder de manera colectiva, entre otras, a la pregunta: ¿cuál es el objeto de los servicios sociales? En la puesta en co-

mún de todos los grupos las respuestas eran muy variadas; las más frecuentes podrían denominarse como de *amplio espectro*, pues equiparaban los Servicios Sociales con el conjunto de las políticas que debían procurar a la población un bienestar social, con la forma de garantizar su calidad de vida, cubrir sus necesidades sociales o satisfacer derechos sociales en general; el problema venía cuando se solicitaba a los participantes que a) definieran dichos conceptos y b) si no creían que otros ámbitos de las políticas sociales compartían esos mismos fines y en caso afirmativo en qué se diferenciaban y cuáles podrían ser los elementos específicos de los Servicios Sociales. En esos momentos la confusión del grupo era generalizada, pero servía de arranque para comenzar a desarrollar el programa del curso. Es difícil suponer una confusión similar entre profesionales de otros ámbitos de las políticas sociales, como, por ejemplo, Educación, Salud o Pensiones no contributivas, lo que deja, sin duda, muy mal parados a los Servicios Sociales, en especial los más generalistas, gestionados por las administraciones locales, pues los ofrecidos por las Comunidades Autónomas, centrados, por lo general, en ámbitos y equipamientos especializados, en su mayoría residenciales, dejan poco margen de interpretación sobre su objeto.

Con esta confusión conceptual de los propios profesionales en cuanto al objeto de los Servicios Sociales, en concreto los de atención primaria o comunitarios, de gestión municipal, no es de extrañar que "gran parte de la población continúe descono-

Recibido: 23 marzo 2018 - Aceptado: 30 abril 2018

Correspondencia: Miguel López-Cabanas. Trainer and researcher in social services and inclusive policies. C/ Altamirano nº 8. 28008 Madrid. España. E-mail: psicointersoc@gmail.com

ciendo qué son los servicios sociales, o tienen una imagen confusa y llena de prejuicios” (Ferrer, 2017, p.17) y, conviene recordar que sin objeto no puede hablarse con propiedad de un sector de actividad y sin sector no hay sistema (Fantova, 2017). Análisis que viene de lejos, pues ya en las primeras críticas constructivas al denominado Plan Concertado para el desarrollo de las prestaciones básicas de Servicios Sociales en las Corporaciones Locales, (López-Cabanas y Gallego, 1989), cuyo trigésimo aniversario se cumple este año, se puso en evidencia la falta de solidez conceptual en cuanto a su objeto, contribuyendo por ello de manera decisiva a la situación en que “los Servicios Sociales en nuestro país arrastran un problema de falta de definición que ha repercutido en dificultades en el momento de precisar niveles competenciales y organizativos” (Gaitán, 1992, p.12). El deseo por romper radicalmente con la beneficencia pública con la llegada de la democracia llevó a propuestas formuladas desde responsabilidades políticas -aunque presentadas como propuestas técnicas- que vinieron a confundir la parte (los Servicios Sociales) con el todo (el conjunto de las políticas sociales), lo que ha venido generado desde entonces no poca confusión entre la población y frustración entre los profesionales cuyas expectativas han sido insatisfechas de forma reiterada. Estos planteamientos *de amplio espectro* sobre el objeto de los Servicios Sociales de las administraciones locales llevó a que de una manera operativa - y un tanto cínica, todo hay que decirlo- se les definiera como el *cajón de sastre* a dónde iba todo lo que no era suficientemente atendido o expulsaban los otros ámbitos de responsabilidad de las administraciones públicas (Sanidad, Empleo, Educación, etc.), eximiendo a éstos de realizar las adaptaciones oportunas para que sus servicios fueran verdaderamente inclusivos.

Esta confusión tiene sus orígenes en la propia historia de los Servicios Sociales en nuestro país. De manera breve, cabe recordar las principales raíces:

- ✓ La Beneficencia pública, cuya ley reguladora se aprobó en 1849 y se estuvo aplicando hasta la aprobación de la Ley de Bases de Régimen Local en 1985. En este marco, las corporaciones locales ofrecían a las personas sin recursos propios (pobres, menesterosos) un apoyo discrecional y arbitrario para una supervivencia muy básica, así como la atención sanitaria mediante recursos específicos para esta población, a los que se unía los centros de Protección de menores.
- ✓ Servicios complementarios de la Seguridad Social, dirigidos a las personas que habían cotizado a dicho organismo y les sobrevenía una discapacidad o llegaban a la jubilación. Los departamentos que gestionaban estos servicios con el tiempo dieron lugar al INSERSO y más tarde al actual IMSERSO.

Posteriormente, con los Pactos de la Moncloa (1977), se inició un proceso de universalización, cuya principal plasmación fue la aprobación de la Ley General de Sanidad de 1986 y el acceso a los servicios del INSERSO independientemente de que se hubiera cotizado a la Seguridad Social. Estos servicios, junto con los de protección y reforma de menores (utilizando la terminología de la época), dieron paso, en lo fundamental, a

lo que comenzó a llamarse Servicios Sociales especializados en las primeras leyes autonómicas que empezaron a aprobarse a partir de 1982. En dichas leyes la gestión de los denominados Servicios Sociales de base o comunitarios fue asignada a los ayuntamientos, o a las entidades locales supramunicipales para los de menor tamaño. Por tanto, los Servicios Sociales municipales de los recién recuperados ayuntamientos democráticos (1977) estuvieron coexistiendo con la beneficencia, de *iure*, una serie de años, pero *de facto* su impronta se ha dejado sentir en mayor o menor medida, según los territorios, hasta nuestros días.

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LOS ACTUALES SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES

Ya en la actualidad, las demandas que reciben los Servicios Sociales municipales se distribuyen principalmente, y de manera desigual según el perfil demográfico de la población y la situación socioeconómica en un momento temporal dado, entre las siguientes categorías:

- a) Demandas relacionadas con la ausencia de ingresos o de recursos suficientes para vivir con los estándares mínimos de nuestra sociedad, referidos a distintos ámbitos básicos de la vida cotidiana: alimentación, vestido, vivienda con su equipamiento y suministros fundamentales, gastos complementarios a la escolarización de los menores, medicinas, etc. Es decir, demandas de apoyo a personas pobres, que pueden estar o no en situación de exclusión social.
- b) Demandas relacionadas con la atención a personas con la autonomía funcional reducida, en concreto las prestaciones recogidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- c) Demandas relacionadas con la infancia y la adolescencia vulnerables, en situación o riesgo de desprotección o conflicto social, así como con las familias de las que forman parte.

En la primera de las categorías mencionadas los servicios sociales municipales tramitan, fundamentalmente, dos tipos de ayudas:

- ✓ Las relacionadas con la garantía de rentas mínimas que, con distintas denominaciones, legislan y gestionan las Comunidades Autónomas y que, salvo excepciones, no están garantizadas como derechos subjetivos. Estas transferencias de rentas supuestamente están condicionadas al cumplimiento de unas *contraprestaciones* incluidas en unos itinerarios de inserción personalizados. Pues bien, salvo casos muy fragantes como la desescolarización de niñas y niños, debido a la saturación de trabajo y ausencia de claros modelos de intervención, *de facto*, estas prestaciones no se vinculan a cambios de conducta, bastando el cumplimiento de criterios generales establecidos en las normas (ausencia de ingresos, número de personas en la unidad convivencial, etc.).
- ✓ Ayudas complementarias por insuficientes ingresos, periódicas o puntuales, contempladas en las ordenanzas de las ad-



ministraciones locales. Tampoco están garantizadas como derechos subjetivos y, como en el caso anterior, no suele haber tiempo suficiente, ni un marco organizativo y metodológico que permita desarrollar otro tipo de acciones relacionadas propiamente con la Intervención Social.

Por tanto, en esta categoría de demandas que reciben los Servicios Sociales municipales los profesionales que las atienden realizan fundamentalmente tareas de información y ayuda a la tramitación administrativa de prestaciones propias o de la Comunidad Autónoma correspondiente. Este tipo de demandas vinculadas a la ausencia de recursos suficientes, que siempre han supuesto un elevado porcentaje sobre la totalidad, se vieron fuertemente incrementadas con la crisis y recesión económica que comenzó en 2008: según finalizan las prestaciones por desempleo, cuan vasos comunicantes, se pide cita en los Servicios Sociales municipales para solicitar las ayudas arriba mencionadas. Familias sin más dificultad o problema añadido que el haber perdido su fuente de ingresos estable, comenzaron a solicitar apoyo hasta saturar los servicios, que a duras penas ya daban abasto, incrementándose de manera muy notoria el trabajo administrativo y de meros trámites burocráticos, realizados fundamentalmente por profesionales universitarios, Trabajadores Sociales, lo que viene suponiendo un despilfarro de recursos públicos a la vez que fuente de permanente insatisfacción de dichos profesionales. Situación que no parece remitir, bien al contrario, pues aunque los datos de desempleo mejoren, los relacionados con la pobreza siguen siendo alarmantes: según Eurostat, el 27,9 % de la población se encuentra en situación de pobreza o exclusión social y el 5,2% de la población (más de dos millones de personas) en situación de pobreza severa y el 14,1 % se considera población empleada en situación de pobreza (EAPN-España, 2018) y que, igualmente, es demandante de ayudas vitales para su subsistencia y la de su familia.

Con estos datos es previsible que siga siendo muy elevado el número de demandas que se realizan a la administración relacionada con la ausencia o escasez de ingresos. Ahora bien, la pregunta que cabe hacerse es ¿deben de ser atendidas y tramitadas desde los Servicios Sociales, en concreto desde la administración local, o deben de ser gestionadas desde otro ámbito de las administraciones públicas? En consonancia con anteriores trabajos, se plantea que la garantía de rentas debería de gestionarse desde otras áreas de la administración, bien desde el Sistema de Empleo, relacionado con sus políticas activas, para los casos con posibilidades de empleabilidad (López-Cabanás, M., 1999), bien desde políticas específicas de garantías de ingresos (Fantova, 2014), gestionadas desde departamentos propios. De manera complementaria, en su regulación debería de garantizarse como derecho subjetivo, no vinculado a contraprestación alguna. A su vez, sería necesario establecer mecanismos de detección de aquellas situaciones en las que, aún a pesar de tener una renta mínima garantizada, se hayan iniciado procesos de exclusión en los que sería importante intervenir desde otros ámbitos de la administración, como los Servicios Sociales.

En un paso más allá a la anterior propuesta, hay que seguir avanzando en el imparable debate de la Renta básica universal e incondicionada, cuya implantación supondría que todas las personas que cumplieren con los requisitos que se establecieran (por ejemplo años de residencia o edad), recibirían una cantidad de dinero independientemente de los bienes o ingresos con los que cuenten. Es decir, un servicio de acceso universal, similar en este sentido a otros ámbitos de las políticas sociales, como Educación o la Sanidad. La crítica que se hace a este tipo de garantía de ingresos en base a decir que cobrarían igual las personas más ricas que las que no tienen ningún ingreso es totalmente falaz, pues las primeras retornarían vía impuestos directos las cantidades recibidas (Raventós, 2012).

Sea con la modalidad que fuere, la sola liberación de la atención y tramitación de las demandas de ayudas relacionadas en exclusiva con la carencia de ingresos, dejaría a los Servicios Sociales municipales sin una gran sobrecarga de trabajo administrativo que prácticamente les colapsa, liberando recursos que podrían emplearse en hacer una verdadera Intervención Social por parte de todo el personal técnico de éstos servicios personales de proximidad: profesionales del Trabajo Social, de la Psicología de la Intervención Social y de la Educación Social, principalmente.

En esta misma línea, Fantova (2014) propone como una política social propia la política de vivienda que, de gestionarse en departamentos específicos, como parece ser lo más pertinente, descargaría igualmente de mucha presión a los Servicios Sociales municipales, con los que deberían coordinarse en aquellos aspectos que les correspondiera.

La segunda gran categoría de demandas que se reciben en los Servicios Sociales municipales (o la primera según el perfil sociodemográfico de la población) son las relacionadas con el catálogo de prestaciones incluidas en la ley de la Dependencia. Lo primero que habría que comentar es que estas prestaciones ya se venían ofreciendo antes de la aprobación de la ley en el año 2006, pero no como derechos subjetivos. Lo segundo es que los Servicios Sociales de los ayuntamientos, una vez más, suelen ser meros *tramitadores* de las competencias de las comunidades autónomas, donde se conceden finalmente las prestaciones y desde donde se gestionan mayoritariamente los recursos más costosos, como las residencias y los centros de día, con la excepción de algunos grandes ayuntamientos y las corporaciones locales supramunicipales que en ocasiones gestionan de manera delegada dichos equipamientos. Ante esta categoría de demandas, el grueso de la plantilla técnica municipal, formado por profesionales del Trabajo Social, dedican, una vez más, buena parte de su jornada laboral a realizar trámites administrativos, lo que supone un claro despilfarro de recursos públicos, a la vez que es fuente de un permanente estado de frustración e insatisfacción profesional, destacando en este ámbito de servicios personales las situaciones de *burnout*.

La tercera gran categoría de intervenciones que se realizan son las relacionadas con la protección de la infancia, bien a



solicitud de la propia familia o de otros profesionales, como el personal docente, sanitario o de la policía. Como en las anteriores categorías, lo habitual es atender a demanda, una vez que surge el problema que motiva la intervención, con las coordinaciones posteriores que se requieran con otros ámbitos de la administración, como el Sistema Judicial.

Como principales descriptores de los Servicios Sociales municipales pueden aplicarse los siguientes:

- ✓ Son reactivos, atendiendo a las demandas que reciben de personas que viven en el territorio que atienden y en ocasiones de otras entidades que intervienen en el mismo. Es escaso o nulo el trabajo de prevención.
- ✓ Predomina un enfoque asistencialista, paliativo y paternalista, enfocado a las carencias.
- ✓ Se favorece una cronicidad y dependencia institucional, con las consiguientes listas de espera, con riesgo de colapso, en especial en situaciones de recesión y crisis económicas.
- ✓ Para afrontar problemas colectivos, se fomenta el individualismo y el aislamiento social, puesto que en la mayoría de las intervenciones se atiende a una sola persona o a una familia como mucho, con la carga ideológica y de control social que ello supone.
- ✓ Centran gran parte de sus esfuerzos en cubrir las necesidades básicas relacionadas con la subsistencia vital, siendo en buena medida meros gestores de prestaciones, sin tiempo real, en la mayoría de los casos, para desarrollar itinerarios que fomenten la autonomía y el empoderamiento.
- ✓ Como herencia directa de la beneficencia, existe un amplio margen de discrecionalidad profesional en la concesión de determinadas ayudas que no están garantizadas como derechos subjetivos.
- ✓ Las prestaciones que dependen de presupuesto municipal están supeditadas a la disposición de la partida correspondiente, sin obligación por parte de los ayuntamientos de ampliarla en caso de que se agote antes de finalizar el ejercicio, lo que supone una fuente de inequidad intra-municipal: una demanda de apoyo que realiza una persona puede ser atendida a principio del ejercicio presupuestario, y la misma demanda realizada por otra, con características similares, si se formula cuando ya no queda presupuesto, no será satisfecha.
- ✓ También existe una inequidad inter-municipal, pues los ayuntamientos regulan mediante ordenanzas municipales estas ayudas, cada uno con sus criterios particulares; es decir, una misma situación personal o familiar puede ser atendida en un municipio y en el de al lado no estar contemplado hacerlo. Lo mismo que sucede con el apoyo que se ofrece a las familias: hay dispositivos y servicios, como por ejemplo los puntos de encuentro, mediación o apoyo psicológico que están disponibles en un municipio y en uno de al lado no, generando, nuevamente, desigualdad territorial.

Llama poderosamente la atención que los Servicios Sociales de atención primaria o comunitaria estén siendo fuente de inequidades y de generación de desigualdades, máxime cuando

todas las leyes autonómicas tienen entre sus principios básicos la equidad. En definitiva, la losa que supone la raíz benéfico-asistencial de los Servicios Sociales de la administración local es todavía demasiado pesada.

NECESIDAD DE UNA REFUNDACIÓN

Frente a la actual situación, brevemente descrita, en la que se encuentran los Servicios Sociales municipales, es imperioso llevar a cabo una *refundación* que suponga un verdadero cambio estructural, cuyas principales modificaciones se podrían aglutinar en los ámbitos normativos, organizativos y metodológicos:

CAMBIOS NORMATIVOS

El marco normativo en el que se actúa es fundamental, pues establece los límites y determina las potencialidades. Para avanzar hacia la consolidación de unos Servicios Sociales comunitarios de carácter municipalista habría que acometer, entre otros, los siguientes cambios normativos:

Es necesario aprobar una ley marco de Servicios Sociales estatal, a semejanza de leyes de Sanidad y Educación. Los intentos que hubo a finales de la década de los 80 de promoverla se toparon con informes jurídicos contrarios, en los que se adelantaba que en el caso de interponerse recurso de inconstitucionalidad tendría muchas probabilidades de prosperar, debido a que en el artículo 148.1º.20 de la Constitución se contempla que las Comunidades Autónomas podrán asumir las competencias en materia de Asistencia Social, cosa que han hecho todas.

En primer lugar, Asistencia Social, término todavía en uso en 1978, está conceptualmente relacionado con la beneficencia, de donde procede y cuya herencia se quiere erradicar. En segundo lugar, en la Constitución el término Servicios Sociales sólo aparece como tal en el artículo 50, referido a la tercera edad (expresión que se empleaba en ese momento), cuyo bienestar deberían promover los poderes públicos "mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio", artículo que refleja la labor que venía realizando el INSERSO, pero que obedece a una descripción muy restrictiva para la realidad actual, a la vez que caduca, pues, por ejemplo, desde la aprobación de la Ley General de Sanidad de 1986, todo lo relacionado con la atención a problemas de salud es competencia de dicho sistema. Por último, el que solo haya leyes de Servicios Sociales en las Comunidades Autónomas hace que el marco normativo que las regula se haya desarrollado de manera muy desigual, lo que ha llevado a que haya ciudadanos de *distintas categorías* en cuanto a la posibilidad de acceder a unos similares Servicios Sociales de atención primaria o comunitarios, fuente de inequidad que pretendía resolver el Plan Concertado de prestaciones básicas de Servicios Sociales en las Corporaciones Locales, pero que en buena medida no consiguió hacerlo.

Urge, por tanto, que cuando se aborde una modificación de la Constitución se contemple la posibilidad de actualizar la re-

ferencia a los Servicios Sociales, a la vez que se introduzcan los cambios que permitan la aprobación de una ley general de ámbito estatal, como ocurre con otros sistemas de protección, sin menoscabo de que la competencia de su gestión y aprobación del marco normativo oportuno sea responsabilidad de las Comunidades Autónomas. Es importante que, de llevarse a cabo estos cambios constitucionales, se garantice el conjunto de los Servicios Sociales, incluidos los municipales, como derechos subjetivos, tal y como ocurre para una parte de los mismos, como es el caso de la atención a la Dependencia.

De la misma forma, habría que garantizar normativamente la responsabilidad municipal en la gestión de los Servicios Sociales comunitarios o de atención primaria, modificando la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local, en donde se eliminó la competencia local que aparecía al respecto en la Ley 7/85, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local.

Así mismo, el marco normativo aplicable debe establecer fórmulas claras, concretas y estables de financiación de los Servicios Sociales municipales, garantizando su equidad y suficiencia financiera (Rodríguez Cabrero, 2007), dejando de estar supeditado a convenios y subvenciones, tal y como sucede en otros ámbitos de la protección social.

De la misma manera, la nueva estructura normativa debería de deslindar de los Servicios Sociales municipales toda responsabilidad con relación al acceso a la vivienda y la garantía de rentas, que tendrían que gestionarse desde unidades administrativas independientes, aunque con los necesarios protocolos de coordinación, para lo cual en estas unidades, además de con personal administrativo, debería contar con profesionales de la Intervención Social.

El conjunto del marco normativo que establezca las actuaciones a desarrollar por los Servicios Sociales de las administraciones locales debe garantizar derechos subjetivos, es decir, que se puedan reclamar ante los tribunales, alejándose de las actuales arbitrariedades, avanzando de esta forma hacia el verdadero abandono de las rémoras que se arrastran desde la beneficencia.

CAMBIOS ORGANIZATIVOS

El principal cambio en este ámbito debe venir, como principio básico de una gestión de calidad, por adaptar cada vez más las estructuras organizativas a los perfiles sociodemográficos de cada territorio concreto, en un intento de adaptar los servicios que se prestan a las personas destinatarias. Para ello hay que olvidarse de *dogmas de fe* como *puertas únicas de entrada*, con *profesionales orquesta* o conocedores de mucho y expertos en muy poco, así como el que se considere un único perfil para establecer el o la profesional de referencia, pues debería de estar en función de las características de las intervenciones que se vayan a llevar a cabo, en vez de primar intereses corporativos.

Partiendo de la base de que los Servicios Sociales municipales como servicio de proximidad que son deben de ser unas or-

ganizaciones flexibles, con estas u otras denominaciones, deberían organizarse en tres grandes unidades básicas de intervención con la ciudadanía:

- ✓ Unidad de apoyo a la Dependencia
- ✓ Unidad de apoyo a la infancia y adolescencia y a sus familias
- ✓ Unidad de inclusión social

Las personas tendrían que poder acceder de manera directa a cada una de estas unidades operativas, anunciando de manera muy clara el perfil de demandas que atienden e intervenciones que realizan. No obstante, para las personas que por diversas cuestiones puedan dudar, es necesario establecer una unidad de información y de gestión administrativa cuyas principales funciones podrían ser: informar sobre el lugar al que tendrían que pedir cita (que podría ser dentro de los Servicios Sociales municipales, en otras concejalías o en departamentos de otras administraciones), a la vez que dar las primeras citas en la unidad que corresponda, informando, de manera oral y mediante material impreso, sobre la documentación que, en su caso, deberían llevar para ahorrar tiempo. De la misma forma, desde esta unidad deberían realizarse los trámites administrativos que se requieran desde las unidades de intervención mencionadas. Obviamente, para estas tareas de información y administrativas no es necesario personas con formación universitaria, lo que abarataría mucho los costes, a la vez que permitirían que las personas contratadas por su formación universitaria pudieran centrar sus esfuerzos en ejercer su profesión, evitando así tener plantillas con alto grado de frustración y preocupantes niveles de burnout. Esta propuesta de ofrecer un potente servicio de información, previo a las actuaciones de los profesionales de la Intervención Social, así como que éstos dejen de hacer tareas administrativas, son planteamientos realizados hace mucho tiempo (López-Cabanás y Gallego, 1993), pero que escasamente se han implementado. Hoy en día, con el nivel de desarrollo de las TIC, es una asignatura pendiente que los Servicios Sociales municipales exploten sus potencialidades (Brezmes, 2009).

La intensidad en recursos humanos y presupuestarios con el que se dote las unidades de intervención mencionadas vendría dada por diversos parámetros, como la pirámide poblacional (proporción de personas mayores o menores de 18 años), así como por variados indicadores sociales (paro, abandono escolar, personas migrantes, personas con discapacidad, denuncias de malos tratos, número y perfil de las asociaciones y participación ciudadana en las mismas, etc.) y, en cualquier caso, por un permanente análisis de las demandas y respuesta a las intervenciones comunitarias que se llevan a cabo en el territorio. La implantación de estas unidades operativas vendrá determinada por el tamaño del municipio, siendo recomendable para los que cuenten con menor población establecerlas en estructuras supramunicipales como las mancomunidades u otras.

Por supuesto, estas unidades deben contar con protocolos de coordinación para aquellas circunstancias en que sea ne-

cesario realizar intervenciones conjuntas. De la misma forma, los Servicios Sociales locales deben realizar un trabajo en red y participar en estructuras estables de coordinación con otras concejalías, así como con otras áreas de gestión de las comunidades autónomas, destacando las siguientes: Sanidad (imprescindible para el apoyo a la dependencia), Educación y Sistema Judicial (fundamental para la protección a la infancia y apoyo a las víctimas de violencia familiar y de género) y Empleo, Rentas mínimas y Vivienda (básico para las actuaciones que pretenden favorecer la inclusión social). De hecho se puede hablar de los siguientes ámbitos de intersección y coordinación: socio-sanitario, socio-laboral, socio-educativo (López-Cabanas, 1999) a la que habría que añadir el socio-habitacional (Fantova, 2014) y socio-jurídico (protección a la infancia y violencia familiar y de género, principalmente). Desde la óptica de la transversalidad de las políticas sociales, para que estas coordinaciones *intra e inter* sean efectivas, es recomendable trabajar en estructuras matriciales de gestión, cuyo desarrollo excede el objeto del presente artículo.

CAMBIOS METODOLÓGICOS

Para terminar de romper de manera definitiva con la herencia de la Beneficencia, plasmada en el actual asistencialismo residual, los Servicios Sociales municipales deben de modificar las estrategias y metodologías de trabajo que preponderan en la actualidad. Sin ánimo de exhaustividad, los principales cambios requeridos serían los siguientes:

- ✓ Aumentar de manera muy notoria las estrategias pro-activas y actuaciones preventivas, generalistas y por grupos de riesgo (Fernández-Ríos, 1994), sin detrimento de las de carácter rehabilitador que se sigan necesitando.
- ✓ Desde la perspectiva del desarrollo humano y de un enfoque centrado en las personas, en vez de poner el foco en las carencias, hay que diseñar las intervenciones para reforzar las capacidades y las potencialidades que cada persona, grupo o comunidad tiene, favoreciendo actitudes que incrementen la resiliencia, el empoderamiento (Musitu y Buelga, 2004) y la motivación hacia el cambio. En definitiva, en las intervenciones con las personas, "promocionar sus capacidades funcionales y relacionales, que permiten vivir en plena autonomía" (Ferrer, p. 165).
- ✓ Avanzar en las intervenciones hacia el paso de la era analógica a la digital, con los plazos transitorios y las medidas de apoyo que se requieran. Su utilidad para aumentar la eficacia y la eficiencia es indudable en diversos aspectos como la gestión de solicitudes, realización de trámites, seguimientos y apoyos telemáticos, acceso a informaciones de interés, resolución de dudas puntuales, utilización de apps para ámbitos y perfiles específicos y un cada vez más amplio etcétera.
- ✓ Dicho lo anterior, desde los Servicios Sociales municipales la interacción *cara a cara* debe de ser la base de unas intervenciones personalizadas grupales y comunitarias, que

tendrían que primar sobre las atenciones individuales como una de las estrategias para romper con el asistencialismo: grupos de apoyo mutuo, talleres para el desarrollo personal (incidiendo tanto en las dimensiones actitudinales como en las aptitudinales), trabajo con las entidades sociales del territorio, voluntariado, foros comunitarios participativos, bancos del tiempo, etc. Es decir, trabajar para que desde la interacción social se puedan abordar los problemas de una manera colectiva, ayudando a su resolución individual y familiar.

- ✓ La implementación de nuevas metodologías deberían ir precedidas de planes de formación; profesionales que han estado durante muchos años con unas determinadas formas de trabajar necesitan un reciclaje para desarrollar nuevas formas de intervención.
- ✓ Desarrollar estrategias de gestión del conocimiento e inteligencia colectiva, desde la óptica de las sinergias que pueden producir el trabajo colaborativo entre profesionales, las personas con las que se interviene y entidades sociales que operan en el territorio. En definitiva, las personas son el principal activo con el que se debe de contar.
- ✓ Gestionar la diversidad humana desde el respeto a la diferencia y el derecho a la igualdad, facilitando así la inclusión social con plenos derechos de ciudadanía.

CAMBIO DE MODELO

En definitiva hace falta un profundo cambio de modelo de los Servicios Sociales municipales, resultando oportuno la referencia a un trabajo anterior (López-Cabanas, 1998), con el lamentado de que veinte años después sea pertinente volver a exponerlo:

Es un principio básico de las organizaciones que éstas tienden a perpetuarse y a justificarse a sí mismas más allá del fin para el que fueron creadas. Esta situación finalmente tiene un límite, pues la propia sociedad termina rechazando y marginando a las organizaciones que no se adaptan a las nuevas realidades y requerimientos de los contextos. Por tanto, los modelos de las organizaciones tienen que ser flexibles, en continuo dinamismo y evolución, en permanente proceso de adaptación, dando las respuestas que los beneficiarios de sus servicios necesitan.

Pero ¿de qué hablamos cuando se habla de modelos? A veces se nos olvida que cuando se habla de un modelo, cualquiera que sea, debemos de estar haciendo referencia a una construcción teórica con una sólida base argumental de la que se derivan una serie de principios generales, métodos y técnicas, que deben ser sometidos a una contrastación empírica que los ratifique. No nos estamos refiriendo, por tanto, ni a proclamas ni a dogmas, que a fuerzas de repetirlos parecen consustanciales al Sistema, inmutables e incuestionables, postura por lo general bastante frecuente en los Servicios Sociales. Hay que huir de recetas y de imposi-

ciones, muchas veces asociadas al *spending power*¹ y a posturas defensivas del status quo. Es necesario desarrollar más nuestro corpus teórico, demasiado débil hasta el momento. (p. 69).

Es una asignatura pendiente de los Servicios Sociales municipales el implementar estrategias de I+D+i que ayuden a su desarrollo conceptual, paso previo para diseñar modelos que respondan en los distintos territorios a una realidad en permanente evolución.

CONCLUSIONES

El principal problema de los Servicios Sociales que prestan las administraciones locales no es la falta de recursos, o no principalmente, sino de marco normativo, redefinición conceptual, propuestas organizativas y modelos de Intervención Social que se aplican, pues "los Servicios Sociales tienen grandes debilidades estructurales y funcionales" (Ferrer, p. 171) que hay que resolver de manera urgente. Existen bastantes argumentos para coincidir con la afirmación de que podríamos estar ante la posibilidad de un colapso estructural, lo que habría que asumir como una oportunidad para una reforma de todo el Sistema de Servicios Sociales (Manzano, 2016). En todo caso, hay que dejar de hacer una atribución externa de las responsabilidades y asumir las propias, que pasan, qué duda cabe, por un profundo cambio de paradigma que conduzca a la ineludible refundación de los Servicios Sociales municipales.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

REFERENCIAS

- AEPN-España (2017) *El estado de la pobreza 2008-2016*. Recuperado el 28 de febrero de 2018 de: http://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/Informe_AROP_E_2017_Resumen_Ejecutivo.pdf
- Brezmes, M.J. (2009). *Propuestas para la actualización de un modelo actualizado de Servicios Sociales*. Madrid: FEMP.
- Casado, D. & Fantova, F. (Coord.). (2007). *Perfeccionamiento de los Servicios Sociales en España*. Madrid: Fundación Foessa-Cáritas Española.
- Fantova, F. (2008). *Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas*. Bilbao: Universidad de Deusto (Instituto de Derechos Humanos).
- Fantova, F. (2014). *Diseño de políticas sociales*. Madrid: CCS
- Fantova, F. (2017). *Servicios sociales: Objeto propio y atención integrada*. Recuperado el 10 de enero de 2018 de http://fantova.net/?page_id=46
- Fernández-Ríos, L. (1994). *Manual de psicología preventiva*. Madrid: Siglo XXI.
- Ferrer, N. (2017). *Una aproximación al estado actual de los Servicios Sociales. Estrategias básicas para mejorar las intervenciones socioeducativas en el Servicio Básico de Atención Social*. *Educació Social. Revista de intervenció Socioeducativa* 65, 156-173.
- Ferrer, N. (2017). Del 2007 al 2017: deu anys de l'aprovació de la Llei de Serveis Socials. *Pedagogia i Treball Social. Revista de Ciències Socials Aplicades* 6(1), 3-22.
- Gaitán, L. (1992). Servicios Sociales: Reflexiones para después de una década. *Cuadernos de Trabajo Social*, 4(5), 11-25.
- Guillén, E. (Coord.) (2005). *Sobre problemas y respuestas sociales. Homenaje a Demetrio Casado*. Barcelona: Hacer.
- López-Cabanias, M. y Gallego, A. (1989). Los Servicios Sociales Generales: eje coordinador de programas integrados de Bienestar Social. En INSERSO (Ed.), *II Jornadas de Psicología de la Intervención Social*. (pp.. 11-35). Madrid: INSERSO.
- López-Cabanias, M y Gallego, A. (1993). Análisis organizacional y propuestas de desarrollo en los Servicio Sociales Comunitarios. En INSERSO (Ed.), *III Jornadas de Intervención Social* (pp.. 81-108). Madrid: INSERSO
- López-Cabanias, M. (1998). Servicios Sociales y Administración Local. ¿Modelos del pasado para retos actuales? En FEMP-Ayuntamiento de Córdoba (Eds.), *Congreso de Servicios Sociales Municipales* (pp. 25-79). Madrid: FEMP.
- López-Cabanias, M. (1999). *Los Servicios Sociales como eje vertebrador de la política social municipal. Documento para el libro blanco sobre política municipal*. Madrid: FEMP.
- Manzano, M.A. (2016). *Los servicios sociales básicos, crisis de recursos o de sistema*. Recuperado el 12 de enero de 2018 de https://translate.googleusercontent.com/translate_c?depth=1&hl=es&prev=search&rurl=translate.google.es&sl=ca&sp=nmt4&u=https://www.social.cat/opinions/autor/miguel-angel-manzano&usq=ALkJrhggjFRjm0veaw6hlbZC5927d5d2A
- Musitu, G. y Buelga, S. (2004). Desarrollo comunitario y potenciación (empowerment). En G. Musitu, J.Herrero, L. Cantera y M. Montenegro (Eds.), *Introducción a la Psicología Comunitaria*, (pp.. 167-195). Barcelona: UOC.
- Raventós, D. (2012). *¿Qué es la renta básica?* Barcelona: El viejo Topo
- Rodríguez Cabrero, G. (2007). Financiación de los Servicios Sociales con especial referencia a la Ley de Promoción de la Autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Situación y propuestas de mejora. En Casado, D. & Fantova, F. (Coords.), *Perfeccionamiento de los Servicios Sociales en España* (pp.. 355-371). Madrid: Fundación Foessa-Cáritas Española.
- Zapata-Barrero, R., 2009. *Políticas de ciudadanía. Discurso público sobre la gestión local de la diversidad*. Barcelona: Diputación de Barcelona.

¹ Expresión utilizada en los Estados de corte federal para reflejar la capacidad de imponer condiciones a las estructuras descentralizadas (en nuestro caso comunidades autónomas) a cambio de financiación, como fue el caso del Plan Concertado con su propuesta organizativa de los Servicios Sociales municipales.

PROCESOS MIGRATORIOS E INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL MIGRATORY PROCESSES AND PSYCHOSOCIAL INTERVENTION

Manuel Fco. Martínez¹ y Julia Martínez García²

¹Universidad de Sevilla. ²Asociación EURECA

En este trabajo realizamos una breve panorámica de la situación de las migraciones internacionales poniendo de relieve las distintas dimensiones psicológicas y sociales de este complejo fenómeno. Desde una visión positiva de las personas que emigran (empresaria, proactiva, etc.) describimos algunos factores contextuales y personales que sitúan a esas personas en riesgo psicosocial. Para cada uno de estos factores proponemos algunas estrategias de intervención desde los modelos y teorías de la Psicología.

Palabras clave: Migraciones internacionales, Factores de riesgo, Exclusión/inclusión social, Intervención psicosocial, Perspectiva de género.

In this work, we examine the situation of international migrations, highlighting the different psychological and social dimensions of this complex phenomenon. From a positive view of the people who emigrate (enterprising, proactive, etc.), we describe some contextual and personal factors that place these people at psychosocial risk. For each of these factors, we propose a number of intervention strategies from the psychological theories.

Key words: International migrations, Risk factors, Social exclusion/inclusion, Psychosocial interventions, Gender perspective.

A pesar de que la Psicología se incorporó más tarde que otras ciencias sociales en el estudio de los procesos migratorios, se ha evidenciado en las tres últimas décadas un importante desarrollo teórico e investigador. Sin embargo, todavía tenemos un gran reto por delante: lograr conectar esa investigación y sus resultados con las políticas sociales y los programas específicos de intervención.

Ante la tragedia humana que tiene lugar todos los días en las aguas del Mediterráneo y en los campos de refugiados de Europa y Oriente Medio, la Psicología debe plantearse con urgencia cómo puede ayudar a una mejor comprensión de esta realidad y qué respuestas se pueden dar para afrontar este dramático problema humanitario. Del mismo modo, ante el aumento constante de la diversidad humana que se deriva de los nuevos asentamientos en numerosos contextos urbanos, la Psicología debería aportar estrategias de integración justas e inclusivas a las personas migrantes.

Nuestra aproximación a este fenómeno debe huir de un enfoque excesivamente individualista y clínico ya que resulta evidente la dimensión psicosocial de las migraciones en sus distintos niveles ecológicos (individual, grupal, organizacional, social y comunitario): estrés por aculturación, prejuicio étnico, relaciones interculturales, redes de apoyo social, empoderamiento cultural, integración comunitaria, etc.

En este trabajo abordaremos el fenómeno de las migraciones humanas desde la perspectiva de la persona que emigra y poniendo especial énfasis en aquellos constructos y teorías psicológicas que pueden ayudarnos a una mejor comprensión del fenómeno y que orientan la intervención psicosocial.

ALGUNAS NOTAS SOBRE EL FENÓMENO MIGRATORIO EN LA ACTUALIDAD

La migración internacional es un fenómeno complejo que implica a una multiplicidad de aspectos económicos, sociales, psicológicos, de seguridad, etc. que afectan nuestra vida cotidiana en un mundo cada vez más interconectado (IOM, 2017). Se encuadra dentro de los procesos de movilidad de las personas y está vinculado a las importantes diferencias existentes entre las distintas regiones del mundo. Como fenómeno demográfico natural, no es ajeno a ninguna región del planeta, a ninguna época ni al propio ser humano desde sus orígenes y no existe un pueblo o nación que no sea heredero o resultante de una gran migración. Pero es también un derecho que debe garantizar un afrontamiento adaptativo de las personas y/o grupos a situaciones adversas como el hambre, las guerras, la persecución o el simple deseo de mejorar sus condiciones de vida.

Según la International Organization for Migration (en adelante IOM), la cifra de personas migrantes ha ido creciendo progresivamente y de forma más destacada en los últimos quince años. En su último informe se recoge que durante 2015 el número de personas que residían en un país distinto del de nacimiento (migrantes internacionales) fue el más alto jamás registrado (244 millones), aunque la proporción respecto de la población total se viene manteniendo constante durante las últimas décadas, en torno al 3% (IOM, 2016).

En los últimos años la *migración forzada* está tomando un dramático protagonismo en los flujos migratorios internacionales. Entendemos este fenómeno como todo movimiento migratorio en el que existe un elemento de coacción, incluyendo las amenazas a la vida y los medios de subsistencia, ya sea por causas naturales o provocadas por el hombre: movimientos de refugiados y personas internamente desplazadas así como personas desplazadas por desastres naturales o ambientales, de-

Recibido: 23 marzo 2018 - Aceptado: 30 abril 2018

Correspondencia: Manuel Fco. Martínez García. C/ Garnacha, 23. 41940 Tomares. Sevilla. España. E-mail: fgarcia@us.es

sastres químicos o nucleares, hambrunas o proyectos de desarrollo, etc.

De acuerdo con el informe anual sobre Tendencias Globales de la Agencia de Naciones Unidas para el/a refugiado/a (ACNUR, 2016), a finales 2016 se estimó una cifra 65,6 millones de personas, de los que 22,5 eran refugiadas, 40,3 desplazadas internas y 2,8 solicitantes de asilo. Para la IOM (2017) el conjunto de las víctimas contabilizadas en 2016 se situó en torno a 7.500 muertes (fue el peor año para las personas migrantes forzadas), y todas las rutas habituales (Mediterráneo, norte y el sur de África, África central y la frontera entre México y Estados Unidos) registraron más fallecimientos que en el año anterior. Durante los 6 primeros meses de 2017 (Figura 1) llegaron a Europa por mar 101.266 inmigrantes y refugiados/as de los/as que murieron 2.279 (IOM, 2017).

Dentro de las *migraciones forzadas*, se denominan *migrantes ambientales* a las personas que huyen para sobrevivir a desastres naturales o se desplazan a raíz de condiciones medio-ambientales difíciles y deterioradas, en busca de oportunidades de supervivencia o desarrollo en otras partes. A diferencia de los/as solicitantes de asilo, la figura de *persona desplazada por causas ambientales* no está recogida en la legislación internacional, lo que dificulta su cuantificación y su protección. El informe de ACNUR ya reseñado vaticina que en los próximos 50 años entre 250 y 1.000 millones de seres humanos abandonarán su hogar a causa del cambio climático (ACNUR, 2016).

En España la inmigración no ha dejado de crecer desde la década de los 80 hasta el comienzo de la crisis económica de 2008. De acuerdo con la Secretaría General de Emigración e Inmigración (SGEI), el número de extranjeros/as con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor a 30 de Junio de 2017 se situaba en 5.131.591 (SGIE, 2017). Las cinco nacionalidades residentes más numerosas alcanzan en su conjunto casi la mitad del total de personas extranjeras: Rumania, Marruecos Reino Unido, Italia y China. La distribución por comunidad autónoma pone de manifiesto que Cataluña, Comunidad de Madrid, Andalucía y Comunidad Valenciana son las 4 comunidades que agrupan mayor número de extranjeros/as (el 65,8% del total) y, al tratarse de una inmigración fundamentalmente económica, la franja de edad entre 25 y 49 años concentra alrededor de un 58%.

En cuanto a las migraciones forzadas, las personas solicitantes de protección internacional han ido creciendo en España en los últimos años, alcanzando la cifra de 15.755 el pasado 2016 (CEAR, 2017). De ellas, 6.855 (67%) tuvieron una resolución favorable, de las que 355 lograron el estatus de refugiado/a y 6.500 la protección subsidiaria. Este porcentaje de solicitantes sigue siendo sólo el 1% de las 1.259.955 solicitudes que se registraron en el conjunto de la Unión Europea. Reiteradamente se viene acusando al Gobierno Español del incumplimiento de sus compromisos en materia de reubicación y reasentamiento de personas refugiadas.

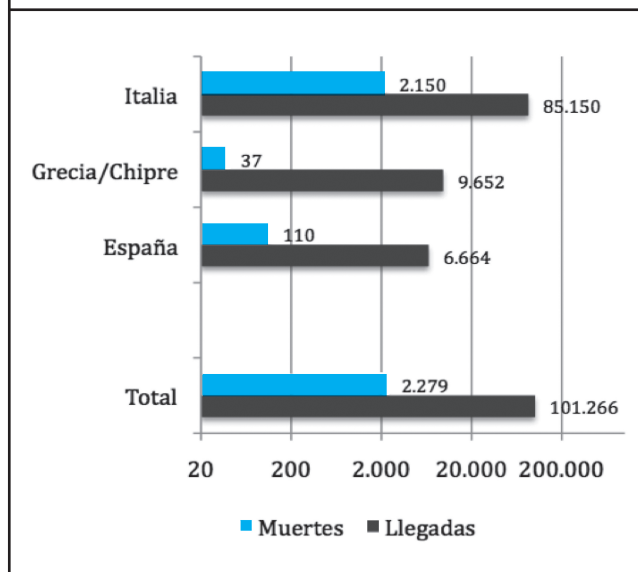
PROCESO MIGRATORIO Y EXCLUSIÓN SOCIAL

Cuando analizamos el fenómeno migratorio desde la perspectiva de la persona, constatamos la existencia de diversos factores (laboral, económico, comunitario, psicológico, político, etc.) que inciden sobre el resultado neto del proyecto migratorio conduciendo a las personas migrantes bien por procesos de inclusión o de exclusión social.

El concepto actual de exclusión social va más allá de su única vinculación con la pobreza y se asocia a situaciones tales como: (1) desventajas generalizadas en términos de educación, habilidades, empleo, salud, vivienda, recursos económicos, etc.; (2) menores posibilidades de acceder a las instituciones que distribuyen esas capacidades y recursos; y (3) esas desventajas y acceso disminuidos persisten a lo largo del tiempo. La mayoría de las personas migradas que llegan a nuestro país se encuentran ya en una situación de alto riesgo social. Además, ser blanco o negro, cristiano o musulmán, mujer u hombre condicionan de forma importante sus posibilidades de integración. Si a lo anterior añadimos, la desorientación en las primeras fases del asentamiento, su situación de *sin papeles*, las dificultades de acceso al trabajo y/o a viviendas dignas, el desconocimiento del idioma, el racismo biológico-cultural al que han podido verse sometidos, etc., el riesgo de exclusión se eleva exponencialmente (Martínez, Sánchez & Martínez, 2017).

Esta situación se vuelve más dramática en el caso de los/as solicitantes de asilo. Los riesgos para la vida en las migraciones forzadas son un hecho evidente derivados de las dificultades que viven las personas migrantes a lo largo de su trayecto migratorio: violencia en países de tránsito, devoluciones ilegales en las fronteras, criminalización, políticas restrictivas de asilo, etc.

FIGURA 1
LLEGADA DE MIGRANTES A EUROPA (IOM, 2017)



LAS MIGRACIONES DESDE LA PERSPECTIVA DE LA PERSONA

Otro aspecto a destacar cuando nos acercamos a las migraciones desde la óptica de la persona que emigra es la importancia que adquiere su dimensión psicosocial por ser un fenómeno paradigmático del proceso psicológico de adaptación al medio. Frente a una literatura pesimista queremos destacar en la persona que emigra una vertiente positiva reflejada por capacidad de emprendimiento, la gestión de la resiliencia a situaciones estresantes, el despliegue de un repertorio cognitivo-conductual encaminado a la obtención de sus objetivos migratorios y un enriquecimiento personal al entrar en contactos con personas de otras culturas.

Sin embargo, como toda transición ecológica la migración representa un periodo de desequilibrio personal que requiere cambios profundos en muchas áreas vitales para adaptarse a las nuevas demandas ambientales. Además del duelo que ha de pasar la persona migrada como consecuencia de las pérdidas intrínsecas al proceso migratorio, la tensión diaria que supone para la misma la necesidad de adaptarse a un entorno hostil puede originar lo que se ha denominado *estrés por choque cultural*. Si estas circunstancias adversas se perpetúan en el tiempo puede aparecer el Síndrome de Ulises o *síndrome del estrés crónico del inmigrante* (Achoategui, 2009), aunque no es la única consecuencia negativa del incremento de vulnerabilidad sino que también se ha descrito depresión, abuso de alcohol y otras sustancias, prostitución, etc.

