

# PAPELES DEL PSICÓLOGO

## PSYCHOLOGIST PAPERS

PSICÓLOGOS ESPECIALISTAS EN EL  
SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL



DIFERENCIAS DE OPINIÓN SOBRE EL USO DE LOS TEST - PSICOLOGÍA Y PROFESIÓN EN ESPAÑA - TERAPIA DE INTERACCIÓN PADRES-HIJOS - OPTIMISMO DISPOSICIONAL Y ESTRÉS - INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD - PRÁCTICAS DE CRIANZA EN LA MENTIRA ANTISOCIAL INFANTIL

**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

### Artículos

- 81.** ¿Sabemos cuántos profesionales especialistas en psicología clínica trabajan en el Sistema Nacional de Salud Español?  
*Juan Carlos Duro Martínez*
- 94.** Diferencias de opinión sobre el uso de los test: Su relación con la edad, el género y el sector laboral  
*Ana Hernández, M<sup>a</sup> Dolores Hidalgo, José Muñiz y José Ramón Fernández-Hermida*
- 105.** Psicología y profesión en España. Los primeros años del Colegio Oficial de Psicólogos  
*Macarena Tortosa-Pérez, Jesus Santolaya Prego de Oliver, Francisco Santolaya y Francisco Tortosa*
- 119.** Una revisión sistemática de la efectividad y eficacia de la terapia de interacción padres-hijos  
*Rafael Ferro García, María Rodríguez Bocanegra y Lourdes Ascanio Velasco*
- 135.** Optimismo disposicional y estrés: Claves para promover el bienestar psicológico  
*Sara Puig Pérez, Marta Aliño Costa, Aránzazu Duque Moreno, Irene Cano López, Paula Martínez López, Mercedes Almela Zamorano y María José García Rubio*
- 143.** El Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI): Una revisión sistemática sobre su uso en el contexto legal  
*Karin Arbach, Soraya Bazán y Marcelo Vaiman*
- 152.** El papel de las prácticas de crianza en la mentira antisocial infantil: Una revisión sistemática  
*Sayoa Górriz Eguaras y Izaskun Ibañe Erostarbe*

### Cartas al Director

- 160.** ¿Por qué habría que priorizar la vacunación para la COVID-19 en personas con trastornos mentales graves?  
*Javier Prado-Abril*

REVISTA DEL CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA

JOURNAL OF THE SPANISH PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

### Articles

- 81.** Do we know how many professional specialists in clinical psychology work in the Spanish National Health System?  
*Juan Carlos Duro Martínez*
- 94.** Differences in opinions regarding testing practices: The role of age, gender and job sector  
*Ana Hernández, M<sup>a</sup> Dolores Hidalgo, José Muñiz and José Ramón Fernández-Hermida*
- 105.** Psychology and profession in Spain. The early years of the Spanish Psychological Association  
*Macarena Tortosa-Pérez, Jesus Santolaya Prego de Oliver, Francisco Santolaya and Francisco Tortosa*
- 119.** A systematic review of the effectiveness and efficacy of parent-child interaction therapy  
*Rafael Ferro García, María Rodríguez Bocanegra and Lourdes Ascanio Velasco*
- 135.** Dispositional optimism and stress: Keys to promoting psychological well-being  
*Sara Puig Pérez, Marta Aliño Costa, Aránzazu Duque Moreno, Irene Cano López, Paula Martínez López, Mercedes Almela Zamorano and María José García Rubio*
- 143.** The Personality Assessment Inventory (PAI): A systematic review of its use in the legal field  
*Karin Arbach, Soraya Bazán and Marcelo Vaiman*
- 152.** The role of parenting practices on children's antisocial lies: A systematic review  
*Sayoa Górriz Eguaras and Izaskun Ibañe Erostarbe*

### Letters to the Editor

- 160.** Why should COVID-19 vaccination be prioritized for people with severe mental disorders?  
*Javier Prado-Abril*

#### Edita / Publisher

Consejo General de la Psicología de España

#### Director / Editor

Serafín Lemos Giráldez (Univ. de Oviedo)

#### Directores asociados / Associated Editors

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

#### Consejo Editorial / Editorial Board

Mario 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 Becona (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 Ezepeleta (Univ. Autónoma de Barcelona); Jorge Fernández del Valle (Univ. de Oviedo); Raquel Fidalgo (Univ. de León); Franco Fraccaroli (Univ. de Trento, Italia); Maité Garaigordobil (Univ. del País Vasco); José Manuel García Montes (Univ. de Almería); César González-Blanch Bosch (Hospital Universitario 'Marqués de Valdecilla', Santander); Joan Guardia Olmos (Univ. de Barcelona); José Gutiérrez Maldonado (Univ. de Barcelona); Juan Herrero Olaizola (Univ. de Oviedo); M<sup>a</sup> Dolores Hidalgo (Univ. de Murcia); Cándido J. Inglés Saura (Univ. Miguel Hernández); Juan E. Jiménez (Univ. de La Laguna); Barbara Kozusznik (Univ. de Silesia, Polonia); Francisco Labrador (Univ. Complutense de Madrid); Concha López Soler (Univ. de Murcia); Nigel V. Marsh (James Cook University, Singapore); Emiliano Martín (Dept<sup>o</sup>. de Familia, Ayuntamiento de Madrid); Vicente Martínez Tur (Univ. de Valencia); Carlos Montes Piñeiro (Univ. de Santiago); Luis

Montoro (Univ. de Valencia); José Muñiz (Univ. de Oviedo); Marino Pérez (Univ. de Oviedo); Salvador Perona (Univ. de Sevilla); Ismael Quintanilla (Univ. de Valencia); José Ramos (Univ. de Valencia); Georgios Sideridis (Harvard Medical School, USA); Ana Sornoza (Univ. de Valencia); M<sup>a</sup> Carmen Tabernero (Univ. de Salamanca); Antonio Valle Arias (Univ. de A Coruña); Miguel Angel Vallo (UNED); Oscar Vallina (Hospital Sierrallana de Torrelavega); Carmelo Vázquez (Univ. Complutense de Madrid); Antonio Verdejo (Monash University, Australia); Miguel Angel Verdugo (Univ. de Salamanca)

#### Diseño y maquetación / Design and layout

Cristina García y Juan Antonio Pez

#### Administración y publicidad / Management and advertising

Arantxa Sánchez y Silvia Berdullas

Consejo General de la Psicología de España

C/ Conde de Peñalver, 45-3<sup>a</sup> planta

28006 Madrid - España

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

Web: <http://www.papelesdelpsicologo.es>E-mail: [papeles@cop.es](mailto:papeles@cop.es)

#### Depósito Legal

M-27453-1981 / ISSN 0214-7823

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

Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers está incluida en las bases de datos 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>





# ¿SABEMOS CUÁNTOS PROFESIONALES ESPECIALISTAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA TRABAJAN EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL?

## DO WE KNOW HOW MANY PROFESSIONAL SPECIALISTS IN CLINICAL PSYCHOLOGY WORK IN THE SPANISH NATIONAL HEALTH SYSTEM?

Juan Carlos Duro Martínez

Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad

*En este artículo se revisan, analizan y discuten los datos existentes a partir de diferentes fuentes de datos desde 2003 sobre el número de profesionales especialistas en Psicología clínica que trabajan en el Sistema Nacional de Salud español. Los datos hay que tomarlos con mucha cautela por la diversidad de fuentes y metodología utilizada; pero se concluye que el número total estimado de Psicólogos Especialistas en Psicología clínica más los «PESTOS» que trabajan en el SNS puede estar en torno a 2600-2800, con una ratio por 100000 habitantes en torno al 5,58, con grandes diferencias entre Comunidades Autónomas. En los últimos 15 años, el incremento medio de la ratio de psicólogos por 100000 habitantes se sitúa en algo más de un psicólogo. Se recomienda realizar estudios detallados para saber no solo cuántos especialistas en Psicología clínica hay en cada Comunidad Autónoma, sino en qué tipo de niveles y en qué tipo de dispositivos se ubican.*

**Palabras clave:** Psicólogos/os Especialistas en Psicología Clínica, Sistema Nacional de Salud, Comunidades autónomas, Salud mental, Ratio por 100000 habitantes.

*This article reviews, analyzes, and discusses existing data since 2003 on the number of psychologists who are specialists in clinical psychology working in the Spanish National Health System (SNS) from different data sources. The data must be taken with great caution due to the diversity of sources and methodology used, but it is concluded that the total estimated number of Specialist Psychologists in Clinical Psychology plus «PESTOS» [specialist psychologists without an official qualification] who work in the SNS may be around 2,600-2800, with a ratio per 100,000 inhabitants around 5.58, with great differences between autonomous communities. In the last 15 years, the average increase in the ratio of psychologists per 100,000 inhabitants is slightly more than one psychologist. It is recommended to carry out detailed studies to find out not only how many specialists in clinical psychology there are in each autonomous community, but also at what levels and in what type of units they are located.*

**Key words:** Psychologists Specialists in Clinical Psychology, National Health System, Autonomous Communities, Mental Health, Ratio per 100000 Inhabitants.

Desde las primeras promociones de los licenciados en Filosofía y Letras (Sección de Psicología), a comienzos de los años 70, ha estado presente el interés de muchos de ellos, y de la Organización Colegial, por la incorporación de la disciplina psicológica en la Sanidad pública como un derecho de todos los ciudadanos (Laviana-Cuetos, 1998; García-Álvarez, M. A, 1998; Duro, 2001; 2015). Largo y tortuoso ha sido el camino de más de 50 años para arribar a una indiscutible presencia cualitativa de estos profesionales en el Sistema Nacional de Salud pero, por otro lado, a una insuficiente presencia cuantitativa en el mismo.

Esta última afirmación se sustenta en datos fragmentados y poco consistentes que, aunque aireados reivindicativamente por organizaciones y asociaciones corporativas, dejan entre-

ver el escaso interés de las Administraciones públicas en dar a conocer la situación real de los profesionales de la Psicología, concretamente de los Especialistas en Psicología clínica, como estrategia de ocultamiento de una realidad manifiestamente mejorable.

Alguna excepción confirma esta regla como el artículo en prensa de Fernández-García (2020) que nos servirá de contraste en nuestra procelosa búsqueda de la objetividad y el rigor de la información.