Ante esta situación, y desde la perspectiva de la diversidad humana afirmativa, la intervención psicosocial se centra más en las fortalezas y los recursos de las personas migradas en sus contextos que en sus déficits y debilidades (Martínez, Calzado & Martínez, 2011). Dado que la migración a menudo implica estrés, el concepto de resiliencia es útil en el estudio de experiencias migratorias y en los proyectos de intervención correspondientes. Pero una concepción de resiliencia no como rasgo (negativo) interno al individuo, sino como resultado de la interacción dinámica entre sistemas interconectados y factores acumulativos de protección (Leadbeater, Dodgen & Solarz, 2005).

La intervención psicosocial debe proporcionar un marco de trabajo en el que se respete la dignidad, cultura y capacidad de la persona, teniendo en cuenta la interacción entre los factores personales y ambientales. Son distintas las experiencias que se están llevando a cabo en España para atender a este grupo de población. Basadas en las teorías del estrés, el empoderamiento psicológico, el apoyo social, etc. las metas de estas experiencias se centran no sólo en incrementar la *resiliencia* de las personas para hacer frente a las situaciones difíciles y sobreponerse a ellas, sino empoderarlas para que de forma activa vuelvan a tomar el control de sus vidas: incrementar su conciencia crítica, mejorar el control emocional y la toma de decisiones en relación a la búsqueda de soluciones a sus problemas (Martínez et al., 2017).

Como en otras intervenciones comunitarias con personas en riesgo, el formato de taller psico-educativo se ha mostrado muy

eficiente ya que puede llegar a un mayor número de personas, se sustenta en el paradigma de la autoayuda (personas con similares circunstancias reciben y proporcionan ayuda en el mismo contexto) y posibilitan el aprendizaje grupal en conocimientos, actitudes y comportamientos en relación a los problemas que le son comunes. La implementación del programa consiste en la realización de talleres de aprendizaje participativo cuyos contenidos generales son: (1) *Conocimiento crítico del medio*: vinculando migración y estrés personal; (2) *Toma de conciencia*: mejorando el autoconcepto, la autoestima y la autoeficacia; (3) *Gestionando las emociones*; y (4) *Mejorando la toma de decisiones*.

Debido a su especial situación de precariedad, en España, y de acuerdo con los acuerdos internacionales, las personas que adquieren la condición de refugiados/as o están en protección subsidiaria se acogen a programas estatales que se implementan desde los denominados Centros de Acogida a Refugiados (CAR), aunque en colaboración con ONGs y otros dispositivos públicos: (1) De tipo asistencial (alojamiento, manutención y prestaciones económicas); (2) De tipo psicológico (orientación, apoyo, etc.); (3) Atención al ámbito laboral que puede incluir financiación de proyectos de asentamiento laboral, formación ocupacional, etc.); (4) Formación cultural y académica, de especial importancia en menores y (5) Asistencia sanitaria gratuita dispensada básicamente por la Cruz Roja.

MIGRACIÓN Y SERVICIOS COMUNITARIOS

Una de las barreras contextuales más importantes que dificulta la inclusión social de las personas migradas hay que buscarla en el ámbito del conjunto de leyes y normativas del país de acogida que regulan los derechos y las condiciones en que éstos se pueden ejercer. En este ámbito queremos destacar que si una persona no tiene acceso a los derechos de ciudadanía oficialmente no existe para esa sociedad y, de acuerdo con el Tratado de Maastricht, el estatus de ciudadanía se adscribe solamente a las personas que ostentan la nacionalidad de un Estado miembro de la Unión.

Una consecuencia negativa de no disfrutar del estatus de ciudadano es el acceso deficitario o nulo a los sistemas de protección social (educativos, sanitarios, de prestaciones, etc.), lo que puede derivar en una situación de exclusión social. Además, aunque el acceso a estos servicios y recursos sea posible a las personas migradas, existen una serie de barreras psicosociales que dificultan el uso y disfrute de los mismos o que determinan una prestación inadecuada a las características socio-culturales de estas personas.

Estos déficits de accesibilidad a los recursos comunitarios o de adecuación de la atención recibida en los mismos se han venido relacionando tradicionalmente con la existencia de ciertas carencias en las personas migradas: escaso dominio del idioma, falta de hábitos en el uso de servicios, búsqueda de otros recursos alternativos, etc. (Martínez & Martínez, 2011). Frente a este enfoque opresivo entendemos que, desde el paradigma de la diversidad humana, estos problemas se explican mejor poniendo énfasis en las estrategias del grupo (o cultura)

dominante para mantener el privilegio en el acceso y disfrute de los recursos. En el caso de los servicios comunitarios los problemas de accesibilidad y/o adecuación se vincularían a: (1) Falta de compromiso con la diversidad humana; (2) Desigualdad de poder en la relación profesional-usuario/a; (3) Falta de concordancia entre los objetivos de los servicios y los de los/as usuarios/as; (4) Requisitos de atención de alta exigencia; (5) Prácticas atencionales no adecuadas a la cultura del/a usuario/a; o (4) Profesionales escasamente concienciados/as o preparados/as para atender a los/as nuevos/as usuarios/as (Martínez & Martínez, 2006).

Para hacer frente a esta situación discriminatoria se han propuesto una serie de modelos de atención basados en la *competencia (empoderamiento) cultural*: conjunto congruente de comportamientos, actitudes y políticas que confluyen en un sistema, organización, o entre los/as profesionales que les permitan trabajar de manera efectiva en situaciones multiculturales (Cross, Bazron, Dennis, & Isaacs, 1989). Para el profesional el empoderamiento cultural implica (APA, 2003): (1) Ser consciente de los propios sesgos hacia los exogrupos; (2) Tener conocimientos de la cultura del/a usuario/a; (3) Saber realizar una evaluación y un plan de acción culturalmente sensible; y (4) Tener experiencia de interacción con usuarios/as de distinta cultura.

A nivel organizacional el empoderamiento cultural debe regirse por: (1) Poner en valor la diversidad humana; (2) Tener la capacidad de autoevaluarse culturalmente; (3) Ser consciente de la dinámica inherente a la interacción entre las culturas; (4) Contar con conocimientos culturales institucionalizados; y (5) Haber adaptado la prestación de servicios al pluralismo cultural.

Estos planteamientos responden a una concepción actual del proceso de *aculturación*, tradicionalmente centrado sólo en las personas migradas. Una gestión justa del contacto intercultural requiere que los cambios aculturativos en las comunidades de acogida se den en los distintos niveles ecológicos. Desde 2007, el programa FORINTER persigue formar en migraciones y gestión de la diversidad a los recursos humanos del sector público andaluz (educativos, sanitarios, sociales, jurídicos, etc.) para atender en condiciones de equidad y justicia la nueva composición de conjunto de sus usuarios/as.

INMIGRACIÓN, INTEGRACIÓN Y VÍNCULOS DE APOYO SOCIAL

Numerosos estudios han constatado efectos beneficiosos sobre la salud y el bienestar derivados de las relaciones sociales, y que una reducción significativa de éstas incrementa la vulnerabilidad de las personas (Martínez et al., 2001). En el caso de las personas migradas el conjunto de sus vínculos sociales: (1) Contribuye a una decisión de emigrar más ajustada; (2) Proporciona un marco de referencia para evaluar la realidad e incrementa la sensación de predictibilidad, estabilidad y control del nuevo medio; (3) Mejora el acceso a recursos formales; (4) Participa en la configuración de una

nueva identidad positiva; (5) Potencia la participación social; (6) Promueve sentido de comunidad; y (7) Mejora los procesos de aculturación.

Los vínculos fuertes (pareja, padres, compatriotas) juegan un importante papel para el apoyo emocional y son decisivos en los primeros momentos del asentamiento. Los vínculos débiles (amigos, miembros de la sociedad de acogida, conocidos, etc.) son una potente fuerza de capital social en el ámbito laboral: proporcionan oportunidades de empleo, posibilita mutua confianza y cooperación laboral, etc. Pero el apoyo social es también un amortiguador de los efectos negativos del estrés por aculturación, previniendo los trastornos del estado de ánimo como la depresión (Martínez et al., 2001). Al favorecer la satisfacción de necesidades básicas, reducir la soledad y la desesperación, contribuye a mejorar la salud mental. Estos hechos ponen de relieve la necesidad de implementar programas de intervención psicológica basadas en el apoyo social:

- a) Nivel individual: (1) Habilidades culturales para dar y recibir apoyo; (2) Cambio de actitudes para disminuir la resistencia en la recepción de apoyo; (3) Técnicas de búsqueda de apoyo informal en el afrontamiento del estrés por aculturación, etc.
- b) Nivel diádico: un persona de la sociedad de acogida (voluntario/a mentor/a, etc.), proporciona, previo entrenamiento, apoyo (instrumental, material y/o emocional) a la persona migrada.
- c) Nivel grupal: Orientados a favorecer la pertenencia a grupos sociales. Posibilita nuevos vínculos y mejora la multidimensionalidad de los mismos. Las asociaciones de mujeres inmigradas, o los grupos de autoayuda son buenos ejemplos de estos programas.
- d) Nivel organizacional: Supone la modificación de contextos específicos (sanitarios, educativos, laborales, etc.) para lograr escenarios proveedores de apoyo: mediadores/as comunitarios/as en centros públicos, servicios de acompañamiento, de proximidad, materiales formativos en distintos idiomas, servicio de traducción telefónica, etc.
- e) Nivel comunitario: Destinados a incrementar el empoderamiento comunitario a través de la mejora de la oferta y el uso de las fuentes informales y formales de apoyo: programa de apoyo a madres migradas, escuelas de padres y madres migradas, campañas de información sobre recursos comunitarios, etc.

INTEGRACIÓN A TRAVÉS DEL ACCESO A LAS RELACIONES ECONÓMICAS Y DE EMPLEO

Aunque las *migraciones forzadas* han aumentado en los últimos años, la *migración económica* sigue siendo la protagonista en los movimientos transnacionales. Sin embargo, un porcentaje importante de esta población no logra uno de los principales objetivos de su proyecto migratorio: el empleo.

La relación entre desempleo, exclusión social o salud mental es especialmente dramática cuando se trata de grupos en desventaja social como las personas migradas. Hildegard (2012),

tomando como fuente el Ayuntamiento de Madrid, señala que la falta de trabajo fue la respuesta más frecuente (48,3%) como causa para verse en la calle por parte de las personas inmigrantes *sin hogar* encuestados/as. Esta misma autora describe el perfil de este colectivo como un varón joven y de mediana edad, aunque cada vez hay una mayor presencia de mujeres, menores no acompañados, personas mayores y en edad de jubilación.

Y es que el mercado de trabajo español ha sufrido un largo proceso de tercer-mundialización que se constata de forma muy clara en la economía sumergida, con sólidas raíces nacionales hasta el punto de ejercer un efecto de atracción sobre las personas migradas de los países con un menor nivel de desarrollo.

La discriminación que sufren las personas migradas en el mercado de trabajo es muy variada. Cachón (2006) refiere la discriminación: (1) *Institucional*, desde las normas y prácticas administrativas restrictivas en la interpretación o aplicación de las mismas; (2) *Estructural*, desde los dispositivos generales del mercado de trabajo; y (3) En la propia *empresa* que se manifiesta de múltiples formas. Si las dos primeras formas de discriminación podrían ser consideradas como *discriminación sin actores*, con frecuencia no declarada y sin aparecer (necesariamente) como intencionada, la tercera es una discriminación individual con actores que pueden ser diversos: empresarios, intermediarios/as laborales, formadores/as, trabajadores/as, clientes, etc.

Algunos indicadores que evidencian esa triple discriminación pueden ser: (1) Elevadas tasas de paro, de temporalidad y de siniestralidad; (2) Alta concentración sectorial de tal forma que tres cuartas partes de las personas migradas no comunitarias se concentran en la construcción, agricultura, hostelería y servicio doméstico; (3) Ocupan los puestos de trabajo más penosos, peligrosos y precarios: en muchos casos con salarios más bajos, jornadas más largas y condiciones concretas de trabajo peores que las de los/as españoles/as en su misma profesión, etc..

Si analizamos en concreto el paro como indicador de discriminación, constatamos que en España los datos de la Encuesta de Población Activa (EPA) muestran que si bien desde el comienzo de la crisis económica ha ido creciendo el paro entre la población española, aún lo ha hecho a mayor ritmo entre las personas migradas. Un año antes de la crisis económica (2007) la diferencia en el porcentaje de parados entre ambas poblaciones era algo inferior a 5 puntos, y esta cifra se fue incrementando hasta situarse en torno a los 12 puntos en 2015 (INE, 2007-2015). Las personas migradas que están sufriendo la crisis de forma más encarnizada y se sitúan en situación de exclusión social o al borde de ella son: (1) Las que están en situación irregular; (2) Las que dependían de contratos temporales o trabajaban en sectores con mucha fluctuación en materia de empleo; (3) Las que tenían dificultades lingüísticas, de reciclaje formativo, de reconocimiento de títulos, etc.; o (4) Las que tenían un colchón socio-familiar más frágil.

Para hacer frente a esta situación se vienen desarrollando una serie de actividades desde las organizaciones comunitarias al objeto de mejorar la empleabilidad de las personas migradas a través de la formación y la orientación laboral. Ayuntamientos y ONGs que trabajan en el ámbito de la inmigración disponen de *programas de formación y orientación laboral* enmarcados en estrategias de intervención locales, autonómicas y comunitarias. En algunos de estos programas se está aplicando una metodología personalizada en todo el proceso orientador y formativo con un alto grado de flexibilidad y adaptación permanente a las necesidades e intereses de las personas usuarias. Son los llamados itinerarios integrales personalizados de inserción socio-laboral que tienen en cuenta a la persona migrada, la situación del mercado de trabajo y las necesidades de desarrollo local de cada territorio.

En el caso que nos ocupa, hemos de tener en cuenta, además, la diversidad de sus costumbres y valores en relación al trabajo o la forma de encontrarlo, el escaso conocimiento de los entramados administrativos, legislativos, etc. del mercado de trabajo, el probable déficit en el conocimiento del idioma, el desconocer las redes de inserción socio-laboral, etc. Por ello, los programas de formación y orientación laboral y los/as profesionales que los implementan deben procurar alcanzar valores significativos en lo que hemos denominado *competencia cultural* para que la atención sea justa, eficaz y adaptada a las características culturales de este grupo.

LA POBLACIÓN AUTÓCTONA COMO PROBLEMA

Las personas migradas acaban asentándose en comunidades locales dinámicas, complejas con su propia idiosincrasia y acervo histórico-cultural. El incremento de la diversidad en estos contextos comunitarios hace que personas de distinta raza, etnia, religión, etc., se vean implicadas en relaciones de interacción y convivencia cotidiana. Los resultados en este nuevo escenario pueden ser muy diversos porque, la comunidad de acogida percibe en gran medida la inmigración como una amenaza hacia su estatus de privilegio, bienestar e identidad cultural (Martínez et al, 2017).

La investigación en el área de las relaciones intergrupales ha constatado que muchos problemas de convivencia intercultural se sustentan en un conflicto (Sheriff, 1966) por el acceso a los recursos. En este caso, el conflicto se establece en el marco de una relación asimétrica de poder: población autóctona vs población alóctona, y se inicia ante la percepción de que los recursos disponibles son escasos (puestos de trabajo, prestaciones sociales, etc.), y que existen otros grupos sociales salientes (personas migradas) que compiten por los mismos. Ante esta situación, la población autóctona desarrolla el denominado *estrés por los recursos* que se manifiesta de dos formas: (1) Como una percepción cognitiva de amenaza en forma de creencias del tipo suma cero: los recursos que reciben las personas migradas es a costa de quitárselos a la población autóctona; y (2) Como una percepción afectiva de amenaza en forma de miedo y ansiedad.

El conflicto intergrupar se desarrolla con un progresivo deterioro de las imágenes mutuas y, en el caso de la población autóctona, el estereotipo negativo que elaboran (poca cualificación, pereza, con muchas exigencias, sin asumir responsabilidades, sin querer integrarse, etc.), les serviría para justificar sus esfuerzos para relegarlas a posiciones inferiores en el mercado laboral y en la sociedad en general. Surge así la discriminación y la hostilidad intergrupar.

Algunos de estos procesos psicosociales se reflejan en las encuestas del Centro de Investigaciones Sociológicas, en las que un importante porcentaje de encuestados/as entiende que las personas migradas quitan empleo a los/as nacionales, abusan de las prestaciones sociales o que con tantos/as musulmanes se va a diluir la identidad nacional. En esa misma línea, el editorial del informe RAXEN de 2012 señalaba que es un hecho probado en Europa el aumento de la xenofobia, del rechazo de las confesiones religiosas y, en general, la intolerancia en todos los ámbitos (Ybarra, 2012). Este mismo autor veía la perspectiva de futuro como inquietante dada la mayor frecuencia de agitación y hostigamiento a las personas migradas en las calles o en Internet.

Otros procesos psicosociales que subyacen en estas relaciones intergrupales y que deben orientar la intervención psicológica son: prejuicio manifiesto y sutil, privación relativa grupal, profecía autocumplida (especialmente en las escuelas), una orientación a la dominancia social opresiva por parte de la sociedad autóctona; percepción de invasión, amenaza percibida, etc.

Frente a este panorama nada favorable para una convivencia intercultural pacífica y enriquecedora deben diseñarse programas para la mejora del empoderamiento cultural tanto de la población autóctona como alóctona. Dos aspectos estratégicos deben tenerse en cuenta: (1) La actuación debe dirigirse a los distintos niveles ecológicos, ya que la discriminación se da en todos ellos: familia, escuela, empresa, ayuntamiento, centro de salud, barrio, etc.; (2) Todas las actividades y mensajes deben enmarcarse en un estrategia más amplia: la puesta en valor y la promoción de la diversidad humana afirmativa. Algunos objetivos a cubrir en estas estrategias son:

- ✓ Promover contextos que posibiliten relaciones simétricas e igualitarias entre personas alóctonas y autóctonas, y que permitan el conocimiento mutuo entre ambos grupos: sus múltiples similitudes e identificar y poner en valor sus diferencias.
- ✓ Promocionar la interdependencia: actividades cooperativas en el abordaje de problemas comunes, en las que conjuntamente personas alóctonas y autóctonas definen objetivos e implementan actividades.
- ✓ Mejorar la competencia cultural de la ciudadanía, profesionales y organizaciones para el trabajo en contextos multiculturales.
- ✓ Campañas de sensibilización y reducción de prejuicios a través información veraz que ayude a desmontar rumores y prejuicios.

En el marco del programa europeo *Communication for Integration (C4i)*, se han creado en España una serie de redes anti-rumores (Getxo, Tenerife, Fuenlabrada, Barcelona, etc.) en el ámbito de las migraciones en las que participan entidades locales, instituciones, ONGs y personas a título personal. En Andalucía la Red Anti-rumores está promovida por la Dirección General de Coordinación de Políticas Migratorias y tiene como meta sensibilizar a la sociedad sobre los valores positivos de la diversidad humana, rechazando toda forma de racismo y xenofobia, y cualquier clase de discriminación que se produzca, favoreciendo los procesos de intercambio cultural y contribuyendo a la gestión de la diversidad humana para el logro de una sociedad cohesionada. Como en otras redes, se está formando agentes anti-rumores por toda Andalucía entre organizaciones sociales, personas expertas en migraciones y personas comprometidas que quieran actuar favoreciendo actitudes y percepciones más positivas e integradoras sobre la diversidad cultural en su entorno. En el marco de esta Iniciativa se ha elaborado un manual (Martínez, 2015), una guía práctica (Jiménez & Jiménez, 2015) y cuatro videos, como materiales didácticos para formar a esos agentes anti-rumores.

LOS/AS MENORES MIGRANTES COMO EFECTO COLATERAL

Dentro de los movimientos migratorios generalizados, una de las cuestiones más llamativas y que ha concitado mayor preocupación ha sido la creciente incorporación de menores de edad que viajan sin la compañía de sus familiares o de adultos que se hicieran cargo de ellos/as (MENAs). Estos chicos/as parecen formar parte de una estrategia familiar al considerar que el/la menor tiene menos posibilidades de ser retornador/a que las personas adultas. Si a este colectivo unimos los/las menores que vienen como consecuencia del reagrupamiento dentro de un proyecto migratorio familiar, o los/las hijos/as de inmigrantes nacidos/as en territorio nacional, nos encontramos con un fenómeno de especial interés social y humano por las características psicosociales de este colectivo.

Durante algún tiempo, los/as menores y jóvenes migrantes se consideraban un efecto colateral de las migraciones: grupo social secundario, marginal y por tanto invisibilizado desde la perspectiva de la intervención. Sin embargo, a partir de los años ochenta del pasado siglo el mito de la ineludible adaptación lineal de los/as descendientes de las personas migradas se derrumbó completamente. La asimilación esperada y deseada no se producía tal y como se había hipotetizado y, en muchos casos, la falta de expectativas de una integración social en las mismas condiciones que los/as autóctonos/as hizo reverdecer procesos de identidad étnica y rebeldía como respuesta a una situación crónica de injusticia social.

En el caso de los/as menores y jóvenes inmigrantes los procesos de discriminación se dan en todos los niveles ecológicos, destacando el contexto escolar por la importancia que tienen en su desarrollo psicosocial. La discriminación directa (desprecio, Insultos, expresiones tales como "vete a tu país", agresiones físicas, etc.) e indirecta (sentirse infravalorados/as por el

profesorado en cuanto a sus capacidades, por ejemplo) son moneda corriente en las escuelas, como queda ejemplificado en los comentarios recogidos a una alumna sudamericana: *“Mis primeros sentimientos en España fueron de gran confusión. Me sentí muy mal, rara y no podía dormir. Quería irme a mi país. Aquí por ser latino te sientes más discriminado. En clases mis compañeros me mandaban notitas de emigrante y así. En la clase de geografía de España, que yo de España no sabía nada cuando llegué, la profesora de geografía a la que más le obligaba era a mí”*.

También en este ámbito se pueden diseñar programas de intervención que tengan como referentes distintas teorías psicosociales. Así, por ejemplo, el programa DIVERSA es una experiencia piloto que se está implementando dos centros escolares públicos (primaria y secundaria) en Andalucía. Con una metodología participativa, se trabaja con el mesosistema familia, escuela y comunidad para abordar rumores y prejuicios sobre las personas inmigrantes (y otros grupos sociales en desventaja) y mejorar la convivencia intercultural (Martínez, Bouzid, Zamorano, Martínez & Pérez, 2017).

En una revisión bibliográfica, Díaz (2017) llama la atención sobre la situación de niños/as y adolescentes inmersos en procesos de migraciones forzadas. Un porcentaje significativo de ellos/as presentan una elevada ansiedad a causa de problemas familiares, discriminación, trabajo infantil, matrimonio precoz, por lo que es frecuente que puedan somatizar esta ansiedad y padecer problemas de angustia. Por tanto urgen articular programas humanitarios y psicosociales centrados en establecer medidas eficaces que garanticen la protección de este colectivo en los distintos contextos: países de origen, campos de refugiados/as, países de acogida, etc.

MIGRACIONES Y GÉNERO

Una de las características esenciales de la evolución de las migraciones internacionales ha sido el mayor protagonismo de la mujer, y no sólo por el importante número de mujeres desplazadas, sino sobre todo por las repercusiones sociales, políticas, económicas, laborales, etc. que este hecho está teniendo tanto en los contextos de origen como de destino. Esta doble perspectiva ha dado lugar, al menos, a dos formas de acercarse al estudio y comprensión de las migraciones femeninas: (1) La *feminización de las migraciones* pone el énfasis en el estudio de este sector de la sociedad en cuanto a la importancia relativa que tiene en el contexto global de los flujos migratorios, y pueden llevar o no a un análisis feminista; y (2) La *perspectiva feminista* contempla la influencia de los sistemas de género como principios organizadores de las migraciones (Gregorio, 1998).

Respecto de la primera perspectiva, la presencia de las mujeres en los desplazamientos internacionales se sitúa en torno a un 48% del total (IOM, 2016), con diferencias importantes entre unas regiones y otras. Un hecho con implicaciones psicosociales para la intervención es el incremento de los hogares transnacionales protagonizados por mujeres migradas que por

motivos económicos (no por reagrupamiento familiar), se desplazan solas de forma autónoma dejando a familiares dependientes de ellas en el país de origen.

La población femenina de origen inmigrante en España ha sufrido un proceso significativo de transformación durante los años de la crisis. Según el estudio sobre la situación laboral de la mujer inmigrante en España (Iglesias, Botella, Rúa, Mielgo & Caro, 2015), en enero de 2015 en torno a 30% de la población total extranjera femenina se había nacionalizado (en 2008 sólo era de un 18%), porcentaje que sube al 41% si sólo tenemos en cuenta las migrantes latinoamericanas. Estas cifras nos dan una idea de que estas personas no sólo no han retornado durante la crisis a sus países de origen, sino que mayoritariamente han optado por permanecer y continuar con sus proyectos de arraigo, asentamiento e integración personal, familiar y socio-cultural en la sociedad española.

Un aspecto relevante a destacar es la necesidad de desmontar el estereotipo dominante en la sociedad española sobre este colectivo (personas sin estudios ni competencias laborales), ya que sólo un 2,4% de las mujeres migradas no tienen estudios y el porcentaje con estudios superiores (27%) es similar al de la población española femenina (INE, 2015). Una consecuencia opresiva de esta representación social es la sobre-presencia de las mujeres migradas con estudios superiores en sectores manuales de poca o mínima cualificación.

Nos encontramos ante una inmigración femenina que ha venido para quedarse en España y ayudarnos a salir adelante en momentos muy críticos debido, entre otros factores, a las corrientes neoliberales que inunda el panorama mundial. Unas mujeres que con sus familias y hogares de muy diversa índole son una parte importante de nuestro paisaje y que se insertan en contextos comunitarios populares caracterizados por la diversidad. Pero para comprender la situación social y laboral de la mujer migrada en España y diseñar programas de intervención es necesario tener en cuenta factores como: (1) La clase social: condición de extranjera, no ciudadana; (2) La etnia: cultura, religión, en su caso, diferentes; y (3) La perspectiva de género en una sociedad machista. Estos tres factores determinan en este contexto las situaciones de desigualdad, vulnerabilidad psicosocial, y por ende, de triple discriminación. Por tanto, para revertir esta situación hace falta fomentar y dinamizar políticas públicas de integración social y laboral que garanticen la movilidad social de este colectivo, y con ello, la superación de las brechas de género, etnia y clase social que existen en nuestra sociedad. Programas basados en el empoderamiento individual y comunitario están siendo muy eficaces en el logro de esos objetivos.

A MODO DE CONCLUSIÓN

A lo largo de los párrafos anteriores hemos querido ofrecer una breve panorámica de la situación de las migraciones internacionales y poner de relieve las distintas dimensiones psicológicas de este complejo fenómeno. Teniendo una visión positiva de las personas que emigran (empresaria, proactiva, capaz

de tomar decisiones en situaciones difíciles, etc.), lo cierto es que los factores contextuales del propio proceso migratorio colocan a esas personas en riesgo psicosocial. Este hecho justifica la intervención del profesional de la Psicología, pero debemos tener en cuenta la perspectiva *psicosocial* que reinstala nuestra disciplina en el contexto social, en la realidad histórica en la que viven las personas (en este caso migrantes) dentro de una red de relaciones interpersonales e intergrupales cuyas experiencias vitales no son ajenas a los acontecimientos del mundo que lo rodea y donde busca encontrar el sentido de su vida (Martín-Baró, 1998). Además, esta perspectiva implica un acercamiento comprensivo a personas, grupos, organizaciones y comunidades (y a los problemas asociados) desde las distintas teorías y/o modelos que la Psicología como ciencia ha ido sustanciando y validando a través de la evidencia y de los resultados de la investigación, y que tiene en cuenta la importancia de la interacción dialéctica *sujeto- contexto*.

Aunque no se ha abordado en este trabajo, no podemos olvidar que el/a profesional de la Psicología de la Intervención Social debe participar, también, en la evaluación de programas dirigidos a la población migrada y hacer aportaciones a la políticas públicas dirigidas a este colectivo.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores/a manifiestan que no existe conflicto de intereses de tipo económico o de otras relaciones con personas y organizaciones

REFERENCIAS

- APA (2003). Guidelines on multicultural education, training, research, practices and organizational changes for psychologists. *American Psychologist*, 58, 377-402.
- Achotegui, J. (2009). Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Zerbitzuan*, 46, 163-172.
- ACNUR (2016). *Tendencias Globales*. Disponible en: <http://www.acnur.es/PDF/Tendencias2016.pdf>.
- Bauböck, R. (2006). Migración y ciudadanía. *Zona Abierta*, 116/117, 135-169.
- CEAR 2017. *Informe 2017: Las personas refugiadas en España y Europa*. Disponible en: <https://www.cear.es/wp-content/uploads/2017/06/Informe-Anual-CEAR-2017.pdf>.
- Cachón, L. (2006). Inmigración y mercado de trabajo en España: integración a través del trabajo y lucha contra la discriminación. En R. Thorp, A. Dubois, et al. (Eds.), *Pobreza y solidaridad: Hacia un desarrollo sostenible* (pp. 131-156). Vitoria-Gasteiz: Federación de Cajas de Ahorro Vasco-Navarras.
- Cross, T., Bazron, B., Dennis, K., & Isaacs, M., (1989). *Towards a culturally competent system of care (Volume I)*. Washington DC: Georgetown University Child Development Center.
- Díaz, M. (2017). Menores refugiados: impacto psicológico y salud mental. *Apuntes de Psicología*, 35(2), 83-91.
- Gregorio, C. (1998). *Migración Femenina: Su impacto en las relaciones de género*. Madrid: Narcea Ediciones.
- Hildegard, M.R. (2012). En los límites de la exclusión social. Inmigración y *sinhogarismo* en España. *Papers, Revista de Sociología*, 97(4), 829-847.
- Iglesias, J., Botella, T., Rúa, A., Mielgo, C., & Caro, R. (2015). *La situación laboral de la mujer inmigrante en España: análisis y proposiciones para la igualdad de trato y la lucha contra la discriminación*. Madrid: OIM.
- INE (2007-2015). *Informes trimestrales*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- IOM (2016). *International Migration Report 2015. Highlights*. Disponible en: http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2015_Highlights.pdf.
- IOM (2017) *Missing Migrants Project*. Disponible en: <http://missingmigrants.iom.int>.
- Jiménez, J.R. & Jiménez, J.R. (2015). *Guía para deconstruir rumores*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Leadbeater, B., Dodgen, D., & Solarz, A. (2005). The resilience revolution: A paradigm shift for research and policy. En R. D. Peters, B. Leadbeater & R. J. McMahon (Eds.), *Resilience in children, families, and communities: Linking context to practice and policy*, (pp. 47-63). New York, NY: Kluwer.
- Martín-Baró, I. (1998). *Psicología de la liberación*. Madrid: Trotta.
- Martínez, M.F. (2015). *Manual de ayuda para deconstruir rumores*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Martínez, M.F., García, M., & Maya, I. (2001). El efecto buffer del apoyo social sobre la depresión en la población inmigrante. *Psicothema*, 13(4), 605-610.
- Martínez, M.F. & Martínez, J. (2006). Determinantes psicosociales de la utilización de organizaciones comunitarias por inmigrantes. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59(3), 433-444.
- Martínez, M.F. Calzado, V. & Martínez, J. (2011). Intervención social y comunitaria en el ámbito de la Inmigración. En I. Fernández, J.F. Morales & F. Molero (Coords.), *Psicología de la Intervención Comunitaria*, (pp. 245-288). Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Martínez, M.F.; Sánchez, V. & Martínez, J. (2017). Crisis económica, salud e intervención psicosocial en España. *Apuntes de Psicología* 35, 5-24.
- Martínez, M.F., Bouzid, N., Zamorano, M., Martínez, J., & Pérez, M. (2017). *Programa DIVERSA para la reducción de prejuicios en la escuela de la Red Anti-Rumores*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- SGEI (2017). *Informes periódicos sobre extranjeros en España*. Madrid: Ministerio de empleo y Seguridad Social.
- Sherif, M. (1966). *Group conflict and co-operation. Their social psychology*. London: Routledge & Keagan Paul.
- Ybarra, (2012). *Informe Anual RAXEN. Movimiento contra la intolerancia*. Disponible en: <http://www.movimientocontralaintolerancia.com/html/raxen/raxen.asp>

LA INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO EN LOS SERVICIOS SOCIALES DE FAMILIA E INFANCIA: EVOLUCIÓN Y RETOS ACTUALES

THE INTERVENTION OF THE PSYCHOLOGIST IN CHILD AND FAMILY SOCIAL SERVICES: EVOLUTION AND CURRENT CHALLENGES

Jorge F. del Valle

Universidad de Oviedo

En este artículo se revisa la situación de los psicólogos y su papel en la intervención social en el sector de familia e infancia. Para ello se repasarán algunos de los momentos clave para la incorporación de estos profesionales, tanto en el nivel comunitario, de competencia municipal, como en el desarrollo de los servicios especializados autonómicos como el acogimiento familiar, residencial o de adopción. Se hará particular énfasis en lo que ha supuesto la reforma realizada en julio de 2015 de la Ley Orgánica 1/96 de Protección Jurídica del Menor, que plantea muy importantes retos al trabajo de los equipos interdisciplinarios característicos de este sector. Se comentarán sus implicaciones para los psicólogos del nivel comunitario al abordar situaciones de riesgo, así como los cambios en el nivel especializado referentes a novedades como los centros específicos para problemas de conducta, la necesidad de usar el acogimiento familiar con los niños más pequeños o la posibilidad de realizar adopciones abiertas.

Palabras clave: Protección infantil, Intervención en familia e infancia, Menores en riesgo, Intervención social.

In this article we review the situation of psychologists and their role in social intervention in the child and family sector. In order to do this, some of the key moments for the incorporation of these professionals will be reviewed, both at the community level, in charge of the municipal authority, and the specialized regional services such as foster care, residential care or adoption. Particular emphasis will be placed on the reform implemented in July 2015 of Organic Law 1/96 on the Legal Protection of Minors, which poses very significant challenges to the work of the interdisciplinary teams that are typical of this sector. The implications for psychologists at the community level will be discussed when addressing risk situations, as well as changes at the specialized level referring to novelties such as therapeutic residential care for behavioral problems, the need to use family foster care with younger children, or the possibility of carrying out open adoptions.

Key words: Child protection, Child and family intervention, Children at risk, Social intervention.

Este artículo se referirá a la intervención social en el ámbito de familia e infancia, o lo que hasta no hace mucho tiempo se denominaba protección a la infancia (más exactamente a los menores de edad). El cambio de denominación surge con la revolución que supone la reforma introducida con la ley 21/87 de reforma del código civil en materia de adopción. Se plantean en ella unos principios que enmarcan la intervención con la infancia en su contexto familiar, rompiendo las intervenciones propias de la beneficencia que desde el siglo XVIII utilizaban las grandes instituciones como forma de proteger a los niños. Como hemos dicho en otras ocasiones, se realizaba una intervención de "rescate" por la que el niño se apartaba de su familia de manera indefinida y muchas veces hasta la mayoría de edad, entendiendo que, apartado de su ambiente familiar nocivo y/o carencial, el niño

se desarrollaría mejor. Obviamente, la familia no era un objetivo para las instituciones de protección infantil, puesto que la institucionalización "solucionaba el problema" y en todo caso estos organismos, como su nombre indicaba, no se dedicaban a los adultos.

El movimiento de grandes instituciones que se desarrolló en España con las leyes de beneficencia desde el siglo XVIII y de las que los hospicios fueron el mejor ejemplo, se mantuvo hasta el final del franquismo. La ley de beneficencia de 1849 no fue derogada hasta 1992 y los propios hospicios no se cierran hasta la última parte de la dictadura, en los años sesenta, dando paso a centros de menores de las diputaciones, todavía con un modelo macroinstitucional que se mantendrían hasta los años 80.

Por otra parte, la legislación específica de la protección infantil durante el franquismo era la Ley de Tribunales Tutelares de Menores de 1948, en la que se reunían las facultades reformadoras, para tomar medidas con menores infractores, y la facultad protectora, para intervenir con los padres que no cumplieran sus obligaciones de cuidado y educación de los hijos.

Recibido: 23 marzo 2018 - Aceptado: 30 abril 2018

Correspondencia: Jorge F. del Valle. Universidad de Oviedo. Facultad de Psicología. Plaza Feijoo s/n. 33003 Oviedo. España. Email: jvalle@uniovi.es

Las medidas de protección para los menores mediante esta última facultad, ejercidas mediante la Obra de Protección de Menores, consistía casi de manera exclusiva en el internamiento en macroinstituciones.

Por otra parte, desde el comienzo de la guerra civil el Auxilio Social fue desarrollando también una extensa red de centros de acogida de menores que en el año 1974 se integran en el Instituto Nacional de Asistencia Social, permaneciendo su gestión bajo este organismo hasta las transferencias a las comunidades autónomas en los años ochenta.

En resumen, tratamos de decir que la protección a la infancia en riesgo o "carencial", como se decía en numerosos textos de la época, se basaba en la institucionalización, habiéndose desarrollado una triple red de establecimientos: los de beneficencia gestionados por las diputaciones, los de la Obra de Protección de Menores y los del Auxilio Social (posteriormente INAS). Fueron muy numerosos los centros de menores a lo largo del territorio español y solamente se cambia esta tendencia con la gran reforma que realiza la citada Ley 21/87.

Si nos situamos en los años setenta, en la fase terminal del franquismo, podríamos observar este panorama de recursos macroinstitucionales, muchos de ellos con cientos de menores acogidos. Al mismo tiempo, en la universidad van apareciendo los primeros psicólogos licenciados que poco a poco van emergiendo del conjunto de titulaciones de las Facultades de Filosofía y Letras como una disciplina diferenciada. No es extrañar que los centros de menores fueran uno de los primeros lugares de ejercicio de los recién titulados dada la enorme cantidad de niños y jóvenes acogidos y la variedad de sus problemáticas. Muchos psicólogos formaron parte de las plantillas de los centros de acogida de las diputaciones y otras instituciones en aquellos años setenta y algunos, como sucedió en Cataluña, junto a los nuevos pedagogos, comenzaron la transformación de las macroinstituciones en el modelo de pequeños hogares de acogida de características familiares (que durante un tiempo se denominaron hogares funcionales).

Los psicólogos de la intervención social en protección infantil, fueron fundamentalmente (casi exclusivamente) los que trabajaban en los grandes centros de acogida. Desempeñaban fundamentalmente un papel de evaluación psicológica, como corresponde a la época, con un modelo eminentemente psicométrico, elaborando informes sobre el desarrollo intelectual y el perfil de personalidad de los niños y jóvenes para que pudieran servir de orientación al personal que los atendía (el término educador no aparece hasta mediados los años ochenta).

Así pues, los antecedentes del trabajo de los psicólogos en la intervención social de familia e infancia se encuentran en las instituciones de acogida que, como hemos visto, estaban gestionadas por diversos organismos y su trabajo podría situarse más en el ámbito de la evaluación clínica o psicométrica que en una intervención social tal como la conocemos hoy día.

LA REFORMA DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA

Con la publicación de la Ley 21/87 de reforma del código civil en materia de adopción se pone en marcha una gran revolución en la forma de entender la protección infantil. Además de la reforma de los procesos de adopción, facilitando su uso como una medida de protección, se introduce el acogimiento familiar con la intención de que esta sea la medida a utilizar en los casos de separación familiar en lugar de la institucionalización. Además, establece un sistema ágil de intervención para los casos de niños y niñas en situación de grave desprotección, que la propia reforma denomina "desamparo", obligando a las administraciones competentes a intervenir asumiendo la tutela inmediata de estos menores de edad.

Esta reforma legal supuso un intento de recuperar el tiempo perdido y colocar a España en una situación similar a las que existía en la protección a la infancia en los países avanzados. Se trataba de superar un pasado marcado por la beneficencia, el paternalismo y la institucionalización indiscriminada de niños y niñas de familias "carenciales" (como se denominaban entonces), a la vez que existía una clamorosa falta de mecanismos de detección e intervención en los casos de malos tratos a la infancia.

Posteriormente, esta filosofía se plasma y se amplía en la Ley Orgánica 1/96 de Protección Jurídica del Menor que constituye la norma básica de referencia para el trabajo en el sector de familia e infancia. Es una ley que define la infancia como sujeto de derechos y no sólo como objeto de protección, a la vez que da un paso más allá en su protección, introduciendo la necesidad de intervenir, no solo en situaciones de desamparo como establecía la ley 21/87, sino también en situaciones de riesgo. Se trataría de aquellos casos en los que los niños se encuentran insuficientemente atendidos por sus padres o tutores, pero sin la gravedad necesaria como para declarar un desamparo. Ante estas situaciones de riesgo, las administraciones tienen que elaborar un plan de intervención familiar que tiene como objetivo precisamente evitar que la situación se deteriore y finalice en un desamparo.

El marco legislativo se fue completando con las leyes autonómicas de servicios sociales y las específicas sobre derechos y protección de los menores de edad. La novedad más importante en estos últimos años ha sido la importante reforma de la Ley Orgánica 1/96 que se realizó en julio de 2015 y que entre otras muchas cuestiones desarrolla los siguientes contenidos:

- ✓ El impulso de al acogimiento familiar simplificando su procedimiento y haciéndolo obligatorio para los menores de 6 años (y sobre todo por debajo de 3 años) salvo excepciones muy justificadas, evitando así el paso de estos niños por acogimiento residencial.
- ✓ El detalle de lo que se entiende por situaciones de desamparo, definición que anteriormente era muy general y daba lugar a interpretaciones con márgenes relativamente amplios.
- ✓ La necesidad de que las situaciones de riesgo más elevado se aborden mediante una declaración formal de dicha situa-

ción, con un proyecto de intervención explícito de intervención familiar.

- ✓ La definición, en el ámbito del acogimiento residencial, de los centros específicos para graves problemas de conducta con sus requisitos de entrada y características de la intervención.
- ✓ La obligatoriedad de seguir prestando los apoyos necesarios cuando los menores bajo medidas de protección cumplen 18 años, dando lugar a los programas de apoyo a la independencia o transición a la vida adulta que hasta ahora dependían de la buena voluntad de cada entidad pública.

EL GRAN RETO DE LA TOMA DE DECISIONES EN LA PROTECCIÓN INFANTIL

Aunque los psicólogos que trabajan en los equipos comunitarios de familia en infancia deben reconocer y valorar todo tipo de situaciones de desprotección, normalmente se desenvuelven en situaciones de riesgo, en las que es posible seguir trabajando con los niños y sus familias sin medidas de separación. En cambio, cuando los casos alcanzan el nivel especializado, muchas veces derivados por estos equipos comunitarios, es porque se solicitan medidas de protección para situaciones muy graves, normalmente de desamparo. En estos casos se tiene que asumir la tutela de los menores de edad y separarlos de sus familias, al menos temporalmente, y proponer una medida de guarda en acogimiento residencial o familiar, así como elaborar un plan de intervención con sus objetivos, recursos e intervenciones.

Pocos entornos laborales de los psicólogos están sometidos a presiones tan fuertes como la que supone tomar la decisión de separar, o no, a unos menores de sus progenitores y proponer las medidas más adecuadas a sus necesidades y al superior interés del menor (como señala la ley). Evaluar situaciones de desprotección implica valorar su nivel para discernir si se trata de una situación de riesgo (que nos permite mantener al menor con la familia) o de desamparo (que requiere separación). Para ello se realiza una evaluación interdisciplinar en la que los psicólogos deben evaluar en el niño el daño en su desarrollo como consecuencia de las experiencias de desprotección, su vinculación afectiva con los padres, así como sus factores de riesgo y de protección. En la familia se deben evaluar muchos otros aspectos, como los factores desencadenantes de la desprotección, muchas veces problemas de adicciones, pero también de conflictividad, falta de recursos para la crianza de los hijos, etc. . Se trata de evaluaciones muy complejas que, al final, deben llevar a una toma de decisiones cuya trascendencia para la vida de los niños y sus familias es enorme. A ello se añade, por supuesto, la necesidad de contar con que todo este procedimiento se haga de acuerdo a derecho, teniendo en cuenta los requisitos que el nuevo marco jurídico establece (véase una excelente revisión en Moreno-Torres, 2015).

Esta gran responsabilidad del trabajo profesional de todo el equipo interdisciplinar no se ha visto acompañada hasta tiem-

pos muy recientes de instrumentos objetivos y rigurosos de medida. Uno de los avances más importantes en nuestro sector ha sido la elaboración de manuales de evaluación de las situaciones de desprotección con criterios detallados, operativamente definidos y en forma de instrumentos cuya fiabilidad y validez puede ser medida. En concreto, se está extendiendo en muchas comunidades españolas el sistema Balora, publicado como Decreto del Gobierno Vasco (Decreto 152, 2017) sobre el que los autores han realizado estudios de fiabilidad (Arruabarrena y De Paúl, 2011, 2012).

Un grave problema profesional a este respecto es el hecho de que no se haya reconocido ninguna especialidad para trabajar en estos equipos. Se están produciendo situaciones en las que profesionales (no sólo los psicólogos, también trabajadores sociales, educadores, etc.) entran a formar parte de estos equipos para sustituciones por bajas u otros motivos, sin tener ninguna formación en este terreno. Encontrarse con un caso grave de maltrato infantil, valorar su nivel de desprotección y hacer propuestas de medidas de protección que pueden ser trascendentales para la vida de los niños y sus familias no se puede hacer sin una formación previa. Debería ser requisito indispensable para trabajar en estos equipos y, en general en los servicios de familia e infancia, disponer de un master que capacite para tan delicadas y complejas tareas.

LOS PSICÓLOGOS DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL DE FAMILIA E INFANCIA EN LOS SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS

A partir de nuestra Constitución, los servicios sociales, como otros sistemas del bienestar pasan a ser competencia de las Comunidades Autónomas. Posteriormente, estas competencias son desarrolladas con leyes de servicios sociales autonómicas, que hoy día cuentan en muchos territorios con su segunda versión. En estas leyes de servicios sociales, aunque con diversa nomenclatura, se ha coincidido en establecer un doble nivel de servicios semejante a lo que ocurre en la sanidad, con un nivel de servicios sociales generales (de atención primaria, de base, comunitarios, etc.) y un nivel especializado por sectores (familia e infancia, personas mayores, discapacidad, etc.). El primero de ellos está gestionado por las administraciones locales y el segundo por las propias administraciones autonómicas (o, en ocasiones, otro nivel de administración como las diputaciones forales en el caso del País Vasco).