En este contexto de desinformación podemos entender la incumplida promesa del Ministerio de Sanidad desde hace más de 17 años de poner en marcha, y hacerlo público como política de transparencia y de servicio a los ciudadanos, el Registro de las profesiones sanitarias que, si bien no se refiere a los psicólogos en el sistema sanitario público, sí daría cuenta del número de los profesionales habilitados para trabajar en el ámbito sanitario, tanto público como privado: los psicólogos especialistas en Psicología clínica y los Psicólogos Generales Sanitarios.

En un momento de crisis social, evidenciado por la pandemia del COVID-19, en el que se han de tomar decisiones so-

Recibido: 4 diciembre 2020 - Aceptado: 1 febrero 2021

Correspondencia: Juan Carlos Duro Martínez. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones. Plaza de Carlos Trías Bertrán, 7- 3ª planta 28020- Madrid. España.

E-mail: jcduro@cop.es



bre el necesario refuerzo del sistema sanitario público es imprescindible conocer el número y la ubicación de los profesionales especialistas de Psicología Clínica en el sistema sanitario público de nuestro país para planificar su necesario aumento de manera que se puedan dar respuestas más adecuadas a las necesidades de atención psicológica a los usuarios del sistema sanitario público.

A este último metaobjetivo se dirige este trabajo: poner en evidencia las lagunas existentes respecto a cuántos profesionales especialistas de Psicología clínica, y en qué recursos trabajan, dentro del sistema sanitario público español.

Saber en qué punto estamos serviría para avanzar hacia estándares deseados de calidad en la atención psicológica mediante la convocatoria pública de empleo y el incremento de plazas PIR, cantera de la que se nutrirá a corto, medio y largo plazo el propio sistema sanitario público.

Por otro lado, al estar descentralizadas las competencias sanitarias en las Comunidades Autónomas permitiría poner en evidencia las desigualdades e inequidades existentes entre las mismas.

Es evidente el galimatías cuantitativo existente sobre la situación de la Psicología 'sanitaria' en nuestro país (Duro, 2019a), por lo que expondremos en este artículo lo que sabemos, y sobre todo, lo que no sabemos sobre cuántos profesionales especialistas de psicología clínica trabajan en el Sistema Nacional de Salud de nuestro país

Es frecuente, desde hace más de una década, que en Informes y declaraciones públicas se exponga la mítica cifra de 4,3 profesionales especialistas en Psicología clínica por 100000 habitantes en el sistema público de salud de nuestro país frente a la media de 18 psicólogos/os por 100000 habitantes en el resto de la Europa comunitaria como argumento de peso para mostrar la insuficiente ratio de profesionales/población y justificar así la necesidad de incrementar las plazas de profesionales de Especialistas en Psicología clínica en el sistema sanitario público español, y por ende, de las plazas PIR.

Es evidente que desde el punto de vista comunicacional, y de visibilidad en los medios de comunicación, este contundente mensaje ha cumplido la loable función de denunciar la precariedad de profesionales de Psicología clínica contratados por las Administraciones a disposición de los usuarios, de manera gratuita y universal, y de 'marcarnos' el camino ya recorrido por la media de los países europeos de nuestro entorno.

Sin embargo a estas alturas del siglo XXI, y máxime en la era COVID-19, es necesario matizar dicha cifra mítica para construir un escenario de datos riguroso y actualizable que nos dé cuenta de la situación actual nacional con el objetivo de adecuar la oferta de Especialistas de Psicología clínica en el sistema sanitario público a las necesidades y demandas de la población.

La pertinencia de esta actualización no hace falta justificarla en demasía en tiempos de 'reconstrucción' del sistema sanitario pública a propósito de la pandemia del coronavirus.

Desde hace ya algún tiempo venimos reclamando la imperiosa necesidad de conocer esta realidad y de que se gene-

ren investigaciones ad hoc, sin demasiado éxito, todo hay que decirlo.

Así pues, nuestro objetivo será poner 'blanco sobre negro', el estado de la cuestión acerca del conocimiento existente sobre el número de profesionales especialistas en Psicología Clínica en el Sistema Nacional de Salud hasta donde nos permite nuestros parciales conocimientos así como evidenciar la gran heterogeneidad y dificultad para acceder a los datos existentes.

### ALGUNAS ACLARACIONES PREVIAS

¿Qué sabemos sobre los profesionales de Psicología clínica en el Sistema Nacional de Salud?

Para contextualizar lo que sabemos sobre el número de profesionales especialistas de Psicología clínica en el Sistema Nacional de Salud es necesario hacer algunas precisiones como las que siguen.

¿A qué nos referimos cuando hablamos de Especialistas de Psicología clínica?

Actualmente en España tenemos dos profesiones de Psicología reguladas para ejercer en el sector sanitario: Psicólogo/a Especialista en Psicología clínica y Psicólogo/a General Sanitario.

El acceso a la titulación de Psicólogo/a Especialista en Psicología clínica se inicia en 1998 cuando se crea y regula el Título Oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (Prado, Sánchez-Reales, Gimeno, Aldaz, 2019).