El papel de los psicólogos en los servicios sociales comunitarios de familia e infancia, en el ámbito municipal, es relativamente reciente porque éstos no se desarrollan prácticamente hasta finales de los 80. La ley de bases de régimen local de 1985 supuso un gran paso al incluir la obligación de prestar servicios sociales para los ayuntamientos de más de 20.000 habitantes (siendo responsabilidad de las diputaciones la atención en las localidades más pequeñas). Sin embargo, el definitivo impulso vino de la mano del Plan Concertado para las prestaciones básicas en las administra-

ciones locales en 1988. Hasta esa fecha, como hemos expuesto en el apartado anterior, nuestra profesión tiene presencia casi exclusivamente en las instituciones de acogida de menores y solamente realizaban algunas tareas más específicas, como las labores de selección de familias adoptantes vinculadas a los hogares materno-infantiles.

El Plan Concertado definió las prestaciones básicas que deberían ser propias de los centros municipales de servicios sociales y los programas básicos para hacerlas efectivas. En este sentido, se diseñó un programa de "familia y convivencia" que recogía, junto a la ayuda a domicilio, un "tratamiento psico-social de apoyo a la familia" entre cuyos objetivos estaba el reforzar motivaciones para el cambio y elaborar proyectos de educación familiar para desarrollar habilidades que mejorasen la convivencia familiar. Igualmente, se planteaba otro programa denominado de "inserción social" que reunía prestaciones dirigidas a grupos o colectivos en lo que hoy día denominaríamos riesgo de exclusión social (fueron típicas en aquella época las intervenciones destinadas al colectivo de familias gitanas, por ejemplo). De nuevo en este caso se incluían "tratamientos psico-sociales a personas y familias en situación de desarraigo o vulnerabilidad". En el modelo de organización de los centros de servicios sociales que desarrollaría el Plan Concertado (García, 1988) se incluía la figura del psicólogo "especialmente necesaria para llevar a cabo los tratamientos psico-sociales de apoyo familiar y de inserción social" (pág 106).

Fue por tanto con la puesta en marcha de los centros municipales de servicios sociales, prácticamente ya en la década de los 90, con lo que nuestra profesión se integra en las intervenciones familiares comunitarias. De hecho, los psicólogos cada vez más dedicaron sus esfuerzos a los casos de menores en riesgo, tratando de evitar la separación familiar, idea que fue decididamente impulsada por la Ley Orgánica de 1996 al definir el riesgo como situación de obligada intervención. El contar con equipos de psicólogos y educadores sociales que, junto al trabajador social, pueden realizar una intervención interdisciplinar en estas situaciones permitió cumplir con este primer nivel básico de intervención en familia e infancia.

Con el tiempo, lo que era el programa de familia y convivencia fue tomando cuerpo como equipos específicos de intervención familiar en situaciones de riesgo. Una consecuencia negativa de esta especialización en familia e infancia fue que el papel de los psicólogos en las intervenciones de inserción social (que el Plan Concertado contemplaba) con minorías o grupos en riesgo de exclusión social, se redujo significativamente en el ámbito municipal.

Durante la década de los 90 podemos decir que se consolida y se impulsa enormemente el trabajo de los psicólogos en el escalón comunitario de los servicios de familia e infancia. La alta especialización que van requiriendo para trabajar las situaciones de riesgo de desprotección infantil hace que en algunos territorios estos equipos estén ubicados en el ámbito municipal, como personal del ayuntamiento, pero financiados directamen-

te por la comunidad autónoma. Es una forma de garantizar que se cuenta con la intervención en situaciones de riesgo en el ámbito local y que la comunidad autónoma puede dedicar sus esfuerzos fundamentalmente a los casos de desamparo o riesgo muy grave.

Hoy día son muchos los psicólogos que trabajan en este nivel comunitario de familia e infancia, formando equipos como hemos comentado, con educadores sociales y trabajadores sociales para realizar intervenciones familiares. Entre sus tareas habituales, aunque con muchas diferencias según el territorio del que se trate, suelen estar:

- ✓ El desarrollo de programas de prevención de la desprotección infantil (término que utilizamos para abarcar todas las situaciones de maltrato, negligencia, abuso, explotación, etc.). Entre estos programas destacan por su implantación y crecimiento los de habilidades parentales y desarrollo de parentalidad positiva (véase una revisión en el número especial de la revista *Intervención Psicosocial* dedicado al tema, coordinado por Rodrigo, 2016).
- ✓ La detección, investigación y evaluación de situaciones de desprotección en su territorio, valorando su nivel y, por tanto, si es de competencia comunitaria o especializada.
- ✓ Realizar intervenciones en situaciones de riesgo mediante programas de intervención familiar, especialmente cuando se declara formalmente una situación de riesgo, de acuerdo a la modificación de la Ley Orgánica 1/96 de 2015. Estas intervenciones tienen como finalidad mejorar las habilidades de los padres para la educación de los hijos, el apoyo mediante intervención en crisis, el trabajo con adolescentes y padres con graves problemas de relación y conflicto, etc.
- ✓ Apoyar en el nivel comunitario el seguimiento de casos de desprotección que han finalizado medidas de protección especializadas, como la reintegración familiar tras una medida de acogimiento, o de algunos tipos de acogimiento familiar como los que se realizan en familia extensa.

Es precisamente en el desarrollo de las intervenciones familiares de casos de riesgo donde hoy día existen más dudas acerca de la eficacia y eficiencia (relación de costes y resultados). Mientras que en el nivel especializado las medidas de acogimiento residencial y familiar, así como la adopción, cuentan con una monitorización estadística a nivel nacional, publicada por el Ministerio competente en materia de servicios sociales a través de un boletín estadístico, en el nivel comunitario no existen cifras nacionales. Es posible saber cuántos menores de edad se encuentran acogidos o han sido adoptados, incluso con las recientes mejoras introducidas en el boletín, es posible averiguar datos descriptivos de edades, sexo, nacionalidad, etc., todo ello con series temporales de años atrás que permiten evaluar tendencias y cambios.

En el caso de las intervenciones familiares nada de esto es posible, aunque algunos territorios sí puedan dar cifras locales, muchas veces en forma de memorias. En consecuencia, existen escasas posibilidades de detectar tempranamente cambios en las

necesidades de los niños y las familias, analizar en profundidad los perfiles de los casos de riesgo y, sobre todo, de evaluar la efectividad y eficiencia de los programas de intervención familiar.

Esta falta de datos y evaluaciones tampoco permite analizar con qué modelos o enfoques se está interviniendo en los programas de intervención familiar, a pesar de la complejidad que encierran. Los objetivos tienen que ver con aspectos motivacionales, conciencia de cambio (muchas veces para que se asuma la necesidad de acudir a determinados tratamientos o recursos comunitarios o para asumir su propia problemática), habilidades de crianza para las diferentes etapas (cuidado de bebés, niños y sobre todo, conflicto con adolescentes) y destrezas para la organización doméstica. Todo ello puede realizarse mediante diferentes aproximaciones, pero tienen la complejidad añadida de diseñar y distribuir las tareas a realizar por los diferentes profesionales del equipo. El papel de los psicólogos puede variar enormemente de unos programas a otros, desde los que trabajan fundamentalmente diseñando objetivos y estrategias para la intervención con la familia, hasta los que realizan tareas de apoyo psicológico e incluso sesiones de trabajo más terapéutico con los padres y menores que lo requieren.

Lo que sí ha supuesto un gran avance en los últimos años es el desarrollo de programas específicos para el desarrollo de habilidades parentales, como ya hemos comentado anteriormente. Aunque pueden trabajarse en los programas de intervención familiar que se acaban de mencionar, su aplicación más extendida es en los niveles de prevención primaria y secundaria. En este caso, cada programa cuenta con su justificación teórica, su diseño de sesiones y contenidos con las familias e incluso estudios de evaluación de resultados. Dada la crisis que parece existir en cuanto a la educación familiar: los problemas de límites, autoridad, control y el grave problema social de los adolescentes fuera de control de sus padres e incluso que se comportan violentamente con ellos, estos programas parecen tener una función particularmente importante. En cuanto al cuidado de los niños más pequeños, estos programas tienen una finalidad muy destacada para tratar de evitar situaciones de negligencia.

Otro de los avances más prometedores que ha habido en nuestro país en cuanto al nivel comunitario de intervención familiar es la implementación de programas basados en evidencias. Se trata de programas de intervención familiar, muchas veces con un marcado carácter preventivo, con reconocidas evidencias de resultados (mediante estudios experimentales y longitudinales), así como estudios de costes y eficiencia, normalmente elaborados en Estados Unidos (véase una revisión en el especial de la revista de Intervención Psicosocial dedicado al tema y coordinado por De Paúl, 2012) Recientemente se han implantado dos de estos programas en el País Vasco que se encuentran en fase de evaluación (De Paúl, Arruabarrena e Indias, 2015).

En resumen, la intervención social del psicólogo en el ámbito de familia e infancia ha conseguido consolidar su presencia en el nivel comunitario, algo que raramente sucede con el resto de sectores de servicios sociales (discapacidad, personas mayores, etc.) en los que habitualmente los psicólogos trabajan en el nivel especializado. La intervención social comunitaria está muy vinculada a las actuaciones preventivas y en el caso de nuestro ámbito se están llevando a cabo numerosas experiencias con programas específicos de habilidades parentales, incluso basados en evidencias, que son un buen ejemplo.

EL PAPEL DE LOS PSICÓLOGOS EN LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE FAMILIA E INFANCIA

En la introducción hemos comentado que los psicólogos de nuestro sector comenzaron trabajando en las grandes instituciones de acogida de menores (Obra de Protección de Menores, diputaciones, etc.). Desde la reforma legal de 1987, sobre todo con la introducción del acogimiento familiar y la facilitación de los procesos de adopción para casos de abandono o desprotección grave irreversible, los profesionales de la psicología han abierto un campo de trabajo de gran amplitud, en este caso en las entidades públicas competentes en materia de protección infantil (comunidades autónomas normalmente). El trabajo de los psicólogos en adopción es uno de los pocos que cuentan con una norma jurídica que establece la obligatoriedad de realizar un estudio psicológico y su correspondiente informe de idoneidad para las personas candidatas (oferentes, como dice actualmente la ley) para la adopción.

Sin embargo, son muchas las funciones y tareas que los psicólogos desempeñan en los procesos de adopción. Además de la evaluación de idoneidad, los procesos de adopción han incluido en su procedimiento la necesidad de realizar sesiones informativas previas y la formación sobre el propio proceso de adopción y las posibles necesidades de los menores adoptados. Además, y probablemente como el elemento que más atención viene reclamando en los últimos años, estaría todo el trabajo de apoyo post-adoptivo. Derivado de los problemas que se están evidenciando en la crianza y educación de menores adoptados, sobre todo al alcanzar la adolescencia, y que están llevando en una cifra preocupante de casos en que se produce una ruptura de la adopción (Palacios, Jiménez y Paniagua, 2015) y el menor de edad pasa a tener una medida de protección. Sin llegar a este extremo, son muchos los casos que atraviesan importantes dificultades y existe un gran consenso sobre la necesidad de realizar adecuados seguimientos de las adopciones y prestar los necesarios apoyos.

En los programas de adopción los psicólogos han tenido una enorme carga de trabajo con el auge de las adopciones internacionales, sobre todo en la primera década de este siglo, en la que España se convirtió en uno de los países del mundo con más adopciones internacionales. Por un lado, debido a las dificultades para realizar adopciones nacionales (escasísimas) y,

por otro, por las facilidades para realizar adopciones de muchos países latinoamericanos, asiáticos, del este de Europa, etc. Esta fuerte presión para agilizar las numerosas evaluaciones de idoneidad se alivió, al menos parcialmente, por el hecho de que en muchas comunidades autónomas se realizaron, o se habían realizado ya anteriormente, convenios de colaboración con los colegios oficiales de psicólogos de cada territorio para que las valoraciones de idoneidad las llevaran a cabo profesionales colegiados acreditados para esta tarea (haciendo lo mismo con los trabajadores sociales a través de su propio colegio).

Lo que fue una saturación en la demanda de valoraciones de idoneidad en la década anterior ha dado paso a la situación actual de gran escasez de países donde se puedan realizar adopciones internacionales. En cambio, la llegada de un gran número de niños de otros países para su adopción en el nuestro, en muchos casos con experiencias de varios años en orfanatos e instituciones con atención muy deficiente, está ocasionando no pocos problemas de adaptación a las familias, como se ha dicho ya, especialmente en la adolescencia. Este es uno de los retos principales de nuestro sistema de protección en la actualidad (véase una revisión sobre los retos de la adopción en Palacios, 2013).

La otra gran novedad de la reforma legal de 1987 fue la inclusión en nuestro código civil de la figura del acogimiento familiar como alternativa preferente al tradicional acogimiento en centros de acogida. De nuevo se hizo preciso poner en marcha equipos interdisciplinarios en todos los territorios para aplicar una medida de protección que contaba con décadas de implantación en los países más avanzados (particularmente en la cultura anglosajona) y que llegaba con mucho retraso a nuestro país.

Treinta años más tarde el acogimiento familiar está presente en todo el territorio del Estado, aunque con muy importantes diferencias entre unas y otras comunidades (Del Valle, López, Montserrat y Bravo, 2008). Son muchos los psicólogos que se han incorporado a trabajar en esta medida, cuyos requerimientos técnicos son muy elevados cuando se quiere hacer con garantías para los niños y las familias. Al igual que en la adopción, los procesos en los que intervienen los profesionales de la psicología son variados: información, formación, evaluación de la adecuación (equivalente a la idoneidad en adopción), acoplamiento y, sobre todo, el trabajo de seguimiento y apoyo durante todo el acogimiento en la familia. Se debe tener en cuenta que esta medida, de manera bastante generalizada en todas las comunidades autónomas, suele estar gestionada por entidades sin ánimo de lucro y que por tanto es en ellas donde la mayoría de psicólogos realizan su trabajo. No obstante, lo habitual es que sean los acogimientos en familia ajena los que desarrollen estas entidades, mientras que el acogimiento en familia extensa (realizado por familiares o allegados) típicamente se gestiona por la propia Administración, con mucho menos

personal y recursos a pesar de que en España suponen el 70% de todos los acogimientos (Observatorio de la Infancia, 2017). El mensaje que parecen lanzar estas administraciones es claro: este tipo de acogimiento se puede realizar sin grandes esfuerzos de personal ni recursos. Esta creencia se basa en que el acogimiento con familiares con los que el niño ya mantenía vínculos facilita mucho la integración y, por otra parte, los acogedores en este caso tienen una fuerte motivación para prodigar los mejores cuidados.

Lo cierto es que el acogimiento en familia extensa resulta mucho más complejo de lo que parece y muchos de estos acogedores son abuelos con escasos ingresos y con una diferencia generacional, particularmente cuando sus nietos alcanzan la adolescencia, que complica mucho la relación educativa. El apoyo a estos familiares acogedores es uno de los papeles más importantes de los psicólogos en estos programas, tanto en la orientación de pautas educativas como en el trabajo con los propios adolescentes.

No obstante, el reto mayor de los profesionales del acogimiento familiar es conseguir crear una cultura en la que esta modalidad sea reconocida y valorada socialmente, de modo que existan más familias voluntarias dispuestas a realizar los acogimientos en familia ajena. En esta modalidad, todavía las cifras son muy escasas, aunque con importantes diferencias entre territorios. La reforma del marco legislativo realizada en 2015 establece que los niños más pequeños deben estar siempre en acogimiento y para ellos debería incrementarse notablemente el número de acogedores.

Finalmente, por lo que respecta al acogimiento residencial, sigue siendo un tipo de programa en el que son muy numerosos también los psicólogos. En la actualidad esta medida debería reservarse para adolescentes que no pueden o no desean beneficiarse del acogimiento familiar, muchas veces por tener perfiles de trastornos emocionales o conductuales de importancia. Hoy día el 75% de los casos en acogimiento residencial son adolescentes y parece que, con la ayuda de la ley y sobre la base del consenso científico y técnico que ya existía hace muchos años sobre la necesidad de que los niños estén en acogimiento familiar, podría ir convirtiéndose en realidad en los próximos años (siempre que las entidades públicas se esfuerzen en ello).

Si la tendencia es que los casos en acogimiento residencial sean adolescentes, que en sí mismos suponen un reto educativo, y además tienen problemas emocionales y conductuales, se entenderá que el papel de los psicólogos se está volviendo mucho más importante en los últimos años. En este tema, además, se debe establecer una estrecha coordinación entre los psicólogos del servicio de protección y los que se encuentran en el ámbito clínico (para una revisión internacional de la coordinación entre sistemas de salud mental y protección infantil, véase Timonen-Kallio, Pivoriene, Smith, y Del Valle, 2015).

Otro elemento, quizás el más destacado de los cambios ocurridos en acogimiento residencial, es que desde hace más de

una década asistimos a una llegada de menores extranjeros no acompañados en unas cifras que son enormemente preocupantes y que en este último año están colapsando los servicios de muchas comunidades autónomas. Prácticamente todos ellos pasan a estar en acogimiento residencial hasta la mayoría de edad y los retos que plantean son enormes teniendo en cuenta las necesidades de sus procesos adaptativos en idioma, escolarización, cultura, religión, etc.

Sintetizando, los retos de los psicólogos en acogimiento residencial tienen que ver con:

- ✓ El apoyo a los profesionales de los centros de acogida en las pautas educativas en estas edades, el manejo de las dinámicas del grupo de convivencia y la resolución de situaciones altamente conflictivas.
- ✓ La detección temprana de indicadores de trastornos emocionales y conductuales para su derivación a tratamiento. Un reciente estudio (González-García et al., 2017a) muestra que prácticamente el 50% de los adolescentes en acogimiento residencial en España está recibiendo apoyo psicoterapéutico de algún tipo, por lo que la incidencia de estos problemas es muy preocupante.
- ✓ La mejora del rendimiento escolar y la cualificación de estos jóvenes que con mucha frecuencia no completan más que estudios muy básicos con lo que su inserción en el mercado laboral solo les permite acceder a puestos de muy baja cualificación e ingresos. Algunos estudios realizados en España han evidenciado este problema (Montserrat, Casas y Baena, 2015; González-García et al., 2017b), ya muy conocido en otros países de nuestro entorno. En este caso, la coordinación se debe realizar con los psicólogos educativos para implantar programas innovadores de mejora del rendimiento académico mediante uso de nuevas tecnologías, entre otras muchas posibilidades.
- ✓ El trabajo de integración cultural, escolar y laboral de los menores extranjeros no acompañados.

A todo ello cabe añadir un reto muy importante que guarda relación con la reforma legal de 2015. En ella se regula detalladamente un tipo de acogimiento residencial: los “centros específicos para menores con problemas de conducta”, es decir, para aquellos casos en que sus comportamientos hacen muy difícil la convivencia en un hogar de acogida y para los que se establece un programa específico con especiales medidas de intervención. Su ingreso requiere autorización judicial basada en informes psicosociales de profesionales de la protección infantil y claramente excluye a los casos en que exista “enfermedad o trastorno mental” que necesite asistencia específica de los servicios de salud mental. Para empezar, la discriminación entre problemas de conducta y trastornos de salud mental puede constituir todo un reto para los psicólogos implicados en estas evaluaciones. Por otra parte, los profesionales de la protección infantil, situados en el campo de la intervención social, tendrán que disponer de conocimientos de psicología clínica para realizar estos informes. Es-

ta necesidad de acercamiento entre lo social y lo clínico, para algunos profesionales de servicios concretos como el acogimiento residencial, es algo que se viene reclamando con fuerza desde hace años. En el caso de estos centros específicos de problemas de conducta creemos que un psicólogo que no pierda de vista ni el enfoque psicosocial, ni el clínico, puede realizar aportaciones de mucho valor. Por el contrario, si solo se tiene una de las dos perspectivas tendrá unas limitaciones muy importantes.

Es necesario, ante todo, que los profesionales de la psicología del sector de familia e infancia mantengan la identidad y el posicionamiento teórico en la intervención social, analizando y tratando de modificar los elementos contextuales, ecológicos, de relación y apoyo social, etc. Sin embargo, las necesidades de niños y jóvenes en acogimiento residencial vienen muy determinadas por los trastornos del desarrollo, emocionales y conductuales, consecuencia de las serias experiencias adversas vividas en su familia. Para intervenir en estos casos (la mitad al menos de los que se encuentran en acogimiento residencial) los psicólogos tienen que tener conocimientos básicos de la clínica infanto-juvenil, tanto para poder hacer evaluaciones e informes como los que se mencionan más arriba, como para orientar el tratamiento psico-socio-educativo de los menores en acogimiento residencial en general y en los centros específicos en particular.

Abundando en esta idea de la complementariedad de conocimientos del psicólogo en este sector, es evidente que no se puede trabajar con infancia sin una sólida base de psicología evolutiva o del desarrollo. Muchos de los informes que los psicólogos de este ámbito deben presentar para tomar medidas de graves consecuencias para la vida de los niños y sus familias tienen que ver con la evaluación del vínculo afectivo entre niños y padres, y ello referido a bebés, niños o adolescentes. Difícilmente podrán realizarse evaluaciones rigurosas de este y otros aspectos sin un sólido conocimiento de las etapas del desarrollo infantil y sus necesidades.

Otro de los aspectos novedosos y muy esperados de la reforma legal de 2015 es el reconocimiento de la necesidad de ayudar a los jóvenes para su transición a la vida adulta al cumplir los 18 años. Aunque al cumplir la mayoría de edad las medidas de protección cesan por estar destinadas a menores de edad, también es cierto que normalmente estos jóvenes no tienen posibilidades de lograr una independencia de manera inmediata. Muchas administraciones, de hecho, establecían diferentes tipos de ayudas para estos jóvenes que cumplieran la mayoría de edad estando, sobre todo, en acogimiento residencial. El problema es que, al no haber una norma que obligara a la continuidad de servicios, las diferencias entre territorios eran enormes y dependían de la sensibilidad de cada gobierno autónomo. Debe mencionarse aquí el gran esfuerzo pionero que la Generalitat de Cataluña hizo ya en el año 2010 con su Ley de Derechos y Oportunidades de la Infancia y la Adolescencia (aunque los servicios ya habían comenzado incluso an-

tes) para garantizar una serie de servicios para estos jóvenes que incluían las prestaciones económicas y los apoyos psicológicos, jurídicos, formativos, laborales y de vivienda. La reforma de 2015 incluye un artículo que obliga a las entidades públicas a prestar apoyo a la transición, con programas de preparación desde los 16 años y con servicios que prácticamente son los mismos que se acaban de comentar de la ley catalana.

Una importante línea de trabajo, por tanto, sería la preparación de los jóvenes a partir de los 16 años tratando de que adquieran habilidades para la vida autónoma y para ello se han publicado algunos programas como el Umbrella (Del Valle y García-Quintanal, 2006) que ha sido modernizado y actualizado en un nuevo proyecto denominado PLANEA (Del Valle y García-Alba, en prensa) que utiliza la plataforma de Internet y las nuevas tecnologías. Es realmente muy injusto que en la sociedad española los jóvenes tarden muchos años en independizarse de sus familias, llegando un gran porcentaje a permanecer en ellas hasta la treintena y, en cambio, estos jóvenes vulnerables tengan que realizar ese proceso "acelerado y comprimido" de manera casi inmediata al cumplimiento de la mayoría de edad. Pero dada esta situación, al menos cabe volcar los esfuerzos y recursos necesarios para apoyar este difícil reto (véase una revisión en López, Santos, Bravo y del Valle, 2007).

ALGUNAS CONCLUSIONES

En el momento de escribir de escribir este artículo, el sector de la intervención social en familia e infancia está viviendo un momento de grandes cambios y revisiones, debido a la importante reforma jurídica realizada en 2015. El desarrollo legal de las situaciones de riesgo y su abordaje, es ahora mucho más detallado y más formal, por lo que tendrá claras implicaciones en el trabajo de los psicólogos del nivel comunitario o de servicios sociales generales. Igualmente, en el nivel especializado algunas innovaciones van a suponer importantes retos para los equipos profesionales. Uno de ellos es la posibilidad de poner en marcha acogimientos familiares profesionalizados, por ejemplo, para casos que hoy día son muy difíciles de ser admitidos por las familias voluntarias, pero que requerirán un apoyo psicológico muy cercano.

La reforma legal también introduce un tema muy delicado como es la posibilidad de realizar adopciones abiertas, es decir, en las que el menor adoptado puede mantener contacto con su familia de origen y que igualmente requerirá evaluaciones muy rigurosas y un seguimiento estrecho.

Otro tanto cabe decir de la obligación que la ley establece para prestar apoyos a los jóvenes que cumplen la mayoría de edad estando con medidas de protección, para los cuales se abre un amplio abanico de intervenciones, tanto en términos de capacitación y habilidades para la vida independiente como de prestaciones concretas en necesidades como vivienda, formación, inserción laboral, etc. Esto abre espacio a un tipo de trabajo muy diferente del tradicional que se dirigía a las

etapas de desarrollo de la infancia y adolescencia, ya que el trabajo necesita continuarse en algunos casos por encima de los 21 años.

Por otra parte, la introducción del acogimiento residencial específico para problemas graves de conducta supone un reto que tendrá que saber conjugar el respeto a los derechos de los menores con una intervención altamente estructurada y controlada. Para ello se requiere introducir modelos acreditadamente eficaces para un tratamiento psicosocial, siguiendo algunos buenos ejemplos de lo que internacionalmente se ha llamado "therapeutic residential care" (Véase una revisión en Whittaker, Del Valle y Holmes, 2015).

No se puede cerrar esta revisión sin una llamada más a la necesidad de trabajar la prevención, muy frecuentemente olvidada y relegada. Los prometedores programas de habilidades parentales que hemos comentado y que están arraigando en muchas comunidades, así como los ejemplos de introducción de programas internacionales basados en evidencias, nos permiten ser optimistas al respecto.

Por último, desde el ámbito universitario hay que lamentar que no se estén desarrollando más másteres de calidad para preparar a los psicólogos en la intervención social en familia e infancia. Si bien el nuevo diseño de la educación superior en Europa deja claro que la formación profesionalizante y especializada tiene que desarrollarse a través de este nivel de master, son muy pocos los que existen que sean específicos para intervención en familia e infancia, a pesar de que en esta revisión hemos podido repasar la variedad, complejidad y grave responsabilidad que entraña el trabajo en este sector. Las condiciones que ponen las universidades para la creación de los estudios de master, con presupuestos que no permiten prácticamente tener profesores expertos de otras universidades o entidades, está llevando a que sean muy pocos los que en la actualidad existen. Probablemente se requiera que desde nuestro colegio profesional se pueda ofrecer algún tipo de colaboración para impulsar esta formación tan necesaria, como históricamente se venía haciendo.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

REFERENCIAS

- Arruabarrena, I. y De Paúl, J. (2011). Valoración de la gravedad de las situaciones de desprotección infantil por los profesionales de los Servicios de Protección Infantil. *Psicothema*, 23, 642-647.
- Arruabarrena, I. y De Paúl, J. (2012). Improving accuracy and consistency in child maltreatment severity assessment in child protection services in Spain: New set of criteria to help case-workers in substantiation decisions. *Children and Youth Services Review*, 34, 666-674.
- De Paúl, J. (2012). Comentario Editorial. Programas Basados en la Evidencia para Menores, Jóvenes y Familias: Introduc-

- ción al Número Especial. *Psychosocial Intervention*, 21(2), 113-115.
- De Paúl, J., Arruabarrena, I., y Indias, S. (2015). Implantación piloto de dos programas basados en la evidencia (SafeCare e Incredible Years) en los Servicios de Protección Infantil de Gipuzkoa (España). *Psychosocial Intervention*, 24, 105-120.
- Decreto 152 (2017) *Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo y desamparo en los Servicios Sociales Municipales y Territoriales de Atención y Protección a la Infancia y adolescencia en la Comunidad Autónoma del País Vasco (Balora)*. Bilbao: 9 de mayo de 2017. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/y22-bopv/es/bopv2/datos/2017/07/1703625a.pdf>
- Del Valle, J.F. y García-Alba, L. (en prensa). *Manual de aplicación del programa PLANEA para el desarrollo de habilidades para la vida independiente*. Oviedo: Nieru.
- Del Valle, J.F. y García Quintanal, J.L. (2006). *Umbrella, habilidades para la vida*. Oviedo: ASACI. Edición en CD.
- Del Valle, J.F., López, M., Montserrat, C. and Bravo, A. (2008). *El acogimiento familiar en España. Una evaluación de resultados*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- García, G. (1988). *Los centros de servicios sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- González-García, C., Bravo A., Arruabarrena, I. Martín, E., Santos, I., y Del Valle, J.F. (2017a). Emotional and behavioral problems of children in residential care: Screening detection and referrals to mental health services. *Children and Youth Services Review*, 73(1), 100-106. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.12.011>
- González-García C, Lázaro-Visa S, Santos I, del Valle JF, and Bravo A (2017b) School functioning of a particularly vulnerable group: Children and young people in residential child care. *Frontiers in Psychology*. 8:11116. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01116
- López, M., Santos, I., Bravo, A. y Del Valle, J.F. (2013). El proceso de transición a la vida adulta de jóvenes acogidos en el sistema de protección infantil. *Anales de Psicología*, 29(1), 187-196. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.130542>
- Martínez, R. A. (2009). *Programa-Guía para el desarrollo de competencias emocionales, educativas y parentales*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: <http://www.observatoriodelainfancia.mssi.gob.es/productos/pdf/programaGuiaDesarrolloCompetencias.pdf>
- Moreno-Torres, J. (2015). *Modificación del sistema de protección a la infancia y adolescencia*. Málaga: Save the Children. Disponible en: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/modificacion_del_sistema_de_proteccion_a_la_infancia_y_a_la_adolescencia.pdf
- Montserrat C., Casas F., Baena M. (2015). *La educación de Niños, Niñas y Adolescentes en el Sistema de Protección: ¿Un Problema o una Oportunidad?* Cataluña: Documenta Universitaria.
- Observatorio de la Infancia (2017). *Boletín estadístico de medidas de protección a la infancia (nº 19)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Palacios, J. (2009). La adopción como intervención y la intervención en adopción. *Papeles del Psicólogo*, 30(1), 53-62.
- Palacios, J., Jiménez, J. y Paniagua, C. (2015). *Rupturas en adopción y acogimiento familiar en Andalucía. Incidencia, factores de riesgo, procesos e implicaciones*. Informe inédito. Sevilla, España: Universidad de Sevilla.
- Timonen-Kallio, E., Pivoriene, J., Smith, M., y Del Valle, J.F. (2015). *On the borders between residential child care and mental health treatment in Europe*. Turku: Turku University of Applied Sciences.
- Rodrigo, M.J. (2016). Calidad de la implementación de los programas de parentalidad basados en evidencias positivas en España: Introducción al número especial. *Psychosocial Intervention* 25, 63-68.
- Trenado, R., Pons-Salvador, G. y Cerezo M.A. (2009) Proteger la infancia: Apoyando y asistiendo a las familias. *Papeles del Psicólogo*, 30(1), 24-32.
- Whittaker, J., Del Valle, J.F., y Holmes, L. (2015). *Therapeutic residential care for children and youth. Exploring evidence-informed international practice*. London: Jessica Kingsley.

LA PSICOLOGÍA FRENTE A LA CALIDAD DE VIDA Y LA INCLUSIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL O DEL DESARROLLO

PSYCHOLOGY DEALING WITH THE QUALITY OF LIFE AND SOCIAL INCLUSION OF PEOPLE WITH INTELLECTUAL OR DEVELOPMENTAL DISABILITIES

Javier Tamarit Cuadrado

Plena inclusión¹

Desde una perspectiva narrativa participativa se describen procesos de avance desde hace cincuenta años hacia la mejora de la calidad de vida y los derechos de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, y el avance hacia una plena inclusión social. Estos procesos conllevan también en el curso del tiempo otros procesos de redefinición y transformación de los servicios de apoyo y de los roles profesionales de psicólogos y psicólogas. En este escenario, se va siendo consciente de que los campos tradicionales de la Psicología no son los más apropiados para las funciones que los nuevos modelos de apoyo requieren. La Psicología de la Intervención Social puede ser un elemento importante para avanzar en la construcción de apoyos y recursos para la calidad de vida y la inclusión social de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo.

Palabras clave: Discapacidad intelectual. Discapacidades del desarrollo. Inclusión social. Calidad de Vida. Transformación de rol. Psicología de la Intervención Social.

Based on a participatory narrative perspective, processes are described of the last fifty years' progress towards the improvement of the quality of life and the rights of people with intellectual or developmental disabilities and towards full social inclusion. These processes also involve, in the course of time, other processes of redefining and transforming the support services and the professional roles of psychologists. In this context, it is becoming evident that the traditional fields of psychology are not the most appropriate for the functions that the new support models require. The psychology of social intervention can be an important element for progress in the construction of support and resources for the quality of life and social inclusion of people with intellectual or developmental disabilities.

Key words: Intellectual disability, Developmental disabilities, Social inclusion, Quality of life, Role transformation, Social intervention psychology.

“¿Qué es eso, mamá?” La ciudad, al otro lado del río, no se había aún expandido por donde, a principios de los años sesenta, íbamos dando un paseo. Los sonidos que llegaban estaban a medio camino entre risas, gritos y quejidos. Un poco más adelante, en las ventanas altas y enrejadas de un edificio en medio de la soledad del páramo asomaban brazos y piernas, entre telas blancas, de personas –apenas se atisbaban sus caras– que eran quienes proferían esos sonidos. “No te preocupes, hijo, no pasa nada, son los locos del manicomio.” En ese paisaje social de mi infancia tampoco era extraño ver mendigando o pidiendo limosna a las puertas de las iglesias, a personas a las que les faltaba un miembro o que tenían serios problemas físicos o sensoriales y de movilidad.

Recibido: 23 marzo 2018 - Aceptado: 30 abril 2018

Correspondencia: Javier Tamarit Cuadrado. Avda. General Perón, 32. 28020 Madrid. España. E-mail: jtamarit@cop.es

.....

¹ <http://www.plenainclusion.org>

Las personas adultas con discapacidad intelectual, al menos algunas de ellas, acababan en esos años, cuando sus familias no podían atenderles, en las salas más aisladas de esos edificios llamados manicomios o en otras grandes instituciones también alejadas de la vida cotidiana. Esto no solo ocurría en España. Robert Martin, actualmente Experto Independiente del Comité de las Naciones Unidas sobre la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, expresaba recientemente (Martin, 2017):

Vivir en una institución me enseñó que yo era un don nadie - que mi vida realmente no importaba. Muchos de mis amigos vivieron conmigo en las instituciones, y muchos murieron allí. Sus nombres no están en ninguna tumba. Viviendo en una institución, me di cuenta de que en realidad estaba siendo castigado por lo que era (p. 7).

Robert Martin es una persona con discapacidad intelectual fruto de un daño cerebral en el momento de su nacimiento en 1957, vivió su infancia y adolescencia en hospitales psiquiátri-

cos y otras instituciones de las que, ya de adulto, denunció prácticas de abuso que llevaron a su cierre.

Desde la segunda mitad de los años cincuenta, un grupo de padres de diferentes ciudades de España habían comenzado a unirse para poder dar alguna respuesta a sus hijos e hijas con discapacidad intelectual, para evitar esa situación de institucionalización. A través de anuncios en los periódicos locales convocaban a reuniones a otras familias que tuvieran “hijos subnormales” para, juntos, poder dar alguna respuesta a sus deseos de una vida mejor para ellos. Esos padres querían que esos niños y niñas tuvieran una educación similar a la que recibían sus otros hijos e hijas sin discapacidad, pero la ley, además de prohibirles asociarse —eran tiempos de dictadura—, no permitía a los maestros y maestras, bajo pena, atender en sus clases a niños y niñas que no fueran “normales” (López, 2014). De hecho, algunos colegios, entre ellos al que yo asistía, dejaron alguno de los espacios más alejados del centro para que comenzaran allí una educación especial, pero solo temporalmente mientras sus familias conseguían tener un centro propio. Un buen día, en esos mismos tiempos en los que descubría el manicomio, a tres compañeros y a mí mismo (cada día tocaba a un grupo diferente) nos llevaron hasta el final de un pasillo por el que nunca íbamos, a compartir la mañana con un aula con cuatro niños que hasta entonces no habíamos visto y que a partir de ese día para nosotros tenían ya nombre propio. Realmente una práctica adelantada a su tiempo y una curiosa paradoja que ahora estemos en procesos de aulas específicas dentro de centros ordinarios.

Esas familias que empezaron a asociarse y a construir recursos para esos niños y niñas con discapacidad intelectual, con apenas ningún medio ni ayuda y en un entorno sociocultural de actitud en muchas ocasiones hostil, estaban, sin saberlo, haciendo historia, transformando la sociedad. Resulta extraño, a día de hoy, entender las duras condiciones sociales y culturales que tenían que afrontar, originadas, no necesariamente conscientes de ello, por sus propios convecinos e incluso por familiares, por el mero hecho, por ejemplo, de atreverse a salir a la calle con su hijo o hija “subnormal”, cuando lo esperado socialmente era que mejor esas situaciones se “escondieran” en casa o en una institución. Esas familias pioneras, valientes, luchadoras, iniciaban un camino, aún inacabado, para lograr la inclusión social de todas las personas que se veían entonces no ya solo excluidas sino en ocasiones directamente recludas de por vida para el “bien” de la sociedad. Y en ese camino no tardó mucho en incorporarse la figura profesional de la Psicología.

Jack Tizard, psicólogo neozelandés afincado en Inglaterra, fue una de las figuras pioneras de nuestra profesión en ver de otra manera la situación de las personas con discapacidades del desarrollo. En agosto de 1964 se celebró en Copenhague un Congreso Internacional sobre el Estudio Científico del Retraso Mental y allí señaló Tizard (1964) el

día a día de niños y niñas en salas de hospitales, con hasta 50 camas cada una, que eran pasados de mano en mano por diferentes profesionales del hospital que raramente establecían relación o desarrollaban actividades de juego o educativas con ellos, limitándose a realizar las tareas de vestido, higiene, comida, baño... como se haría en una línea de montaje. La actividad del equipo profesional de enfermería, también la del resto de servicios, con los niños y niñas era de mera observación pasiva que no generaba ninguna consecuencia salvo en el caso de situaciones de no cumplimiento de las normas y la disciplina. Tizard denunciaba ante sus colegas de todo el mundo esta situación, lamentando que esos niños y niñas fueran tratados como objetos, sin ningún tipo de programa ni de expectativa de avance en sus diferentes condiciones “médicas”. En ese tiempo, el interés de los profesionales se centraba en su inmensa mayoría en la descripción de nuevos síndromes o en descubrir y revelar nuevas características biológicas. Era inusual esa mirada de Tizard sobre el bienestar personal y social, esa denuncia de condiciones de máxima institucionalización que claramente en su opinión no procuraban ninguna oportunidad de desarrollo ni actual ni futuro a los niños y niñas que allí se encontraban.

De alguna forma se comenzaba a vislumbrar en esos años sesenta un primer cambio de paradigma en los modelos de conocimiento e intervención en el campo de las discapacidades del desarrollo. Se iniciaba el paso de un modelo institucional basado en modelos clínicos y biologicistas a un modelo de integración (no aún de inclusión, derechos y plena ciudadanía) (Bradley, 1994) en el que se consideraba que la persona no estaba enferma, que podía aprender habilidades básicas para funcionar mejor en su día a día, un modelo en el que el poder en la toma de decisiones sobre la práctica a desarrollar dejaba de estar exclusivamente en manos clínicas y pasaba a estar en los equipos de profesionales de la psicología, la pedagogía, el trabajo social. También coincidía que los conocimientos y recursos de intervención derivados de la teoría del aprendizaje comenzaban a ser considerados como herramientas válidas para favorecer la educación y el progreso del colectivo de personas con discapacidad intelectual u otras discapacidades del desarrollo, tales como el hoy denominado Trastorno del Espectro del Autismo. Pero, si bien emergía esa corriente “educadora/rehabilitadora”, alejando la mirada “terapéutica”, la realidad en los servicios de atención a este colectivo de personas todavía tenía incrustadas señales de una cultura clínica, así se observa por ejemplo en las denominadas “historias clínicas” (aún hoy existen) y en propuestas de intervención que sueldan el sufijo “-terapia” a sus nombres.

Y así este territorio social y cultural es el que espera en nuestro país a la incorporación de psicólogos y psicólogas que quieren orientar su profesión en el campo de la discapacidad. En los años setenta y ochenta, en que emerge en España un

poderoso compromiso social y político en la Psicología como una profesión comprometida además de con el bienestar de las personas con la transformación social, se produce una eclosión, fruto de los esfuerzos y del activismo de las ya numerosas asociaciones de familiares que se expanden por gran parte del país, de servicios especializados (Centros de Educación Especial, Centros Ocupacionales, Centros de Día, Residencias, Atención temprana...) que requieren para su actividad profesionales de muy diversas disciplinas, entre ellas la Psicología. Paradójicamente, de forma muy generalizada, en las Facultades españolas de Psicología, brillaba por su ausencia el conocimiento sobre las diversas discapacidades y los modelos de intervención más apropiados para abordar su intervención. No es extraño, pues, que en un momento en que la Psicología parece solo existir entre las fronteras de lo educativo, lo clínico y lo organizacional, el conjunto de profesionales que tiene que empezar a ejercer sus actividades, desde un poderoso compromiso profesional y con la mejor de las voluntades, se incline naturalmente por lo clínico y se centre especialmente en la patología, en los procesos de funcionamiento humano limitado y en cómo hacer para aumentar las competencias personales y/o reducir las conductas que pueden interferir con el desarrollo de esas competencias. Lo cual, en esos momentos, dicho sea de paso, era ya crear una expectativa de vida mejor para las personas con discapacidad del desarrollo que hasta muy poco antes eran consideradas no educables, y en un grupo de ellas con más necesidades ni siquiera "entrenables".

Pero a finales del siglo XX iba a surgir otro cambio de paradigma. Eran tiempos en que en gran parte del mundo las personas con discapacidad (generalmente aquellas que presentaban una discapacidad física sin afectación en su funcionamiento intelectual o adaptativo) expresaban públicamente su opresión y luchaban contra ella para hacer ver a la sociedad que su discapacidad no estaba ceñida a su déficit, sino que en gran medida era una construcción social y cultural que les condenaba a la exclusión y a la discriminación. La lucha por los derechos de las personas con discapacidad, siendo ellas mismas las protagonistas y demandando el poder que les corresponde para diseñar su propio proyecto de vida, tuvo efectos en las esferas académicas y profesionales, que empezaron a fortalecer la idea de que la discapacidad no era algo que la persona fuera ("discapacitada") sino que emergía en los procesos cotidianos de interacción entre una persona que tiene ciertas limitaciones en su funcionamiento (ya sean de carácter intelectual, social, físico, sensorial...) y el entorno en el que vive. Por tanto, además de iniciar un cambio sustancial en el relato ("persona con discapacidad"), las propuestas que se derivaban desde estos planteamientos para la intervención eran ya algo más que las centradas en el déficit, en el trastorno, y se abrían en abanico a propuestas de intervención en el entorno, a aumentar las oportunidades de las personas para una participación efectiva y sin barreras en todos los ámbitos

normales de la vida cotidiana. En 1992 la entonces denominada Asociación Americana sobre el Retraso Mental (Luckasson y cols., 1992) presentan la nueva conceptualización sobre la hoy denominada Discapacidad Intelectual. Entre otras revolucionarias consideraciones, abre la puerta al concepto de apoyos, como el elemento esencial (sin olvidar las competencias, y añadiendo las oportunidades) para planificar y desplegar la intervención. Una intervención centrada en cada persona que se basa en un axioma esencial: toda persona puede progresar si cuenta con el apoyo adecuado, de forma que si una persona no avanza en sus competencias y en su funcionamiento en el día a día, ya no nos podíamos escudar en las limitaciones que generaba el déficit o trastorno concreto sino que interpelaba directamente a nuestra acción profesional "¿Qué debemos hacer para que la persona progrese?". Además, antes de que naciera formalmente la Psicología Positiva, alerta de considerar no solo las limitaciones de una persona sino también sus fortalezas.

Esta nueva narrativa de la discapacidad intelectual se vincula en muy poco tiempo con la narrativa de la calidad de vida como misión esencial de las intervenciones profesionales (Schallock y Verdugo, 2003), una calidad de vida que tiene componentes subjetivos y objetivos, y que, aun siendo considerado un concepto universal, está mediado también por componentes culturales. Es interesante notar cómo en alguna de las definiciones empleadas de calidad de vida se inserta ya la necesidad de la adhesión a los derechos humanos (Wallander, Schmitt y Koot, 2001, p. 574. Citado en Sabej y cols. 2009); la calidad de vida es, para estos autores, la "combinación del bienestar objetivo y subjetivo en múltiples dominios de vida considerados de importancia en la propia cultura y tiempo, siempre que se adhiera a los estándares universales de los derechos humanos" (p. 11). Faltaban pocos años para que eclosionara el paradigma de los derechos de las personas con discapacidad, expresado en la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, a la que nuestro país se adhirió de forma plena (Boletín Oficial del Estado, 2008).

Y, también en esos inicios del siglo actual, comienza, por la propia organización que creó el cambio de paradigma (Luckasson y cols., 2002), a hablarse de la necesidad de repensar el rol profesional, fruto de las transformaciones generadas (Tabla 1).

Esta propuesta muestra de pleno al conjunto de los profesionales en este ámbito la necesidad urgente de reflexión sobre la transformación de su rol. Transformación, porque se trata de la emergencia de una nueva "cultura" profesional, no es cuestión simplemente de mejorar el rol existente. En definitiva, ante la emergencia de esta nueva concepción centrada en la persona y en su bienestar, donde el poder para la toma de decisiones sobre su vida reside en la propia persona y donde el éxito de las intervenciones se debe valorar en relación al logro de resultados personales valorados y significativos para cada persona,

ya la cultura profesional centrada en el déficit empieza a dejar de tener sentido. Y esto señala de forma especial a la Psicología.

Bushe y Marshak (2016) señalan tres procesos centrales transformacionales para el éxito de una transformación cultural: emergencia, narrativa y generatividad. Hablan de emergencia cuando se introduce en la cultura establecida una perturbación que desmorona los patrones anteriores de relaciones y actividad; en este caso la perturbación vino de la mano de una nueva conceptualización de la discapacidad y de las voces cada vez más altas de las propias personas con discapacidad, exigiendo modelos de intervención centrados en la calidad de vida y en igualdad de oportunidades que el resto. La nueva narrativa (apoyos, calidad de vida, autodeterminación, inclusión, vida plena, dignidad...) se contrapone con la anterior, organizada alrededor de conceptos como déficit, trastorno, patología, aislamiento, terapia. En cuanto a la generatividad, se refiere a la introducción de imágenes generativas, símbolos de la nueva situación que se enfrentan a los símbolos e imágenes de la cultura hasta entonces imperante; así, frente a imágenes que expresan soledad institucional, síndromes y sus características, imágenes que se centran en la patología, pruebas de inteligencia, historias clínicas..., se introducen imágenes de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo en la comunidad, contribuyendo al bienestar de otros (por ejemplo, a través de acciones de voluntariado), viviendo de forma independiente, formando familias, disfrutando de ocio, participando de la vida pública... En este sentido, por tanto, comienza a inocularse en la cultura previa una nueva cultura que va a exigir inexorablemente un nuevo rol profesional.

Y en ese proceso de aparición de nuevo rol también se detectan esos procesos centrales transformacionales (emergencia, narrativa, generatividad); se originan emergencias que perturbaban lo establecido (por ejemplo, la necesidad de abordar in-

tervenciones en contexto natural frente a las intervenciones centradas en los despachos; la necesidad de valorar las necesidades de apoyo, la calidad de vida frente / junto a las valoraciones centradas en la inteligencia y las habilidades); se generan nuevas narrativas (el empoderamiento, el bienestar emocional, la inclusión social...); y se producen nuevas imágenes y símbolos (por ejemplo, dejar a un lado los símbolos tradicionales de despacho clínico, por ejemplo el símbolo de las "batas blancas", pasando a contextos de "mesa redonda", en procesos de igualdad de participación, orientados a generar modelos de relación colaborativos y en simetría). Realmente suponía un proceso complejo de transformación, pues cuando tras unos años duros de construir funciones y rol para atender las necesidades de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, percibiendo poco apoyo del colectivo de la Psicología, se comienza de nuevo a desmoronar lo construido y nos encontramos en un nuevo proceso de determinación de nuestro rol.

Merece la pena señalar también que se había venido dando un nuevo escenario en un grupo importante de colegas, especialmente quienes más habían luchado por avanzar en la profesión en este ámbito, formándose, participando en grupos de trabajo e innovación que ya iban incorporando los modelos emergentes; modelos en los que han sido y siguen siendo un apoyo fundamental las propuestas de conocimiento y recursos promovidas por el INICO, Instituto de Integración en la Comunidad de la Universidad de Salamanca, bajo el liderazgo del Profesor Miguel Ángel Verdugo, primer Catedrático en España sobre Discapacidad. Ese escenario era, fruto del desarrollo de nuevos servicios en todo el país, el de la necesidad de personas cualificadas para la dirección de servicios y organizaciones. Y allí entraron colegas que, si bien eran competentes para abordar la intervención considerada más adecuada para las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, aún con los modelos de la época, y habían demostrado compromiso e innovación (quizá por ello entraron), no tenían la preparación requerida para manejar procesos de gestión y liderazgo de equipos en servicios y organizaciones cada vez más complejas. Así tenemos la paradoja que colegas nuestros, con una importante participación en la construcción colectiva de la profesión en este campo, se vieron en un péndulo incierto en sus itinerarios profesionales, que les llevaba, sin ser muy conscientes de ello, desde la Psicología Clínica a la Psicología de las Organizaciones, cuando ni una ni otra eran las que consideraban que contemplaban los conocimientos y recursos necesarios para el ejercicio de su misión profesional, cada vez más orientada a la calidad de vida, el bienestar personal en contextos de bienestar social y la inclusión social de las personas para las que trabajaban.

Como antes se indicó, el acuerdo prácticamente mundial alrededor de la Convención de los derechos de las personas con

TABLA 1
ROLES PROFESIONALES
(LUCKASSON Y COLS., 2002, PÁGINA 198 DE LA EDICIÓN ESPAÑOLA)

Rol planificador	Responsable de analizar los servicios que busca la persona y ayudarle a desarrollar un plan para lograr el resultado deseado.
Rol de recurso comunitario	Responsable de conocer los recursos de la comunidad con objeto de ayudar al individuo a acceder y obtener apoyos naturales y por parte de los servicios.
Rol consultor	Responsable de implicarse en una relación de asesoramiento con la persona y de ofrecerle recomendaciones basadas en su conocimiento y experiencia.
Rol técnico	Responsable de mantenerse al día en ayudas técnicas y en estrategias para asegurar la adquisición y el mantenimiento de habilidades.

discapacidad (Organización de las Naciones Unidas, 2006) trajo definitivamente la urgencia de la transformación de servicios (Tamarit, 2015), demandada desde esos derechos –logrados principalmente por la lucha activa de las propias personas con discapacidad y sus representantes en todo el mundo– pero también desde el conocimiento científico derivado del paradigma de apoyos y de calidad de vida. Además, consecuentemente arrojó la urgencia de la transformación de rol profesional, exigiendo indirectamente un rol más activista en el conjunto de profesionales, de forma que se evidenciara, junto a su conocimiento, su compromiso con la defensa de esos derechos, con ponerse al lado de la persona, constituyendo una verdadera alianza humana en igualdad y en colaboración, frente a los estilos previos más cercanos a la división sutil entre el “nosotros” (los profesionales) y “ellos” (las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo). Esto suponía la emergencia de la ética en la arena de la intervención profesional.

En la última edición de la Asociación Americana sobre Discapacidades Intelectual y del Desarrollo - AAIDD (Schalock y cols, 2010), emerge el debate entre la visión de la acción profesional desde la perspectiva del neoliberalismo frente a la visión desde la perspectiva del profesionalismo (Reinders, 2008). Este proceso emergente es crítico para avanzar en la aplicación profunda del modelo de calidad de vida y el modelo de apoyos y en la construcción de un rol diferente. Una de las cuestiones principales planteadas es esa función de defensa y activismo en nuestra acción profesional. Podríamos decir que frente a un rol “leal” a la organización se impone un rol “leal” a la defensa de los derechos y dignidad de la persona a la que se apoya, defensa acompañada del conocimiento preciso basado en la evidencia y en la ética. También desde la AAIDD se propugna que los equipos y las organizaciones deben plantearse una transformación organizacional, alejando propuestas jerarquizadas verticales y avanzando hacia propuestas horizontales con equipos autogestionados que cuenten con el conocimiento necesario y con un fuerte anclaje en valores y en los derechos. En este escenario, el rol de las psicólogas y psicólogos se debe orientar al fortalecimiento y supervisión positiva de los equipos de apoyo directo, estando a su lado en los contextos naturales, alejándose así de los despachos. A su vez, debe asegurar el empoderamiento de las personas a las que se ofrece un sistema de apoyos y colaborar en la construcción de una comunidad más justa e inclusiva.

¿Cómo debería entenderse, desde esta perspectiva, la excelencia profesional? Yo he planteado una fórmula que aúna la Ética (deber ser), la Técnica (saber hacer) y la Empatía (saber estar) (Tamarit, 2005). Autores como Gardner (2011) lo plantean desde la perspectiva de aunar la Excelencia, la Ética y la Estimulación (la participación o implicación). También otros autores (Wilson y cols., 2008) señalan la relevancia de la ética en la construcción de una buena práctica profesional. De forma similar, Rappaport (2005) plantea que el papel de la cien-

cia no debe limitarse a ser ciencia sino que debe ser algo más que ciencia, incluyendo conciencia crítica que permita la construcción de una sociedad mejor, esto es, un profesional debe implicarse, tomar conciencia de la situación en la que se encuentra la persona a la que apoya y situarse a su lado. Finalmente, Reinders (2010) plantea que para una excelente prestación del cuidado es necesario el establecimiento de relaciones de alta calidad entre el profesional y la persona a la que apoya.

El proceso de intervención en el campo de apoyo a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo incluye muchos momentos de elevada incertidumbre (aquella que precisamente busca aminorar la práctica basada en la evidencia) en la que el profesional no tiene, en gran medida porque quizá no exista aún, el conocimiento preciso sobre cómo actuar y sin embargo está urgido a hacerlo, desde la responsabilidad que emana de la ética profesional. Schwartz y Sharpe (2006) señalan que los problemas complejos se dan en gran medida en condiciones particulares, en los que las reglas y las normas que puedan existir, aun siendo útiles, no son siempre la respuesta suficiente (se requiere también buen juicio) a circunstancias de complejidad como las que se expresan, en muchas ocasiones, en la relación continuada entre profesionales y personas con discapacidades del desarrollo. En estas situaciones debe haber, comentan, un sistema de decisión ejecutivo (*frónesis*) que asegure hacer las cosas correctas, en el modo correcto y en el momento correcto. Esos autores señalan la sabiduría práctica como la que puede ofertar una mejor respuesta. La sabiduría práctica no solo posibilita saber lo que es correcto hacer sino que impele a querer hacerlo; no habría sabiduría práctica si solo se sabe lo que se debe hacer pero se carece de voluntad de hacerlo.

Con estos planteamientos, el rol de quienes ejercen la Psicología en el campo de las discapacidades del desarrollo me parece que debe compaginar, sin dejar de lado ninguno de los componentes, una práctica basada en la evidencia y en la ética y centrada en la persona, una defensa activa de los derechos de las personas a las que se apoya, una relación simétrica y basada en la confianza y la colaboración tanto con la persona como con sus seres queridos y otros profesionales y personas referentes en su entorno (por tanto el trabajo con equipos transversales con saberes diferentes –el saber científico, el saber técnico, el saber vital– todos ellos esenciales), un comportamiento ético impecable, especialmente en las situaciones de incertidumbre ante la insuficiencia del conocimiento existente, un elevado sentido de responsabilidad y justicia social ante las desigualdades, la discriminación y el estigma que estas personas aún enfrentan, un compromiso inquebrantable con el bienestar de cada persona y con el bienestar social de las comunidades en las que viven.

Este conjunto de características son claramente diferenciadas de las que en el inicio se vinculaban más con una Psicología

clínica rehabilitadora. Pero actualmente, está tomando fuerza significativa una especialidad de la Psicología que sí parece “casar” bien con todas ellas y por lo tanto puede servir para albergar el necesario desarrollo y fortalecimiento colectivo de este rol. Las características anteriormente señaladas ajustan realmente muy bien con los planteamientos actuales emergentes que promueve la conceptualización de la Psicología de la Intervención Social (PISoc). Sánchez y Martínez (2017) recuerdan que en 2015:

Se consensuó que la misión de esta especialidad era el promover el bienestar psicológico y social de personas, grupos y comunidades, especialmente de aquellas que se encuentran en una situación de desventaja, a través de cambios que conduzcan a una sociedad más justa, estableciendo redes e interacciones sociales que faciliten su empoderamiento, y usando modelos y metodologías propios de la Psicología. Asimismo la PISoc debe influir en las políticas sociales formando parte de los procesos que generan el cambio normativo (p. 20).

Y ya en nuestros días, López-Cabanas, Cembranos y Casellas (2017), aun reconociendo su actual identidad débil junto con un conocimiento y reconocimiento escasos, fruto de su corta historia, y siendo conscientes de los límites borrosos existentes con otras disciplinas, definen la PISoc como:

un conjunto de saberes y prácticas fundamentadas en la ciencia del comportamiento humano que se aplican a las interacciones entre personas, grupos, organizaciones, comunidades, poblaciones específicas o la sociedad en general, con la finalidad de conseguir su empoderamiento, la mejora de su calidad de vida, una sociedad inclusiva, la reducción de las desigualdades y el cambio social. Todo esto mediante estrategias proactivas y preventivas que dinamizan y favorecen la participación de personas y comunidades y tienen en cuenta la diversidad humana (p. 10).

Actualmente, asumiendo esta perspectiva profesional, afrontamos en mi opinión otro reto crítico para seguir construyendo nuestra profesión en este campo: la necesidad de avanzar en la conceptualización de la inclusión social, reconocida como un derecho fundamental en la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, siendo por tanto uno de los objetivos críticos que hay que intentar lograr. La inclusión social no cuenta con esa conceptualización y generalmente se define más describiendo procesos de exclusión social. Y si no hay una definición clara se obstaculiza el avance en procesos de planificación y desarrollo de servicios y recursos necesarios para avanzar en su logro (Cobigo y cols., 2016). Entre las propuestas más interesantes en avanzar en esta conceptualización está la desarrollada por Simplican y cols. (2015) que articula la inclusión social a través de la interrelación entre procesos de participación comunitaria y procesos de relaciones interpersonales, avanzando así la idea de que la inclusión so-

cial es un camino más que una meta y que puede recorrerse con múltiples pasos si se cuenta con un marco teórico apropiado. Otros autores (Cobigo y cols., 2016) proponen un marco para la inclusión social, entendida como el producto de interacciones complejas entre las características personales y el entorno, encontrando cuatro aspectos comunes a diferentes definiciones de inclusión social: pertenecer a un grupo; tener relaciones interpersonales; ser aceptado como persona; y tener relaciones recíprocas. Por su lado, Cordier y cols. (2017) destacan tres dominios generales de la inclusión social: 1) participación; 2) conexión y sentido de pertenencia; y 3) ciudadanía y derechos. En todo caso, todas estas propuestas incipientes están claramente alineadas con el enfoque de la Psicología de la Intervención Social. Sus desarrollos futuros serán muy relevantes.

En este artículo se ha pretendido realizar un recorrido narrativo desde los comienzos, en los años cincuenta, en referencia al papel de la Psicología para abordar los retos que enfrentaban y siguen enfrentando las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y sus familias. Tras un largo periodo de aparente indefinición del rol de los psicólogos y psicólogas y una situación de desapego no buscado de su actividad, en relación a las grandes disciplinas tradicionales de la Psicología, actualmente, al haber avanzado la acción profesional claramente hacia modelos de intervención centrados en la persona, orientados a su bienestar personal en un entorno de bienestar social y en la construcción de comunidades más justas e inclusivas, se abre un periodo de oportunidad de la mano del reciente fortalecimiento en España de la Psicología de la Intervención Social, lo cual puede generar una mayor identidad profesional y, de su mano, la posibilidad de la construcción colectiva del conocimiento y de los recursos necesarios para asegurar el avance de la calidad de vida y la plena inclusión social de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y sus familias.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor manifiesta que no existe conflicto de intereses potencial de tipo económico o de otras relaciones con personas y organizaciones.

REFERENCIAS

- Boletín Oficial del Estado (2008). *BOE 96, 21 de abril de 2008, 20648-20659*. Madrid: BOE.
- Bradley, V. J. (1994). Evolution of a new service paradigm. En V. J. Bradley, J. W. Ashbaugh y B. C. Blaney (Eds.), *Creating individual supports for people with developmental disabilities: A mandate for change at many levels* (pp. 11-32). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Bushe, G.R. y Marshak, R.J. (2016). The dialogic organization development approach to transformation and change. En W. Rothwell, J. Stravros y R. Sullivan (Eds.), *Practicing orga-*

- nization development, 4th Ed. (pp. 407-418). San Francisco: Wiley.
- Cobigo, V., Brown, R., Lachapelle, Y., Lysaght, R., Martin, L., Ouellette-Kuntz, H., ... y Fulford, C. (2016). Social Inclusion: A Proposed framework to inform policy and service outcomes evaluation. *Inclusion*, 4(4), 226-238.
- Cordier, R., Milbourn, B., Martin, R., Buchanan, A., Chung, D., y Speyer, R. (2017). A systematic review evaluating the psychometric properties of measures of social inclusion. *PLoS ONE* 12(6): e0179109.
- Gardner, H. (2011). *Verdad, belleza y bondad reformuladas. La enseñanza de las virtudes en el siglo XXI*. Barcelona: Paidós.
- López, J. (Coord.) (2014). *FEAPS 50 Aniversario: 50 años con la persona con discapacidad intelectual*. Madrid: FEAPS. Recuperado de: http://www.plenainclusion.org/sites/default/files/libro50anosfeaps_bajaok.pdf.
- López-Cabanas, M., Cembranos, F. y Casellas, L. (2017). *Situación de la Psicología de la Intervención Social (PISoc) en la comunidad de Madrid*. Madrid: COP.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S. Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A., Schalock, R. L., Snell, M. E., Spitalnik, D. M., Spreat, S., y Tassé, M. J. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports (10th edition)*. Washington, D. C.: American Association on Mental Retardation. (Traducción española: (2004). *Retraso mental: Definición, clasificación y sistemas de apoyo (10ª edición)*. Madrid: Alianza).
- Luckasson, R., Coulter, D. L., Polloway, E. A., Reiss, S., Schallock, R. L., Snell, M. E., Spitalnik, D. M. y Stark, J. A. (1992). *Mental retardation: Definition, classification and systems of supports (9th edition)*. Washington, D. C.: American Association on Mental Retardation. (Traducción española: (1997). *Retraso Mental: Definición, clasificación y sistemas de apoyos (9ª edición)*. Madrid: Alianza).
- Martin, R. (2017). Prologue. En S. Woodin (Ed.), *The charm toolkit piloted. Findings from monitoring visits: Bulgaria, Czech Republic, Hungary and United Kingdom* (p. 7). Recuperado de: http://mdac.org/sites/mdac.info/files/final_report_en.pdf.
- Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Recuperado de <https://www.un.org/development/desa/disabilities-es/convencion-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad-2.html>.
- Rappaport, J. (2005). Community psychology is (thank God) more than science. *American Journal of Community Psychology*, 35, 231-238.
- Reinders, H. (2008). The transformation of human services. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52, 564-572.
- Reinders, H. (2010). The importance of tacit knowledge in practices of care. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 28-37.
- Sabeh, E. N., Verdugo, M. A., Prieto, G. y Contini, E. N. (2009). *Cuestionarios de Evaluación de la Calidad de Vida en la Infancia CVI-CVIP*. Madrid: CEPE.
- Sánchez, A. M. y Martínez, M. F. (Coords.), (2017). *Reflexiones en torno a la Psicología de la Intervención Social y el Sistema de Servicios Sociales*. Grupo de trabajo sobre legislación en Servicios Sociales. Junta Directiva de la División de Psicología de la Intervención Social. Madrid: Consejo General de la Psicología.
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, ... y Yeager, M. H. (2010). *Intellectual disability. Definition, classification, and systems of supports. 11th Edition*. Washington, D. C.: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD). (Traducción española: (2011): *Discapacidad intelectual. Definición, clasificación y sistemas de apoyo. 11ª edición*. Madrid: Alianza).
- Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza.
- Schwartz, B. y Sharpe, K. E. (2006). Practical wisdom: Aristotle meets positive psychology. *Journal of Happiness Studies*, 7, 377-395.
- Simplican, S. C., Leader, G., Kosciulek, J., y Leahy, M. (2015). Defining social inclusion of people with intellectual and developmental disabilities: An ecological model of social networks and community participation. *Research in Developmental Disabilities*, 38, 18-29.
- Tamarit, J. (2005). Tréboles. *Voces*, 352, 2.
- Tamarit, J. (2015). La transformación de los servicios hacia la calidad de vida. Una iniciativa de innovación social de FEAPS. *Siglo Cero*, 46(3), 47-71.
- Tizard, J. (1964). The structure of a mental deficiency service. En *Proc. International Copenhagen Congress on the Scientific Study of Mental Retardation* (pp. 729-736). Copenhagen: Statens Åndssvageforsorg.
- Wilson, N., Clegg, J. y Hardy, G. (2008). What informs and shapes ethical practice in Intellectual Disability services? *Journal of Intellectual Disability Research*, 52, 608-617.

ABORDAJE DE ADICCIONES A NUEVAS TECNOLOGÍAS: UNA PROPUESTA DE PREVENCIÓN EN CONTEXTO ESCOLAR Y TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN

AN APPROACH TO ADDICTION TO NEW TECHNOLOGIES:

A PROPOSAL FOR PREVENTION IN THE SCHOOL ENVIRONMENT AND REHABILITATION TREATMENT

Antonio Soto, Natalia de Miguel y Vicente Pérez Díaz

Triora MonteAlminara Treatment Center

El vertiginoso avance de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC's) ha generado, además de innumerables beneficios a la sociedad, cambios en nuestros hábitos de vida que no siempre son fáciles de asimilar de manera saludable. Estos hábitos son un caldo de cultivo en el que pueden desarrollarse malos usos de las TIC's, llegando a situaciones en las que se puede hablar de una adicción comportamental. El presente trabajo expone la experiencia del Centro de Tratamiento Triora MonteAlminara de Málaga en el desarrollo de una propuesta para el abordaje integral de esta problemática. Este proyecto incluye dos líneas fundamentales: la prevención en centros educativos y sociales, dirigida a jóvenes, familiares y profesorado; y el tratamiento de personas afectadas por este problema, con intervenciones como el ingreso terapéutico, orientación familiar y tratamiento ambulatorio individual y/o grupal, en función de las particularidades de cada proceso.

Palabras clave: Adicción nuevas tecnologías, Adicción a Internet, Adicción al móvil, Prevención adicciones, Triora, MonteAlminara.

The vertiginous progress of new information and communication technologies (ICTs) has generated, in addition to countless benefits to society, changes in our lifestyle habits that are not always easy to assimilate in a healthy way. These habits are a breeding ground in which poor and dysfunctional uses of ICT can be developed, resulting in what can be considered a behavioral addiction. The present research presents the experience of the Triora MonteAlminara Treatment Center of Malaga in developing a proposal for an integral approach to this problem. This project includes two fundamental lines of work: prevention in educational and social centers, aimed at young people, relatives and educational staff; and the treatment of people affected by this problem, with therapeutic interventions such as treatment center admission, family counseling and individual and/or group outpatient treatment, according to the particularities of each personal process.

Key words: New technologies addiction, Internet addiction, Mobile addiction, Addictions prevention, Triora, MonteAlminara.

El uso de nuevas tecnologías (conocidas como TIC's) en nuestro entorno ha seguido un crecimiento exponencial, acorde al aumento en la diversidad y especialización de los dispositivos, y la facilidad de acceso y uso de los mismos. Al igual que ocurre en el caso de las drogodependencias, esta mayor accesibilidad y generalización de su uso han propiciado el caldo de cultivo en el que aparecen usos problemáticos de estas TIC's (Echeburúa, 1999; Soto, 2013), entre los que se encuentra lo que hoy conocemos como adicción a nuevas tecnologías.

Al hablar aquí de uso nuevas tecnologías, que es una categoría muy amplia y cambiante, vamos a referirnos más específicamente a cuatro realidades:

✓ Uso de Internet. Entendido como "navegar" en la red (inde-

pendientemente de la forma de acceso) realizando actividades propias de ésta: consultar fuentes de información, buscar entidades o servicios, realizar compras y transacciones, etc.

✓ Uso del teléfono móvil. Al tener una potencialidad tan diversa, los factores clave son la tasa de utilización (tiempo, número de veces que se consulta, etc.) y la necesidad de estar permanentemente atentos a él (Muñoz, Fernández, y Gámez, 2009).

✓ Videojuegos. Tradicionalmente asociados al ordenador y las videoconsolas, pero cada vez más accesibles a través de otros dispositivos (móvil, Tablet, etc.). La aparición del juego online genera nuevos riesgos en cuanto al acceso a contenidos inadecuados y el contacto con otros usuarios.

✓ Redes sociales. Sean del tipo que sean, constituyen un "universo propio" dentro del mundo virtual. Superan a la comunicación unidireccional en Internet al permitir la interacción directa, y en tiempo real, con una o muchas personas simultáneamente y en cualquier lugar (Echeburúa y Requesens, 2012).

Es necesario puntualizar que nos referimos a unas tecnologías y dispositivos normalmente útiles y productivos, y que los

Recibido: 23 marzo 2018 - Aceptado: 30 abril 2018

Correspondencia: Antonio Soto González. Director de Área de Prevención y Nuevas Adicciones. Centro de Tratamiento Triora MonteAlminara. Carretera de Moclinejo Km 1. 29738 Moclinejo (Málaga). España. Email: tonysg@cop.es

riesgos de los que hablamos se asocian a un mal uso; al igual que una herramienta mal utilizada puede ser un arma letal. Esto es común a lo que conocemos como adicciones psicológicas o comportamentales, que tienen lugar cuando un comportamiento o hábito cotidiano y normalizado (trabajar, realizar compras, navegar por Internet o comunicarse a través de redes sociales) pierde su sentido original y pasa a ser una forma de evasión de la realidad, o un comportamiento compulsivo que interfiere en otras áreas de la vida (Echeburúa 1999; Echeburúa y Corral, 2010; Soto, 2013).

En este contexto, en el uso las TIC's se da una significativa paradoja por la coincidencia de dos factores aparentemente contradictorios. Por una parte, al estar en constante cambio y evolución, nos resulta más complejo definir los límites entre el "buen uso" y el "mal uso", por lo que es muy fácil dejarse llevar por la fascinación de lo novedoso y por lo atractivo de ciertos estímulos, pudiendo así perder el control sobre su uso. Por otra parte, la posibilidad de estar conectados de manera constante, la accesibilidad generalizada en el acceso a los dispositivos y tecnologías, y la presencia en todas las áreas de nuestro día a día, generan una total "normalización" de su uso y hacen verdaderamente difícil que percibamos los posibles riesgos que, como es lógico, tienen.

El concepto de adicción a nuevas tecnologías aún no está consensuado a nivel científico y académico y, hasta el momento, no aparece como tal en los manuales diagnósticos de enfermedades y trastornos mentales (DSM, CIE). Algunos estudios y revisiones dudan o niegan su existencia como trastorno adictivo (Castellana, Sánchez-Carbonell, Graner, y Beranuy, 2007; Carbonell, Fúster, Chamarro y Oberst, 2012). Sin embargo, ya existen importantes propuestas de tratamiento, y ha dado lugar a una amplia bibliografía y numerosos estudios nacionales e internacionales, algunos de ellos recogidos en Navarro y Rueda 2007; Estévez, Bayón, Cruz, y Fernández-Liria, 2009; Muñoz et al. 2009; Labrador y Villadangos, 2010; Departamento de Psicología Evolutiva Universidad de Sevilla 2011 y Tsitsika, Tzavela, y Mavromati, 2013.

Estos estudios, con una gran variabilidad en sus resultados, constatan una importante indefinición en los conceptos, y la dificultad para estructurar pruebas y criterios diagnóstico validados que permitan generalizar y comparar los datos. En cualquier caso, en la mayoría de ellos ya se percibe que la adicción a Internet (y otras relacionadas) es solo la "punta del iceberg", porque para que algunas personas desarrollen este comportamiento adictivo (aún en porcentajes muy bajos, entre el 1 y el 3%), muchas otras están "en riesgo" de desarrollarlo, con niveles altos de abuso y mal uso (fácilmente por encima del 20%).

Más allá de los criterios diagnósticos y de los aspectos más "académicos" de este asunto, quienes trabajamos con las personas afectadas encontramos, detrás de este espectro de trastornos hasta ahora poco visibles, una grave problemática psicológica y sociofamiliar (Pérez, 2009), que va llegando (poco a poco, pero sin dejar de crecer) a los dispositivos de tratamiento.

La respuesta a esta realidad es aún escasa, variable y fragmentada en función de la entidad o dispositivo que intervenga. En el contexto escolar, por ejemplo, nos encontramos con frecuentes actuaciones de miembros de cuerpos de seguridad, como prevención ante riesgos relacionados con el uso de Internet (suplantación de identidad, acceso a contenidos inadecuados, grooming, etc.), aunque adolecen de estrategias de prevención de conductas adictivas. También existen diferentes ONG's, fundaciones y organismos similares, que desde sus páginas web realizan una importante labor de información y sensibilización, aunque su grado de penetración en la sociedad aún no es el deseable.

¿Por qué este abordaje integral?

Podemos destacar tres factores que, desde la experiencia que nos hemos ido encontrando, nos han movido a desarrollar una estrategia más global ante los problemas de mal uso, abuso y adicción de nuevas tecnologías. Son los siguientes:

- ✓ En los programas de prevención de adicciones y las escuelas de familia que tradicionalmente llevamos a cabo en centros escolares, entidades locales, asociaciones, etc., ha ido emergiendo, cada vez con más fuerza, la demanda de información por parte de padres y educadores en cuanto a cómo debe ser el uso que niños y adolescentes hacen del móvil, Internet, redes sociales, etc. Paradójicamente, como se ha expuesto al principio, esta preocupación por los hábitos de uso de las TIC's de los más jóvenes va acompañada de una baja percepción de los riesgos que estos entrañan, de manera que la mayoría de las veces dicha preocupación no se traduce en actuaciones decididas para controlar dichos hábitos.
- ✓ En el Centro Triora MonteAlminara de Málaga venimos atendiendo, en los últimos siete años, demandas de información por trastornos del comportamiento relacionados con el uso de las nuevas tecnologías en adolescentes. Son los padres los que se informan tras alguna crisis puntual en los estudios o por comportamientos disruptivos de sus hijos, pero tras ese primer contacto, es frecuente que baje la motivación para comprometerse con un proceso de recuperación, dándose recaídas y abandonos. Esta dificultad ya ha sido planteada por otros autores, como Echeburúa y Corral (2010). Los casos en los que sí se produce adherencia al tratamiento son aquellos en los que las consecuencias más importantes (especialmente aislamiento social y fracaso escolar, junto con los conflictos familiares) se encuentran ya muy avanzadas.
- ✓ Por otra parte, también se detecta que algunos pacientes que acuden a tratamiento por consumo de estupefacientes, ludopatía y otros trastornos del comportamiento, presentan un historial de mal uso de nuevas tecnologías, previo al de consumo de sustancias y probablemente relacionados. En estos casos, los problemas familiares, sociales y académicos, que a menudo han comenzado antes del consumo de drogas, resultan muy similares a las que presentan los adictos a TIC's.

Desde esta experiencia, aunque aún son pocas las personas que llegan a completar un proceso de tratamiento por adicción a nuevas tecnologías (Echeburúa y Corral, 2010), consideramos que existe un importante caldo de cultivo en el mal uso y abuso de las TIC's, que genera sinergias en otros trastornos adictivos, además de poder llegar a ser un problema de adicción por sí mismo.

Por todo lo anterior, considerando que los trastornos relacionados con el mal uso de las nuevas tecnologías puedan estar infradetectados y poco tratados, se abre un proceso de planificación y puesta en marcha de nuevos servicios con los que atender esta realidad. En esta búsqueda de recursos y colaboraciones externas, contactamos con la organización "Padres 2.0", ONG que trabaja en este ámbito, para contar con su experiencia en la orientación a familias y adolescentes en el uso seguro de Internet. Esta alianza se materializó en mayo de 2015 en la firma de un acuerdo de colaboración, en la que el Centro Triora MonteAlminara de Málaga se ha incorporado a su red nacional de Centros "Experto TIC", para la prevención y el tratamiento de problemas derivados del mal uso de nuevas tecnologías.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO ESCOLAR

Para desarrollar el "Programa de prevención del mal uso y adicción a nuevas tecnologías en centros escolares", el Centro Triora MonteAlminara ha contado con dos fuentes principales:

- ✓ Por una parte, toma como punto de partida la experiencia propia en la realización de escuelas de familias y sesiones

de prevención de adicciones a drogas, que lleva realizando en centros escolares desde hace años. Estas actividades, obviando la información relativa a sustancias tóxicas, incluyen objetivos perfectamente aplicables a la prevención de adicciones comportamentales, como son la gestión emocional y la comunicación. Sin embargo, el fin último en este caso va a ser el buen uso de las nuevas tecnologías (Pérez, 2009; Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, 2010), lo que resulta un factor diferencial con la mayoría de los programas de prevención de drogas.

- ✓ Por otro lado, también se apoya en otras iniciativas de promoción de estilos de vida más saludables que, de una forma más genérica y transversal, fomentan los comportamientos y hábitos que se relacionan con el desarrollo positivo en la adolescencia, frente al modelo de déficit que se centra en lo que va mal. En este punto, tomamos como referencia conceptos y enfoques como el de los activos en salud, la salutogénesis, la resiliencia, la enseñanza entre iguales, la parentalidad positiva, etc., que tienen en común una mirada más amable hacia la adolescencia y la familia, tomando en consideración aquellos aspectos del individuo y su entorno que sí funcionan bien, y son la base de una sana construcción de la persona. (Becoña, 2006; Council of Europe, 2006; Echeburúa y Requesens, 2012).

Frente a las actuaciones que se centran exclusivamente en los adolescentes, resulta necesario ampliar el foco de esta actuación a los demás agentes implicados (Becoña, 2007; Castellana et al., 2007; Weir, 2017). Por ello, nuestra propuesta es hacer llegar, con intervenciones diferenciadas, la estrategia de prevención al profesorado, a los propios jóvenes y a sus familias.

Siguiendo el esquema de Gordon (1987) en cuanto a los niveles de prevención, hablaríamos de:

- ✓ Prevención universal: la que va dirigida a toda la población, esté o no en riesgo.
- ✓ Prevención selectiva: la que se dirige a la parte de la población que se encuentra en riesgo.
- ✓ Prevención indicada: al dirigida a los que ya están en un alto nivel de riesgo, o ya han desarrollado comportamientos problemáticos.

Si establecemos en esquema de actuación que recoja estos niveles de prevención, y los cruzamos con las tres poblaciones diana que hemos determinado anteriormente en nuestra propuesta de prevención, obtendremos las distintas actuaciones que realizamos en la práctica, y que son recogidas en la tabla 1.

Las actuaciones de la prevención indicada, al ser las que se refieren a intervenciones terapéuticas, las expondremos en el apartado del tratamiento.

Prevención universal

En la experiencia que nos ocupa, la prevención universal se centra en la educación primaria, y se dirige prioritariamente a padres y docentes, pues son ellos los responsables del acompa-

TABLA 1

Destinatarios	Niveles de prevención		
	Universal	Selectiva	Indicada
Alumnado	Educación infantil y primaria. Intervenciones de los docentes	Educación secundaria, FP y bachillerato. Sesiones especializadas en el aula. Detección precoz de adicción a TIC's	Orientación individualizada en centro ambulatorio. Tratamiento terapéutico con o sin ingreso. Terapia familiar
Educadores	Sesiones informativas y de sensibilización. Cursos y jornadas de formación, según nivel educativo	Sesiones informativas y de sensibilización. Cursos y jornadas de formación, según nivel educativo	Sesiones informativas y de sensibilización. Cursos y jornadas de formación, según nivel educativo
Padres (familias)	Escuelas de familias para educación infantil y primaria	Escuelas de familias para educación secundaria, FP y bachillerato	Orientación individualizada en centro ambulatorio. Grupos de orientación y apoyo familiar. Terapia familiar

ñamiento y de marcar las pautas de uso de nuevas tecnologías en niños y niñas de estas edades (Echeburúa y Requesens, 2012).

La principal actuación es el desarrollo de escuelas de familias (a las que se convoca también al profesorado) en las que, a través de exposiciones didácticas, soportes audiovisuales y dinámicas de grupo, se trabaja sobre tres objetivos fundamentales:

- ✓ Sensibilizar a las familias (en especial a los padres) de la importancia de estar presentes y acompañar a sus hijos al iniciarse en el uso de Internet, y los dispositivos tecnológicos relacionados (móvil, videoconsola, Tablet, etc.)
- ✓ Concienciar de la necesidad de establecer normas y límites claros, tanto en el uso de nuevas tecnologías como en otras actividades cotidianas, responsabilizando a padres y educadores de promover un uso racional de las TIC's.
- ✓ Ofrecer estrategias y habilidades de comunicación y gestión emocional, que les permitan sentirse más competentes para abordar las situaciones y conflictos que pueden surgir en con los niños respecto al uso de nuevas tecnologías.

Aunque también se abordan los riesgos relacionados con el mal uso (acceso a contenidos inadecuados, grooming, cyberbullying, etc.), éstos no son los contenidos centrales, puesto que ya se tratan en otras actividades que policías y otros agentes sociales hacen habitualmente en los colegios.

Paralelamente, también se realizan actividades de formación dirigidas específicamente al profesorado de los centros de primaria. Éstas se van implementando en función de la demanda (menor en los centros de educación primaria con respecto a los de niveles superiores), y pueden ser solicitadas por el propio centro dentro de sus programas de formación continua, o realizarse a través de los CEP's (centros de formación del profesorado) para llegar a más profesionales. Además de contenidos similares a los de las escuelas de familias, aquí se ofrecen a los docentes las herramientas para abordar en el aula los límites del buen uso de las TIC's.

Prevención selectiva

Es la que se lleva a cabo con alumnado, familias y profesorado (en esta fase se interviene directamente con los tres colectivos) de educación secundaria (ESO), Bachillerato y formación profesional. Los alumnos de estos niveles educativos ya han tomado contacto de una forma continuada, y a menudo masiva, con el mundo virtual y de las tecnologías de la información y la comunicación, por lo que ya nos encontramos con casos de mal uso y abuso.

Los objetivos de esta intervención son:

- ✓ Fomentar la reflexión en adolescentes, familias y docentes acerca de la utilización que, de facto, cada cual hace de Internet y los dispositivos electrónicos y de comunicación.
- ✓ Desarrollar en el alumnado el autocontrol y las habilidades de comunicación necesarias para prevenir problemas derivados del uso de las TIC's, fomentado la ayuda entre iguales y el apoyo en referentes adultos.

- ✓ Favorecer un clima familiar y escolar en el que abordar con naturalidad los riesgos y conflictos relacionados con las nuevas tecnologías.

- ✓ Aportar herramientas a padres, madres y profesorado para detectar, afrontar y dar respuesta a los casos de abuso y mal uso de TIC'S que puedan darse en el núcleo familiar y los centros educativos.

En estos niveles educativos resulta fundamental la detección precoz, por lo que se desarrollan sesiones de prevención con el alumnado, en las que se desarrollan los contenidos y dinámicas que, en función de la edad, etapa educativa y el mayor o menor contacto con las tecnologías, responden a los objetivos antes citados. Se administran cuestionarios y encuestas que permiten adaptar las sesiones de prevención a cada grupo, y junto con éstas obtener una instantánea bastante clara de las condiciones del uso de nuevas tecnologías.

En este nivel se continúa con la formación de educadores y las escuelas de padres, con los mismos objetivos que los de educación primaria, pero adaptando los contenidos al diferente rol que deben mantener cuando los alumnos ya son adolescentes. Se incluye la negociación como una de las habilidades a tener en cuenta en la resolución de conflictos, así como la necesidad de favorecer el autocontrol y la autonomía de los adolescentes en el buen uso de las TIC's.

PROGRAMA DE TRATAMIENTO

Tratamiento de adicciones

En cuanto al marco teórico, comentar de manera resumida que el programa de tratamiento de adicciones del Centro Triora MonteAlminara parte de un enfoque biopsicosocial, ecléctico e integrador, que atiende a todas las dimensiones de la persona, y con una mirada sistémica en cuanto al abordaje familiar (Soto, 2013). En cualquier caso, también incluye elementos del modelo cognitivo-conductual, las terapias de tercera generación y otras terapias psicológicas. Tienen importancia los modelos transteóricos (Prochaska y DiClemente) y los motivacionales (Entrevista Motivacional), tan presentes en el tratamiento de cualquier adicción (Pérez, F., 2009).

El equipo terapéutico multidisciplinar (Psiquiatra, médico, psicólogos y enfermeros) evalúa cada demanda, desde los factores biomédicos hasta los psicosociales, elaborando un itinerario terapéutico personalizado. Éste puede incluir (o no) el ingreso, el régimen de centro de día, y el seguimiento ambulatorio individual y/o grupal; aunque lo más frecuente es que se llegue a pasar, en mayor o menor medida, por cada uno de estos recursos, pues sirven a distintos objetivos.

Dentro de esta oferta genérica de tratamiento de adicciones, el centro lleva varios años incorporando a pacientes con adicciones comportamentales, entre las que se encuentran las relacionadas con las nuevas tecnologías, ya que en cada proceso se adaptan las intervenciones a las necesidades detectadas. Posteriormente, esta actividad se ha ido materializando en un tratamiento más específico para adaptarse a esta demanda, que podemos englobar en dos perfiles diferenciados:

- ✓ Personas con algún trastorno previo, ya sea adictivo o no, para quien las nuevas tecnologías suponen un “catalizador” que hace que se dispare su problema inicial. Aquí encajarían, de manera especial, los ludópatas que se inician en el juego o las apuestas online, agravando mucho su pronóstico. También compradores compulsivos para los que Internet multiplica el riesgo de dejarse llevar por sus impulsos, o personas con graves dificultades para las relaciones sociales (que pueden deberse a diferentes trastornos) que encuentran en el mundo virtual un espacio en el que refugiarse de las dificultades de su día a día (Alonso-Fernández, 2003; Soto, 2013)
- ✓ Personas que, sin presentar una patología anterior, desarrollan hábitos problemáticos a partir de entrar en contacto con determinados usos de las nuevas tecnologías, como los videojuegos o las redes sociales, aunque siempre será difícil descartar que no hubiera alguna problemática anterior a este uso. Hablaremos, por lo general, de personas muy jóvenes, adolescentes y/o niños, que al utilizar de manera continuada las TIC’s, cambian de manera significativa sus comportamientos y hábitos de vida (Echeburúa y Corral, 2010; Echeburúa y Requesens, 2012; Soto, 2013).

El objetivo último en todos los casos es el de favorecer un estilo de vida sano y libre de adicciones. En el caso de las adicciones tóxicas, esto supone una abstinencia prácticamente total de sustancias adictivas, mientras que en el caso de adicción a nuevas tecnologías será preciso establecer límites sanos de uso en un primer momento, con la mirada puesta en el desarrollo del autocontrol y la autonomía personal como herramientas para una correcta gestión de los impulsos, en general, y del uso de TIC’S en particular (Pérez, 2009; Soto, 2013).

Fases y modalidades del tratamiento de adicciones tecnológicas

Evaluación inicial

Si en el tratamiento de adicciones a sustancias ya es necesario realizar una evaluación completa, cuanto más a la hora de determinar qué intervenciones llevar a cabo cuando se trata de comportamientos adictivos, menos estudiados y tipificados. Desde el primer contacto (normalmente telefónico) se registra en la ficha de demanda clínica el tipo de problema planteado, quien solicita la información, así como los demás datos personales necesarios.

A diferencia de la atención a adicciones tóxicas, el primer contacto con el interesado y/o su familia se realiza en el centro de tratamiento ambulatorio, en lugar del centro de ingreso terapéutico, pues en función del perfil de los pacientes (normalmente muy jóvenes, cursando estudios y sin otras adicciones ni patologías) el proceso de recuperación se desarrolla en formato ambulatorio. Sin embargo, el primer contacto se realiza en el centro de ingreso terapéutico en los casos en los que, de entrada, se detecta la necesidad de una fase de internamiento, bien por lo avanzado de la adicción, bien porque presenta una patología dual (con otra adicción tóxica o algún trastorno del

comportamiento) que lo recomienda, o por la situación socio-familiar (aislamiento social, dificultad para la contención y control en el entorno familiar, conflictos, etc.).

La evaluación inicial se compone de entrevista clínica con el/la psicólogo/a, utilizando además aquellas pruebas diagnósticas que resulten necesarias (p. ej. cuestionario DANE, en Labrador y Villadangos, 2009 y 2010; Test de adicción a Internet de McOrman, en Estévez et al. 2009) en función de la problemática específica, e incluye la apertura de la historia clínica por parte del médico o psiquiatra. En la entrevista inicial resulta esencial la información aportada por familiares y, si es el caso, otros profesionales que estén en contacto con el paciente (profesores, psicólogos, etc.) o lo hayan derivado a nuestro servicio. Tras esta primera toma de contacto, se determina si serán precisas más sesiones de evaluación (en cuyo caso se programan en un plazo breve) o directamente se oferta la modalidad de tratamiento a seguir, que puede ser una de las siguientes:

Ingreso terapéutico

Es un formato similar al que seguimos en el tratamiento de adicciones tóxicas, con una duración aproximada de entre 2 y 3 meses. Durante la fase de internamiento se siguen sesiones de terapias de grupo diarias, varias entrevistas semanales con el/la psicólogo/a de referencia, y un seguimiento por parte del equipo médico-psiquiátrico; además de las terapias familiares de fin de semana. El objetivo de esta primera fase es la toma de conciencia del problema que se padece y del cambio que se precisa hacer, así como la incorporación a un estilo de vida más sano (descanso, alimentación, actividad física, comunicación y socialización, etc.), seguro y libre de hábitos nocivos y adicciones.

En el caso que nos ocupa, de las adicciones relacionadas con las TIC’s, se incorporan elementos específicos de evaluación y tratamiento, tales como cuestionarios y pruebas para el/los comportamientos problemáticos (juego online, adicción a Internet, etc.), reflexiones sobre el uso del tiempo libre y la socialización offline, entrenamiento en habilidades sociales, etc., necesarios para el abordaje de cada situación de manera más individualizada.

Se recomienda un ingreso terapéutico en aquellos casos en los que la adicción a nuevas tecnologías está en una fase muy avanzada, cuando la problemática es más compleja (como se ha descrito antes), y no suponga una interrupción innecesaria en el desarrollo de actividades que estén siendo adaptativas para el paciente (estudios, grupo social positivo, etc.). En cualquier caso, esta será una primera fase, que debe continuarse en el tratamiento ambulatorio, con o sin un periodo de transición en Centro de día.

Centro de día

Se lleva a cabo en el propio centro de ingreso, pero asistiendo a determinadas actividades (las que se consideren necesarias en cada caso) dos o más días a la semana. Está

concebido como un periodo de transición desde el ingreso terapéutico al tratamiento ambulatorio, cuando es preciso hacerlo de manera más gradual o con más control externo, y también puede ser la opción de tratamiento inicial, cuando no es recomendable un ingreso prolongado, y el tratamiento ambulatorio resulte insuficiente. Los criterios para optar por esta modalidad, en un principio o como fase intermedia, son los siguientes:

- ✓ Criterios de seguridad, cuando se observe un mayor riesgo de recaídas, tanto por factores personales como por el entorno, o una mayor dificultad para implementar las estrategias de control en un formato ambulatorio, algo frecuente por la accesibilidad de dispositivos como los teléfonos móviles. Es un formato muy flexible, pudiendo aumentar o reducir la frecuencia de asistencia y el balance de tiempo en el centro/tiempo en casa, en función de las necesidades, la evolución o la aparición de eventuales conflictos; y todo ello permitiendo, por ejemplo, asistir a actividades formativas o laborales, cuando estas se consideren prioritarias dentro del proceso.
- ✓ Dificultades para la incorporación al entorno socio-familiar. Pueden ser porque existan conflictos importantes en el núcleo familiar o por problemas de aislamiento, déficit de habilidades sociales, etc. En estas situaciones, suele ser muy efectivo un ingreso breve para interrumpir la tendencia, y unos periodos más largos de centro de día y tratamiento ambulatorio, para avanzar paulatinamente en los objetivos de integración familiar y social.
- ✓ En personas muy jóvenes, después de un ingreso terapéutico resulta muy útil acudir a centro de día y poder mantener el vínculo con los/as compañeros/as y psicólogo/a que han sido su referencia, asistiendo a las terapias del centro de ingreso antes de incorporarse al proceso ambulatorio, con otra localización, otra dinámica, etc.