En 2002 se regula el proceso de homologación para la obtención del Título de Psicóloga/o Especialista en Psicología Clínica mediante las vías transitorias (Duro, 2020)

Sabemos ya con relativa exactitud que 7145 profesionales habrían obtenido el título de Especialista por las vías transitorias contempladas en el Real Decreto 2490/1998 de 20 de noviembre (Duro, 2019b) de los cuales podrían estar en activo (parte trabajando en el sistema sanitario público parte en centros/gabinetes sanitarios privados) alrededor de 6934 ya que según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) para 2019 hubo 0,6% de profesionales sanitarios colegiados jubilados (alrededor de 200). Eso sí contando que todos estos colegiados jubilados fueran Especialistas por vía de homologación (lo que es muy probable ya que los vía PIR, los Psicólogos Generales Sanitarios vía Máster y los homologados como Psicólogos Generales Sanitarios, en general, no tienen edad para su jubilación).

Por otro lado los profesionales que obtuvieron plaza para cursar el PIR posteriormente al RD de 1998 y que han obtenido la Especialidad vía PIR han sido 1779 profesionales hasta el 2020.

Por lo tanto, a fecha de hoy, habría 8713 Especialistas en Psicología clínica en activo con la titulación requerida para poder trabajar en el Sistema Nacional de Salud. (Ver tabla 1)

A la hora de calcular las/os psicólogas/os 'clínicos' que ejercen en el SNS hay que incluir a los autodenominados PESTOS que ejercen 'con funciones de especialistas' sin contar con la titulación oficial.

Esta situación es aplicable a aquellos profesionales que, estan-



do trabajando en el SNS antes del 2011, no obtuvieron la Especialidad vía homologación y, en algunos casos, para aquellos profesionales que fueron contratados en años posteriores sin la titulación de Especialista y que fueron mantenidos en sus puestos de trabajo de manera manifiestamente irregular.

A pesar de algunas cifras hechas públicas recientemente (Ballescà i Ruiz, 2020). no hay datos fidedignos sobre el número de «PESTOS» pero, según nuestros cálculos, a partir de un Estudio realizado en la Comunidad de Madrid (Duro, 2016), no alcanzarían el número de 200 en todo el Estado español.

Así pues podemos decir que el número máximo posible, por titulación requerida o como «PESTOS», para estar trabajando en el SNS, en centros propios o concertados, sería de 8913. (Ver tabla 2)

Por último NO deben incluirse en la ratio a la que nos estamos refiriendo los posibles Psicólogos Generales Sanitarios (Duro, 2019c) o los Graduados/Licenciados que puedan haber sido contratados por Fundaciones (La Caixa, por ejemplo), Asociaciones, ONGs, etc. con acuerdos con el Sistema Nacional de Salud o como ‘investigadores’ en Fundaciones hospitalarias ni los incluidos (aunque tengan el título de Especialistas) o en los Centros de Atención a Drogodependientes, Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Rehabilitación Laboral y Residencias que dependan de las Consejerías de Asuntos Sociales, al no estar dentro de las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas, y por lo tanto del SNS.

Por otro lado, cuando hablamos del SNS nos estamos refiriendo a centros públicos con personal propio, (ya sean con plaza fija de estatutario, interino o eventual), a centros públicos gestionados por empresas privadas y/o a centros privados concertados con el SNS (rehabilitación psiquiátrica en media y larga estancia y, en algunos casos, drogas) con contratos laborales (indefinidos ó eventuales).

No nos referimos pues a Asociaciones, ONGs con ‘acuerdos’ con el SNS (contratos laborales temporales, de prestación de servicios, becas, etc.). Tampoco se incluye posibles recursos dependientes de Ayuntamientos que presten servicios ‘sanitarios’ (Centros de Promoción de Salud, Centros de Atención a la Mujer, etc.).

Por niveles de Atención en los que están incluidos las/os profesionales especialistas en Psicología clínica nos referimos a la Atención Especializada (Psiquiatría/Salud Mental, Neurología, Ginecología, Oncología/Cuidados Paliativos, Otros), a la Atención Primaria y a los Servicios de Emergencias y, cuando están incluidos en las Consejerías de Sanidad, a los que se ocupan de la atención a drogodependientes y a la rehabilitación psicosocial de personas con problemas de salud mental.

Nos interesa, a continuación, hacer algunas matizaciones sobre la ratio de psicólogos/as clínicos/as habitualmente utilizada.

Algunos autores (González-Blanch, 2020) comienzan a reflexionar sobre la *equivoca media europea* (18 por 100000) y la comparación con la media española (4,3 por 100000) cuestionando, por un lado la fiabilidad de los datos de am-

bas partes, y, por otro, la imposibilidad de comparar las múltiples realidades de la Psicología ‘clínica’ en Europa y en España (diferentes titulaciones y diferentes modelos de sistemas sanitarios).

Por nuestra parte nos interesa clarificar el rigor y la calidad de los datos que se manejan para ser conscientes de qué sabemos y qué no sabemos al respecto.

La primera referencia de la comparativa 4,3 versus 18 la encontramos en la noticia recogida en Infocop (2008) que, referido a los datos en España, se basa en *El análisis de los recursos de salud mental en España* hecho por el Grupo de trabajo del observatorio de salud mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2005), con datos referentes al año 2003 (¡¡hace 17 años!!).