Proceso ambulatorio

Es el tratamiento que se realiza en el centro ambulatorio de Málaga capital, que puede ser exclusivamente en formato de intervenciones individuales y familiares, o incluir las sesiones de grupo terapéutico. Es el tratamiento de primera elección en todos aquellos casos de abuso y adicción a TIC's que cumplen, al menos, uno de los siguientes criterios:

- ✓ Niños/as o adolescentes a quienes, por su edad o madurez evolutiva, no es recomendable ingresar ni integrar en un entorno terapéutico con pacientes adultos.
- ✓ Jóvenes con un estilo de vida relativamente estructurado, con asistencia regular a actividades formativas y/o laborales, independientemente de los resultados académicos, y que no presentan conductas violentas que impidan la convivencia. Debe valorarse si son actividades significativas y necesarias, que un posible ingreso podría dificultar.
- ✓ Una estructura y ambiente familiares favorables al tratamiento y con suficientes recursos para afrontar los cambios. En estos casos, frecuentes en pacientes jóvenes que son "pilla-

dos" por sus padres en las primeras etapas del problema, a menudo es suficiente con intervenciones individuales y familiares poco invasivas.

- ✓ Pacientes de cualquier edad sin trastornos graves de comportamiento, cuya problemática específica (adicción videojuegos, apuestas online, mal uso de redes sociales, etc.) pueda abordarse en su contexto socio-familiar sin necesidad de ser ingresado ni acudir a centro de día.

El proceso ambulatorio, ya sea como continuación de otra/s fase/s previa/s o como tratamiento inicial, siempre va encaminado a un equilibrio y normalización del estilo de vida como último objetivo. Es, por su naturaleza, la fase más extensa del tratamiento y la más ecológica, tratando de optimizar los propios recursos personales del paciente (motivaciones, inquietudes, habilidades, ...) y los de su entorno (apoyo familiar, red social de referencia, actividades socioeducativas, etc.) para lograr la total recuperación.

De manera general, los pacientes (y los familiares responsables de su acompañamiento) acuden a una o más terapias semanales con el/la psicólogo/a, que podrán ir espaciándose a medida que avance el proceso. En éstas se revisan los objetivos individuales y la evolución del paciente, adaptando las estrategias de control estimular y prevención de recaídas. Según el perfil de edad y patología, también se ofertan terapias grupales semanales en las que participan pacientes y familiares en grupos diferenciados.

Abordaje familiar

Durante todo el proceso de recuperación se tiene una atención especial al tratamiento y orientación a los familiares, más aún cuando la mayoría de atenciones por adicción a TIC's se dan en personas muy jóvenes dependientes de sus padres. Durante el ingreso y centro de día, son los sábados el día en el que se atiende a las familias en un grupo conjunto con los pacientes, y en encuentros individuales paciente-familia en los que se actualiza la evolución del proceso personal y se abordan cuestiones relativas a la comunicación, los conflictos, los cambios a establecer en las siguientes fases, etc.

En las fases de Centro de día y ambulatoria se le da más peso a las intervenciones específicas para las familias, pues lo necesitan para afrontar la convivencia diaria con el familiar en tratamiento y establecer un buen seguimiento del proceso. Esto se concreta en la realización de grupos de familias, con el psicólogo responsable de este seguimiento, en los que se abordan todas estas cuestiones y, de manera especial, el estado emocional y el bienestar de los propios familiares implicados en el acompañamiento del paciente.

También resulta de gran importancia poder negociar conjuntamente con las familias los criterios de control y seguimiento, habida cuenta que en las adicciones relacionadas con las TIC'S es preciso establecer límites en cuanto al uso de dispositivos y tecnologías (consolas, ordenadores, televisión, redes domésticas y profesionales, wifi, etc.) que pueden afectar a otros miembros de la familia y a las relaciones sociales del paciente.

Por lo demás, la asistencia de las familias a las sesiones individuales con el paciente, la presencia de unos miembros u otros, la posibilidad de realizar terapia de pareja, y demás opciones terapéuticas disponibles, dependerá de las necesidades que se detecten en cada caso, y de su evolución. En nuestra experiencia, a menudo resulta necesario realizar intervenciones sistémicas que faciliten el reequilibrio en las relaciones y los roles familiares.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- Alonso-Fernández, F. (2003). *Las nuevas adicciones*. Madrid: TEA Ediciones.
- Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz (2010). *Educación a los menores en el uso sin riesgos de Internet. Guía para Madres y Padres*. Disponible en: <http://www.vitoria-gasteiz.org/internetmenores>
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125-146.
- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 11-20.
- Carbonell, X., Fúster, H., Chamarro, A. y Oberst, U. (2012). Adicción a Internet y móvil: Una revisión de estudios empíricos españoles. *Papeles del Psicólogo*, 33(2), 82-89.
- Castellana, M., Sánchez-Carbonell, X., Graner, C. y Beranuy, M. (2007). El adolescente ante las tecnologías de la información y la comunicación: Internet, móvil y videojuegos. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 196-204.
- Council of Europe (2006). *Recomendación Rec (2006)19 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre políticas de apoyo al ejercicio positivo de la parentalidad*. Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/parentalidadPos2012/docs/Recomendacion2011.pdf>
- Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación Universidad de Sevilla (2011). *Uso de nuevas tecnologías y riesgo de adicciones entre adolescentes y jóvenes andaluces*. Disponible en: <https://umaantelasdrogas.files.wordpress.com/2012/06/informe-nntt-y-adicciones-u-sevilla.pdf>
- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: Juego, sexo, comida, compras, trabajo, Internet*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22(2), 91-96.
- Echeburúa, E. y Requesens, A. (2012). *Adicción a las redes sociales y nuevas tecnologías en niños y adolescentes. Guía para educadores*. Madrid: Pirámide.
- Estévez, L., Bayón, C., Cruz, J., y Fernández-Liria, A. (2009). Uso y abuso de Internet en adolescentes. En E. Echeburúa, F.J. Labrador y E. Becoña, (Coords.), *Adicciones a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes* (pp. 101-130). Madrid: Pirámide.
- Gordon, R. (1987): An operational classification of disease prevention. En J.A. Steinberg y M.M. Silverman (Eds.), *Preventing Mental Disorders*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Labrador, F.J. y Villadangos, S. (2009). Adicciones a nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes. En E. Echeburúa, F.J. Labrador y E. Becoña, (Coords.), *Adicciones a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes* (pp. 45-75). Madrid: Pirámide.
- Labrador, F.J. y Villadangos, S. (2010). Menores y nuevas tecnologías: conductas indicadoras de posible problema de adicción. *Psicothema*, 22(2), 180-188.
- Muñoz, M., Fernández, L. y Gámez, M. (2009). Adicción y abuso del teléfono móvil. En E. Echeburúa, F.J. Labrador y E. Becoña, (Coords.), *Adicciones a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes* (pp. 131-149). Madrid: Pirámide.
- National Institute on Drug Abuse. (2008). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. (En red)*. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones>
- Navarro Mancilla, A. A. y Rueda Jaimes, G. E. (2007). Adicción a Internet: Revisión crítica de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(4), 691-700.
- Pérez, F. (2009). Tratamiento de las adicciones sin droga: Hacia un uso sano de la tecnología. En E. Echeburúa, F.J. Labrador y E. Becoña, (Coords.), *Adicciones a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes* (pp. 171-202). Madrid: Pirámide.
- Soto, A. (2013). *Las nuevas adicciones ¿Qué son? ¿Cómo afrontarlas?* Madrid: Mestas Ediciones.
- Tsitsika, A., Tzavela, E. y Mavromati, F. (2013). *Investigación sobre conductas adictivas a Internet entre los adolescentes europeos*. Eu Net Adb (European Union Safer Internet Plus). Disponible en: <http://www.injuve.es/convivencia-y-salud/estudio-sobre-conductas-adictivas-en-internet>
- Weir, K. (2017). *Parents: Watch those social media posts*. *American Psychological Association*. Disponible en: <http://www.apa.org/monitor/2017/07-08/social-media.aspx>

ACTUALIZACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO PSICÓTICO

AN UPDATE IN THE PREVENTION OF PSYCHOSIS SPECTRUM DISORDERS

Eduardo Fonseca-Pedrero¹ y Felix Inchausti²

¹Universidad de La Rioja. ²Complejo Hospitalario de Navarra

El objetivo de este trabajo fue realizar una actualización en el campo de la prevención de los trastornos del espectro psicótico, concretamente en detección precoz e intervención temprana. En primer lugar, se aborda la conceptualización del síndrome de psicosis y su prevención. A continuación, se comentan los diferentes procedimientos e instrumentos de medida para la evaluación de la supuesta condición de riesgo. Seguidamente, se revisan las intervenciones tempranas disponibles en psicosis, se expone el modelo de estadificación, se examina la eficacia de tales intervenciones y se comentan algunas limitaciones y propuestas de modificación. Se dibujan algunas debilidades y fortalezas en este campo así como sus perspectivas futuras. Finalmente, a modo de conclusión, se realiza una breve recapitulación.

Palabras clave: Psicosis, Detección, Intervención, Riesgo, Evaluación, Prevención.

The objective of this work was to carry out an update in the field of the prevention of psychotic spectrum disorders, specifically in early detection and early intervention. First, the conceptualization of the psychosis syndrome and its prevention are addressed. Second, the different procedures and measurement instruments for the evaluation of the risk condition are discussed. Then, the early interventions available for psychosis are reviewed; the staging model is presented; the effectiveness of such interventions is examined and some limitations and proposals for modification are discussed. A number of strengths and weaknesses in this field are highlighted as well as its future perspectives. Finally, by way of conclusion, a brief recapitulation is made.

Key words: Psychosis, Detection, Intervention, Risk, Evaluation, Prevention.

La posibilidad de prevenir la aparición de un primer episodio psicótico (PEP) probablemente sea una de las quimeras de la psicología. Obviamente, la idea de prevención del síndrome de psicosis no es nueva. Ya casi hace un siglo Emil Kraepelin (1919) comentaba que muchos de sus pacientes, entre el 50-70%, presentaban peculiaridades psíquicas desde su infancia como, por ejemplo, un carácter tímido, retraído y solitario. En sus escritos ya apuntaba hacia la posibilidad de detectar comportamientos, antes del desarrollo del trastorno, que se podrían ver como “la puerta de entrada” a la esquizofrenia. Pues bien, en los albores del siglo XXI, parece que la prevención de los trastornos del espectro psicótico se ha convertido en una posibilidad algo más real. Los avances acaecidos en los últimos años han sido asombrosos. El optimismo asociado a la eventual prevención de un primer episodio psicótico ha generado una eclosión en el número de estudios científicos, libros, proyectos de investigación, asociaciones (p. ej., IEPA *Early Intervention in Mental Health*) y programas de detección e intervención temprana en todo el mundo (p. ej., PRO-NIA, P3, PSYCAN). La ingente investigación publicada hasta la fecha obliga a una revisión y síntesis que permita, por un lado,

recoger el estado actual de la cuestión y, por otro, una reflexión de fondo, destacando limitaciones y obstáculos pero también fortalezas y beneficios.

Dentro de este contexto, el objetivo de este trabajo es realizar una actualización en el campo de la prevención de los trastornos psicóticos, concretamente en detección e intervención temprana. El hilo de exposición será el siguiente. En primer lugar, se aborda la conceptualización del síndrome de psicosis y su prevención. A continuación, se comentan los diferentes procedimientos e instrumentos de medida (preferentemente test) para la evaluación de la supuesta condición de riesgo o vulnerabilidad. Seguidamente, se exponen los resultados de las intervenciones tempranas llevadas a cabo, se introducen los modelos de estadificación y se examina la eficacia de dichas intervenciones. Se comentan posibles dificultades y se esbozan algunas propuestas de mejora como respuesta. También se dibujan algunas perspectivas futuras de investigación. Finalmente, a modo de conclusión, se realiza una breve recapitulación. Obviamente, aquí no se puede desarrollar de forma extensa y en profundidad todas y cada una de las cuestiones tratadas por lo que se remite al lector a excelentes trabajos previos (Fonseca-Pedrero, 2018; Fonseca Pedrero y Debbané, 2017; Fusar-Poli, Carpenter, Woods, y McGlashan, 2014; Fusar-Poli, McGorry, y Kane, 2017; Millan et al., 2016; Obiols y Barrantes-Vidal, 2014; Riecher-Rössler y McGorry, 2016).

Recibido: 15 de enero 2018 - Aceptado: 23 febrero 2018

Correspondencia: Eduardo Fonseca-Pedrero. University of La Rioja. C/ Luis de Ulloa, s/n, Edificio VIVES. 26002 Logroño, La Rioja, España. E-mail: eduardo.fonseca@unirioja.es

EL SÍNDROME PSICÓTICO Y SU PREVENCIÓN

Parece lógico pensar que para prevenir “algo” es necesario delimitar conceptualmente aquello que se desea prevenir; no obstante, se puede afirmar que aún no se dispone de una definición operativa y consensuada de “psicosis” (Guloksuz y van Os, 2018). En este sentido y considerando el estado actual de la cuestión, llegar a un consenso sobre lo que es (y lo que no es) la “psicosis” o cualquiera de sus trastornos relacionados, parece ser una difícil empresa (Fonseca-Pedrero, 2018). Más aún, a medida que se recogen y aglutinan más datos y evidencias sobre este síndrome, menor certeza y mayor confusión existe sobre su verdadera naturaleza y delimitación (Maj, 2011; Pérez-Álvarez, 2012). Además, como el lector sabrá, por el momento y por más que se promulgue lo contrario, no se ha encontrado un marcador patognomónico o un mecanismo etiológico que explique el origen de este síndrome, esto es, no se ha hallado una causa necesaria y suficiente (Keshavan, Tandon, Boutros, y Nasrallah, 2008; Lemos Giráldez, Fonseca-Pedrero, Paino, y Vallina, 2015). Todavía en el siglo XXI, faltan respuestas definitivas a algunas de las preguntas más básicas sobre la naturaleza y conceptualización del síndrome de psicosis (Keshavan, Nasrallah, y Tandon, 2011), aspecto que no deja de ser un poco paradójico.

La forma actual, más o menos consensuada, de lo que se entiende por “esquizofrenia” (por concretar en una de las múltiples expresiones del fenotipo psicótico) recoge básicamente las tradiciones schneiderianas, bleulerianas y kraepelianas (Tandon, Nasrallah, y Keshavan, 2009). Desde los modelos DSM/CIE se representa una visión simplificada e incompleta del síndrome que conduce al supuesto (equivocado) de que es un fenómeno simple, claro y discreto (Cuesta y Peralta, 2016; Guloksuz y van Os, 2018). Además, a) continúa siendo una aproximación descriptiva, b) no incorpora los posibles mecanismos etiopatogénicos, c) adolece de validez (Lemos Giráldez et al., 2015) y d) no considera la estructura fenomenológica de los signos y síntomas (Parnas, 2015).

Teniendo estas cuestiones presentes, se podría considerar que el síndrome de psicosis aglutina un conjunto de problemas de salud mental que generan un impacto funcional y ocupacional en las personas y sus familias (Bobes y Saiz, 2013). Parece ser un constructo complejo compuesto por varias dimensiones sintomáticas (p. ej., alucinaciones, delirios, síntomas negativos, lenguaje desorganizado y comportamiento psicomotor anormal) (van Os y Reininghaus, 2016), que de su combinación pueden resultar diferentes entidades nosológicas (noción de espectro). Posiblemente, el síndrome de psicosis, sea más bien la vía final común de expresión fenotípica de un conjunto heterogéneo de trastornos de diversas etiologías, mecanismos fisiopatológicos y diferentes formas de presentación clínica (curso y pronóstico) que se encuentran modulados por variables ambientales y que se circunscribe a un contexto social y cultural determinado y es experimentado (subjétivamente, fenomenoló-

gicamente) por una persona (Keshavan et al., 2011; Lemos Giráldez et al., 2015; Segarra, 2013; Tandon, Keshavan, y Nasrallah, 2008; Tandon et al., 2009).

Las estrategias de prevención (universal, selectiva e indicada), y concretamente la detección e identificación temprana de psicosis, han ido mejorando con el paso de los años (Fusar-Poli et al., 2014), hasta tal punto que las tasas de predicción muestran valores similares e incluso superiores a las de otras ramas las de la medicina (Fusar-Poli et al., 2015). Se parte de la premisa de que un mayor periodo prolongado de psicosis sin tratar o DUP (por sus siglas en inglés *Duration of Untreated Psychosis*) se asociará con un peor pronóstico a corto, medio y largo plazo así como a una peor respuesta al tratamiento. La hipótesis de trabajo es que una detección e identificación precoz con una posterior intervención temprana eficaz podría alterar el curso natural del trastorno, bien retrasando su comienzo, disminuyendo su gravedad o, tal vez, abortando su aparición. En este sentido, estudios previos han demostrado que una demora tanto en la detección e identificación como en el inicio del tratamiento se asocia con importantes consecuencias negativas, como un aumento de la comorbilidad, un mayor deterioro del funcionamiento cognitivo, personal, ocupacional, familiar y social, y una recuperación posterior más lenta e incompleta (Fusar-Poli et al., 2014; Larsen et al., 2011).

Estudios retrospectivos y prospectivos subrayan la existencia de un periodo de progresión anterior e inmediatamente posterior a la presentación de un PEP (Fusar-Poli, Bonoldi, et al., 2012; Häfner y An Der Heiden, 1999). Los primeros síntomas y signos de los trastornos del espectro psicótico suelen estar precedidos por una etapa prodrómica de tres a cinco años de duración. Además, distintos meta-análisis indican que aquellas personas que acaban desarrollando un PEP ya presentan antes de su debut diferentes déficits a nivel psicofisiológico, motor, neurocognitivo y comportamental, así como alteraciones cerebrales estructurales y funcionales, además de impacto funcional, discapacidad y peor calidad de vida (Dickson, Laurens, Cullen, y Hodgins, 2012; Fusar-Poli et al., 2015; Fusar-Poli et al., 2012; Fusar-Poli, Radua, McGuire, y Borgwardt, 2012).

Determinados factores de riesgo y marcadores de vulnerabilidad (p. ej., hijos sanos de pacientes con psicosis, el consumo de cannabis, las experiencias traumáticas, experiencias psicóticas atenuadas), parecen asociarse con una mayor probabilidad de desarrollar un trastorno del espectro psicótico en el futuro (Davis et al., 2016; Debbané et al., 2015; Fusar-Poli, Tantardini, et al., 2017; Kaymaz et al., 2012; Keshavan, DeLisi, y Seidman, 2011; Linscott y van Os, 2013; van Os y Kapur, 2009; van Os, Kenis, y Rutten, 2010). Por ejemplo, las experiencias psicóticas atenuadas y los rasgos esquizotípicos, presentes en la población general, representan la expresión conductual de vulnerabilidad latente a los trastornos psicóticos (Debbané et al., 2015; Fonseca Pedrero y Debbané, 2017).



Aquellas personas de la población general que refieren experiencias psicótiformes acaban transitando a psicosis en un 0,6% de los casos. Por su parte, aproximadamente un 10% de pacientes con ansiedad o depresión que presentan síntomas psicóticos subclínicos terminan desarrollando una psicosis, mientras que en muestras de individuos de alto riesgo clínico los valores de transición oscilan entre el 20-30% (van Os y Linscott, 2012).

Abrir la puerta a la prevención hace necesario disponer de a) adecuadas herramientas que permitan identificar esta supuesta condición de riesgo, y b) tratamientos preventivos eficaces. Dichas estrategias de prevención tienen que recoger los diferentes niveles de análisis implicados (desde lo genético a lo cultural) en la expresión fenotípica del trastorno además de poner en el centro de la ecuación a la persona que experimenta el trastorno (véase Figura 1). Ello implica una visión holística, integral e integrada, multidisciplinar e intersectorial donde las personas y las familias tengan un papel nuclear y vehiculado por una estrategia de salud mental nacional consensuada.

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE PSICOSIS

La prevención del síndrome de psicosis pasa por disponer, por un lado, de un protocolo de evaluación estandarizado que permita identificar y detectar de forma inequívoca la potencial condición de riesgo o vulnerabilidad, y por otro, de tratamientos profilácticos eficaces (basados en evidencias). Por lo tanto, para prevenir, hay que detectar, identificar e intervenir, y hacerlo de forma precoz, cuanto antes mejor. Sin una correcta identificación y detección, tal vez, carezca de sentido aplicar una intervención profiláctica.

La evaluación de la condición de riesgo de psicosis implica detección e identificación. Detectar e identificar no se deben usar como términos intercambiables pues como indica el diccionario de la RAE, el primero hace referencia a poner de manifiesto, mediante un método, lo que no puede ser observado directamente, mientras que el segundo se refiere a reconocer si una persona (o cosa) es la misma que se supone o busca (Fonseca-Pedrero y Debbané, 2018).

Huelga decir, antes de continuar, que el propio concepto de "riesgo" (a veces confundido con vulnerabilidad) y concretamente de "riesgo" al síndrome psicótico, es un asunto ciertamente complejo (Carpenter, 2018; Fonseca-Pedrero y Debbané, 2018; van Os y Guloksuz, 2017). En esta área de investigación, se parte de varias premisas, a saber: a) que dicha condición de riesgo existe; b) que se puede capturar o aprehender; c) que además que se puede medir con diferentes instrumentos y procedimientos (no solo test psicométricos) de forma fiable y válida; y d) que una vez detectada e identificada una rápida intervención podría abortar (o reducir la probabilidad) la posible transición o mejorar el pronóstico. La evaluación de la condición de riesgo es una temática compleja que, además, no está exenta de dilemas y dificultades (p. ej.,

estigmatización, posibles intereses económicos, psicopatologización de la "normalidad", tratamiento con medicación, falsos positivos, etc.) y que presenta innumerables vericuetos. Por ejemplo, se ha planteado que incluso puede existir un trastorno mental diagnosticable denominado "síndrome de psicosis atenuada" (Fonseca-Pedrero, Paino, y Fraguas, 2013; Fusar-Poli y Yung, 2012; Tsuang et al., 2013).

Como puede vislumbrar el lector, del estudio del riesgo de psicosis se derivan asuntos bastante delicados, con claros y oscuros, y con un gran calado social y científico.

Seamos claros, ningún sistema de evaluación y diagnóstico precoz es perfecto. Los errores de evaluación y diagnóstico se traducen en falsos positivos y negativos con claras implicaciones prácticas (Fonseca-Pedrero, 2018). No obstante, en conjunto y dependiendo del prisma con el que se miren, los resultados parecen indicar que es posible detectar e identificar una condición de riesgo que predisponga hacia trastornos del espectro psicótico, en concreto, y hacia otras formas de psicopatología en general (Bernardini et al., 2017; Schultze-Lutter et al., 2015; Stafford, Jackson, Mayo-Wilson, Morrison, y Kendall, 2013). Los hallazgos también parecen apuntar a que la naturaleza de esta condición de riesgo (plasmada en la literatura en diferentes conceptos como alto riesgo clínico o esquizotipia) es de tipo pleitrópico, es decir, dicha susceptibilidad puede derivar hacia diferentes entidades psicopatológicas (p. ej., depresión, trastorno bipolar), más allá de los trastornos del espectro psicótico. También es variable/fluctuante, pudiendo permanecer estable o remitir en el tiempo y heterogénea, esto es, no es un conjunto homogéneo de síntomas psicopatológicos (al menos se pueden encontrar tres agrupaciones: síntomas psicóticos atenuados, síntomas psicóticos breves, limitados e intermitentes y riesgo genético/trastornos esquizotípica de la



personalidad más impacto funcional) (Fusar-Poli et al., 2014; Schmidt et al., 2016; Schultze-Lutter et al., 2015).

Aquí se van a exponer brevemente los denominados paradigmas de alto riesgo. El *leitmotiv* de esta metodología se fundamenta en la capacidad de detectar e identificar tempranamente a personas con un mayor riesgo teórico de desarrollar psicosis en el futuro. Los paradigmas de alto riesgo son tres: genético, psicométrico y clínico. Simplificando, el alto riesgo genético analiza a hijos sanos de pacientes con psicosis. El alto riesgo psicométrico, examina rasgos esquizotípicos o experiencias psicóticas atenuadas en muestras de la población general, preferentemente jóvenes. El paradigma de “alto riesgo clínico”, se dirige a identificar personas que presentan síntomas psicóticos atenuados (asociado a malestar) y que buscan tratamiento o ayuda psicológica.

Dentro del paradigma de alto riesgo clínico se pueden encontrar básicamente dos aproximaciones: “ultra alto riesgo” y síntomas básicos. Conceptualmente, los estados mentales de “ultra alto riesgo” provienen de la *Structured Interview for Prodromal Syndromes* (SIPS) (Miller et al., 2003), mientras que los “estados mentales de alto riesgo de psicosis” (EMARs), derivan de la *Comprehensive Assessment of At Risk Mental States* (CA-

ARMS) (Yung et al., 2005). Por su parte los síntomas básicos, se refieren a un conjunto de sutiles molestias subclínicas, de tipo inespecífico, experimentadas subjetivamente por la persona y que no necesariamente son observables por otros (Huber, 1983; Miret, Fatjó-Vilas, Peralta, y Fañanás, 2016). Se han desarrollado dos criterios de alto riesgo de síntomas básicos denominados COGDIS (*Cognitive Disturbances*) y COPER (*Cognitive-Perceptive*), así como diferentes herramientas de evaluación (ver Tabla 1). Lejos de ser vistos como enfoques independientes, son dos acercamientos complementarios que se suelen utilizar de forma combinada para mejorar las tasas de predicción (Schultze-Lutter, Klosterkötter, y Ruhrmann, 2014).

Como se recoge en la Tabla 1, actualmente se dispone de un amplio abanico de instrumentos para la evaluación de la condición de riesgo. La construcción y validación, en los últimos años, de herramientas para este fin ha sido abrumadora. Las propiedades psicométricas de las herramientas se encuentran respaldadas empíricamente, si bien es cierto que hacen falta nuevos estudios en muestras representativas de la población general. En España, de una forma u otra, existen numerosos instrumentos validados para su uso en función del interés del profesional. Una revisión más exhaustiva de los diferentes instrumentos de evaluación, tanto a nivel nacional como internacional, se puede encontrar en trabajos previos (Addington, Stowkowy, y Weiser, 2015; Fonseca-Pedrero y Debbané, 2018; Fonseca-Pedrero, Gooding, Debbané, y Muñiz, 2016). Se tiene que mencionar que también se están utilizando, entre otros, marcadores genéticos, muestras de sangre, técnicas de neuroimagen, registros psicofisiológicos y/o tareas neurocognitivas en la detección y predicción del síndrome de psicosis (p.ej., Carrión, Correll, Auther, y Cornblatt, 2017; Schmidt et al., 2016).

A la hora de evaluar la condición de riesgo de psicosis o el diagnóstico de un EMAR, el profesional tendría que seguir unas directrices o indicaciones similares a las de cualquier proceso de evaluación psicológica o psiquiátrica (véase *National Institute for Health and Care Excellence, European Psychiatric Association, American Psychological Association, International Test Commission*, etc.). Para mayor detalle el lector puede consultar trabajos previos (p.ej., Fonseca-Pedrero, 2018; Schultze-Lutter et al., 2015). Se comentan brevemente aquí algunas de las recomendaciones más relevantes:

- La utilización de autoinforme y/o entrevista clínica implica beneficios y limitaciones; el profesional deberá ponderar adecuadamente el método a utilizar.
- Los instrumentos tienen que estar debidamente adaptados al contexto específico de evaluación y sus propiedades psicométricas debidamente avaladas para esa población, uso y contexto.
- Los instrumentos de evaluación tienen que ser utilizados de forma adecuada por parte del profesional, siguiendo el código deontológico y las directrices internacionales referentes

TABLA 1
INSTRUMENTOS DE MEDIDA PARA LA EVALUACIÓN DEL PARADIGMA DE ALTO RIESGO CLÍNICO Y PSICOMÉTRICO

Instrumento de medida	Acronimo	Nº ítems	Formato de respuesta
Alto riesgo clínico			
Structured Interview for Prodromal Syndromes	SIPS	N/A	Entrevista-Likert
Comprehensive Assessment of At Risk Mental State	CAARMS	N/A	Entrevista-Likert
Prodromal Questionnaire	PQ	92	V/F
Youth Psychosis at Risk Questionnaire	Y-PARQ	92	Likert 3
Prime Screen Revised	PS-R	12	Likert 7
Early Recognition Inventory based on IRAOS	ERiraos	65	Likert 3
Síntomas básicos			
Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms	BSABS	66	Entrevista-Likert
Schizophrenia Proneness Instrument versión para adultos	SPI-A	34	Entrevista-Likert
Schizophrenia Proneness Instrument versión para jóvenes	SPI-CY	49	Entrevista-Likert
Alto riesgo psicométrico			
Perceptual Aberration Scale	PAS	35	V/F
Revised Physical Anhedonia Scale	RPhA	65	V/F
Revised Social Anhedonia Scale	RSAS	40	V/F
Magical Ideation Scale	MIS	30	V/F
Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences	O-LIFE	159	Si/No
Schizotypal Personality Questionnaire	SPQ	74	Si/No
Structured Interview for Schizotypy-Revised	SIS-R	19	Likert 4
Community Assessment Psychic Experiences-42	CAPE-42	42	Likert 4
Peters et al. Delusions Inventory-21 (PDI-21)	PDI-21	21	Si/no; Likert 5
Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia	ESQUIZO-Q	51	Likert 5
Multidimensional Schizotypy Scale	MMS	77	V/F



al uso, seguridad y control de calidad de los test (Muñiz, Hernández, y Ponsoda, 2015).

- d) La comunicación de un EMAR a la familia o a la persona puede asociarse a estigma (incluido autoestigma).
- e) En menores de edad, es necesario una mayor atención y cuidado a la hora de evaluar, diagnosticar y monitorizar la posible condición de riesgo debido a diferentes dificultades (por ejemplo, ausencia de criterios e instrumentos específicos para población infanto-juvenil, la naturaleza cambiante y dinámica de esta etapa del desarrollo, posibles problemas somáticos, etc.).
- f) Un especialista capacitado (psicólogo clínico o psiquiatra) con suficiente experiencia en la detección del riesgo de psicosis debe llevar a cabo la evaluación y el diagnóstico.
- g) Para el diagnóstico de un EMAR se tienen que cumplir los criterios de las entrevistas SIPS o la CAARMS. Además se debe recoger información sobre la búsqueda de ayuda y necesidad de tratamiento por parte del individuo y analizar el posible impacto funcional o disminución significativa del funcionamiento social y/o ocupacional.
- h) Se debe descartar la historia de psicosis pasada o presente, la presencia de otros trastornos mentales o de enfermedad médica (p. ej., tumor cerebral).

INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS (ITP)

La proliferación de programas y centros especializados en la intervención temprana en psicosis (ITP) ha sido muy significativa en los últimos veinte años (Fusar-Poli, McGorry, et al., 2017; McGorry et al., 2010). Este tipo de servicios, generalmente socio-sanitarios y supra-especializados, parten al menos de dos premisas fundamentales en el campo de la psicosis: por un lado, asumen un enfoque moderno de medicina predictiva, preventiva y personalizada, que no solo tiene en cuenta la intervención en personas con un PEP sino también a aquellos individuos vulnerables a sufrirlo; y por otro, asumen un modelo dimensional o de estadios clínicos de la psicosis que amplía el foco de intervención a todo un amplio espectro de fenómenos clínicos que parecen ser relevantes para la prevención del debut de la psicosis, tales como los síntomas neurocognitivos (Juuhl-Langseth, Holmén, Thormodsen, Øie, y Rund, 2014), negativos (Lyne et al., 2017) o los psicóticos atenuados (Mongan, Shannon, Hanna, Boyd, y Mulholland, 2017), por citar algunos.

Si se examinan los programas actuales de ITP pueden detectarse varias características y objetivos comunes: a) detectar de forma precoz nuevos casos; b) reducir el período de tiempo desde que el paciente presenta una sintomatología claramente psicótica hasta que recibe un tratamiento adecuado, es decir, reducir la DUP; y c) proporcionar un tratamiento mejor y más intensivo en el "período crítico" del trastorno. Las dos primeras características amplían la población diana tanto a los individuos en riesgo que presentan síntomas prodrómicos o EMARs pero no un PEP (Humiston et al., 2004) como a las personas

con un PEP que no están siendo tratadas adecuadamente (Wyatt y Henter, 2001). La tercera característica transversal pone de relieve la importancia de que estos servicios estén formados por equipos multidisciplinares orientados al seguimiento asertivo comunitario (Alameda et al., 2016) y con cargas asistenciales inferiores a la de los equipos de salud mental comunitaria convencionales (Csillag et al., 2017).

Los modelos de estadios clínicos en psicosis

Hasta hace relativamente poco tiempo el foco se había puesto esencialmente en el mero diagnóstico y posterior intervención. No obstante, la enorme variabilidad intra e interindividual referida por los pacientes, unida a la inherente naturaleza dimensional de la psicopatología y al interés por desplazarse hacia un acercamiento preventivo, ha hecho que se hayan incorporado paulatinamente los modelos de estadios clínicos al campo de la psicosis (McGorry y van Os, 2013; Yung y McGorry, 2007). En esencia, los modelos de estadificación proponen intervenciones basadas en el desarrollo cronológico, el grado de progresión y el malestar de los síntomas/signos que declara la persona. Dichos modelos de estadios clínicos son una pieza esencial para entender los programas actuales de ITP. La Tabla 2 presenta un modelo de estadios clínicos para el síndrome psicótico que incluye intervenciones posibles que han demostrado ser eficaces para mejorar la remisión y recuperación clínica tras un PEP (Fusar-Poli, McGorry, et al., 2017). Este tipo de modelos proporciona un marco conceptual muy útil para el desarrollo y puesta a prueba de intervenciones específicamente dirigidas a prevenir y/o mejorar la remisión y recuperación de un PEP así como otras formas de psicopatología.

Efectividad de la ITP

Numerosos ensayos clínicos han examinado la efectividad de diferentes tipos de ITP. Fundamentalmente, las que más se han estudiado han incluido neurolépticos atípicos, fundamentalmente la risperidona (Yung et al., 2011), olanzapina (McGlashan et al., 2006) y amisulpride (Ruhmann et al., 2007); la psicoterapia, principalmente la terapia cognitivo-conductual (TCC) (Addington et al., 2011; Morrison et al., 2012; van der Gaag et al., 2012; Yung et al., 2011); y suplementos alimenticios, como los ácidos grasos omega-3 (Amminger et al., 2010). Para una revisión en profundidad sobre esta cuestión pueden consultarse los trabajos previos (Fusar-Poli, McGorry, et al., 2017; Marshall y Rathbone, 2011; Stafford et al., 2013). La Tabla 3 presenta algunos ensayos clínicos destacados que han examinado la efectividad de intervenciones profilácticas en poblaciones detectadas como de alto riesgo clínico a la psicosis (ARC-P).

A tenor de los resultados, parece que la TCC individual, con o sin TCC familiar, podría ser la intervención de primera línea en personas con ARC-P (Stafford et al., 2013; van der Gaag et al., 2013). Sin embargo, aunque a corto plazo la TCC parece



reducir a la mitad el riesgo de aparición de un PEP (esto es, entre los 6 y 12 meses posteriores a la intervención), su efecto parece desaparecer en periodos más largos, en concreto a partir de los 24 meses (van der Gaag et al., 2013).

Hasta la fecha ningún ensayo ha examinado los efectos a largo plazo de las intervenciones preventivas existentes, lo que supone un auténtico hándicap a la hora de establecer protocolos

de intervención más concluyentes (Fusar-Poli, McGorry, et al., 2017). A pesar de ello, parece que intervenir en personas con ARC-P es efectivo para mejorar su percepción de autoeficacia y capacidad para comprometerse en actividades sociales. Los servicios de ITP permiten, además, tratar otros trastornos subclínicos comórbidos que de otra manera pasarían desapercibidos en los centros de salud mental convencionales, proporcionar apoyo vocacional y reducir el estrés familiar (Fusar-Poli, Byrne, Badger, Valmaggia, y McGuire, 2013). Por último, las personas que han sido tratadas en estos servicios y que posteriormente sufren un PEP, reciben un tratamiento adecuado antes (DUP promedio=11 días) que aquellos que no lo han hecho (DUP promedio=1 año) (Valmaggia et al., 2015).

Dificultades y propuestas de mejora en ITP

A la hora de implantar y desarrollar programas y servicios de ITP en nuestro contexto aparecen algunas dificultades que deben tenerse en cuenta. En la Tabla 4 se recogen algunas de las fortalezas y debilidades relacionadas con la ITP en España.

Una de las dificultades más significativa, como se ha comentado, es la detección de la población en riesgo. A priori, los centros educativos parecen el mejor entorno para la detección precoz de los adolescentes y adultos jóvenes vulnerables. Sin embargo, esta suele producirse de forma tardía en los centros de atención primaria, salud mental o urgencias. Existe, además, una escasa coordinación entre las instituciones educativas y de salud mental, actuando ambos como compartimentos estancos donde la información no fluye entre los diversos actores implicados en la intervención con el joven. Por ejemplo, puede suceder que los centros educativos desconozcan qué alumnos son hijos de padres con esquizofrenia (riesgo genético) o que los profesores dispongan de información relevante a nivel del funcionamiento social, académico o familiar del menor a la que no acceden los servicios de salud mental. Cabe mencionar también que, si bien los centros de salud mental infanto-juvenil (que atienden, por lo general, a menores entre los 0 y 16 años) parecen tener una mayor conciencia de la importancia de coordinarse con los centros educativos, esto no sucede de forma tan generalizada en los centros de salud mental de adultos (que atienden a la población mayor de 17 años). Sin embargo, es justo en este momento, a partir de los 16 años, cuando parece aumentar el riesgo a los trastornos del espectro psicótico. Esta división por edades de los centros infanto-juveniles y de adultos en España supone una clara limitación debido a que en esta transición se pierde una gran cantidad de información sobre los adolescentes y sus familias. Una posible solución podría ser crear centros de salud mental intermedios para atender a adolescentes y adultos jóvenes entre los 12 y los 25 años, como se ha hecho en otros países como Australia. Otra posibilidad sería crear la figura del “gestor de caso” que atendería al joven tanto de forma ambulatoria como en los posibles ingresos hospitalarios que pudiera requerir a lo largo del tiempo.

TABLA 2
MODELO DE ESTADIOS CLÍNICOS PARA EL SÍNDROME PSICÓTICO E INTERVENCIONES RECOMENDADAS POR ETAPA

Estadio	Definición clínica	Características	Intervenciones recomendadas
0	Premórbido	Asintomático con riesgo genético	Prevención primaria selectiva Psicoeducación general Psicoeducación familiar
1a	ARC-P	Síntomas negativos y neurocognitivos	Prevención primaria indicada Psicoeducación específica Psicoeducación familiar Reducción activa del abuso de sustancias
1b	ARC-P	Síntomas psicóticos atenuados	Prevención primaria indicada Psicoeducación individual y familiar
1c	ARC-P	Episodios psicóticos breves con remisión	Prevención primaria indicada Igual que en 1b Seguimiento regular
2	Recuperación completa temprana	Primer episodio psicótico completo	Intervención temprana y prevención secundaria Psicoeducación individual y familiar Terapia psicológica Reducción activa del abuso de sustancias Antipsicóticos atípicos y otros psicofármacos Rehabilitación vocacional
3a	Recuperación tardía /incompleta	Una recaída del trastorno psicótico	Intervención temprana y prevención terciaria Igual que en 2, pero enfatizando la prevención de recaídas e identificación temprana de los señales de alerta
3b	Recuperación tardía/ incompleta	Múltiples recaídas	Intervención temprana y prevención terciaria Igual que en 2, pero enfatizando la estabilización a largo plazo
3c	Recuperación tardía/ incompleta	Recuperación incompleta del primer episodio	Intervención temprana y prevención terciaria Igual que en 3a-c, en caso de resistencia al tratamiento
4	Cronicidad	Trastorno mental grave o persistente	Intervención de mantenimiento Igual que en 3a-c, pero enfatizando el funcionamiento y la participación social

ARC-P: alto riesgo clínico a la psicosis



Otra segunda cuestión problemática, aunque no sea novedosa ni exclusiva de la salud mental (Riley, Patterson, Lane, Won, y Ranalli, 2018), es si los entornos socio-sanitarios (unidades de salud mental y hospitales), tal y como están concebidos en la actualidad, son el mejor espacio físico para atender a los adolescentes y adultos jóvenes en riesgo o con PEP. Resultaría conveniente replantearse la configuración de estos espacios para hacerlos verdaderamente atrayentes (o, en inglés, *youth friendly*) para esta población diana, por ejemplo, localizándolos en zonas atractivas, libres de posibles estigmas y con programas muy enfocados a lo lúdico (Fraser, Berger, y McGorry, 2006) y virtual (Laine, Anttila, y Valimaki, 2016). Por ejemplo, Niendam et al. (2018) han utilizado con éxito aplicaciones móviles para monitorizar a jóvenes vulnerables.

En tercer lugar, aunque los modelos dimensionales actuales en psicosis como, por ejemplo, el de estadios de Fusar Poli et al. (2017), son muy útiles, a nivel teórico y práctico deben enfrentarse a no pocos obstáculos. Aunque los modelos de estadiación han sido ampliamente utilizados en otras ramas de la medicina, como por ejemplo en oncología, para determinar cuestiones relativas al pronóstico y tratamiento en base a límites fisiopatológicos estables, su uso en psicosis no es comparable (Dietsche, Kircher, y Falkenberg, 2017). En este sentido, la elevada heterogeneidad y variaciones clínicas dentro de un mismo estadio dificultan poder relacionarlos con una fisiopatología concreta (Fusar-Poli et al., 2016). Por ello, es necesario seguir investigando su justificación clínica (Duffy, Malhi, y Grof, 2017). A nivel práctico, además, estos modelos no son ampliamente conocidos ni compartidos por todos los profesionales implicados lo que puede dificultar tanto la intercomunicación como el diseño de intervenciones profilácticas multidisciplinares. Frente a los modelos dimensionales, los modelos categoriales tradicionales adolecen de un sesgo hacia el diagnóstico prematuro de esquizofrenia (estadio 2) en adoles-

centes vulnerables en crisis que pueden presentar, por ejemplo, síntomas psicóticos breves (estadio 1c). Este diagnóstico precoz puede conllevar un sobreuso de fármacos antipsicóticos o a que estos sean vistos como el único tratamiento posible. La percepción por parte de jóvenes y adolescentes de una falta de intervenciones preventivas no farmacológicas puede, además, dificultar la adherencia a tratamientos psicológicos posteriores que han demostrado ser efectivos en la esquizofrenia (Morrison et al., 2014). Por ejemplo, un adolescente prematuramente diagnosticado de esquizofrenia y tratado con antipsicóticos en una unidad de agudos podría percibir a las instituciones de salud mental como coercitivas, contraproducentes o incluso estigmatizantes.

Es necesario, por tanto, un cambio en el modelo asistencial de los profesionales, desde modelos paternalistas a otros más colaborativos, dialécticos y adaptados a los jóvenes actuales, donde el uso de la medicación sea algo consensuado o incluso optativo, como una segunda línea de intervención si fallan otras de carácter psicoeducativo o psicoterapéutico (Klosterkötter, 2014). Esto también requiere de una mayor formación de los profesionales para entender una realidad clínica y social cada vez más compleja. Por ejemplo, un adolescente con síntomas negativos y cognitivos (estadio 1a) que presenta dificultades atencionales, un pobre rendimiento académico y consumo de cannabis puede ser diagnosticado de TDAH y recibir un tratamiento con metilfenidato. Este tratamiento podría inducir o acelerar la presentación de un PEP en un adolescente vulnerable a la psicosis (Mosholder, Gelperin, Hammad, Phelan, y Johann-Liang, 2009).

Por último, es preciso subrayar que muchas veces se exige al clínico que evalúe y contextualice a una persona joven, generalmente en una situación vital de crisis, en unos 45-60 minutos en el peor de los casos (el tiempo promedio que dura una consulta en salud mental) o, en el mejor, a lo largo de un ingreso hospita-

TABLA 3
ENSAYOS CLÍNICOS SOBRE PREVENCIÓN EN PSICOSIS

Estudio	País	N	Instrumento de detección	Edad promedio (rango)	Comparación	Duración (semanas)	Seguimiento (semanas)
Addington et al. (2011)	Canadá	51	SIPS	20,9 (NI)	TCC vs. consejo de apoyo	26	52 y 78
Amminger et al. (2010)	Austria	81	PANSS	16,4 (NI)	Ácidos grasos Omega 3 (1200 mg/día) vs. placebo	12	52
McGlashan et al. (2006)	EEUU	60	SIPS	17,8 (12-36)	Olanzapina (8 mg/día) vs. placebo	52	104
Yung et al. (2011)	Australia	115	CAARMS	17,9 (NI)	Risperidona (2 mg/día) + TCC vs. TCC + placebo vs. consejo de apoyo + placebo	52	104
Morrison et al. (2012)	Reino Unido	288	CAARMS	20,7 (14-34)	TCC + consejo de apoyo vs. consejo de apoyo	26	104
Ruhrmann et al. (2007)	Alemania	124	ERlraos	25,6 (NI)	Amisulpride (118.7 mg/día) + ICN vs. ICN	12	NI
van der Gaag et al. (2012)	Países Bajos	201	CAARMS	22.7 (NI)	TCC vs. consejo de apoyo	26	52 y 78

NI=no informado; TCC=terapia cognitivo-conductual; ICN=intervención centrada en las necesidades



larario en una Unidad de Agudos de en torno a 2 semanas. Incluso en el mejor de los casos, 2 semanas no son suficientes muchas veces para recabar toda la información de otras variables relevantes para el diagnóstico, más allá de los signos y síntomas presentes en el adolescente, como son el contexto familiar, el funcionamiento social, académico y ocupacional, el funcionamiento cognitivo y la estructura de personalidad. Fruto de esta falta de tiempo e información, pueden producirse falsos diagnósticos de esquizofrenia en jóvenes con síntomas psicóticos en contextos de rasgos de personalidad de los clústeres A (p.ej., trastorno esquizotípico) y B (p.ej., desregulación emocional), con discapacidad intelectual o inteligencia borderline, del espectro autista o con consumo de sustancias. En estos casos, el diagnóstico principal y los tratamientos no deberían ser los habituales en la esquizofrenia, sino que deberían enfocarse a trabajar otras dianas terapéuticas. Otra de las principales ventajas de los modelos dimensionales de prevención frente a los categoriales tradicionales, es que permiten intervenir (prevenir) sin necesidad de etiquetar (sin diagnosticar).