Como bien señala González-Blanch “aunque no son datos enteramente fiables, ha sido la mejor estimación disponible hasta hace poco del número de psicólogos trabajando en el Sistema Nacional de Salud” a pesar de la metodología utilizada (entrevistas a profesionales clave de cada área de salud), que intentó suplir las deficiencias de los datos institucionales.

Por el otro lado la fuente de datos europea la extrae Infocop del Proyecto Atlas-2005 de la OMS.

España, según la OMS en 2005 tendría una ratio de 1,9 psicólogos clínicos por 100000 habitantes, lejos de los 4,3 reportados por la AEN sin que hayamos podido encontrar en el Atlas de 2005 una media para Europa diferente de 3,2 (lejos de los 18 reportados por Infocop).

En el *Informe de la Ponencia de Estudio de las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud*, constituida en el seno de la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo del Senado de 18 de junio de 2010 se vuelve a recoger la

**TABLA 1**  
**PROFESIONALES ESPECIALISTAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ACTIVO CON LA TITULACIÓN REQUERIDA PARA PODER TRABAJAR EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN 2020**

Vía homologación	6934
Vía Programa Psicólogo Interno y Residente (PIR)	1779
Total	8713

**TABLA 2**  
**PSICÓLOGAS/OS QUE ACTUALMENTE ‘PUEDEN’ TRABAJAR EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

Especialistas en Psicología clínica con la titulación requerida para poder trabajar en el Sistema Nacional de Salud (2020)	8713
Los Psicólogos que ya trabajan en el Sistema Nacional de Salud, sin Titulación Oficial de Especialistas («PESTOS»)	200
Total	8913



misma ratio de "18 psicólogos/100.000 hab en la Unión Europea, frente a los 4,3/100.000 habitantes de España, la mayoría de ellos en los servicios de salud mental" basándose en el Informe de la OMS de 2008 sobre *Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges*. Este Informe solicitó información a 44 países sobre el número de psicólogos/os que trabajan en salud mental por 100 000 habitantes. De los 44 países no se obtuvo información de 13 de ellos (por ejemplo Francia y Alemania). La media del resto de los países fue de 9,5 psicólogos/os y España reportó una ratio de 4 psicólogos/os por 100000 habitantes.

En 2008 la OMS reporta una tasa de 4 para España y los Atlas de la OMS posteriores la media para la Región Europea la sitúan en niveles muchos más bajos (9,5 en 2008, 2,58 en 2011, 2,7 en 2014 y 4,6 en 2017 y 9,04 prof/100.000 habitantes en los países más desarrollados). Como se ve todas cifras muy lejos de la tasas de 18 por 100000.

En el Informe del Defensor del Pueblo del 2017 se vuelve a repetir las mismas míticas ratios citando la Ponencia del Senado antes citada y, suponemos, que, consciente de la endeblez de los datos de los que se disponía "ha pedido a las distintas Administraciones públicas que envíen cifras actualizadas sobre la atención psicológica que se ofrece en centros públicos y concertados, tanto de atención primaria como especializados. En concreto, quiere conocer las ratios actuales de profesionales y un diagnóstico sobre las necesidades de incremento de dotación de psicólogos clínicos para atender las necesidades que demandan los ciudadanos".

En el Informe del Defensor del Pueblo del 2019 se afirma que "la ratio de psicólogos por habitante apenas ha variado en la última década" y que "según la información facilitada al Defensor por el Ministerio de Sanidad, dicha ratio se situó en 2018 en aproximadamente 6 psicólogos". De nuevo, suponemos que este dato está extraído sobre lo aportado por las 12 Comunidades Autónomas, más Ceuta y Melilla, que contestaron al requerimiento hecho en 2017 por el Defensor del Pueblo. No proporcionaron datos Aragón, Galicia, Cataluña, Castilla-La Mancha y País Vasco.

## MATERIAL Y MÉTODO

Para la elaboración de este trabajo hemos revisado los datos, existentes desde 2003, acerca del número de las/os profesionales de Psicología 'clínica' que trabajan en el SNS, obviamente en las Comunidades Autónomas, procedentes de diferentes fuentes de datos, todas disponibles en modo abierto en internet.

Así desde el Observatorio de Salud Mental de la AEN se aportaron datos referidos a los años 2003, 2007, 2009 y 2014 truncándose la continuidad de los mismos.

Desde el Ministerio de Sanidad el único dato aportado procede, en 2009, del Sistema de Información de Atención Primaria del SNS aunque han retomado la publicación de datos estando disponibles los correspondientes a 2018 y 2019.

En algunas Comunidades Autónomas existen datos incluidos en sus Planes de Salud Mental.

Desde algunos Colegios de Psicólogos, Asociaciones como la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP), la Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental País Valenciano o profesionales individuales existen estudios parciales referidos a sus Comunidades Autónomas (Rueda-Lizana, 2015; Duro, 2016).

Los datos globales más actuales se refieren al 2018 y proceden del Defensor del Pueblo a partir de datos proporcionados por el Ministerio de Sanidad. Aún así las Comunidades de Aragón, Castilla-La Mancha, Cataluña y País Vasco no han respondido nunca ni al Ministerio de Sanidad ni al requerimiento del Defensor del Pueblo. Galicia tampoco ha respondido al Defensor del Pueblo.

Algunos datos parciales referidos a 2019 y 2020 han sido extraídos de entrevistas a representantes de algunas Asociaciones de Psicólogos, tales como la Asociación Nacional de Psicólogos Internos y Residentes (ANPIR) y Movimiento Galego de Saude Mental.

Referidos a la metodología utilizada para la obtención de los datos antes referidos podemos afirmar que no solo no hay homogeneidad ninguna sino que se desconoce la fiabilidad de las fuentes originarias que pueden ir desde informantes claves a algún nivel de la Administración sin saber cuál es.

Por último, dada la diferente organización administrativa de muchas Comunidad Autónoma, en muchos casos se desconoce en qué tipo de dispositivos están incluidos los psicólogos/as a los que se refieren. El ejemplo más paradigmático lo tenemos en la Atención a las Drogas y en la Rehabilitación psicosocial.

Así, algunas Comunidades incluyen, en la Atención a la Salud Mental, la Atención a las Drogas y la Rehabilitación psicosocial. Otras han incluido, alguna o ambas, en algún momento de estos 15 años sin que, en la gran mayoría de los casos, se pueda discriminar dentro del dato global. De ahí que, en general, no se puedan establecer comparaciones fiables entre Comunidades Autónomas.

Por lo que hemos podido inferir las Comunidades de Castilla-León, Castilla-La Mancha y Extremadura incluyen, la mayoría de las veces, la Atención a las Drogas y la Rehabilitación Psicosocial. Las Comunidades de Asturias, País Vasco, Murcia, Navarra y la Rioja incluyen la Atención a las Drogas. Cuando nos ha sido posible discriminarlos hemos excluidos, en este estudio, a los psicólogos/os de estos dos tipos dispositivos de dichas Comunidades.

Para el análisis de los datos de los que disponemos hasta la actualidad hemos utilizado una metodología descriptiva, la comparación entre fuentes y un análisis valorativo de la situación.

## RESULTADOS

A continuación comentaremos los datos más relevantes de las Comunidades Autónomas (Ver tabla 3).

En todos los casos hemos considerado la estimación del número de profesionales especialistas en Psicología clínica más baja en 2003.

Castilla-León y Extremadura incluyen a los profesionales de Psicología clínica de los dispositivos de atención a las Drogo-



dependencias y de los dispositivos de Rehabilitación psicosocial al igual que lo hace Castilla-La Mancha hasta 2009.

Asturias, Comunidad Valenciana, La Rioja, Murcia y Navarra incluyen a los profesionales de Psicología clínica de los dispositivos de atención a las Drogodependencias pero no a los de los dispositivos de Rehabilitación Psicosocial

El resto de Comunidades Autónomas no incluyen a los profesionales de Psicología clínica de los dispositivos de atención a las Drogodependencias ni a los de los dispositivos de Rehabilitación Psicosocial.

En Andalucía, Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha, Co-

munidad Valenciana, La Rioja, Murcia, Navarra, Ceuta y Melilla se ha producido un incremento constante en el número de profesionales contratados, y por lo tanto en la ratio por 100000 habitantes, destacando la Comunidad de Navarra que aumenta en 41 el número de profesionales especialistas en Psicología clínica e incrementa la ratio en 5,9 (casi 6 profesionales especialistas en Psicología clínica por 100000 habitantes) y la de Murcia donde casi se ha duplicado el número de psicólogos/os (de 47,5 a 91) y aumenta la ratio en 2,38 (casi 2,5 profesionales especialistas en Psicología clínica por 100000 habitantes).

**TABLA 3**  
**NÚMERO DE PROFESIONALES ESPECIALISTAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, RATIOS POR 100000 HABITANTES Y FUENTES DE DATOS EN LAS DIFERENTES COMUNIDADES AUTÓNOMAS. (ELABORACIÓN PROPIA)**

Comunidad y año	Número de psicólogos/os clínicas/os	Ratio por 100000 habitantes	Fuente
<b>Andalucía</b>			
2003	210* 194***	2,59**	Observatorio AEN, 2005 <sup>1</sup>
2005	243	3,14	Observatorio AEN, 2007
2009	259	3	SIAP- Sistema de Información de Atención Primaria del SNS – 2009
	395	4,8	Observatorio AEN, 2010
2013	258,7	3	Observatorio AEN, 2014
	259	3	III Plan de Salud Mental de Andalucía 2016-20 (Carmona- Calvo, 2016)
2014	261	3	VIII Congreso Internacional y XIII Nacional de Psicología Clínica. Granada, (Rueda-Lizana, 2015)
2018	271	3,2	Defensor del Pueblo, 2020
<b>Aragón</b>			
2003	52* 48***	3,90**	Observatorio AEN, 2005
2005	43	3,42	Observatorio AEN, 2007
2009	60	4,5	SIAP- Sistema de Información de Atención Primaria del SNS – 2009
	61	4,5	Observatorio AEN, 2010
2013	71,72	5,5	Observatorio AEN, 2014
2018	Sin datos		Defensor del Pueblo
2020	60	4,5	ANPIR en aragondigital, (18-7-20)
<b>Asturias<sup>2</sup></b>			
2003	28* 29***	2,77**	Observatorio AEN, 2005
2005	Sin datos		Observatorio AEN, 2007
2009	34	3,4	SIAP- Sistema de Información de Atención Primaria del SNS – 2009
2009	39	3,9	Observatorio AEN, 2010
2013	40,95	4	Plan de Salud Mental de Asturias 2015-20
	Sin datos		Observatorio AEN, 2014
2018	41	4	Defensor del Pueblo
<b>Baleares</b>			
2003	51* 46***	5,20**	Observatorio AEN, 2005
2005	53	5,30	Observatorio AEN, 2007
2009	55	5,30	Observatorio AEN, 2010
	53	5,30	SIAP- Sistema de Información de Atención Primaria del SNS – 2009
2013	47,5	4,3	Observatorio AEN, 2014
2016	63,5	5,90	Plan Estratégico de Salud Mental de las Islas Baleares 2016-2022
2016	55	5	Colegio de Psicólogos de Baleares para Jornada de la División de Psicología clínica y de la Salud,
2018	65	5,5	Defensor del Pueblo