**TABLA 4
FACILITADORES Y OBSTÁCULOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS DE ITP**

Ámbito	Facilitadores	Obstáculos
Científico	Los expertos en ITP promueven y desarrollan investigaciones rigurosas Se demuestran los beneficios sociales, clínicos y económicos de la prevención en psicosis	Es fundamental ampliar el foco desde lo clínico y sanitario a lo educativo y social
Político	Mayor sensibilidad de la población por la salud mental y la prevención Apuesta por la creación de servicios de ITP en muchas Comunidades Autónomas	Falta de interés político Escaso reconocimiento de las necesidades específicas de los jóvenes con psicosis temprana
Comunicación y partes implicadas	Alta implicación familiar y de los usuarios de los servicios desde el inicio Las asociaciones de pacientes y familiares pueden contribuir con fondos e iniciativas Las experiencias de éxito de los usuarios y sus familias pueden crear una conciencia sobre la importancia de la prevención en psicosis y de los servicios de ITP	Falta divulgación de los estudios y modelos de prevención en psicosis Falta de formación específica en prevención en psicosis Falta de comunicación efectiva con familiares, profesionales de la salud y otros profesionales como maestros y profesores Falta de comunicación efectiva con políticos y administradores
Económico, estructural y administrativo	Incorporación o creación de nuevos programas y servicios de ITP en los servicios socio-sanitarios públicos Evolución de los profesionales y estructuras de salud mental desde modelos paternalistas a otros más colaborativos y dialécticos Reducción del estigma Establecimiento de alianzas y sinergias entre profesionales y organismos públicos y privados	Recortes en sanidad y políticas sociales Excesivo énfasis en la medicación o institucionalización Mala coordinación entre especialistas de los dispositivos de salud mental y atención primaria Reticencias a compartir información relevante para la ITP Pobre acceso a los servicios de ITP Instalaciones poco adaptadas a las necesidades de los jóvenes

ITP=intervención temprana en psicosis

NUEVOS BRÍOS EN EL ESTUDIO DE LA PREVENCIÓN EN PSICOSIS

El campo de la prevención en psicosis es objeto de continuo análisis y los avances suceden con gran celeridad. Aquí se van a comentar algunos que, a nuestro entender, merecen especial atención (se puede revisar, para más detalle Fonseca-Pedrero, 2018):

- a) *Nuevos modelos psicopatológicos.* Especialmente interesantes son las aportaciones del modelo de redes (Borsboom, 2017; Fonseca-Pedrero, 2017, 2018), las teorías de sistemas dinámicos o la teoría del caos (Nelson, McGorry, Wichers, Wigman, y Hartmann, 2017). Además, nuevas formas de conceptualización y clasificación de los problemas mentales como los *Research Domain Criteria, RDoC* (Insel et al., 2010), se están abriendo paso como respuesta a las limitaciones del modelo DSM/CIE. Estos aspectos favorecen sin duda el análisis de los trastornos mentales desde una nueva óptica que impulsa, entre otros, la búsqueda de mecanismos etiológicos y la multidisciplinariedad.
- b) *Ecuaciones de riesgo.* Respecto a los estudios de predicción del riesgo de psicosis, se están implementando algoritmos que tratan de dar una puntuación de “probabilidad de riesgo” de psicosis para familiares sanos de pacientes en función de determinadas variables (p. ej., consumo de cannabis, complicaciones obstétricas, experiencias de trauma, mes de nacimiento, etc.) (<https://keshlab.shinyapps.io/PERS-calc/>) o calcular la probabilidad de transitar hacia un cuadro psicótico en contextos sanitarios (Fusar-Poli, Rutigliano, et al., 2017) (<http://www.psychosis-risk.net/step1.asp>).
- c) *Mejorar niveles de predicción.* La combinación de diferentes marcadores de riesgo procedentes de diferentes niveles de análisis (p. ej., genético, cerebral, psicofisiológico, cognitivo, conductual) y considerando el rol del entorno, parece ser una de las mejores opciones a hora de predecir la transición a la psicosis (Schmidt et al., 2016; Zarogianni, Storky, Johnstone, Owens, y Lawrie, 2017). Parece ser que la combinación de múltiples indicadores procedentes de diferentes niveles de análisis, en fases secuenciales y la estratificación de los participantes es la estrategia más adecuada para mejorar la capacidad pronóstica. (Schmidt et al., 2016). Además, los trabajos actuales tratan de diseñar una evaluación más fina de los grupos de alto riesgo, generando subgrupos operativos más homogéneos, estratificados por alguna variable (p. ej., rendimiento neurocognitivo o síntomas informados) (Carrion et al., 2017; Cornblatt y Carrion, 2016).
- d) *Incorporación de nuevas tecnologías de la información.* Las tecnologías de la información están teniendo un claro impacto en el campo de la evaluación y el diagnóstico de los trastornos del espectro psicótico y la salud mental (Insel,



2017). La inteligencia artificial (*learning machine*), la realidad virtual, la evaluación ambulatoria mediante dispositivos móviles (*experience sampling method*, ESM), el fenotipado digital, son solo algunos ejemplos. Por ejemplo, la incorporación de ESM permite soslayar algunas de las limitaciones de los autoinformes, analizar al paciente en su contexto real, de forma personalizada, en interacción con el entorno y buscar posibles mecanismos causales subyacentes (Myin-Germeys et al., 2009; van Os, Delespaul, Wigman, Myin-Germeys, y Wichers, 2013; van Os, Reininghaus, y Meyer-Lindenberg, 2017).

- e) *Del paciente a la persona*. Diferentes movimientos (p. ej., *Hearing voices*) e investigaciones demuestran que el modelo más vigente es aquel que habla de los pacientes en "tercera persona". Una nueva visión de este síndrome debe tratar de poner el énfasis en la "primera persona", esto es, escuchar a las personas –desde una perspectiva fenomenológica (Kendler, 2014; Nelson, Parnas, y Sass, 2014; Parnas, 2015; Pérez-Álvarez, 2012). Además, futuros estudios, y relacionado con el punto anterior, se deben centrar en la "p" de persona y no en la "p" de significación estadística. El impacto funcional de la persona es mucho más relevante por su repercusión en el día a día que la significación estadística. En este sentido los estudios de investigación deben tener eco en el mundo real de las personas.
- f) *Focalización en aspectos positivos y fortalezas*. Se debe ir transitando paulatinamente hacia una visión positiva y optimista, no estigmatizadora, del trastorno (Jeste, Palmer, y Saks, 2017). Debe haber una transición del foco en las limitaciones de los pacientes a sus fortalezas. Hasta hace poco tiempo predominaba la idea de que la psicosis era "un trastorno mental crónico de origen cerebral" (Guloksuz y van Os, 2018), sin embargo, se ha ido produciendo un cambio paulatino en la conceptualización de los trastornos psicóticos, incrementándose el interés en otros aspectos y áreas, como la perspectiva fenomenológica o el proceso de recuperación personal.
- g) *Más allá del esquizo-prisma y de los conceptos de "transición" y "riesgo de psicosis"*. Desde este punto de vista, el foco de actuación ya no sería únicamente la psicosis, sino una condición de riesgo que podría predisponer hacia diferentes cuadros psicopatológicos. Se está derivando hacia un modelo de prevención que vaya más allá del esquizo-prisma, de los conceptos de "transición" o "riesgo de psicosis" y desplazarse hacia un acercamiento basado en estadios (niveles de gravedad), personalizado, dinámico (longitudinal y del desarrollo) y multidimensional. Es un modelo de prevención en salud mental más global que no se circunscribe únicamente al conglomerado de los trastornos psicóticos y que está generando iniciativas interesantes como *Headspace* (<https://headspace.org.au/>).

RECAPITULACIÓN

El presente trabajo ha tenido como objetivo realizar una actualización en el campo de la prevención de los trastornos psicóticos, concretamente en detección e intervención temprana. Se ha tratado de sintetizar el estado de la cuestión y reflexionar sobre esta temática tan fascinante que ha sido objeto de intensa investigación y debate en los últimos años.

En primer lugar, se ha abordado la conceptualización del síndrome de psicosis y su prevención, destacando las limitaciones actuales en su definición, comprensión, medición, diagnóstico e intervención. Como se ha comentado, la prevención del síndrome de psicosis pasa por disponer, por un lado, de un protocolo de evaluación riguroso que permita identificar y detectar de forma inequívoca la potencial condición de riesgo o vulnerabilidad, y por otro, de tratamientos profilácticos eficaces. Para prevenir, hay que detectar, identificar e intervenir, y hacerlo de forma precoz, cuando antes mejor.

En segundo lugar, se han comentado los diferentes procedimientos e instrumentos de medida para la evaluación de la supuesta condición de riesgo. La identificación fiable de personas con vulnerabilidad latente a la psicosis parece ser una estrategia válida y útil, que permite avanzar en: a) la comprensión de los mecanismos etiológicos implicados, b) el análisis de marcadores de riesgo y de protección involucrados en la transición, y c) mejorar las tasas de predicción.

En tercer lugar, se han expuesto las ITP disponibles para el profesional de la salud mental. Se han abordado los modelos de estadificación, la eficacia de las ITP y las dificultades asociados a las mismas, aspecto que permite formular propuestas de futura mejora en ITP. En cuarto lugar, se han esbozado algunas perspectivas futuras de investigación en esta área de estudio, que en esencia, van más allá del mero estudio de la psicosis, siendo transversales a diferentes áreas de la psicología.

En suma, y aunque el avance en los últimos cinco lustros ha sido desmedido, aún estamos en los estadios iniciales. A falta de nuevos resultados debe reinar la mesura y la prudencia. Sea como fuere, dichos avances en prevención han permitido mejorar la comprensión del síndrome de psicosis, tanto en lo que se refiere al entendimiento de los mecanismos etiológicos como a mejorar la visión negativa, estigmatizante, deteriorante y cerebro-centrista asociada a este cuadro clínico en etapas históricas precedentes.

Futuros estudios dilucidarán cuál es la mejor forma de abordaje y prevención y cuál es el mejor algoritmo para identificar, detectar y predecir el riesgo no solo de psicosis, sino de cualquier trastorno mental. De este modo, tal vez, se pueda prevenir, reducir o incluso abortar la posible transición al cuadro clínico, mejorando así la calidad de vida de las personas y las familias, y la gestión de recursos sociales y sanitarios.



AGRADECIMIENTOS

Esta investigación ha sido financiada por el Ministerio de Ciencia e Innovación de España (MICINN) (referencia PSI2014-56114-P), por el Instituto Carlos III, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), por la Convocatoria 2015 de "Ayudas Fundación BBVA a Investigadores y Creadores Culturales" y por las "Ayudas Fundación BBVA a equipos de investigación científica 2017".

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

REFERENCIAS

- Addington, J., Epstein, I., Liu, L., French, P., Boydell, K. M., y Zipursky, R. B. (2011). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for individuals at clinical high risk of psychosis. *Schizophrenia Research*, *125*, 54-61.
- Addington, J., Stowkowy, J., y Weiser, M. (2015). Screening tools for clinical high risk for psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, *9*, 345-356.
- Alameda, L., Golay, P., Baumann, P., Morandi, S., Ferrari, C., Conus, P., y Bonsack, C. (2016). Assertive outreach for "difficult to engage" patients: A useful tool for a subgroup of patients in specialized early psychosis intervention programs. *Psychiatry Research*, *239*, 212-219.
- Amminger, G. P., Schafer, M. R., Papageorgiou, K., Klier, C. M., Cotton, S. M., Harrigan, S. M., ... Berger, G. E. (2010). Long-chain omega-3 fatty acids for indicated prevention of psychotic disorders: a randomized, placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, *67*, 146-154.
- Bernardini, F., Attademo, L., Cleary, S. D., Luther, C., Shim, R. S., Quartesan, R., y Compton, M. T. (2017). Risk prediction models in psychiatry: Toward a new frontier for the prevention of mental illnesses. *Journal of Clinical Psychiatry*, *78*, 572-583.
- Bobes, J., y Saiz, J. (2013). *Impacto social de la esquizofrenia*. Madrid: Janssen Pharmaceutica N.V.
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, *16*, 5-13.
- Carpenter, W. (2018). Clinical high risk controversies and challenge for the experts. *Schizophrenia Bulletin*, *44*, 223-225. doi: 10.1093/schbul/sbx182.
- Carrión, R., Correll, C., Auther, A., y Cornblatt, B. (2017). A severity-based clinical staging model for the psychosis prodrome: longitudinal findings from the new york recognition and prevention program. *Schizophrenia Bulletin*, *43*, 64-74.
- Cornblatt, B. A., y Carrión, R. E. (2016). Deconstructing the psychosis risk syndrome moving the field of prevention forward. *JAMA Psychiatry*, *73*, 105-106. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2454>
- Csillag, C., Nordentoft, M., Mizuno, M., McDaid, D., Arango, C., Smith, J., ... Jones, P. (2017). Early intervention in psychosis: From clinical intervention to health system implementation. *Early Intervention in Psychiatry*, doi: 10.1111/eip.12514.
- Cuesta, M. J., y Peralta, V. (2016). Going beyond classic descriptions to future phenomenology of schizophrenia. *JAMA Psychiatry*, *73*(10), 1010.
- Davis, J., Eyre, H., Jacka, F. N., Dodd, S., Dean, O., McEwen, S., ... Berk, M. (2016). A review of vulnerability and risks for schizophrenia: Beyond the two hit hypothesis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *65*, 185-194.
- Debbané, M., Eliez, S., Badoud, D., Conus, P., Flückiger, R., y Schultze-Lutter, F. (2015). Developing psychosis and its risk states through the lens of schizotypy. *Schizophrenia Bulletin*, *41*, S396-407.
- Dickson, H., Laurens, K. R., Cullen, A. E., y Hodgins, S. (2012). Meta-analyses of cognitive and motor function in youth aged 16 years and younger who subsequently develop schizophrenia. *Psychological Medicine*, *42*, 743-755.
- Dietsche, B., Kircher, T., y Falkenberg, I. (2017). Structural brain changes in schizophrenia at different stages of the illness: A selective review of longitudinal magnetic resonance imaging studies. *Australian y New Zealand Journal of Psychiatry*, *51*, 500-508.
- Duffy, A., Malhi, G. S., y Grof, P. (2017). Do the trajectories of bipolar disorder and schizophrenia follow a universal staging model? *Canadian Journal of Psychiatry*, *62*, 115-122. <https://doi.org/10.1177/0706743716649189>
- Fonseca-Pedrero, E. (2017). Análisis de redes: ¿una nueva forma de comprender la psicopatología? *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, *10*, 206-215.
- Fonseca-Pedrero, E. (2018). Análisis de redes en Psicología. *Papeles del Psicólogo*, *39*, 1-12.
- Fonseca-Pedrero, E. (2018). *Evaluación de los trastornos del espectro psicótico*. Madrid: Pirámide.
- Fonseca-Pedrero, E., y Debbané, M. (2018). Evaluación del riesgo de psicosis. En E. Fonseca-Pedrero (coord.) *Evaluación de los trastornos del espectro psicótico* (pp. 381-429). Madrid: Pirámide.
- Fonseca-Pedrero, E., Gooding, D., Debbané, M., y Muñiz, J. (2016). Psychopathology: Psychosis assessment and high-risk paradigms. En D. Bartram (Ed.), *The ITC International Handbook of Testing and Assessment*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., y Fraguas, D. (2013). DSM-5: ¿Síndrome de psicosis atenuada? *Papeles del Psicólogo*, *34*, 190-207.
- Fonseca Pedrero, E., y Debbané, M. (2017). Schizotypal traits and psychotic-like experiences during adolescence: An update. *Psicothema*, *29*, 5-17.
- Fraser, R., Berger, G., y McGorry, P. (2006). Emerging psychosis in young people - Part 2 - key issues for acute mana-



- gement. *Australian Family Physician*, 35, 323-327.
- Fusar-Poli, P., Bonoldi, I., Yung, A. R., Borgwardt, S., Kempton, M. J., Valmaggia, L., ... McGuire, P. (2012). Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Archives of General Psychiatry*, 69, 220-229.
- Fusar-Poli, P., Byrne, M., Badger, S., Valmaggia, L. R., y McGuire, P. K. (2013). Outreach and support in South London (OASIS), 2001-2011: Ten years of early diagnosis and treatment for young individuals at high clinical risk for psychosis. *European Psychiatry*, 28, 315-326.
- Fusar-Poli, P., Carpenter, W. T., Woods, S. W., y McGlashan, T. H. (2014). Attenuated psychosis syndrome: ready for DSM-5.1? *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 155-192.
- Fusar-Poli, P., Deste, G., Smieskova, R., Barlati, S., Yung, A. R., Howes, O., ... Borgwardt, S. (2012). Cognitive functioning in prodromal psychosis: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 69, 562-571.
- Fusar-Poli, P., McGorry, P., y Kane, J. (2017). Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. *World Psychiatry*, 16, 251-265.
- Fusar-Poli, P., Radua, J., McGuire, P., y Borgwardt, S. (2012). Neuroanatomical maps of psychosis onset: voxel-wise meta-analysis of antipsychotic-naïve VBM studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 1297-1307.
- Fusar-Poli, P., Rocchetti, M., Sardella, A., Avila, A., Brandizzi, M., Caverzasi, E., ... McGuire, P. (2015). Disorder, not just state of risk: meta-analysis of functioning and quality of life in people at high risk of psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 207, 198-206.
- Fusar-Poli, P., Rutigliano, G., Stahl, D., Davies, C., Bonoldi, I., Reilly, T., y McGuire, P. (2017). Development and validation of a clinically based risk calculator for the transdiagnostic prediction of psychosis. *JAMA Psychiatry*, 74, 493-500.
- Fusar-Poli, P., Rutigliano, G., Stahl, D., Schmidt, A., Ramella-Cravaro, V., Hitesh, S., y McGuire, P. (2016). Deconstructing pretest risk enrichment to optimize prediction of psychosis in individuals at clinical high risk. *JAMA Psychiatry*, 73(12), 1260.
- Fusar-Poli, P., Tantardini, M., De Simone, S., Ramella-Cravaro, V., Oliver, D., Kingdon, J., ... McGuire, P. (2017). Deconstructing vulnerability for psychosis: Meta-analysis of environmental risk factors for psychosis in subjects at ultra high-risk. *European Psychiatry*, 40, 65-75.
- Fusar-Poli, P., y Yung, A. R. (2012). Should attenuated psychosis syndrome be included in DSM-5? *The Lancet*, 379(9816), 591-592.
- Guloksuz, S., y van Os, J. (2018). The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum. *Psychological Medicine*, 48, 229-244.
- Häfner, H., y An Der Heiden, W. (1999). The course of schizophrenia in the light of modern follow-up studies: The ABC and WHO studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249(Suppl. 4), IV14-IV26.
- Huber, G. (1983). Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen. *Nervenarzt*, 54, 23-32.
- Humiston, S. G., Szilagyi, P. G., Iwane, M. K., Schaffer, S. J., Santoli, J., Shone, L., ... Schwartz, B. (2004). The feasibility of universal influenza vaccination for infants and toddlers. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158(9), 867-874.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., ... Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748-751.
- Insel, T. R. (2017). Digital phenotyping: Technology for a new science of behavior. *JAMA*, 318, 1215-1216. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.11295>
- Jeste, D. V., Palmer, B. W., y Saks, E. R. (2017). Why we need positive psychiatry for schizophrenia and other psychotic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 43(2), 227-229.
- Juuhl-Langseth, M., Holmén, A., Thormodsen, R., Øie, M., y Rund, B. R. (2014). Relative stability of neurocognitive deficits in early onset schizophrenia spectrum patients. *Schizophrenia Research*, 156(2-3), 241-247.
- Kaymaz, N., Drukker, M., Lieb, R., Wittchen, H. U., Werbeloff, N., Weiser, M., ... van Os, J. (2012). Do subthreshold psychotic experiences predict clinical outcomes in unselected non-help-seeking population-based samples? A systematic review and meta-analysis, enriched with new results. *Psychological Medicine*, 20, 1-15.
- Kendler, K. S. (2014). The structure of psychiatric science. *American Journal of Psychiatry*, 171, 931-938.
- Keshavan, M. S., DeLisi, L. E., y Seidman, L. J. (2011). Early and broadly defined psychosis risk mental states. *Schizophrenia Research*, 126, 1-10.
- Keshavan, M. S., Nasrallah, H. A., y Tandon, R. (2011). Schizophrenia, "Just the Facts" 6. Moving ahead with the schizophrenia concept: From the elephant to the mouse. *Schizophrenia Research*, 127, 3-13.
- Keshavan, M. S., Tandon, R., Boutros, N. N., y Nasrallah, H. A. (2008). Schizophrenia, "just the facts": What we know in 2008. Part 3: Neurobiology. *Schizophrenia Research*, 106, 89-107.
- Klosterkötter, J. (2014). The usefulness for indicated prevention of severe mental disorders should play a central part in the further development of CBT. *World Psychiatry*, 13, 259-260.
- Kraepelin, E. (1919). *Dementia praecox and paraphrenia*. Huntington, N.Y.: Krieger (Trad.1971).
- Laine, A., Anttila, M., y Valimäki, M. (2016). Modification of



- an Internet-based patient education program for adults with schizophrenia spectrum disorder to suit adolescents with psychosis. *Informatics for Health y Social Care*, 41(3), 230–246.
- Larsen, T. K., Melle, I., Auestad, B., Haahr, U., Joa, I., Johannessen, J. O., ... McGlashan, T. (2011). Early detection of psychosis: positive effects on 5-year outcome. *Psychological Medicine*, 41, 1461–1469.
- Lemos Giráldez, S., Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., y Vallina, O. (2015). *Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*. Madrid: Síntesis.
- Linscott, R. J., y van Os, J. (2013). An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychological Medicine*, 43, 1133–1149.
- Lyne, J., O'Donoghue, B., Roche, E., Renwick, L., Cannon, M., y Clarke, M. (2017). Negative symptoms of psychosis: A life course approach and implications for prevention and treatment. *Early Intervention in Psychiatry*. <https://doi.org/10.1111/eip.12501>
- Maj, M. (2011). Understanding the pathophysiology of schizophrenia: are we on the right track? *Schizophrenia Research*, 127, 20–21.
- Marshall, M., y Rathbone, J. (2011). Early intervention for psychosis. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Jun 15;(6):CD004718. doi: 10.1002/14651858.CD004718.pub3.
- McGlashan, T. H., Zipursky, R. B., Perkins, D., Addington, J., Miller, T., Woods, S. W., ... Breier, A. (2006). Randomized, double-blind trial of olanzapine versus placebo in patients prodromally symptomatic for psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 163(5), 790–799.
- McGorry, P., Johannessen, J. O., Lewis, S., Birchwood, M., Malla, A., Nordentoft, M., ... Yung, A. (2010). Early intervention in psychosis: Keeping faith with evidence-based health care. *Psychological Medicine*, 40, 399–404.
- McGorry, P., y Van Os, J. (2013). Redeeming diagnosis in psychiatry: Timing versus specificity. *The Lancet*, 381(9863), 343–345.
- Millan, M. J., Andrieux, A., Bartzokis, G., Cadenhead, K., Dazzan, P., Fusar-Poli, P., ... Weinberger, D. (2016). Altering the course of schizophrenia: progress and perspectives. *Nature Reviews Drug Discovery*, 15(7), 485–515.
- Miller, T. J., McGlashan, T. H., Rosen, J. L., Cadenhead, K., Ventura, J., McFarlane, W., ... Woods, S. W. (2003). Prodromal Assessment with the Structured Interview for Prodromal Syndromes and the Scale of Prodromal Symptoms: Predictive Validity, Interrater Reliability, and Training to Reliability. *Schizophrenia Bulletin*, 29(4), 703–715.
- Miret, S., Fatjó-Vilas, M., Peralta, V., y Fañanás, L. (2016). Síntomas básicos en la esquizofrenia, su estudio clínico y relevancia en investigación. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(2), 111–122.
- Mongan, D., Shannon, C., Hanna, D., Boyd, A., y Mulholland, C. (2017). The association between specific types of childhood adversity and attenuated psychotic symptoms in a community sample. *Early Intervention in Psychiatry*. <https://doi.org/10.1111/eip.12478>
- Morrison, A. P., French, P., Stewart, S. L. K., Birchwood, M., Fowler, D., Gumley, A. I., ... Dunn, G. (2012). Early detection and intervention evaluation for people at risk of psychosis: multisite randomised controlled trial. *BMJ*, 344, e2233.
- Morrison, A. P., Turkington, D., Pyle, M., Spencer, H., Brabban, A., Dunn, G., ... Hutton, P. (2014). Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial. *Lancet*, 383(9926), 1395–403.
- Mosholder, A. D., Gelperin, K., Hammad, T. a, Phelan, K., y Johann-Liang, R. (2009). Hallucinations and other psychotic symptoms associated with the use of attention-deficit/hyperactivity disorder drugs in children. *Pediatrics*, 123(2), 611–616.
- Muñiz, J., Hernández, A., y Ponsoda, V. (2015). Nuevas directrices sobre el uso de los tests: investigación, control de calidad y seguridad. *Papeles del Psicólogo*, 36, 161–173.
- Myin-Germeys, I., Oorschot, M., Collip, D., Lataster, J., Delespaul, P., y van Os, J. (2009). Experience sampling research in psychopathology: opening the black box of daily life. *Psychological Medicine*, 39(9), 1533.
- Nelson, B., McGorry, P. D., Wichers, M., Wigman, J. T. W., y Hartmann, J. A. (2017). Moving from static to dynamic models of the onset of mental disorder. *JAMA Psychiatry*, 74, 528–534.
- Nelson, B., Parnas, J., y Sass, L. A. (2014). Disturbance of minimal self (ipseity) in schizophrenia: clarification and current status. *Schizophrenia Bulletin*, 40(3), 479–482.
- Niendam, T. A., Tully, L. M., Iosif, A. M., Kumar, D., Nye, K. E., Denton, J. C., ... Pierce, K. M. (2018). Enhancing early psychosis treatment using smartphone technology: A longitudinal feasibility and validity study. *Journal of Psychiatric Research*, 96, 239–246.
- Obiols, J. E., y Barrantes-Vidal, N. (2014). *Signos de riesgo y detección precoz de psicosis*. Madrid: Síntesis.
- Parnas, J. (2015). Differential diagnosis and current polythetic classification. *World Psychiatry*, 14, 284–287.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). Esquizofrenia y cultura moderna: Razones de la locura. *Psicothema*, 24, 1–9.
- Riley, M., Patterson, V., Lane, J. C., Won, K. M., y Ranalli, L. (2018). The Adolescent champion model: Primary care becomes adolescent-centered via targeted quality improvement. *Journal of Pediatrics*, 193, 229–236. doi: 10.1016/j.jpeds.2017.09.084



- Ruhrmann, S., Bechdolf, A., Kühn, K. U., Wagner, M., Schultze-Lutter, F., Janssen, B., ... Klosterkötter, J. (2007). Acute effects of treatment for prodromal symptoms for people putatively in a late initial prodromal state of psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 191(Suppl. 51), s88-95. doi: 10.1192/bjp.191.51.s88.
- Schmidt, A., Cappucciati, M., Radua, J., Rutigliano, G., Rocchetti, M., Dell'Osso, L., ... Fusar-Poli, P. (2016). Improving prognostic accuracy in subjects at clinical high risk for psychosis: systematic review of predictive models and meta-analytical sequential testing simulation. *Schizophrenia Bulletin*, 43, 375-388.
- Schultze-Lutter, F., Klosterkötter, J., y Ruhrmann, S. (2014). Improving the clinical prediction of psychosis by combining ultra-high risk criteria and cognitive basic symptoms. *Schizophrenia Research*, 154(1-3), 100-106.
- Schultze-Lutter, F., Michel, C., Schmidt, S. J., Schimmelmann, B. G., Maric, N. P., Salokangas, R. K. R., ... Klosterkötter, J. (2015). EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *European Psychiatry*, 30(3), 388-404.
- Segarra, R. (2013). *Abordaje integral de las fases iniciales de las psicosis. Una visión crítica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Stafford, M. R., Jackson, H., Mayo-Wilson, E., Morrison, A. P., y Kendall, T. (2013). Early interventions to prevent psychosis: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 346, f185.
- Tandon, R., Keshavan, M. S., y Nasrallah, H. A. (2008). Schizophrenia, "Just the Facts": What we know in 2008. Part 1: Overview. *Schizophrenia Research*, 100, 4-19.
- Tandon, R., Nasrallah, H. A., y Keshavan, M. S. (2009). Schizophrenia, "just the facts" 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Research*, 110, 1-23.
- Tsuang, M. T., Van Os, J., Tandon, R., Barch, D. M., Bustillo, J., Gaebel, W., ... Carpenter, W. (2013). Attenuated psychosis syndrome in DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150, 31-35.
- Valmaggia, L. R., Byrne, M., Day, F., Broome, M. R., Johns, L., Howes, O., ... McGuire, P. K. (2015). Duration of untreated psychosis and need for admission in patients who engage with mental health services in the prodromal phase. *British Journal of Psychiatry*, 207(2), 130-134.
- van der Gaag, M., Nieman, D. H., Rietdijk, J., Dragt, S., Ising, H. K., Klaassen, R. M., ... Linszen, D. H. (2012). Cognitive behavioral therapy for subjects at ultrahigh risk for developing psychosis: a randomized controlled clinical trial. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 1180-1188.
- van der Gaag, M., Smit, F., Bechdolf, A., French, P., Linszen, D. H., Yung, A. R., ... Cuijpers, P. (2013). Preventing a first episode of psychosis: meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. *Schizophrenia Research*, 149(1-3), 56-62.
- van Os, J., Delespaul, P., Wigman, J., Myin-Germeys, I., y Wichers, M. (2013). Beyond DSM and ICD: introducing "precision diagnosis" for psychiatry using momentary assessment technology. *World Psychiatry*, 12, 113-117.
- van Os, J., y Guloksuz, S. (2017). A critique of the "ultra-high risk" and "transition" paradigm. *World Psychiatry*, 16(2), 200-206.
- van Os, J., y Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *Lancet*, 374, 635-645.
- van Os, J., Kenis, G., y Rutten, B. P. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature*, 468, 203-312.
- van Os, J., y Linscott, R. J. (2012). Introduction: The extended psychosis phenotype - Relationship with schizophrenia and with ultrahigh risk status for psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 38(2), 227-230.
- van Os, J., y Reininghaus, U. (2016). Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population. *World Psychiatry*, 15(2), 118-124.
- van Os, J., Reininghaus, U., y Meyer-Lindenberg, A. (2017). The Search for Environmental Mechanisms Underlying the Expression of Psychosis: Introduction. *Schizophrenia Bulletin*, 43, 283-286.
- Wyatt, R. J., y Henter, I. (2001). Rationale for the study of early intervention. *Schizophrenia Research*, 51(1), 69-76.
- Yung, A. R., y McGorry, P. D. (2007). Prediction of psychosis: setting the stage. *British Journal of Psychiatry*, 191, s1-8.
- Yung, A. R., Phillips, L. J., Nelson, B., Francey, S. M., PanYuen, H., Simmons, M. B., ... McGorry, P. D. (2011). Randomized controlled trial of interventions for young people at ultra high risk for psychosis: 6-Month analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(4), 430-440.
- Yung, A. R., Yuen, H. P., McGorry, P. D., Phillips, L. J., Kelly, D., Dell'Olio, M., ... Buckby, J. (2005). Mapping the onset of psychosis-the Comprehensive Assessment of At Risk Mental States (CAARMS). *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 964-971.
- Zarogianni, E., Storkey, A. J., Johnstone, E. C., Owens, D. G. C., y Lawrie, S. M. (2017). Improved individualized prediction of schizophrenia in subjects at familial high risk, based on neuroanatomical data, schizotypal and neurocognitive features. *Schizophrenia Research*, 181, 6-12.





INTERVENCIÓN EN HABILIDADES SOCIALES DE LOS NIÑOS CON TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

INTERVENTION IN SOCIAL SKILLS OF CHILDREN WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDER: A BIBLIOGRAPHICAL REVIEW

Inmaculada March-Miguez, Maite Montagut-Asunción, Gemma Pastor-Cerezuela y María Inmaculada Fernández-Andrés

Universidad de Valencia

Los índices de prevalencia del trastorno del espectro autista (TEA) han aumentado notablemente en los últimos años. El TEA está cada vez más presente en las escuelas y en la sociedad y es por ello que resulta imprescindible conocer más sobre este trastorno y las posibilidades de intervención. El objetivo de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica de los artículos publicados en los últimos años en relación a distintos programas y técnicas de intervención que se han venido utilizando recientemente para trabajar con los niños con TEA una de las dificultades que en mayor medida definen el trastorno, las habilidades sociales. Las conclusiones más destacadas señalan que por la diversidad sintomática de los niños con TEA y sus diferentes características, los resultados de las intervenciones pueden ser variados; son muchos los programas que consiguen mejorar las habilidades sociales en estos niños; y obtienen resultados destacables aquellas intervenciones que incluyen a las familias en las sesiones y que se realizan con el uso de las nuevas tecnologías, como ordenadores o robots.

Palabras clave: Intervención, Autismo, TEA, Habilidades sociales.

The prevalence rates of autistic spectrum disorder (ASD) have increased markedly in recent years. ASD is increasingly present in schools and in society, so it is essential for us to know more about this disorder and the possibilities of intervention. The objective of this work is to carry out a bibliographic review of the articles published in recent years in relation to different intervention programs and techniques that have recently been used to work with children with ASD to train them in the difficulties that most define the disorder: social skills. The most important conclusions indicate that: despite the symptomatic diversity of children with ASD and their different characteristics which can lead to diverse results, there are many programs that improve social skills in these children; and remarkable results are obtained by interventions that include families in the sessions and that are carried out with the use of new technologies, such as computers or robots.

Key words: Intervention, Autism, ASD, Social skills.

El Trastorno de Espectro Autista (TEA) constituye un diagnóstico encuadrado en el DSM-5 (APA, 2013), dentro de los trastornos del neurodesarrollo, que se caracteriza por dificultades de comunicación e interacción social, así como patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses, presentes desde la infancia y que alteran el funcionamiento diario de la persona (Alcantud & Alonso, 2015).

Una de las características definitorias del TEA son las dificultades que estas personas tienen para el desarrollo de habilidades sociales (HS) y de comunicación, con la consecuente limitación para entender señales de naturaleza social que esto supone. Las personas con TEA tienen dificultades en el proce-

samiento del lenguaje no literal, esto es, la comprensión del doble sentido, la ironía o el lenguaje metafórico (Rundblad & Annaz, 2010), les resulta compleja la interpretación de las expresiones faciales, los gestos o el tono de voz, y les cuesta en muchas ocasiones mantener el contacto visual con el interlocutor (Spence, 2003). Existen diversas teorías explicativas que tratan de dar cuenta de las posibles causas de estas dificultades, entre ellas, la teoría de la disfunción ejecutiva (Hill, 2004) y la teoría de la coherencia central débil (Frith & Happé, 1994). Aunque probablemente la que más relación presenta con las limitaciones sociales de las personas con TEA es la que alude a las dificultades en la construcción de la Teoría de la Mente (Theory of Mind, ToM) (Baron-Cohen, 1991), entendida como la "capacidad que desarrolla el ser humano para atribuir pensamientos a las otras personas" (Argitas, 1999, p.121) e interpretar sus acciones y actitudes, tomando en cuenta estos pensamientos y creencias. Según este enfoque, las dificultades definitorias del TEA, y especialmente las de tipo social,

Recibido: 15 julio 2017 - Aceptado: 5 febrero 2018

Correspondencia: María Inmaculada Fernández-Andrés. Universidad de Valencia. Blasco Ibañez 21. 46010 Valencia. España.

E-mail: m.inmaculada.fernandez@uv.es





se explican a partir de alteraciones en distintos aspectos que componen la ToM: las dificultades para identificar o distinguir emociones, el desarrollo de la empatía, la comprensión de elementos pragmáticos del lenguaje, etc. (Miguel, 2006).

En la actualidad, aproximadamente un 1% de la población tiene TEA y, en los últimos años, la prevalencia de este trastorno se encuentra en continuo ascenso (Baio, 2012; López Méndez & Costa Cabanillas, 2015), lo que en parte puede ser debido a los cambios producidos en los criterios diagnósticos (Hsu, Chiang, Lin & Lin, 2012). El TEA está cada vez más presente en las escuelas y en la sociedad, siendo imprescindible conocer más sobre este trastorno y las posibilidades de intervención.

La mayoría de los programas de intervención psicológica que se llevan a cabo en la actualidad con niños con TEA adoptan una perspectiva conductual (Lord et al, 2005), muchos de ellos basadas en el modelado y el refuerzo, la mediación por pares o el uso de guiones e historias sociales (Matson, Matson & Rivet, 2007). Todas estas intervenciones están destinadas a que los sujetos con TEA puedan mejorar sus habilidades sociales, dándoles pautas sencillas para proceder en determinadas situaciones sociales y proporcionando ejemplos de modelado para su aprendizaje. Algunas de las intervenciones más conocidas (Mulas et al, 2010) son el "programa Lovaas de análisis aplicado de conducta" (Lovaas, 1987) y el TEACCH (tratamiento y educación para niños con autismo y otras dificultades comunicativas), creado en los años 70 por Eric Schopler y Gary Mesibov (Mesibov, Shea & Schopler, 2005). El "programa Lovaas de análisis aplicado de conducta" es un programa de metodología conductual de intervención temprana de alta intensidad que implica el uso de técnicas de reforzamiento, aprendizaje en discriminación, retirada gradual de los estímulos de apoyo, moldeamiento, etc. El TEACCH es un programa clínico y psicoeducacional de intervención personalizada que trata de responder a las necesidades particulares de los niños con TEA, presentando la información de manera visual en el contexto de las sesiones, y posibilitando la anticipación y la estructuración, para ofrecer al niño con TEA una organización sencilla de su espacio y su tiempo. Además, son cada vez más utilizadas las intervenciones en las cuales participa la familia, así como también aquellas intervenciones que hacen uso de las nuevas tecnologías (Dekker, Nauta, Mulder, Timmerman & de Bildt, 2014).

Las investigaciones que se han realizado hasta el momento acerca de los diferentes programas de intervención en HS de los niños con TEA indican que son muchas las formas de hacerlo, pero no se ha encontrado ninguna que sea capaz de funcionar en todos los niños, ya que cada persona con TEA es diferente a otra y puede reaccionar de manera distinta a la intervención a pesar de que las condiciones ambientales sean las mismas (De la Iglesia & Parra, 2008). El objetivo principal de este trabajo es revisar distintos artículos publicados recientemente, que exponen diferentes programas de intervención en

HS y que se han venido utilizando en los últimos años en niños con TEA, para explorar cómo se han hecho estas intervenciones y qué conclusiones pueden resultar más interesantes para la práctica en el trabajo con estos niños.

MÉTODO

El objetivo de este trabajo es revisar y exponer las principales conclusiones de algunos de los programas de entrenamiento de HS en niños con TEA que se han venido utilizando más recientemente, a partir de una revisión bibliográfica de los artículos publicados en los últimos tres años que abordan esta temática. Para ello, se realizó una búsqueda en las bases de datos PsycINFO y ERIC, usando los siguientes descriptores: "intervention", "autism", "ASD" y "social skills". Estos descriptores se combinaron para crear una ecuación de búsqueda que incluyera aquellos trabajos que llevaran a término, validaran, describirán o compararan uno o varios programas de intervención para mejorar HS en niños con TEA. Se hizo una primera búsqueda de aquellos artículos publicados en los últimos tres años, bajo el criterio de mayor recencia, cuyo contenido exponía algunos de los distintos programas de entrenamiento de HS en niños con TEA que se han venido utilizando recientemente y cuyas conclusiones resultaban más interesantes. Se incluyeron en esta primera búsqueda artículos publicados en revistas en inglés que podían encontrarse en las bases de datos PsycINFO y ERIC. Los artículos duplicados se apartaron de la revisión. A partir del número inicial de artículos obtenidos en esta búsqueda sistemática, se realizó una segunda selección, siguiendo los siguientes criterios: estudios empíricos y texto completo disponible. Por último, se hizo una selección manual y se rechazaron aquellos artículos que no contenían la información necesaria para incluirse en la revisión. Este proceso de búsqueda y selección de artículos se encuentra representado en el diagrama de búsqueda (Figura 1). La cantidad de artículos finales para la revisión fue de 42. Estos artículos se encuentran clasificados por tipo de programa y orden alfabético en la Tabla 1. En esta tabla también se incluyen características de los programas como el número de sesiones, la duración de las mismas, si se han hecho en grupo o individuales y si ha participado la familia en ellas.

RESULTADOS

Los distintos programas de intervención en HS para niños con TEA incluidos en los artículos revisados basan su intervención en sesiones grupales, en la mayoría de los casos, con una o dos sesiones semanales, dirigidas a niños de entre 4 y 13 años, dependiendo del artículo revisado, y con resultados, de algún modo u otro, positivos en todos los casos. Éstos se encuentran resumidos en la columna de "Resultados" de la Tabla 1.

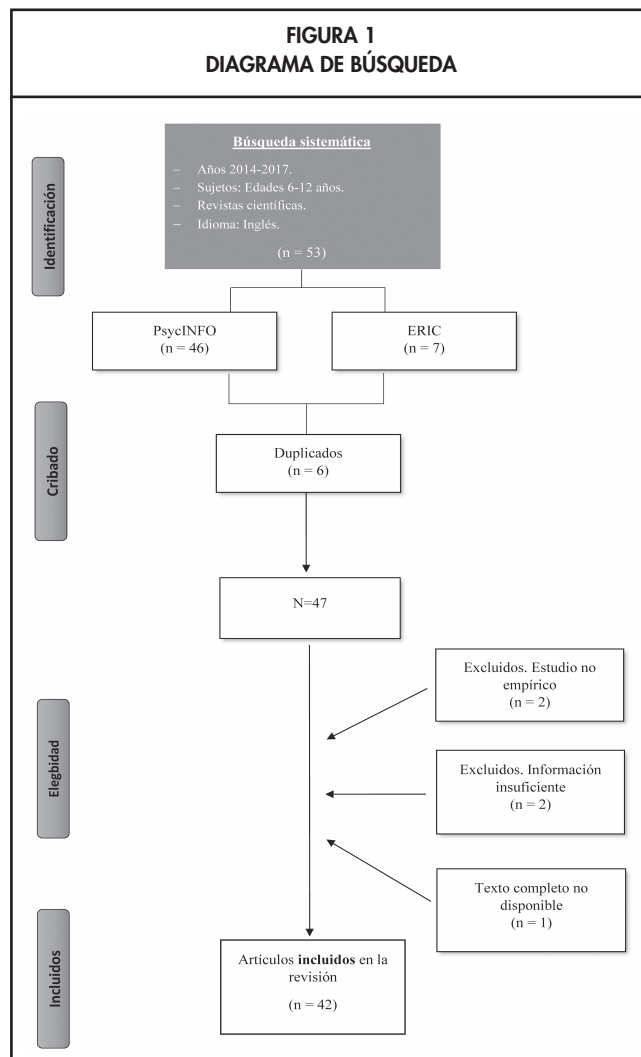
El programa PEERS (*Programa de Educación y Enriquecimiento de las Habilidades Relacionales*) es uno de los más utilizados para trabajar algunos aspectos como la interacción personal, la relación interpersonal, la comunicación social, la



respuesta y la motivación social (Chang et al., 2014; Karst et al., 2015; Laugeson, Ellingsen, Sanderson, Tucci & Bates, 2014; Schol et al., 2014; Yoo et al., 2014). Otro de los programas de intervención que se destaca es el *Programa de Habilidades Sociales de Superhéroes*, el cual trabaja áreas similares a las del programa PEERS, con la diferencia de conseguir el mantenimiento de los resultados a más largo plazo, así como la generalización de los mismos (Block, Radley, Jenson, Clark & O'Neill, 2015; Radley, Jenson, Clark & O'Neill, 2014; Radley et al., 2014; Radley, Ford, Battaglia & McHugh, 2014; Radley et al., 2015; Radley, Dart, Moore, Battaglia & LaBrot, 2017). Otras intervenciones destacadas son la *Social Skills Training (SST)* y el *Secret Agent Society (SAS)*. Ambos programas concretan como principal objetivo mejorar el funcionamiento social para situaciones de la vida cotidiana (Beaumont, Rotolone & Sofronoff, 2015; Deckers, Muris, Roelofs & Arntz, 2016; Dekker et al., 2014; Tan, Mazzucchelli & Beaumont, 2015).

Varios de los estudios objeto de la presente revisión señalan la implicación de la familia como aspecto fundamental a la hora de realizar cualquier tipo de intervención de HS (Butterwort et al., 2014; Haven, Manangan, Sparrow & Wilson, 2014; Laugeson et al., 2014; McMahon & Solomon, 2015; Olçay-Gül & Tekin-İftar, 2016), así como el trabajo con el componente afectivo. Por ello, sugieren trabajar con conceptos como las amistades, la aceptación de uno mismo, la autoestima, la ansiedad o la depresión (Butterwort et al. 2014; Demopoulos, Hopkins & Lewine, 2016; Mandelberg, Frankel, Cunningham, Gorospe & Laugeson, 2014; Ratcliffe, Wong, Dossetor & Hayes, 2014; Rodríguez, Martín, Carbonero & Ovejero, 2016; Sofronoff, Silva & Beaumont, 2017).

Otros estudios hablan de técnicas de intervención más específicas como es el trabajo con historias sociales, que resulta ser muy útil a la hora de modificar comportamientos sociales. Estos estu-



**TABLA 1
TODOS LOS ESTUDIOS INCLUYEN EN SU MUESTRA UN GRUPO TEA Y, ALGUNOS ESTUDIOS, PADRES O GRUPOS DE IGUALES**

Autores	Objetivos EVALUAR	Participantes	Instrumentos	Intervención	Resultados
Block et al. (2015)	Resultados del programa Superhéroes Social Skills.	4 niños con TEA, 3 chicos y 1 chica de 8-9 años. En grupo.	WISC; VCI; ADOS; ASSP; BIRS; CCSS	2 sesiones semanales (30 min.) - 11 semanas.	Mejoras en respuesta social y aumento de iniciaciones sociales.
Jenson, Clark & O'Neill (2014)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Factibilidad del PHS de Superhéroes adaptado: entrenamiento para padres. ✓ Utilidad de la intervención para aumentar el compromiso social. 	5 niños TEA entre 5 y 7 años. En grupo.	BIRS; CCSS; PSI	30 min.: padres. 1 sesión semanal: observación.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mayor compromiso social durante el juego. ✓ Éxito en la capacitación de los padres participantes.
Radley et al. (2014)	Eficacia del PHS de Superhéroes en el aumento del compromiso social en un entorno generalizado.	4 niños de 8-10 años TEA en 2 grupos y 3 niños desarrollo típico. En grupo.	Superhéroes Social Skills; POPE; The Friendship Survey; ASSP; CIRP	1 sesión semanal (30 min.) - 8 semanas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumento de compromisos sociales. ✓ El retiro de HS puede tener efectos generalizables a ajustes más naturalistas.
Radley et al. (2014)	Ampliar la literatura anterior a través de la prueba de la eficacia PHS.	3 niños TEA entre 10-14 años, 2 chicos y 1 chica. En grupo.	ASSP; PSI/SF; BIRS	10 sesiones (1h 30 min/2h) - 5 semanas.	Promoción del uso de habilidades en entrenamiento y en generalización.