**TABLA 3**  
**NÚMERO DE PROFESIONALES ESPECIALISTAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, RATIOS POR 100000 HABITANTES Y FUENTES DE DATOS EN LAS DIFERENTES COMUNIDADES AUTÓNOMAS. (ELABORACIÓN PROPIA) (CONTINUACIÓN)**

Comunidad y año	Número de psicólogos/os clínicas/os	Ratio por 100000 habitantes	Fuente
<b>Canarias</b>			
2003	78,5* 61***	3,39**	Observatorio AEN, 2005
2005	105	5,4	Observatorio AEN, 2007
2009	51	2,55	SIAP- Sistema de Información de Atención Primaria del SNS – 2009
	103	5,5	Observatorio AEN, 2010
2013	129	5,64	Observatorio AEN, 2014
2016	98	4,66	Colegio de Psicólogos de Canarias para Jornada de la División de Psicología clínica y de la Salud,
2016	124,5	5,60	Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023 (Gutiérrez-León, 2019)
2018	106	4,8	Defensor del Pueblo
<b>Cantabria</b>			
2003	34,5* 44***	8,16**	Observatorio AEN, 2005
2005		Sin datos	Observatorio AEN, 2007
2009 <sup>a</sup>	47	8,6	Observatorio AEN, 2010
	12	2,2	SIAP- Sistema de Información de Atención Primaria del SNS – 2009
2013		Sin datos	Observatorio AEN, 2014
2015	24	4,4	Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019
2018	37	6,4	Defensor del Pueblo
<b>Castilla-La Mancha</b>			
2003	126* 112***	6,23 **	Observatorio AEN, 2005
2005	143	7,25	Observatorio AEN, 2007
2009	165 <sup>t</sup>	8,25	Observatorio AEN, 2010
		Sin datos	SIAP- Sistema de Información de Atención Primaria del SNS – 2009
2013	124,88	6,6	Observatorio AEN, 2014
2015	110	5,3	Plan de Salud Mental de Castilla La Mancha 2018-2025
2016	115	5,75	Colegio de Psicólogos de Castilla-La Mancha para Jornada de la División de Psicología clínica y de la Salud, 2016
2018		Sin datos	Defensor del Pueblo
<b>Castilla y León<sup>s</sup></b>			
2003	81* 79***	3,21**	Observatorio AEN, 2005
2005	89	3,5	Observatorio AEN, 2007
2009	95		Observatorio AEN, 2010
	89	3,5	SIAP- Sistema de Información de Atención Primaria del SNS – 2009
2013	97	3,7	Observatorio AEN, 2014
2018	93	3,8	Defensor del Pueblo
<b>Cataluña</b>			
2003	Sin datos* 321***	4,90**	Observatorio AEN, 2005
2005	99	1,44	Observatorio AEN, 2007
2009		Sin datos	SIAP- Sistema de Información de Atención Primaria del SNS – 2009
	99	1,33	Observatorio AEN, 2010
2010	555,47	7,28	Atlas integral de los servicios de atención a la salud mental de Cataluña 2010. (Salvador Carulla et al, 2010)
2013	693,01	9,16	Observatorio AEN, 2014
2018		Sin datos	Defensor del Pueblo
2020	1026	18	ANPIR en vozpopuli de 5-7-20





**TABLA 3**  
**NÚMERO DE PROFESIONALES ESPECIALISTAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, RATIOS POR 100000 HABITANTES Y FUENTES DE DATOS EN LAS DIFERENTES COMUNIDADES AUTÓNOMAS. (ELABORACIÓN PROPIA) (CONTINUACIÓN)**