TABLA 1
TODOS LOS ESTUDIOS INCLUYEN EN SU MUESTRA UN GRUPO TEA Y, ALGUNOS ESTUDIOS,
PADRES O GRUPOS DE IGUALES (Continuación)

Autores	Objetivos EVALUAR	Participantes	Instrumentos	Intervención	Resultados
Radley et al. (2015)	Uso de PHS de superhéroes.	2 niños TEA, de 11-12 años. En grupo.	WISC; KTEA; GARS; ABAS; ASSP	2 sesiones semanales (1h 30 min) - 5 semanas.	✓ Mejoras en la precisión de la habilidad en entrenamiento y generalización.
Radley et al. (2017)	El efecto del PHS de Superhéroes normal y modificado.	5 niños chicos TEA entre 7-10 años. En grupo.	BIRS; ASSP	2 sesiones semanales - 8 semanas.	Variabilidad en el comportamiento restringido después de la aplicación.
Chang et al. (2014)	Predictores de los resultados de las HS positivas del PEERS.	60 adolescentes (49 chicos y 11 chicas) de 12-17 años. En grupo.	SSRS; Piers-Harris Self-Concept Scale; Vineland; KBIT-2	Sesiones (90 min.) - 14 semanas.	Los adolescentes con HS más altas, según los padres, y menor desempeño social, demostraron mayor mejoría en las HS.
Karst et al. (2015)	Impacto del PEERS.	64 padres y 64 niños TEA (53 chicos y 11 chicas). En grupo.	KBIT-2; ADOS-G; KBIT; CHAOS; SIPA; PSOC	14 sesiones (90 min.) - 16 semanas.	Efectos beneficiosos para el grupo experimental y mayor autoeficacia en los padres.
Laugeson et al. (2014)	Funcionamiento social después de la implementación PEERS.	73 adolescentes con TEA de alto funcionamiento de 12-14 años con sus padres y profesores. En grupo.	SRS; SSRS; QPQ; SAS; FQS; PHS-2; TASSK	5 sesiones semanales (30 min.) - 14 semanas.	✓ Mejoras en el funcionamiento social. ✓ Disminución de manierismos autistas y ansiedad social.
Schol et al. (2014)	Nueva extensión del programa PEERS para mejorar las HS y la ansiedad social.	58 niños entre 11-16 años TEA. 47 chicos y 11 chicas. En grupo.	ADOS; KBIT; Vineland; QSQ; FQS; SIAS; SRS; SSRS	Sesiones (90 min.) - 14 semanas.	✓ Mejora en conocimiento de los conceptos PEERS y habilidades de amistad. ✓ Aumento en cantidad de encuentros y disminución de ansiedad social.
Yoo et al. (2014)	Versión coreana de PEERS: mejorar las HS a través de un ensayo controlado aleatorio (ECA).	47 adolescentes de 12-18 años TEA. En grupo.	ADOS; EHWA-VABS; TASSK-R; QPQ; K-SSRS; SCQ; SRS; ASDS; CDI; STAI-C-T; STAI-C-S; K-CBCL	1 sesión semanal (90 min.) - 14 semanas.	✓ Mejora en interacción social y comunicación, relación interpersonal y tiempo de juego. ✓ Disminución de síntomas depresivos. ✓ PEERS parece ser eficaz para adolescentes con TEA en Corea.
Dekker et al. (2014)	✓ Comparar el SST con la atención habitual. ✓ Comparar el SST mejorada (padres y maestros) con el SST tradicional.	120 niños TEA de 10-12 años. En grupo.	ADI-R; ADOS	18 sesiones (90 min.)	Diferencia entre grupos, aunque ambos mostraron eficacia del tratamiento y generalización de las habilidades aprendidas en la vida cotidiana.
Deckers et al. (2016)	Entrenamiento con el SST: mejorar el funcionamiento social en la vida cotidiana.	52 niños (47 chicos y 5 chicas) TEA. En grupo.	LACA; SCARED-71; WSIS; ToM test-R; CSBQ	12 sesiones semanales (1h): niños 3 sesiones (1h): padres.	Mejora de las HS con efectos mantenidos.
Beaumont et al. (2015)	Eficacia de dos variantes del programa SAS de HS.	69 niños TEA de alto funcionamiento de 7-12 años, 64 chicos y 5 chicas. En grupo.	WASI; SSQ-P; SSQ-T; ERSSQ-P; ERSSQ-T; SCAS-P; CAPESDD-P; CAPES-DD-T	Sesiones (90 min.) - 10 semanas.	Mejoras en regulación emocional, HS y conducta en escuela y hogar.
Tan et al. (2015)	SAS: mejoras en aptitudes socioemocionales.	Niños con Asperger, autismo de alto funcionamiento y TGD. 3 niños de 11, 11 y 8 años. En grupo.	Developmental History Questionnaire; CAST; WASI-II; DASS 21; PS; SSQ ERSSQ; CASP; James and the Maths Test; PHS; Program Satisfaction; Questionnaire: Parent and teacher forms	Sesiones (75 min.) - 9 semanas	✓ Mejora en medidas de competencia social.
Bonete et al. (2016)	Habilidades interpersonales a través de la mediación.	Estudio 1: 22 niños TEA entre 7 y 13 años. Estudio 2: 15 niños.	WISC-IV, ESCI, VABS-S, IPSPC,	10 sesiones semanales (1 h)	Estudio 1: Diferencias significativas en las medidas utilizadas. Estudio 2: No hubo cambios durante el período de espera. Si diferencias significativas en la socialización.
Butterworth et al. (2014)	Propiedades psicométricas del ERSSQ.	84 niños TEA entre 7 y 14 años (76 chicos y 8 chicas). En grupo.	ABS; ADOS; WASI; SCQ; ADI-R	No especificado.	Evidencia de la validez de las formas de ERSSQ para padres y profesores.
Chen et al. (2015)	Efectividad de un programa de realidad aumentada para leer expresiones faciales.	3 niños TEA de 10-13 años. En grupo.	ARSMF; WISC	1 sesión semanal (1h 20 min)	Mejora del reconocimiento y respuesta apropiada a las expresiones emocionales faciales.



TABLA 1
TODOS LOS ESTUDIOS INCLUYEN EN SU MUESTRA UN GRUPO TEA Y, ALGUNOS ESTUDIOS,
PADRES O GRUPOS DE IGUALES (Continuación)

Autores	Objetivos EVALUAR	Participantes	Instrumentos	Intervención	Resultados
Cheng et al. (2015)	Efectividad del sistema 3D-SU: aprender comunicación no verbal y cognición social, entre otras variables.	3 niños TEA entre 10-13 años. En grupo.	WASI-IV; SEC; SBS	De 3 a 5 sesiones - 6 semanas.	Mejora de los comportamientos específicos.
Demopoulos et al. (2016)	Múltiples dominios de la cognición social.	37 niños, 26 chicos y 11 chicas, entre 6-18 años TEA. En grupo.	ADOS; ADI-R; CELF-4 WISC-IV; BASC-2; DANVA-2; CASL	2 sesiones.	La comprensión afectiva vocal debe ser un componente importante de las intervenciones en HS.
Haven et al. (2014)	Interacciones padre-hijo y desarrollo de HS.	42 niños (21 con TEA y 21 de desarrollo típico con la misma edad mental), profesores y padres. En grupo.	ABC; DAS-II; BASC-2-TRS; SCIFF	No especificado.	El apoyo emocional de los padres y la cohesión padres-hijos influyen positivamente en las HS de los niños.
Kasari et al. (2016)	Dos intervenciones en HS en dos escuelas jardín de infancia.	137 niños TEA, divididos en dos grupos: 80 y 57. En grupo.	ADOS; SCQ; Stanford-Binet Intelligence Scale; POPE; The Friendship Survey; STRS; SSIS	2 semanales (30-45 min.) - 8 semanas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mejora de las relaciones sociales maestro-niño. ✓ Aumento del compromiso entre compañeros y reducción del aislamiento en el recreo.
LaGasse (2014)	Efectos de una intervención grupal de terapia musical: mirada, atención conjunta y comunicación.	17 niños (13 chicos y 4 chicas) TEA de 6-9 años. En grupo.	CARS2 SRS ATEC	2 sesiones semanales (50 min.) - 5 semanas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diferencias en atención conjunta con compañeros. ✓ No diferencias en inicio o respuesta de comunicación, o retirar comportamientos sociales.
Liu et al. (2015)	Intervención simple en autocontrol para la discriminación en la enseñanza de HS.	Niña de 9 años con TEA. Individual.	Treatment Fidelity Checklist, adapted from Busick and Neitzel; BIRS	Subpruebas (170 min.)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mejora en los comportamientos objetivo. ✓ Generalización de conductas en contextos no-tratamiento. ✓ Mejora de las HS.
MacCormack et al. (2015)	Modelo clínico de LeGoff en el programa de LEGO.	17 niños de 7 a 12 años. 12 de ellos con TEA, 1 con parálisis cerebral y 4 desarrollo típico cercanos a los anteriores. En grupo.	No especificado.	1 sesión semanal (60 min.) - 4 semanas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificados los mejores componentes del programa. ✓ Incremento del juego y la socialización.
Malmberg et al. (2015)	Comparación de dos experimentos de adquisición de HS.	Experimento 1: 4 niños TEA, 3 chicos y una chica, 5-9 años. Experimento 2: 2 niños chicos TEA de 4-10 años. En grupo.	Experimento 1: ✓ Social Story guidelines. Experimento 2: ✓ Vineland Adaptive Behavior Scale. ✓ Social Story guidelines.	Experimento 1 y 2: 2 horas de sesión por semana.	Experimento 1: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Adquisición positiva y rápida. ✓ Historias sociales más eficaces: historias pautadas. Experimento 2: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mayor eficacia.
Mandelberg et al. (2014)	Resultado a largo plazo de la formación de la amistad.	66 niños TEA entre 6-11 años y sus padres. En grupo.	SSRS; Social Skills and Problem Behaviors Scales; QPQ; The Conflict Scale; The Loneliness Scale; Friendships and Interventions Interview; WISC-III; ADOS ADI-R	12 sesiones semanales (60 min.)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Más invitaciones a juego, menos conflictos en juego, mejoraras en HS y conductas problemáticas. ✓ Disminución de momentos de soledad.
McMahon & Solomon (2015)	Importancia de HS en adolescentes.	18 participantes TEA de alto funcionamiento, 14 chicos y 4 chicas, de 8 a 16 años. En grupo.	SSRS; ASSQ; SCQ; SRS; WASI	No especificado.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Percepción adolescentes de HS como menos importantes. ✓ Adolescentes: Menor participación en HS que las reportadas por padres.
Müller et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intervención basada en la escuela: Curriculum Club. ✓ Conversación espontánea, significativa y naturalista. 	4 niños TEA de 7-9 años. En grupo.	WISC; One-Word Picture Vocabulary Test; Auditory Comprehension subtest of the Test of Auditory Processing Skills; CELF.	3/4 sesiones semanales (15/20 min.) - 9 meses.	Aumento de interacciones, preguntas, vocabulario, introducciones de nuevos temas y extensión de la conversación.
Neuhaus et al. (2014)	Arritmia sinusal respiratoria, el funcionamiento social e internalización-externalización de síntomas.	36 chicos (18 TEA y 18 con desarrollo típico). En grupo.	SCQ; CBCL; SSIS; Vineland; WASI	1 sesión.	Control cardíaco parasimpático reducido, correlacionado con el comportamiento social.



TABLA 1
TODOS LOS ESTUDIOS INCLUYEN EN SU MUESTRA UN GRUPO TEA Y, ALGUNOS ESTUDIOS,
PADRES O GRUPOS DE IGUALES (Continuación)

Autores	Objetivos EVALUAR	Participantes	Instrumentos	Intervención	Resultados
Olçay-Gül et al. (2016)	Diseño de historias sociales para enseñar HS a los hijos con TEA.	Tres miembros de la familia, una hermana y dos madres en contacto con niños con TEA, y estos 3. En grupo.	GARS; Scale-2; SSRS	Padres: 6h. Investigación: una durante 2 semanas. Total: 5 semanas.	✓ Adquisición, mantenimiento y generalización de HS. ✓ Más tarde, HS similares a sus pares.
Olsson et al. (2016)	Capacitación manual de HS. (KONTAKT): entrenamiento en grupo.	22 personas, 11 niños TEA de alto funcionamiento de 8-17 años y un padre de cada uno de ellos. En grupo.	WISC-III; ADOS; K-SADS SRS; ABAS-II; DD-CGAS; Clinical Global Impression-Severity	1 sesión semanal (60/90 min.)	Mejoras en comunicación social y habilidades relacionadas.
Peters et al. (2016)	Ampliar el estudio de Leaf et al. (2010): efectividad de un programa de mejora de las HS.	3 niños TEA de 10, 10 y 8 años y 1 niña TEA de 10. En grupo.	IEP; SSIS	34 sesiones diarias (45 min.)	Aumento y mantenimiento de HS.
Pop et al. (2014)	Compromiso, comportamientos sociales y de juego en la interacción con robot social en niños con TEA.	11 chicos con TEA entre 4-7 años. En grupo.	ADOS; SON-R Non-Verbal Intelligence Test	Sesiones indeterminadas.	Juego más colaborativo con el robot.
Ratcliffe et al. (2014)	Eficacia de la "Emotional Based Social Skills Training" (EBSST).	217 niños TEA (195 chicos y 22 chicas) de entre 7-13 años. En grupo.	SRS; ADI-R; SSIS-RS; EDQ SDQ; EBSST	16 sesiones (90 min.)	Mejora la competencia emocional, mantenidas durante 6 meses de seguimiento.
Rice et al. (2015)	Ampliar los resultados iniciales sobre la eficacia de FaceSayTM: intervención en el reconocimiento facial.	31 niños TEA entre 5-11 años. 28 chicos y 3 chicas. En grupo.	FaceSayTM; SuccessMaker; NEPSY-II; SRS	1 sesión semanal (25 min.) - 10 semanas.	✓ Mejora en reconocimiento, mentalización del afecto y HS. ✓ Intervenciones con ordenadores pueden producir cambios cognitivos y de HS más amplios.
Rodríguez et al. (2016)	Intervención para mejorar las interacciones sociales.	1 niño de 8 años TEA y 16 compañeros de clase desarrollo típico. Individual.	BCS; POPE; CHIS	14 sesiones - 9 semanas	Mejoras en las HS, más aceptación de los compañeros y aumento en la frecuencia y duración de las interacciones sociales.
Rosenberg et al. (2015)	Intervención de correspondencia "say-do": generalización de las HS.	3 niños con TEA, dos chicos y una chica de 6 y 7 años. En grupo.	Frequency of verbal exchanges.	1 o 2 veces Semanales.	Aumento del número de intercambios sociales.
Shih et al. (2016)	Intervención: informar sobre modelos de tratamiento adaptativo antes de que éste acabe.	92 TEA, 82% chicos. Una media de: 8,14 años. En grupo.	POPE; ADOS; CART	1 sesión (20/30 min.) - 8 semanas.	El comportamiento medioambiental: ✓ Predice los resultados del tratamiento. ✓ Modifica la programación del tratamiento para satisfacer mejor las necesidades.
Soironoff et al. (2017)	Programa auto-dirigido multi-componente social y emocional: efecto sobre el nivel de ansiedad y comportamiento del niño.	41 niños (36 chicos y 5 chicas) de 7'11 a 12 años de edad y 38 padres. En grupo.	SAS program; ERSSQ; SCAS; CAPES-DD; SSQ-P; AQ	Tratamiento: 8 semanas. Seguimiento: 6 semanas.	✓ Mejoras en HS mantenidas a las 6 semanas. ✓ Mejoras en autoeficacia de padres, y comportamiento y ansiedad del niño.
Soorya et al. (2015)	Intervención Seaver-NETT en un grupo dirigido de HS.	69 niños TEA, de 8-11 años. En grupo.	SRS; GEM; CCC-2; DANVA2; Strange Stories Task; RMET; BASC-2	12 sesiones semanales (90 min.)	✓ Mejoras en comportamiento social (comunicación no verbal, respuesta empática y relaciones sociales). ✓ Ninguna mejora significativa en aspectos cognitivo-sociales.
Veness et al. (2014)	Identificar habilidades de comunicación social en la infancia vinculadas con diagnóstico TEA.	41 niños TEA, 28 con retraso del desarrollo, 41 con deterioro del lenguaje y 41 de desarrollo típico. Todos de 8 meses a 7 años. En grupo.	ELYS; CELF-4; WASI; SCQ CSBS; Communicative Development Inventory	No especificado.	✓ Niños TEA: puntuaciones más bajas en comunicación (a partir de 8 meses)
ABAS-II: Adaptive Behavior Assessment System II ABC: Autism Behavior Checklist ABS: Australian Bureau of Statistics ADI-R: Autism Diagnostic Interview-Revised ADOS: Autism Diagnostic Observation Schedule ADOS-G: Autism Diagnostic Observation Schedule-General		DD-CGAS: Developmental Disabled Children's Global Assessment Scale EBSS: Emotion-Based Social Skills Training EDQ: Emotional Dependence Questionnaire EHWA-VABS: Korean version of the Vineland Adaptive Behavior Scale	PSI: Parenting Stress Index PSOC: Parenting Sense of Competence Scale QPQ: Quality of Play Questionnaire QSQ: Quality of Socialization Questionnaire RMET: Reading the Mind in the Eyes Test SAS: Social Anxiety Scale		



TABLA 1
TODOS LOS ESTUDIOS INCLUYEN EN SU MUESTRA UN GRUPO TEA Y, ALGUNOS ESTUDIOS, PADRES O GRUPOS DE IGUALES (Continuación)

AQ: Autism Spectrum Quotient	ELVS: Early Language in Victoria Study	SBS: Social Behaviors Scale
ARFPM: Augmented Reality-Based Self-Facial Modeling	ERSSQ: Emotion Regulation and Social Skills Questionnaire	SCARED-71: Screen for Child Anxiety and Related Emotional Disorders
ASDS: Asperger Syndrome Diagnostic Scale	ERSSQ-P: Emotion Regulation and Social Skills Questionnaire: Parent	SCAS-P: The Spence Children's Anxiety Scale: Parent Version
ASSP: Autism Social Skills Profile	ERSSQ-T: Emotion Regulation and Social Skills Questionnaire: Teacher	SCIFF: System for Coding Interactions and Family Functioning
ASSQ: Autism Spectrum Screening Questionnaire	FQS: Friendship Qualities Scale	SCQ: Social Communication Questionnaire
ATEC: Autism Treatment Evaluation Checklist	GARS: Gilliam Autistic Disorder Rating Scale	SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire
BASC-2: Behavior Assessment System for Children, Second Edition	GEM: Griffith Empathy Measure	SEC: Social Events Card
BASC-2-TRS: The Behavioral Assessment System for Children – Preschool and Elementary Version 2, Teacher	IEP: Individualized Education Program	SIAS: Social Interaction Anxiety Scale
BCS: Behavior Coding Scheme	KBIT: Kaufman Brief Intelligence Test	SIPA: Stress Index for Parents of Adolescents
BIRS: Behavior Intervention Rating Scale	K-CBCL: Korean Version of the Child Behavior Checklist	SRS: Social Responsiveness Scale
CAPES-DD: Child Adjustment and Parent Efficacy Scale-Developmental Disability	K-SADS: Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children	SSIS: Social Skills Improvement System
CAPES-DD-P: Child Adjustment and Parent Efficacy Scale-Developmental Disability: Parent	K-SSRS: Korean Version of the Social Skills Rating System	SSQ: Social Skills Questionnaires
CAPES-DD-T: Child Adjustment and Parent Efficacy Scale-Developmental Disability: Teacher	KTEA: Kaufman Test of Educational Achievement	SSQ-P: Social Skills Questionnaire-Parent
CARS-2: Childhood Autism Rating Scale-2	LACA: Loneliness and Aloneness Scale for Children and Adolescents	SSQ-T: Social Skills Questionnaire-Teacher
CART: Classification and Regression Tree	NEPSY-II: Evaluación Neuropsicológica Infantil-II	SSRS: Social Skills Rating System
CASL: Comprehensive Assessment of Spoken Language	PHS: Piers-Harris Self-Concept Scale	STAIC-S: State and Trait Anxiety Inventory for Children
CASP: Child and Adolescent Social Perception measure	POPE: Playground Observation of Peer Engagement	STAIC-T: State and Trait Anxiety Inventory for Children
CAST: Childhood Asperger Syndrome Test	PS: The Parenting Scale	STRS: Student Teacher Relationship Scale
CBCL: Child Behavior Checklist	PSI/SF: Parenting Stress Index: Short Form	TASSK: Test of Adolescent Social Skills Knowledge
CCC-2: Children's Communication Checklist-2		ToM test-R: The Theory of Mind test-Revised
CCSS: Child Consumer Satisfaction Survey		VCI: Verbal Comprehension Index
CDI: Child Depression Inventory		WASI: Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence
CELF: Clinical Evaluation of Language Fundamentals		WISC: Wechsler Intelligence Scale for Children
CHAOS: Confusion, Hubbub, and Order Scale		WISC-R: Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised
CHIS: Cuestionario de Habilidades de Interacción Social		WSIS: The Wish for Social Interaction Scale
CIRP: Children's Intervention Rating Profile		
CSBQ: Children's Social Behavior Questionnaire		
CSBS: Communication and Symbolic Behavior Scales		
DANVA-2: Diagnostic Analysis of Nonverbal Accuracy-2		
DAS-II: Differential Abilities Scale-II		
DASS 21: Depression, Anxiety, Stress Scales 21		

dios demuestran que, aunque las historias improvisadas, que se han utilizado en ocasiones en el pasado para el trabajo de las HS en niños con TEA, son útiles, las historias sociales más eficientes son aquellas que han sido preparadas (Malmberg, Charlop & Gershfeld, 2015; Olçay-Gül & Tekin-Iftar, 2016). También, dos de los estudios revisados destacan técnicas de entrenamiento para el reconocimiento de expresiones faciales, fundamental para poder comunicarse y entender el mensaje, área en la cual muchos de los niños con TEA presentan déficits (Chen, Lee & Lin, 2015; Rice, Wall, Fogel & Shic, 2015).

Por último, otros dos estudios hablan de un programa de entrenamiento de las HS que incluye el uso de la tecnología. Uno de los objetivos que se plantean en estos estudios es demostrar si la tecnología influye a la hora de aumentar los componentes sociales positivos y hasta qué punto los resultados son mejores debido a la utilización de la tecnología (Pop, Pinteá, Vanderborght & David, 2014; Rice et al. 2015). Los resultados de estos estudios indican que el juego fue más colaborativo en los niños con TEA en las condiciones en las que usó un robot (Pop et al., 2014), y se vio una mejora en el reconocimiento y la mentalización del afecto, así como una mejora en HS en las condiciones en las que se usó un ordenador (Rice et al. 2015).

CONCLUSIONES

La presente revisión nos muestra que existen diversos programas y técnicas de intervención que se han venido utilizando en los últimos años para trabajar las HS en los niños con TEA. Estos niños presentan en muchos casos déficits en estas áreas, lo que les ocasiona dificultades para la relación social y comprensión de la sociedad en la que viven. Se decidió realizar esta revisión en español, pues parece que ha habido un reciente incremento de las intervenciones que trabajan el desarrollo de las HS en niños con TEA. Viendo, además, la necesidad que existe para ello y el beneficio que supone para estos niños el entrenamiento en estas habilidades, y sabiendo que existen numerosas revisiones en inglés y no tantas en español.

Aunque las intervenciones incluidas en la revisión son numerosas y en muchos casos se observa un cierto consenso en la elección de determinados programas que se consideran más efectivos, cada intervención aporta unos resultados. Son muchas las que consiguen una mejora de las HS, de la interacción social y la comunicación, la disminución de síntomas depresivos (Yoo et al., 2014), en algunos casos; una mejora en la regulación emocional y una adaptación conductual en contextos tanto escolares como familiares (Beaumont et al., 2015); así



como un incremento del juego y la socialización (MacCormack et al., 2015; Mandelberg et al., 2015); incluso se habla de una mejora del control cardíaco parasimpático, el cual se ha visto correlacionado con el comportamiento social (Neuhaus et al., 2014). Se destaca también en algunas conclusiones de los trabajos revisados la importancia de la participación de los padres (Haven et al., 2014) y de los maestros (Dekker et al. (2014) en los programas de intervención.

No obstante, en ocasiones, los distintos programas incluidos en los artículos revisados llevan a distintas conclusiones. Esto puede deberse a múltiples razones como, por ejemplo, la diversidad sintomática de los niños con TEA, así como sus diferentes características, la muestra elegida, el proceso de intervención, las anteriores intervenciones realizadas, la formación de los profesionales que llevan a cabo la intervención, la duración de las sesiones y cómo están espaciadas, la organización del proceso, la medición de los resultados, etc. Además, siempre se ha de tener en cuenta que cada niño con TEA es totalmente distinto a otro, por lo que una intervención que funcione para uno puede no ser adecuada para otro. Por ello, se insiste en la atención especial a cada caso y en la consecución de las necesidades que cada situación requiera, siempre que sea posible, adaptando los programas a las características del niño o la niña con TEA, considerando las características de la familia, las posibilidades que ofrece las instalaciones de las que se dispone, etc.

Una limitación para la presente revisión es la heterogeneidad en las características que definen los distintos programas y técnicas de intervención que se han incluido y, especialmente, las diferencias en el número de sesiones de los programas y la duración de las mismas. Algunos de los programas se realizaban en varias sesiones semanales, otros en más de una sesión por semana, y otras tenían sólo 1 o 2 sesiones. También en algunos trabajos la muestra de participantes era muy reducida, lo que impide la generalización de los resultados. Con el fin de solventar estas cuestiones, se plantean una serie de propuestas para investigaciones futuras, tales como realizar intervenciones enfocadas a conseguir resultados que puedan mantenerse en el tiempo, por lo que sería necesario que las intervenciones cuenten con un seguimiento posterior, o aumentar la duración de las sesiones de intervención, así como incluir más sesiones en el programa de intervención e intentar llevar estas intervenciones a un mayor número de participantes.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

REFERENCIAS

American Psychiatric Association, APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5. Washington, DC: Author.

Alcantud, F., y Alonso, Y. (2015). Trastorno del Espectro Autista. En E. Mireno Osella (Ed.), *Necesidades educativas especiales: Una mirada diferente* (pp. 1-21). Córdoba, España: Fedune.

Artigas, J. (1999). El lenguaje en los trastornos autistas. *Revista de Neurología*, 28(Supl 2), 118-23.

Baio, J. (2012). Prevalence of Autism Spectrum Disorders: Autism and developmental disabilities monitoring network, 14 Sites, United States, 2008. Morbidity and mortality weekly report. *Surveillance Summaries. Centers for Disease Control and Prevention*, 61(3), 1-19.

Baron-Cohen, S. (1991). Precursors to a theory of mind: Understanding attention in others. En A. Whiten (Ed.), *Natural theories of mind: Evolution, development and simulation of everyday mindreading* (pp. 233-251). Oxford: Basil Blackwell.

*Beaumont, R., Rofolone, C., & Sofronoff, K. (2015g). The secret agent society social skills program for children with high functioning autism spectrum disorders: A comparison of two schools variants. *Psychology in the Schools*, 52(4), 390-402.

*Block, H. M., Radley, K. C., Jenson, W. R., Clark, E., & O'Neill, R. E. (2015). Effects of a multimedia social skills program in increasing social responses and initiations of children with autism spectrum disorder. *International Journal of School & Educational Psychology*, 3(1), 16-24.

*Bonete, S., Molinero, C., Mata, S., Calero, M., & Gómez-Pérez, M. (2016). Effectiveness of manualised interpersonal problem-solving skills intervention for children with autism spectrum disorder (ASD). *Psicothema*, 28(3), 304-310.

*Butterworth, T. W., Hodge, M. A. R., Sofronoff, K., Beaumont, R., Gray, K. M., Roberts, J., ... & Einfeld, S. L. (2014). Validation of the emotion regulation and social skills questionnaire for young people with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(7), 1535-1545.

*Chang, Y. C., Laugeson, E. A., Gantman, A., Ellingsen, R., Frankel, F., & Dillon, A. R. (2014). Predicting treatment success in social skills training for adolescents with autism spectrum disorders: The UCLA Program for the education and enrichment of relational skills. *Autism*, 18(4), 467-470.

*Chen, C. H., Lee, I. J., & Lin, L. Y. (2015). Augmented reality-based self-facial modeling to promote the emotional expression and social skills of adolescents with autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 36, 396-403.

*Cheng, Y., Huang, C. L., & Yang, C. S. (2015). Using a 3D immersive virtual environment system to enhance social understanding and social skills for children with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 30(4), 222-236.

De la Iglesia, M., & Parra, J. S. (2008). Intervenciones sociocomunicativas en los trastornos del espectro autista de alto funcionamiento. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(1), 1-19.

*Deckers, A., Muris, P., Roelofs, J., & Arntz, A. (2016). A group-administered social skills training for 8-to 12-year-



- old, high-functioning children with autism spectrum disorders: An evaluation of its effectiveness in a naturalistic outpatient treatment setting. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(11), 3493-3504.
- *Dekker, V., Nauta, M. H., Mulder, E. J., Timmerman, M. E., & de Bildt, A. (2014). A randomized controlled study of a social skills training for preadolescent children with autism spectrum disorders: Generalization of skills by training parents and teachers? *BMC Psychiatry*, 14(1), 1-13.
- *Demopoulos, C., Hopkins, J., & Lewine, J. D. (2016). Relations between nonverbal and verbal social cognitive skills and complex social behavior in children and adolescents with autism. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(5), 913-921.
- Frith, U. & Happé, F. (1994). Autism: "beyond theory of mind". *Cognition*, 50(1-3), 115-132.
- *Haven, E. L., Manangan, C. N., Sparrow, J. K., & Wilson, B. J. (2014). The relation of parent-child interaction qualities to social skills in children with and without autism spectrum disorders. *Autism*, 18(3), 292-300.
- Hill, E. L. (2004). Executive dysfunction in autism. *Trends in Cognitive Sciences*, 8(1), 26-32.
- Hsu, S. W., Chiang, P. H., Lin, L. P., y Lin, J. D. (2012). Disparity in autism spectrum disorder prevalence among Taiwan National Health Insurance enrollees: Age, gender and urbanization effects. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(2), 836-841.
- *Karst, J. S., Van Hecke, A. V., Carson, A. M., Stevens, S., Schohl, K., & Dolan, B. (2015). Parent and family outcomes of PEERS: a social skills intervention for adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(3), 752-765.
- *Kasari, C., Dean, M., Kretzmann, M., Shih, W., Orlich, F., Whitney, R., ... & King, B. (2016). Children with autism spectrum disorder and social skills groups at school: A randomized trial comparing intervention approach and peer composition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(2), 171-179.
- *LaGasse, A. B. (2014). Effects of a music therapy group intervention on enhancing social skills in children with autism. *Journal of Music Therapy*, 51(3), 250-275.
- *Laugeson, E. A., Ellingsen, R., Sanderson, J., Tucci, L., & Bates, S. (2014). The ABC's of teaching social skills to adolescents with autism spectrum disorder in the classroom: The UCLA PEERS® Program. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(9), 2244-2256.
- *Liu, Y., Moore, D. W., & Anderson, A. (2015). Improving social skills in a child with autism spectrum disorder through self-management training. *Behaviour Change*, 32(04), 273-284.
- López Méndez, E., & Costa Cabanillas, M. (2015). Revisión de libro: ¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría. Frances, A. Madrid: Ariel, 2014. *Papeles del Psicólogo*, 36(1), 74-76.
- Lord, C., Wagner, A., Rogers, S., Szatmari, P., Aman, M., Charman, T., ... & Yoder, P. (2005). Challenges in evaluating psychosocial interventions for autistic spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(6), 695-708.
- Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 3-9.
- *MacCormack, J. W., Matheson, I. A., & Hutchinson, N. L. (2015). An exploration of a community-based LEGO social-skills program for youth with autism spectrum disorder. *Exceptionality Education International*, 25, 13-32.
- *Malmberg, D. B., Charlop, M. H., & Gershfeld, S. J. (2015). A two experiment treatment comparison study: Teaching social skills to children with autism spectrum disorder. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 27(3), 375-392.
- *Mandelberg, J., Frankel, F., Cunningham, T., Gorospe, C., & Laugeson, E. A. (2014). Long-term outcomes of parent-assisted social skills intervention for high-functioning children with autism spectrum disorders. *Autism*, 18(3), 255-263.
- Matson, J. L., Matson, M. L., & Rivet, T. T. (2007). Social-skills treatments for children with autism spectrum disorders: An overview. *Behavior Modification*, 31(5), 682-707.
- *McMahon, C. M., & Solomon, M. (2015). Brief report: Parent-adolescent informant discrepancies of social skill importance and social skill engagement for higher-functioning adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(10), 3396-3403.
- Mesibov, G. B., Shea, V., & Schopler, E. (2005). *The TEACCH approach to autism spectrum disorders*. New York, US: Springer.
- Miguel, A. (2006). El mundo de las emociones en los autistas. *Revista Electrónica Teoría de la Educación*. 7(2), 169-183.
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M. G., Etchepareborda, M. C., Abad, L., & Téllez de Meneses, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neurología*, 50(3), 77-84.
- *Müller, E., Cannon, L. R., Kornblum, C., Clark, J., & Powers, M. (2016). Description and preliminary evaluation of a curriculum for teaching conversational skills to children with high-functioning autism and other social cognition challenges. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 47(3), 191-208.
- *Neuhaus, E., Bernier, R., & Beauchaine, T. P. (2014). Brief report: Social skills, internalizing and externalizing symptoms, and respiratory sinus arrhythmia in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(3), 730-737.
- *Olçay-Gül, S., & Tekin-Iftar, E. (2016). Family generated and delivered social story intervention: Acquisition, maintenance, and generalization of social skills in youths with ASD. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 51(1), 67-78.



- *Olsson, N., Rautio, D., Asztalos, J., Stoetzer, U., & Bölte, S. (2016). Social skills group training in high-functioning autism: A qualitative responder study. *Autism, 20*(8), 995-1010.
- *Peters, B., Tullis, C. A., & Gallagher, P. A. (2016). Effects of a group teaching interaction procedure on the social skills of students with autism spectrum disorders. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities, 51*(4), 421-433.
- *Pop, C. A., Pinteá, S., Vanderborght, B., & David, D. O. (2014). Enhancing play skills, engagement and social skills in a play task in ASD children by using robot-based interventions. A pilot study. *Interaction Studies, 15*(2), 292-320.
- *Radley, K. C., Dart, E. H., Moore, J. W., Battaglia, A. A., & LaBrot, Z. C. (2017). Promoting accurate variability of social skills in children with autism spectrum disorder. *Behavior Modification, 41*(1), 84-112.
- *Radley, K. C., Ford, W. B., Battaglia, A. A., & McHugh, M. B. (2014). The effects of a social skills training package on social engagement of children with autism spectrum disorders in a generalized recess setting. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 29*(4), 216-229.
- *Radley, K. C., Ford, W. B., McHugh, M. B., Dadakhodjaeva, K., O'Handley, R. D., Battaglia, A. A., & Lum, J. D. (2015). Brief report: Use of superheroes social skills to promote accurate social skill use in children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 45*(9), 3048-3054.
- *Radley, K. C., Jenson, W. R., Clark, E., & O'Neill, R. E. (2014). The feasibility and effects of a parent facilitated social skills training program on social engagement of children with autism spectrum disorders. *Psychology in the Schools, 51*(3), 241-255.
- *Radley, K. C., O'Handley, R. D., Ness, E. J., Ford, W. B., Battaglia, A. A., McHugh, M. B., & McLemore, C. E. (2014). Promoting social skill use and generalization in children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders, 8*(6), 669-680.
- *Ratcliffe, B., Wong, M., Dossetor, D., & Hayes, S. (2014). Teaching social-emotional skills to school-aged children with autism spectrum disorder: A treatment versus control trial in 41 mainstream schools. *Research in Autism Spectrum Disorders, 8*(12), 1722-1733.
- *Rice, L. M., Wall, C. A., Fogel, A., & Shic, F. (2015). Computer-assisted face processing instruction improves emotion recognition, mentalizing, and social skills in students with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 45*(7), 2176-2186.
- *Rodríguez-Medina, J., Martín-Antón, L. J., Carbonero, M. A., & Ovejero, A. (2016). Peer-mediated intervention for the development of social interaction skills in high-functioning autism spectrum disorder: A pilot study. *Frontiers in Psychology, 7*(1986), 1-14.
- *Rosenberg, N., Congdon, M., Schwartz, I., & Kamps, D. (2015). Use of say-do correspondence training to increase generalization of social interaction skills at recess for children with autism spectrum disorder. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities, 50*(2), 213-222.
- Rundblad, G., & Annaz, D. (2010). The atypical development of metaphor and metonymy comprehension in children with autism. *Autism, 14*(1), 29-46.
- *Schohl, K. A., Van Hecke, A. V., Carson, A. M., Dolan, B., Karst, J., & Stevens, S. (2014). A replication and extension of the PEERS intervention: Examining effects on social skills and social anxiety in adolescents with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 44*(3), 532.
- *Shih, W., Patterson, S. Y., & Kasari, C. (2016). Developing an adaptive treatment strategy for peer-related social skills for children with autism spectrum disorders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 45*(4), 469-479.
- *Sofronoff, K., Silva, J., & Beaumont, R. (2015). The secret agent society social-emotional skills program for children with a high-functioning autism Spectrum disorder: A parent-directed trial. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 32*(1), 55-70.
- *Soorya, L. V., Siper, P. M., Beck, T., Soffes, S., Halpern, D., Gorenstein, M., ... & Wang, A. T. (2015). Randomized comparative trial of a social cognitive skills group for children with autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 54*(3), 208-216.
- Spence, S.H. (2003). Social skills training with children and young people: Theory, evidence and practice. *Child and Adolescent Mental Health, 8*, 84-96.
- *Tan, Y. L., Mazzucchelli, T. G., & Beaumont, R. (2015). An evaluation of individually delivered secret agent society social skills program for children with high-functioning autism spectrum disorders: A pilot study. *Behaviour Change, 32*(03), 159-174.
- *Veness, C., Prior, M., Eadie, P., Bavin, E., & Reilly, S. (2014). Predicting autism diagnosis by 7 years of age using parent report of infant social communication skills. *Journal of Paediatrics and Child Health, 50*(9), 693-700.
- *Yoo, H. J., Bahn, G., Cho, I. H., Kim, E. K., Kim, J. H., Min, J. W., ... & Cho, S. (2014). A randomized controlled trial of the Korean version of the PEERS® parent assisted social skills training program for teens with ASD. *Autism Research, 7*(1), 145-161.





LEV VYGOTSKY'S CULTURAL-HISTORICAL THEORY OF DEVELOPMENT AND THE PROBLEM OF MENTAL TOOLS

Nikolay Veraksa¹ and Aleksander Veraksa²

¹Russian Academy of Education (Moscow, Russia). ²Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University (Moscow, Russia)

El artículo pretende describir los enfoques para comprender las formas de mediación utilizadas en programas educacionales para niños preescolares, como una de las principales líneas de aplicación psicológica en Rusia. En gran medida, se basan en el enfoque cultural-histórico, desarrollado por Lev Vygotsky y sus seguidores. Se muestra cómo se desarrolló y se aplica actualmente la idea de utilizar herramientas mentales en la educación preescolar. De acuerdo con la teoría cultural-histórica, el ejemplo es una de las herramientas culturales, cuyo dominio por el niño tiene lugar en la zona de desarrollo próximo. Otra herramienta cultural es el signo, y especialmente la palabra. Los seguidores de Vygotsky elaboraron tales herramientas como modelos visuales, esquemas, y símbolos. La aplicación de los programas educacionales de herramientas mentales se analizaron en diferentes esferas (desarrollo del lenguaje, desarrollo cognitivo, y desarrollo volitivo), como ejemplos de los programas educacionales más extendidos en Rusia.

Palabras clave: Herramientas mentales, Herramientas culturales, Zona de desarrollo próximo, Mediación, Iniciativa infantil.

The article is aimed at describing approaches towards understanding of mediation forms used in educational programs for preschool children as one of the major lines of psychology implementation in Russia. To a large extent, they are based on the cultural-historical approach, developed by Lev Vygotsky and his followers. It is shown how idea of mental tools usage in preschool education evolved and has developed nowadays. According to the cultural-historical theory sample is one of the cultural tools, mastering of which by the child occurs in the zone of proximal development. Another cultural tool is a sign, and especially the word. Followers of Vygotsky elaborated such tools as visual models, schemes, symbols. Implementation of mental tools in educational programs is analyzed in different spheres (speech development, cognitive development, voluntariness development) on the examples of the most spread educational programs in Russia.

Key words: Mental tools, Cultural tools, Zone of proximal development, Mediation, Child initiative.

One of the most important areas of psychological science implication in Russia is education, of which preschool education was considered as significant stage. Since 1960, when USSR Institute of Preschool Education was founded, early years education became a task of the governmental level, which was carried out by prominent Soviet and Russian psychologists and educators.

The purpose of this article is to identify approaches towards understanding mediation forms used in educational programs for preschool children in Russia. To a large extent, they are based on the ideas of the outstanding Russian psychologist Lev Vygotsky. There are different interpretations of Vygotsky and his texts, but there are common ideas that are acknowledged in Russia by most psychologists.

He paid much attention to the analysis of child development in the preschool age. Unlike most psychologists of his time, Vygotsky considered mental development as a process of appropriating higher forms of the psyche, which are held by culture and passed on to the child during interaction with the

adult. In this case, it is not a matter of passive transfer of knowledge. Development is understood as a continuous process of self-movement, the emergence of new properties and qualities that were not in existence in previous stages. According to Vygotsky, this process is determined by "the unity of material and mental aspects, the unity of the social and the personal as the child ascends the developmental steps" (1984, p.248).

In his description of development, Vygotsky introduces the concept of a zone of proximal development (ZPD) (Vygotsky, 1978). ZPD becomes clearly visible if we were to compare the individual independent activity of a child and that based on imitating an adult. Vygotsky notes that the results that the child achieves through imitation are much higher than those based on self-activity. Although they transcend far beyond the independent capabilities of children, they do have limitations inherent in each age. Thus, Vygotsky assigns an important role in his theory to the imitative behavior of the child. He understands imitation as not thoughtless mechanical copying but any activity which the child performs in collaboration with an adult or another child rather than all on his own. He emphasizes that the development of all of the child's personal characteristics occurs in the process of cooperation with an adult. In doing so,

Received: 10 December 2017 - Accepted: 8 February 2018

Correspondence: Aleksander Veraksa. Lomonosov Moscow State University Russia. E-mail: aleksander.veraksa@gmail.com





Vygotsky creates a foundation for building developmental learning, i.e. learning focused on ZPD.

The general logic of development, Vygotsky maintains, is associated with the transformation of natural mental functions into higher ones. The development of higher mental functions is ensured in the process of mastering the tools of mental activity:

It is quite obvious that in explaining the nature of a mental process that leads to the solution of a problem, we must proceed from the goal, however we should not confine ourselves to it alone.

The goal ... does not imply the explanation of the process. The main problem related to the process of concept formation and that of expedient activity in general is a problem of tools by which this or that psychic operation is carried out and this or that activity is performed (1982, p.126).

As can be seen from the above arguments, the tools are, in Vygotsky's view, an essential factor that influences the course of the mental process. Tool turns out to be a very dialectical construct. It indeed possesses opposite properties that are characterized by focusing on the child's involuntary behavior and at the same time by retaining a potential possibility for his voluntary behavior. This manifests Vygotsky's dialectical approach.

Let's consider a sign: it is a tool aimed at organizing human behavior. Therefore, a sign has two aspects - a material shell and a meaning. The general course of development implies that due to the material nature of the sign there is a possibility (to be realized by an adult) of placing this sign in the field of interaction between child and adult. In this case, the sign acts as an element of this field. However, the logic of operating with the sign differs from the natural logic of organizing the field. The sign structures interaction according not to natural laws, but to the laws of culture, which in the end makes the child's mental functions voluntary and conscious.

The sign that, in Vygotsky's view, matters here most is the word. One of the implications of Vygotsky's approach is that all psychological theories of child development can be divided into two groups: the first group - naturalist theories - considers the child development process in a natural way and the second one includes theories that regard mental development not only as a socially conditioned process, but also as a process of mediated development. In this case, it is the adult who acts as a carrier of tools of development and organizes a social situation. Thus, the adult guides development the manifestation of which is learning.

Vygotsky's approach is a great deal more advantageous when compared to the naturalistic views in educational practice. The very idea of developing learning puts the adult in a fundamentally different position: instead of being an outside observer and analyst of the child's development, the adult becomes an organizer and developer of this process. As an example, we can consider the role of the adult in developing children's play. Should a teacher interfere with the children's

play or not? In this case, the authors take quite different positions: some authors (Singer, 2015) believe that children should independently organize their play activity, others (Oers, 2003) maintain that adults are responsible for the development level of preschoolers' play activities and should participate in its organization.

Alexandra Usova was the first to present Vygotsky's ideas in the form of the structured educational program, that was used in former USSR all over the country. Usova considered a child's imitation of an adult as a ZPD. There emerged a model of holding special classes for preschool children, during which a teacher presented a cultural pattern to them and showed how to act:

A model is required in order to evolve children's thinking activity (through problem-solving patterns), to develop language (through patterns of correct pronunciation, grammar constructions, storytelling, expressiveness), to teach how to draw, mold, design and move. ... Explanation, examples, models are of paramount importance for children's development ... (Usova, 1970, p.36).

By imitating an adult, children assimilated a model. Subsequently, almost every program for preschool education in Russia began to use this form of organizing children's activity. Usova noted that a model acts as a tool to be assimilated by a child in cooperation with an adult. Thus, two groups of tools were identified: tools by which a child manages his actions, i.e. different types of signs; and models of various forms of activity, which acted as a cultural result.

MEDIATION IN THE PROCESS OF SPEECH DEVELOPMENT

Considering the fact that, according to Vygotsky, the word acts as a sign, mastering one's language acquired the context of gaining a command of a meta-tools. Being a meta-tools, language acquisition considered in the process of speech development. All programs for preschool education contained tasks aimed at speech development. After Usova's research, most educators focused their efforts on developing oral speech in preschool children. The work was carried out in two main directions, reflecting the specifics of the development of speech mediation in childhood:

- 1) Language acquisition as a means of solving other problems (communicative and cognitive ones);
- 2) Acquisition of language structures of different levels through awareness of linguistic phenomena.

The mastery of a language as a sign system requires knowledge of its two aspects - phonetics and semantics: a child should be able to recognize and utilize signs in a proper way. Therefore, the Russian preschool speech development programs traditionally singled out tasks designed to form the phonetic and grammatical correctness of children's speech and its coherence. The most frequently used assignments were those aimed at constructing utterances. In particular, almost all the programs contained tasks



on making utterances about a situation (i.e., rendering a situation into a speech plane, "signifying" it), reproducing a text just heard and retelling it.

Classes were built according to the following principle: it was assumed that the more complex a situation was in which a child found himself - the more complex the sign construction reflecting it should be, and hence its speech commentary. However, the assignments of this type did not fully simulate the process of utterance construction for the lack of a significant feature - a communicative component of utterance construction. In reality, the need for a child to tell a story about a situation that arises right in the process of communication requires the child not only to describe it, but also to construct an address message that takes into account a partner's position, in other words, he should display an intellectual initiative (Sokhin, 1989).

That is why, speech development classes, in addition to tasks associated with language acquisition as a meta-means, put a great emphasis on the context of communication with adults or peers. The programs now provided for situations of dialogical communication in all types of activity, including story-role play. From now on, preschool children were taught how to tell apart different areas of communication and to build appropriate utterances based on a system of relevant linguistic means.

One of the renowned Russian experimental programs called *The Golden Key* (Kravtsov, Kravtsova, 2011) made the emphasis even more pronounced. Now the main goal was to organize an event space in the group with speech development tasks being subordinate to this goal. For example, all of a sudden a teacher "has lost" the power of speech. Another suggests "going" to Africa where there is some juice that will help the first teacher to regain her voice. During their journey, the children meet local people. In order for the locals to understand what the children are asking them for, the children are to correctly pronounce a sentence.

The transfer of emphasis from speech development to the context of communication skills development seems quite appropriate as it is communication that serves as the initial function of speech while the cognitive function, one of signification and generalization, grows out of it because of the need for communication. The programs, including speech in the context of communicative skills development, offer more possibilities to tackle the problem of transmitting one's own meanings and constructing a targeted utterance.

A promising trend was shown in the classes that incorporated children's productive activities. For example, writing stories in *Key to Learning* (Veraksa, Dolya, 2018), which is widely used in Poland, Scotland, Wales, Malaysia and other countries. They simulate situations that in fact constitute divergent assignment requiring children to find possible solutions to problems precisely by using various linguistic means (by telling stories, etc.). Of special importance is the fact that children are confronted with the need to solve a fundamentally new task - not only a communicative or cognitive, but also an artistic - and aesthetic one: the care-giver specifically requests to express

themselves in a more accurate, figurative, original or comical way. The inclusion of such tasks appears to be highly productive: when composing own texts, a child gets a chance to show himself as an individual, to display own activity and initiative.

Planning "speech" classes was associated with children's awareness of linguistic phenomena. This work was aimed at forming speech voluntariness. Theoretically, it was based on the study by Felix Sokhin (Sokhin, 1979) who showed that children's speech developed not so much through imitation, but as a result of the formation of linguistic generalizations. He worked out special tasks enabling preschoolers to understand such linguistic phenomena as polysemantic words, synonyms, antonyms, etc. Similar activities were conducted in the form of story-role play or a didactic game. Conformity with linguistic norms (e.g. choice of synonyms or similes, correct understanding of phraseological units, etc.) is a recipe for success in play. At the same time, the lessons emphasize the importance of spontaneous word-building experiments in children and recommend teachers to support them.

The analysis of speech education programs intended for preschool children allows us to say that at their speech development tasks preschoolers' use of language provides them with an opportunity to develop their abilities, first and foremost, their communication skills, involving the usage of connotational meanings. At the same time, one should differentiate between tasks of constructing a targeted utterance, on the one hand, and the awareness of linguistic phenomena, on the other. Preschool age is unique for developing a proper speech ability which can be understood as an ability to use language as a meta-means for planning and utilizing the child's intellectual initiative in a verbal sphere.

MEDIATION IN THE COGNITIVE DEVELOPMENT OF PRESCHOOL CHILDREN

Important line of preschool children's acquisition of the tools is cognitive development. Russian preschool educational programs can be subdivided into three groups. Each of them solves this problem in its own way.

The first group includes programs which main objective is to expand a child's knowledge and experience, to develop emotional, personal and social spheres. Children form ideas about basic concepts of reading, writing and arithmetic (for example, about the concepts of "number", "quantity", "sound", "letter", etc.) in a spontaneous and uneven manner. Thus, it can be said that though the programs of this group envisage a line of mediation development they, however, do not outline the ways to implementing it in a structured way (Babaeva, Gogoveridze, Solnzeva, 2014).

The second group singles out cognitive development as one of its main objectives. It is understood that a child assimilates or "photographs" ways and means demonstrated by an adult in the course of play, communication, productive activities,



learning, etc. No special work is expected to be carried out on mediation development. According to representatives of this direction, the specifics of interaction between child and adult in implementing these programs are determined by well-established trustworthy, emotionally charged relationships and created problem situations. These transformations are beneficial for cognitive activity and children's initiative. Creation of special conditions and use of a special subject-developing environment foster spontaneous development of intellectual and creative abilities as a child begins to explore various spheres of human culture and life activity. These programs envisage spontaneous development of abilities through children's "discovery" of various ways of thought activity as expressed by their teacher. The educator stimulates cognitive activity and encourages the child's initiative (Kratsov, Kravtsova, 2011; Solovieva, 2014).

The third group of programs is directly geared towards cognitive development of children. In this case, the main goal is to have children implement the tools of mental activity. In preschool age, these include visual and graphic tools as well as words. The construction of programs for preschool children in this case was based on the theory of cognitive development put forward by Leonid Venger (Venger, 1983; Veraksa, Veraksa, 2014). Venger's proposed to view cognitive development as the formation of special means that perform the function of orientation in solving cognitive tasks. Due to its psychological nature, means were considered as cognitive abilities, the generating units of which included cultural tools and ways of dealing with them. That is why cognitive abilities began to be construed as lifelong formations, the development of which occurs as a result of communication between child and adult. Under the leadership of Venger, a widely used program called *Development* (Venger, Diachenko, 1996) was created for children to acquire systems of means and corresponding actions during classes specially designed for preschool children in kindergartens. Sensory standards and visual models served as tools and preschoolers were trained to use and create visual schemes and models to solve various tasks that involved object classification, story-telling, quests for hidden toys, etc. This effective approach however encountered critics that underlined importance of child's initiative introduced in free play; educational programs based on play and at the same time stressing importance of mediation in cognitive development of children appeared (Pomper, Dobber, 2017).

MEDIATION IN DEVELOPING THE VOLUNTARINESS OF BEHAVIOR AND ACTIVITY

Another aspect of mediation development in childhood that is reflected in the content of education is developing qualities related to the regulation of child's behavior.

Voluntariness regulation is expressed in the conscious formation of intentions actions in accordance with the rules, sometimes contrary to the initial motives.

On the one hand, voluntariness is considered in Russian psychology as a appearing in school as a result of the educational activity (Bozhovich, 2008), but on the other hand, the voluntariness is demanded when enrolling in primary school. This testifies to the existence of an indexes according to which the development voluntary behavior is possible even in the preschool age when performing those activities that are specific and accessible to the preschooler. The development of voluntariness is carried out not only in play, but also in special activities that lead to mastering the ability to highlight the learning task, determine the direction of the search for its solution, evaluate the results, correct mistakes.

The *From Birth to School* (Veraksa, 2011) program (which is currently the most widespread in Russia) specifically makes a special use of the tools to regulate children's behavior in different situations. Mastering one's own behavior occurs according to the following scheme. First, a teacher discusses a difficult situation that has arisen with children. The discussion reveals some undesirable ramifications. Then, both the teacher and the children determine an optimal strategy of behavior which becomes the rule of action in this or similar situation. After that, the children are invited to draw a picture to illustrate the rule of behavior. These drawings are discussed by the children and their teacher. Then both of them select one of the drawings that best conveys the meaning of the rule of behavior in the situation. This drawing serves as a sign that regulates the preschoolers' behavior. The sign is pasted into a special book of signs. The experience of using this book shows that the amount of conflicts resulting from their interaction is on the wane.

In *The Tools of the Mind* (Bodrova, Leong, 1996) program play is in the center of the educational process. It is stressed that children benefit from play when it is encouraged by an adult rather than from is spontaneously developing. For example, the program provides planning for play during which children are reminded of the importance of observing play rules and the rules that correspond to the role. Children not only discuss the game plan, but they also sketch it and in doing so they pay greater attention to the rule and, ultimately, live more efficiently through the play situation in terms of self-regulation development. In *The Tools of the Mind* program, the child's speech, external mediators and symbolic representations (a child's writing and drawing) act as tools. As external mediators, the first means the child uses are material objects, images of objects, physical actions of the child which he undertakes to gain control over his behavior. Material objects serve as a prop for mastering knowledge as much as the drawings of the child himself serve to memorize certain events. An equally important form of support (scaffolding) is the use of social contexts that enhance the efficacy of using cognitive tools. These social contexts differ in the degree to which they are controlled when switching from joint control to self-regulation during the play-out of game scenarios and exploration of strategies for monitoring the implementation of training activities.



The idea of mediation is widely used in a program *Key to Learning* (Veraksa, Dolya, 2018). It is based on three forms of tools that help to regulate children's behavior, that help to regulate own's behavior. As such stand visual models, visual schemes, representing the stages of the situation transformation (for example, the scheme of the seasons, where the winter passes into spring, spring to summer, summer to autumn, etc.); symbolic images of the situation, in a metaphorical form transmitting various relationships between its components.

Thus, the task of developing voluntariness is formulated in various educational programs. However, it should be recognized as a disadvantage that the tools for its development are not considered systematically. In other words, the development of children's mediation as the basis for voluntariness is not the sphere of interests of teachers of preschool educational institutions, which would act as an object of the teacher's independent care with the aim of introducing it in a concrete, socially supported product (Veraksa, Veraksa, 2015).

CONCLUSION

The above examples of the educational programs addressed to preschool children show existence certain tradition of using cultural tools. This tradition is based on the provisions of cultural historical theory. Vygotsky himself stressed an importance of the cultural tools in the development of higher mental functions. He singled out, as was shown above, cultural patterns that acted as effective means of developing the child's psyche. They ensured the possibility of organizing the educational process in the zone of proximal development. Vygotsky assigned a special role to the symbol and language, which later became understood as a meta-tool. Possibility of using cultural tools in education was developed in educational programs: sensory standards, visual models, schemes and symbols were actively involved in educational process with preschool children. Researchers emphasize the relevance and effectiveness of mediation implementation in the education of young children. Those programs are effective in terms of first of all cognitive development for normally developing children. However this approach is also valuable in work with children with special needs (Glozman, 2016).

ACKNOWLEDGEMENTS

The work was supported by the project 17-78-20198 of the Russian Science Foundation.

CONFLICT OF INTERESTS

There is not conflict of interest

REFERENCES

- Babaeva, T.I., Gogoberidze, A.G., & Solnzeva, O.V. (Eds.) (2014). *Childhood: program for preschool education*. Saint-Petersburg: Detstvo-Press.
- Bodrova, E., & Leong, D. (1996). *Tools of the mind: The Vygotskian approach to early childhood education*. Englewood Cliffs, N.J: Merrill.
- Bozhovich, L.I. (2008) *Personality and its formation in childhood*. Saint-Petersburg: Piter.
- Glozman J. M. (2016). Vygotsky in applied neuropsychology. *Psychology in Russia: State of the Art*, 9(4), 73-79.
- Kravtsov, G., & Kravtsova, E. (2011) The cultural-historical basis of the 'Golden Key' program. *International Journal of Early Years Education*, 19, 27-34.
- Pompert, B., & Dobber, M. (2017). *Developmental Education for Young Children in the Netherlands: Basic Development*. In M. Fleer, & B. van Oers (Eds.), *International handbook of early childhood education*. Dordrecht, Netherlands: Springer.
- Singer, E. (2015). Play and playfulness in early childhood education and care. *Psychology in Russia: State of the Art*, 8(2), 27-35.
- Sokhin, F.A. (1979) *Speech development in preschool age*. Moscow: Prosveshenie.
- Sokhin, F.A. (1989) Psychological and pedagogical problems of speech development in preschool age. *Voprosy Psikhologii*, 3, 39-43.
- Solovieva, E.V. (ed) (2014) *Rainbow: Program for preschool education*. Moscow: Prosveshenie.
- Usova, A.P. (1970) *Learning in kindergarten*. Moscow: Prosveshenie.
- van Oers, B. (2003) Learning resources in the context of play. Promoting effective learning in early childhood. *European Early Childhood Education Research Journal*, 11(1), 7-26
- Venger, L. A. (1983). Mastering mediated decision of cognitive tasks and development of cognitive abilities of the child. *Voprosy Psikhologii*, 2, 43-50.
- Venger, L. A., & Diachenko, O. M. (1996). *Educational program "Razvitie"*. Moscow: Gnom i D.
- Veraksa N., & Dolya G. (2018) *The key to learning curriculum*. In M. Fleer, & van Oers B. (Eds.), *International Handbook of Early Childhood Education*. Springer international handbooks of education. Dordrecht Netherlands: Springer.
- Veraksa N.E. (Ed.) (2011) *Basic educational program of preschool education: From birth to school*. Moscow: Mosaic - Synthesis.
- Veraksa N.E., & Veraksa A.N. (2015). The technique of project activity: A new approach in Russian preschool. *Psychology in Russia: State of the Art*, 8(2), 73-86.
- Veraksa, N., & Veraksa, A. (2014). The influence of Luria's work on the use of visual modeling in preschool education. *Psychology & Neuroscience*, 7(4), 475-479.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Vygotsky, L.S. (1982). *Collection of works: in 6 volumes V.2*. Moscow: Pedagogika.
- Vygotsky, L.S. (1984). *Collection of works: in 6 volumes V.4*. Moscow: Pedagogika.



CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL APPROACH TO THE REHABILITATION OF PATIENTS IN A STATE OF THE DEPRESSION OF CONSCIOUSNESS AFTER SUFFERING A STROKE

Kovyazina M.S.^{1,2}, Fomina K.A.¹, Moskvina V.V.¹, Varako N.A.^{1,2} and Zinchenko Yu. P.¹

¹Lomonosov Moscow State University, Faculty of Psychology. ²Research Center of Neurology, Department of rehabilitation and physiotherapy

En este artículo se aborda el carácter interdisciplinario del problema de la conciencia. Se abordan cuestiones sobre la rehabilitación de pacientes con disminución de la conciencia. Se aporta el fundamento teórico de los enfoques de la psicología clínica sobre métodos consistentes en la estimulación de sistemas de analizadores. El artículo indica que las características del ictus puede determinar parámetros específicos del descenso de la conciencia. Se han obtenido datos estadísticos significativos sobre la relación entre el descenso del nivel de conciencia y la lateroización y el tipo de ictus. En conclusión, los autores abordan cuestiones relacionadas con la aplicación de estimulación multimodal en la rehabilitación de la conciencia.

Palabras clave: Psicología clínica, Conciencia, Disminución de la conciencia, Rehabilitación, Estimulación multisensorial.

The interdisciplinary character of consciousness problem is emphasized in the article. The questions rehabilitation of patients with consciousness oppression are addressed. The theoretical background of clinical psychological approach to methods consisting of analyzers systems stimulation, which are used at the rehabilitation of patients with consciousness depression, is provided. The article shows that the stroke characteristics can determine the specific parameters of consciousness depression. Statistically significant data are obtained for a links between the depth of consciousness oppression and stroke lateralization or stroke type. In conclusion, authors outline the issues related to the application of multimodal stimulation in consciousness rehabilitation.

Key words: Clinical psychology, Consciousness, Depression of consciousness, Rehabilitation, Multisensory stimulation.

The problem of restoring consciousness after various cerebrovascular pathologies is particularly acute in modern clinical practice, since the quality of the subsequent restoration of mental activity correlates with the duration of the unconscious state (Aleksandrova et al., 2013). Due to that there is a continuous search for predictors affecting the contraction of the depression of consciousness and its course for the further prognosis.

According to the World Health Organization (WHO, 2015), diseases associated with disorders of the cerebral circulation are one of the leading causes of death in the world, and the number of deaths caused by them has a trend to a significant annual growth. There is a certain "rejuvenation" of these diseases - up to 30% of apoplectics today are people of working age (Vereshchagin, Varakin, 2001; Gusev et al., 2003). In terms of the number of apoplectics, Russia holds one of the first places in the world (Zaharov, Vahnina, 2011). Despite the positive dynamics compared to previous decades (Suslina, Varakin, 2009), our country is still the leader in the number of cases of

stroke progression, as well as adverse consequences of this disease (Prokaeva et al., 2015).

With the progression of stroke, the risk of the depression of consciousness is very high (Paciaroni et al., 2012), and the progression of an extreme degree of the depression of consciousness - coma - often ends in a fatal outcome. The fact of the depression of consciousness and its depth are important predictors of the severity of the course and outcome of a stroke, which directly determines the degree of efforts of various specialists in the rehabilitation of apoplectics (Negovskiy, 1977; Acciarresi et al., 2006; Lan et al., 2006; Litvickij, 2010).

In order to illustrate the problem, a pilot retrospective research (analysis of the case histories) was conducted on the basis of the City Clinical Hospital No. 31 in Moscow in the Department of Neurologic reanimation.

Case histories of 112 patients with a diagnosis of "acute cerebrovascular accident" were selected (Table 1). Among them were 54 patients with the depression of consciousness and 58 patients without it.

Patients with severe concomitant diseases were not included at the group which could have a significant impact on the parameters of oppression of consciousness and act as predictors of death (pneumonia, cancer) to reduce the risk of side mixing. Patients had as comorbidities were obesity (6%), diabetes mellitus (13%), hypertension (94%) and atrial disease (13%) (patients may have several comorbidities).

Received: 10 December 2017 - Accepted: 8 February 2018

Correspondence: M. S. Kovyazina. Professor of Department of Neuropsychology and Abnormal Psychology, Faculty of Psychology by Lomonosov Moscow State University, corresponding member of the Russian Academy of Education. Moscow, Russian Federation, Mytishi, Beloborodova street, 11-2-145, 141006 Moscow. E-mail: KMS130766@mail.ru



Among 91 patients with diagnosis of ischemic stroke: 32 people were cardioembolic pathogenetic variant, 13 people were atherothrombotic pathogenetic variant, 2 people – lacunary pathogenetic variant and last 44 people – unspecified.

The group with the depression of consciousness consisted of 37 women and 17 men aged 48 to 96. The group without the depression of consciousness consisted of 29 women and 29 men aged 40 to 95, with comparable types of stroke.

Data were processed using statistical methods: Pearson's chi-squared test and analysis of variance (ANOVA).

The main objective of the pilot study was to identify the correlation dependencies of the parameters of the depression of consciousness¹ on the characteristics of stroke² and on the age and gender characteristics of patients.

It turned out that the progression of the depression of consciousness is not associated with localization and type of stroke, with pathogenetic variants of ischemic stroke, with concomitant diseases (diabetes, obesity, ciliary disease). Age and gender turned out to be the parameters of the risk of depression after the stroke. In women, the depression of

consciousness occurred more often ($\chi^2 = 3,963$; $p \leq .05$). The probability of the depression of consciousness increases ($\chi^2 = 12,52$; $p \leq .01$) in patients more than 60 years old. At the same time, neither sex nor age of patients significantly affect the parameters of depression (duration, depth) and the gravity of the stroke.

A significant correspondence was found between the contraction of the depression and death ($\chi^2 = 59,3$; $p \leq .001$). There were no fatal outcomes in the group of patients without the depression after the stroke, whereas in the group with the depression the fatal outcome was observed in 68% of the patients. Interestingly, the depth of the depression of consciousness ($t = 2.88$; $p \leq .01$), and the gravity of the stroke ($t = -2.01$; $p \leq .05$), are higher in the group of patients with fatal outcome. The duration of the depression of consciousness does not affect the likelihood of a fatal outcome.

When considering the parameters of the depression, the following statistically significant results were obtained:

1. The depth of the depression depends on the type and the location of the stroke. Hemorrhagic type of a stroke in stem

TABLE 1
INFORMATION ABOUT PATIENTS

Factor	Ischemic stroke (n = 91)		Hemorrhagic stroke (n = 21)		Total (n = 112)	
	n	%	n	%	n	%
Sex						
Male	37	40,7	9	42,9	44	41,0
Female	54	59,3	12	57,1	66	59,0
Average age, years						
Men	72	—	73	—	72	—
Women	73	—	72	—	73	—
Consciousness						
not depressed	50	55,0	8	38,0	58	51,8
depressed	41	45,0	13	62,0	54	48,2
Glasgow coma scale score	7,5	—	7,5	—	7,5	—
Duration of the depression of consciousness (in the group with the depression of consciousness)						
average value, days	8	—	7,5	—	7,8	—
Stroke gravity (in the group with the depression of consciousness)						
score according to National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)	24,3	—	24,7	—	24,6	—
Stroke localization						
right hemisphere	36	39,5	6	28,6	42	37,5
left hemisphere	41	45,0	7	33,3	48	42,9
brain stem structures	14	15,5	8	38,1	22	19,6
Outcome						
positive	66	72,5	9	42,9	75	67,0
fatal	25	27,5	12	57,1	37	33,0

¹ The parameters of the depression of consciousness are quantitative characteristics of the depression of consciousness, which are determined by the duration (the number of days of lack of consciousness) and depth (the Glasgow Coma Scale score).

² Characteristics of stroke - the type and localization of stroke, the gravity of stroke on the scale of NIHSS and the pathogenetic variant of an ischemic stroke. It was established according to the clinical picture given by CT and magnetic resonance imaging (MRI) of the brain.



structures leads to maximum depth of the depression of consciousness in comparison with other combinations of parameters of type and localization of a stroke ($F = 7.33$; $p \leq .01$).

2. The gravity of a stroke depends on the type of a stroke: in a hemorrhagic stroke type, the NIHSS score is higher ($F = 11.8$; $p \leq .001$).

Thus, the pilot study showed that the characteristics of a stroke and the epidemiological parameters of patients can determine the specific parameters of the depression of consciousness¹.

THE PROBLEM OF THE IMPAIRMENT OF CONSCIOUSNESS

The problem of qualification and quantification of consciousness is a key problem in modern science, whereas the consciousness is the object of study in a number of disciplines, including psychology, particularly clinical psychology. Each area of research determines consciousness within its narrow understanding, and, consequently, there are many theories of consciousness and no generally accepted theory with which everyone would agree on (Atkinson et al., 2003; Beskova, Gerasimova, Merkulov, 2010; Kotov, 2017).

For clinical psychology, the problem of consciousness is relevant though underdeveloped. S.L. Rubinshtejn (1959) advocated the separation of the mental disorder and the impairment of consciousness, due to the latter having specific characteristics. Facing the impairment of consciousness in various diseases and disorders of mental activity, each specialist should have a working definition of consciousness and criteria that allow to analyze such an impairment. There is a well-known quotation of the Russian psychiatrist A.V. Snezhnevskij (1970, pp. 99-100), who pointed out that "if we approach consciousness in the philosophical sense, we naturally need to say that in every mental disorder the highest form of reflection of the world in our brain is broken".

The impairment of consciousness is one of the least developed questions not only in clinical psychology, but also in medicine. In clinical practice, there are various described forms of impairment of consciousness which can be observed independently of other forms of human mental activity.

The two main components of consciousness - wakefulness and content - can be correlated with the states of its depression and change, respectively. The depression of consciousness occurs when a component of wakefulness is impaired and is considered a quantitative disorder (more often found in a neurological clinic), whereas a change of consciousness is associated with qualitative disorders of its content (which is more typical of a psychiatric clinic) (Plam, Pozner, 1986; Beskova, Gerasimova, Merkulov, 2010).

SENSORY SYSTEMS AND CONSCIOUSNESS

John Locke undertook the first attempt at a philosophical substantiation of the human mind within the empirical traditions of modern times, continuing the ideas of his predecessors F.

Bacon and T. Hobbes and developing them contrary to idealistic views of Berkeley. The interpretation of the nature of empirical cognition in the classical sensualism of Dzh. Lokk (1985, p. 147) relied primarily on the position of the original "not-innate" nature of the ideas of the soul, which, in fact, is a blank state ("tabula rasa") for future signs, information and representations obtained empirically through sensations: "For to remember is to perceive by memory or consciousness what was known or perceived before; without it, every idea that penetrates the soul is new, not one that is remembered." Defending the thesis that there is nothing in the human mind that was not initially perceived through the sense organs, the philosopher came to a very important thought for psychology: the one regarding the gradual formation of the human mind, its functioning and change in the process of human interaction with the surrounding world.

The central idea of sensualists regarding the importance of the analytic and synthetic activity of the sense organs (analyzer systems) is supported and continued in A.N. Leont'ev's understanding of the structure of consciousness. Alexey Nikolaevich singled out three of its components: personal meaning, significance and sensual tissue. Under sensual tissue he understands the tissue that forms the sensory composition of particular images of reality, which can be objectively perceived or recalled: "Even a superficial analysis of consciousness reveals a very complex structure of it. First of all, it is self-evident that the picture of the world which a person is aware of, the one that appears to him, inevitably includes sensual impressions, sensual images, I prefer to say - sensual tissue. This tissue also forms the sensual composition of particular images of reality, which are actually perceived or emerging from memory, referring to the future or even just imagined" (Leont'ev, 2000, p. 97).

From the definition of sensual tissue a very important conclusion can be drawn that without the work of analyzer systems it is impossible to form consciousness, whereas disorders of consciousness must be accompanied by changes in the work of analyzer systems. In this case, the analyzer systems are in close interaction and can compensate each other in case of impairment of one of them: "There are vibratory, olfactory, kinesthetic sensations in this depleted sensual tissue. It is important to understand that if you "cut off" or "remove" these sensory components, then consciousness is impossible at all, since the sense composition of consciousness performs one seemingly trivial, but extremely important function of displaying the real picture of the world, which cannot be replaced" (ibid., p. 97).

Whereas the importance of the philosophical views of the sensualists and the Russian school of psychology lies in them explaining the nature of consciousness and its structure, the Russian physiologists (I.M. Sechenov, I.P. Pavlov) were the first to see the reflex mechanisms of the human psyche, that is, to apply "physiological knowledge to the phenomena of the psychic life" (Sechenov, 1952, p.52). The reflex principle does

³This assumption requires further refinement on a larger numbers of samples.



not mean that everything psychic goes through the physiological, it rather determines their similarity in structure and origin. I.M. Sechenov suggests the reflex theory of the psychic (Zhdan, 2004, p. 245), that is, the psyche arises only in the process of interaction of the subject with the surrounding world, and the information from the outside in the form of feeling (as a result of the interaction of the sense organs) is primary. I.M. Sechenov develops ideas about the active pragmatist character of perception. The mental process arises and ends in the process of interaction of the individual with the surrounding world, hence, the influence from the outside in the form of feeling is primary: "The original cause of every action lies always in external sensory arousal, because without it no thought is possible" (Sechenov, 1952, p. 104).

The recognition of the interconnection of sensations by physiologists had an important influence on the further development of not only physiological, but also psychological notions of sensory reflection and cognition, where the autonomy of analyzer systems in their relation to each other was accepted as a dogma.

I.M. Sechenov also draws a parallel between the impairments of consciousness and the work of analyzer systems, which makes it possible to study the impairments of consciousness through an analysis of their functional state: "The coincidence of insensitivity to external stimuli with the destruction of mental activity occurs ... in intoxication with wine, chloroform and fainting. ... The difference in views on the subject lies only in the fact that some people consider destruction of consciousness to be the cause of insensitivity, and the other - on the contrary. However, the fluctuation between these views is impossible. Shoot from 1, 2, 3, 100, etc. cannons above the ear of a fast asleep person, and he will wake up, with psychic activity instantly appearing. If he had no sense of hearing, you could theoretically shoot from a million cannons - the consciousness would not have come. If there was no vision, it would be the same with any strong light stimulation; if there was no feeling in the skin - the most terrible pain would remain without consequences. In a word, a person who was fast asleep and deprived of sensing nerves would continue to sleep to death. And they are saying that mental activity and its expression, a muscle movement, is possible for at least a moment without external sensory stimulation" (Sechenov, 1952, p. 127).

PSYCHOLOGICAL APPROACH TO THE STUDY OF CONSCIOUSNESS

Such an understanding of the structure of consciousness and the role of inter-institutionalization in its formation can explain the emergence of discussion issues connected to the search for criteria of its presence / absence, as well as the degree of its clarity in a person. Most likely, we will not get definitive answers to these questions, since it is difficult to observe the phenomena of pure consciousness. On the one hand, consciousness is intentional, that is, it is always "consciousness about ..."; which means it is transphenomenal. "In this form it is a very specific reality. It is not natural and not substantial. It is difficult to claim that it has certain qualities: it does not have "nature." Consciousness is "nothing" to

the extent that it is impossible to find a phenomenon about which we could say that exactly this is consciousness, and no conscious phenomenon has the privilege of representing consciousness ..." (Thostov, 2002, p. 66). Thus, "consciousness manifests itself only in when it encounters with "the other", receiving an "objection" back from it "(ibid., p. 64). This "other" must become "opaque" to consciousness. In order to highlight the manifestations of consciousness, it is necessary to create a situation of awareness of something. "Strictly speaking ... the only phenomenon of consciousness is ... the phenomenon of a body understood in the broadest sense of "translucent" reality (both *objectified*, i.e. demonstrating resistance, and *subjectified*, i.e. allowing control). ... For only this is accessible to our consciousness, and it is exactly what we call a subject or an object, in the various degrees of "turbidity" (Thostov, 2002, p. 68). According to A. Sh. Thostov, where resistance occurs (i.e. "transparency" is violated and "opacity and tension" appear) as a reaction to one's own activity, the process of awareness begins. In somatic, mental and neurological diseases, the course of all cognitive processes changes, as they become less interiorized and automated (become "opaque"), and thus accessible to awareness. This is the condition for objectifying the world, our own body, our mental functions, including consciousness. When "resistance" is lost, the consciousness disappears, turns into a "black hole": "Deprivation of the subject supports, removal of the density of the surrounding world ..." (Thostov, 2002, p. 76) are observed in sensory deprivation, in states of depressed consciousness (coma, vegetative state, stupor, concussion). In these states, the activity of the subject, and hence his "resistance to the other," is violated, which creates a unique model for searching and creating situations where the subject begins to resist, gain supports, and therefore gradually become aware of what is happening. A. Sh. Thostov (2002, p. 77) notes that the world of things and consciousness is possible only in a situation of discomfort, unstable equilibrium, when "there is no immediate connection between the state of need and its satisfaction".

GENETIC APPROACH TO CONSCIOUSNESS

Ideas for applying the genetic approach to the understanding the development of the psyche, can also be found in Sechenov's work, "Reflexes of the brain": "... All the foundations of future mental development are formed after the real encounters of the child with the surrounding world... So, the initial mental activities, as far the beginning of acts are concerned, should ... resemble reflexes. The medial member of the act, i.e. the conscious element, is out of question in newborns, still nothing is against the fact that the arousal of the sensory shells is not reflected in his consciousness by sensations ...; these sensations cannot be merged, as the newborn cannot see, listen, or touch ... "(Sechenov, 1952, p. 212). In this early period of the child's life, the most complicated processes associated with the reflection of the surrounding reality unfold in his body, or rather in his sensory systems, and the child learns to see, hear, move, etc. Mastering his own body, the child gradually masters body regulation, which means that his own self with its borders is



being formed at the same time. The sensation are localized on this very boundary between the self and the non-self. (Leon'ev, 2004; Thostov, 2002, Ivannikov, 2015).

REHABILITATION OF PATIENTS WITH THE DEPRESSION OF CONSCIOUSNESS

The abovementioned genetic and psychological approaches to consciousness provide an opportunity to develop methods of clinical and psychological rehabilitation of patients with the depression of consciousness. While working with such patients the highest priority is assigned to the evaluation and maintenance of physiological functional systems, namely the functions of vital organs in accordance with the protocol of cardiopulmonary resuscitation to restore the basic indicators of vital activity of the organism. At the same time, the state of psychological functional systems is not taken into account at all, though their work should also not be interrupted for a long time while rehabilitation measures will be inadequate if they are not taken into account. Complex and mobile higher human functional systems (psychological systems), based on the higher levels of cortical organization, require synthetic afferent fields that never consist of only one afferent system. These are always "polyreceptor" afferent syntheses (Luriya, 1948). Such a multiple composition of the afferent fields of higher mental functions, each of which participates in the development of consciousness, provides compensatory interfunctional rearrangements.

Techniques to maintain functional systems of the psyche in the "working state" can be based on a multimodal sensory stimulation, since perception processes, like other cognitive processes, are not the sum of operations, but rather an active process of interaction with the environment, during which the subject itself is transformed (Najsser, 1981). That is why, most often when working with such patients, sensory stimulation includes stimuli of varying intensity and emotional significance, well established in their past experience. For example, a patient is presented with a continuous video and audio file with a rocket flying through the labyrinth, loud music delivered through the headphones, etc. (Shendypina et al., 2016), pat on the patient's shoulder, stroking the face or hand with a feather, directing air towards the neck or holding the syrup in the mouth of the patient for 10 seconds (Monti, Sannita, 2016).

However, it can be assumed that the stimulation described above is subjectively experienced by the patient as a neutral or satisfying feeling, since it is not of a vital nature and does not lead to a situation of "resistance" (Thostov, 2002). If stimuli are used to induce non-positive emotions (for example, a sense of pain) associated with life support functions, then one must begin to look for ways to avoid such experiences. The International Association for the Study of Pain defines the latter as an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage (International Association for the Study of Pain, 1994). This means that pain is accompanied not only by physiological responses of the body, but also emotional ones. Recent foreign studies using high intensity

electrical stimulation of the median nerve of the hand as such stimuli (Laureys et al., 2002, Kassubek, 2003, Schnakers, Zasler, 2007, Boly et al., 2008) demonstrated a functional change in the brain during such stimulation in patients with the depression of consciousness that prompted researchers to conclude that they consciously perceived pain.

CONCLUSIONS

So, the use of sensory stimulation in rehabilitation processes is justified. However, the choice of emotionally neutral, negative or positive stimuli can be determined by the degree of the depression of consciousness, which requires experimental studies specially aimed at that. Issues related to the intensity, duration and frequency of impacts, also remain so far unresolved.

CONFLICT OF INTERESTS

There is no conflict of interests

REFERENCES

- Aleksandrova, E.V., Zajcev, O.S., Chelyapina, M.V., Sharova, E.V., Sokolova, E.YU., Gavrilov, V.M., Zaharova, N.E., Vorob'ev, YU.V., Tenedieva, V.D., Shurhaj, V.A. Troshina, E.M., & Potapov, A.A. (2013). Vyhod iz zatyazhnogo bessoznatel'nogo sostoyaniya vsledstvie tyazhelogo diffuznogo aksonal'nogo porazheniya golovnogogo mozga: klinicheskoe nablyudenie i obzor literatury [The output of a protracted unconscious state due to severe diffuse axonal brain injury: clinical observation and literature review]. *Zhurnal Nevrologiya, Nejropsihiatriya, Psihosomatika [Journal of Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics]*, 5(2), 51-58 doi:10.14412/2074-2711-2013-2414
- Atkinson, R.L., Atkinson, R.S., Smit, Eh.E., Bem, D. Dzh., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). *Vvedenie v psihologiyu [Introduction to psychology]*. Moscow: Praym-Evroznak.
- Beskova, I.A., Gerasimova, I.A., & Merkulov, I.P. (2010). *Fenomen soznaniya: Monografiya [The phenomenon of consciousness: Monograph]*. Moscow: Progress-Tradiciya.
- Boly, M., Faymonville, M.-E., Schnakers, C., Peigneux, Ph., Lambermont, B., Phillips, Ch., Lancellotti, P., Luxen, A., Lamy, M., Moonen, G., Maquet, P., Laureys, S. (2008). Perception of pain in the minimally conscious state with PET activation: An observational study. *Lancet Neurology*, 7(11), 1013-1020.
- Gusev, E.I., Skvorcova, V.I., Stahovskaya, L.V., Kilikovskij, V.V., & Ajriyan, N.Yu. (2003). Ehpideologiya insul'ta v Rossii [Epidemiology of stroke in Russia]. *Zhurnal Nevrologii i Psihiatrii Imeni S.S. Korsakova. «Insul't». Prilozhenie k zhurnal, tezisy dokladov [Journal of Neurology and Psychiatry named after S. S. Korsakov. "The stroke". Annex to the journal abstracts]*, 9, 114.
- International Association for the Study of Pain (1994). *Classification of Chronic Pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Task force on taxonomy*. Seattle: IASP Press.



- Ivannikov, V. A. (2015). O prirode i proiskhozhdenii psihiki [On the nature and origin of the human psyche]. *Nacional'nyj psihologicheskij zhurnal [National Psychological Journal]*, 10(3), 15-23.
- Kassubek, J., Juengling, F.D., Els, T., Spreer, J., Herpers, M., Krause, T., Moser, E., & Lucking, C.H. (2003). Activation of a residual cortical network during painful stimulation in long-term postanoxic vegetative state: a 15O-H2O PET study. *Journal of the Neurological Sciences*, 212(1-2), 85-91.
- Kotov, A.A. (2017). A computational model of consciousness for artificial emotional agents. *Psychology in Russia: State of the Art*, 10(3), 57-73.
- Lan, M. Y., Chang, Y. Y., Chen, W. H., Lai, S. L., Liu, J. S., Wu, S. J. (2006). Neurologic and non-neurologic predictors of mortality in ischemic stroke patients admitted to the intensive care unit. *Journal of the Formosan Medical Association*, 105(8), 653-658.
- Laureys, S., Faymonville, M. E., Peigneux, P., Damas, P., Lambermont, B., Del Fiore, G., Degueldre, C., Aerts, J., Luxen, A., Franck, G., Lamy, M., Moonen, G., & Maquet, P. (2002). Cortical processing of noxious somatosensory stimuli in the persistent vegetative state. *NeuroImage*, 17, 732-741. doi:10.1006/nimg.2002.1236
- Leont'ev, A.N. (2000). *Lekcii po obshchej psihologii [Lectures on general psychology]*. Moscow: Smysl.
- Leont'ev, A.N. (2004). *Deyatel'nost'. Soznanie. Lichnost' [Activity. Consciousness. Personality]*. Moscow: Politizdat.
- Litvickij, P.F. (2010). Koma [Coma]. *Voprosy sovremennoj pediatrii [Issues of modern Pediatrics]*, 9(5), 48-54.
- Lokk, Dzh. (1985). *Opyt o chelovecheskom razumenii. Sochineniya: V 3-h t. T.1. Pod red. I. S. Narskogo [Experience about human understanding. Works: In 3 T. T. 1. Under the editorship of I. S. Narsky]*. Moscow: Mysl'.
- Luriya, A.R. (1948). *Vosstanovlenie funkcij mozga posle voennoj travmy [Restoration of brain functions after war injuries]*. Moscow: Akademiya Medicinskih nauk SSSR.
- Monti, M.M., & Sannita, W.G. (2016). *Brain function and responsiveness in disorders of consciousness*. New York: Springer.
- Najsser, U. (1981). *Poznanie i real'nost': Smysl i principy kognitivnoj psihologii [Cognition and reality: Meaning and principles of cognitive psychology]*. Moscow: Izd-vo: Progress.
- Negovskiy, V.A. (1977). *Osnovy reanimatologii [The basics of reanimatology]*. Tashkent: Medicina.
- Paciaroni, M., Agnelli, G., Caso, V., & Bogousslavsky, J. (2012). Manifestations of Stroke. *Frontiers of Neurology and Neuroscience*, 30, 34-37. <https://doi.org/10.1159/000333384>
- Plam, F., & Pozner, Dzh.B. (1986). *Diagnostika stupora i komu: per. s angl [Diagnosis of stupor and coma: English]*. Moscow: Medicina.
- Prokaeva, T.A., Zhigaev, G.F., Prokaev, E.M., Ryabov, M.P., & Nikolaev, A.S. (2015). Mediko-ehkonomicheskaya ocenka okazaniya stacionarnoj pomoshchi pri mozgovom insul'te (obzor literatury) [Health economic assessment of providing inpatient care for cerebral stroke (review of literature)]. *Byulleten'VSCN SO RAMN [Bulletin of SB RAMS SCN]*, 2(102), 122-125.
- Rubinshtejn, S.L. (1959). *Principy i puti razvitiya psihologii [Principles and ways of development of psychology]*. Moscow: Izdatel'stvo Akademii Nauk SSSR.
- Sechenov, I.M. (1952) Refleksy golovnogogo mozga / Izbrannye proizvedeniya. In H.S. Koshtoyanca (Ed.), *[Reflexes of the brain / Selected works in 2 ed., Vol. 1.]*. Moscow: Izdatel'stvo Akademii nauk SSSR, 7-128.
- Schnakers, C., & Zasler, N.D. (2007). Pain assessment and management in disorders of consciousness. *Current Opinion in Neurology*, 20(6), 620-626.
- Snezhnevskij, A.V. (1970). *Obshchaya psihopatologiya: kurs lekcij [General psychopathology: a course of lectures]*. Valdaj: In-t psikiatrii Akad. med. nauk SSSR. Novgor. obl. nauch. med. o-vo nevroptologov i psikiatrov. Novgor. obl. *psihiatr. bol'nica*, № 1 v g. Valdae.
- Shendypina, M.V., Kazymaev, S.A., Shapovalenko, T.V., & Lyadov, K.V. (2016). Primenenie metoda biologicheskoy obratnoj svyazi po infranizkim chastotam ehlektroehncefalogrammy v kompleksnoj reabilitacii pacientov so snizhennym urovnem soznaniya [Application of the method of biological feedback at the low frequencies of the electroencephalogram in complex rehabilitation of patients with impaired level of consciousness]. *Nevrologiya, Nejropsihiatriya, Psihosomatika [Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics]*, 8(4), 10-13. <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2016-4-10-13>
- Suslina, Z.A., & Varakin, Yu.Ya. (2009). Kliniko-ehpidemiologicheskie issledovaniya – perspektivnoe napravlenie izucheniya cerebral'noi patologii (soobshchenie pervoe) [Clinical and epidemiological studies – prospective study of cerebral pathology (first message)]. *Annaly Klinicheskoi i Ehksperimental'noi Nevrologii [Annals of Clinical and Experimental Neurology]*, 3(3), 4-11.
- Thostov, A.Sh. (2002). *Psihologiya telesnosti [Psychology of corporeality]*. Moscow: Smysl.
- Vereshchagin, N.V., & Varakin, Yu.Ya. (2001). Registry insul'ta v Rossii: rezul'taty i metodologicheskie aspekty problem [Stroke registers in Russia: Results and methodological aspects of the problem]. *Zhurnal Nevrologii i Psihiatrii imeni S.S. Korsakova «Insul't»*. *Prilozhenie k zhurnalul [Journal of Neurology and Psychiatry named after S. S. Korsakov "The stroke". Appendix to the journal]*, 1, 34-40.
- World Health Organization. (2015). *The top 10 causes of death*. Geneve: WHO. Retrived from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>.
- Zaharov, V.V., & Vahnina, N.V. (2011) Insul't i kognitivnye narusheniya [Stroke and cognitive impairment]. *Nevrologiya, Nejropsihiatriya, Psihosomatika [Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics]*, 2, 8-16.
- Zhdan, A.N. (2004). *Istoriya psihologii ot Antichnosti do nashih dnei [History of psychology from antiquity to the present day]*. Moscow: Akademicheskij proekt.

Normas de Publicación

Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers

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

Una vez que un manuscrito ha sido remitido con éxito a través del sistema online, los autores pueden hacer un seguimiento de su estado mediante el sistema de envío online (por correo electrónico se proporcionarán los detalles al respecto).

Una vez completado el envío, el sistema genera automáticamente un documento electrónico (PDF), que será utilizado para la revisión. Toda correspondencia, incluida la decisión del Director y la propuesta de modificaciones se procesarán por el sistema y serán recibidas por el autor, mediante correo electrónico.

Los autores podrán enviar dudas acerca del proceso de envío o los procesos de publicación a los Editores mediante el siguiente formulario:

<http://www.papelesdelpsicologo.es/contacto>

- 8 Los trabajos sometidos a revisión para Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers podrán abordar cualquiera de las siguientes cuestiones:

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

Por otra parte, el Comité Editorial podrá encargar trabajos específicos a autores reconocidos o proponer números especiales monográficos.

- 9 La aceptación de un trabajo para su publicación implica la cesión, por el/los autor/es, de los derechos de *copyright* al Consejo General de la Psicología de España.

Otro aspecto de la nueva política de la revista tiene que ver con **Conflicto de Intereses**. Todos los autores deben manifestar si existe algún conflicto de intereses potencial de tipo económico o de otras relaciones con personas y organizaciones.

Los puntos de vista, opiniones, hallazgos, conclusiones y recomendaciones planteados en cualquier artículo remitido a Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers pertenecen a sus autores y no necesariamente reflejan posiciones de la Revista o de sus Editores.

Centro
de Psicología



*Bertrand
Russell*

TERAPIA | FORMACIÓN | INVESTIGACIÓN

39 años de experiencia

**Máster Oficial Universitario
en Psicología General Sanitaria
por la Universidad de Alcalá de Henares
dirigido por el
Centro de Psicología Bertrand Russell
y el Centro Universitario Cardenal Cisneros**

Las clases se realizan en el Centro de Psicología Bertrand Russell en Madrid capital.

Abierto plazo de inscripción: <http://www1.uah.es/pmo>

Información

Centro de Psicología Bertrand Russell

C/ Marqués de Cubas 6. 1ºDcha.

28014 Madrid

T. 91 548 24 95/ 15 77

M. 610 74 29 05

administración@centrodepsicologiarussell.com

www.centrodepsicologiarussell.com

Centro Universitario Cardenal Cisneros

T. 91 889 12 54

info@cardenalcisneros.es

www.cardenalcisneros.es