Comunidad y año	Número de psicólogas/os clínicas/os	Ratio por 100000 habitantes	Fuente
<b>País Vasco</b>			
2003	107*	4,56 **	Observatorio AEN, 2005
	95,5***		
2005	120	5,5	Observatorio AEN, 2007
2009	111,25	5,1	Observatorio AEN, 2010
		Sin datos	SIAP- Sistema de Información de Atención Primaria del SNS – 2009
2013	146,85	6,74	Observatorio AEN, 2014
2018		Sin datos	Defensor del Pueblo
<b>Extremadura*</b>			
2003	51*	6,79 **	Observatorio AEN, 2005
	72***		
2005	49*	4,58	Observatorio AEN, 2007
2009	65	5,94	Observatorio AEN, 2010
	66	6,6	SIAP- Sistema de Información de Atención Primaria del SNS – 2009
2013		Sin datos	Observatorio AEN, 2014
2018	89	8,3	Defensor del Pueblo
<b>Galicia</b>			
2003	106* 74***	2,74**	Observatorio AEN, 2005
2005	114	4,2	Observatorio AEN, 2007
2009	115	4,15	Observatorio AEN, 2010
	86	3,11	SIAP- Sistema de Información de Atención Primaria del SNS – 2009
2013		Sin datos	Observatorio AEN, 2014
2019	94	3,47	2019). (ANPIR, 2019)
		Sin datos	Defensor del Pueblo
	95	3,5	Movimiento Galego de Saude Mental en La Voz de Galicia del 8-4-19
<b>Madrid</b>			
2003	294*	4,73**	Observatorio AEN, 2005
	273***		
2005	462	7,74	Observatorio AEN, 2007
2009	435	6,82	Observatorio AEN, 2010
	144	2,19	SIAP- Sistema de Información de Atención Primaria del SNS – 2009
2013	325 <sup>7</sup>	5	La Psicología Clínica en la sanidad pública de la Comunidad de Madrid (Duro, 2016)
	426,13	6,75	Observatorio AEN, 2014
2016	283	4	Colegio de Psicólogos de Madrid para Jornada de la División de Psicología clínica y de la Salud, 2016
2018	295	4,4	Defensor del Pueblo
2020	358	5,3	Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones. Consejería de Sanidad, 2020
		295	
			En dispositivos de Salud Mental (Atención especializada comunitaria y hospitalaria)
		21	En Atención Primaria
		6	En Servicios de Urgencia (SUMMA 112)
		36	En Centros de Atención a las Drogodependencias
<b>Murcia*</b>			
2003	49*	3,82**	Observatorio AEN, 2005
	47,5***		
2005	78	5,94	Observatorio AEN, 2007
2009	93	6,44	Observatorio AEN, 2010
	76	5,27	SIAP- Sistema de Información de Atención Primaria del SNS – 2009
2013	97	6,5	Observatorio AEN, 2014
2018	91	6,1	Defensor del Pueblo
2020	93	6,2	Entrevista a M <sup>o</sup> José Lozano La Opinión de Murcia, 8 de agosto de 2020



**TABLA 3**  
**NÚMERO DE PROFESIONALES ESPECIALISTAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, RATIOS POR 100000 HABITANTES Y FUENTES DE DATOS EN LAS DIFERENTES COMUNIDADES AUTÓNOMAS. (ELABORACIÓN PROPIA) (CONTINUACIÓN)**

Comunidad y año	Número de psicólogos/os clínicas/os	Ratio por 100000 habitantes	Fuente
<b>Navarra</b>			
2003	Sin datos* 25***	4,40 **	Observatorio AEN, 2005
2005		Sin datos	Observatorio AEN, 2007
2009	31	4,94	Observatorio AEN, 2010
	30,5	5,6	SIAP- Sistema de Información de Atención Primaria del SNS – 2009
2011	37	6	Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-16
2013	50,3	7,74	Observatorio AEN, 2014
2016	39	6,1	Colegio de Psicólogos de Navarra para Jornada de la División de Psicología clínica y de la Salud,
2016			
2018	66,25	10,2	Defensor del Pueblo
<b>La Rioja<sup>9</sup></b>			
2003	Sin datos* 11***	3,88 **	Observatorio AEN, 2005
2005	15	4,98	Observatorio AEN, 2007
2009	13	4	Observatorio AEN, 2010
	14	4,36	SIAP- Sistema de Información de Atención Primaria del SNS – 2009
2013		Sin datos	Observatorio AEN, 2014
2018	17	5,4	Defensor del Pueblo
<b>Comunidad Valenciana</b>			
2003	63,5* 114***	2,64 **	Observatorio AEN, 2005
2005	206	4,5	Observatorio AEN, 2007
2007	115	2,4	La Psicología Clínica en el Sistema Valenciano de Salud.(Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología) (AEN-PV). 2009
2009	228	4,58	Observatorio AEN, 2010
	165	3,3	SIAP- Sistema de Información de Atención Primaria del SNS – 2009
2013	255,5	5,1	Observatorio AEN, 2014
2018	218	4,38	Defensor del Pueblo
<b>Ceuta y Melilla<sup>10</sup></b>			
2003	Sin datos* 4**	3,17	Observatorio AEN, 2005
2005		Sin datos	Observatorio AEN, 2007
2009		Sin datos	Observatorio AEN, 2010
	4	2,66	SIAP- Sistema de Información de Atención Primaria del SNS – 2009
2013		Sin datos	Observatorio AEN, 2014
2018	5	3,7	Defensor del Pueblo

<sup>1</sup> Los datos del Observatorio de la AEN 2005 se han extraído de dos fuentes:

\* El número de psicólogos + el número de psicólogos clínicos se ha extraído del Generador de Estadísticas de la página del Observatorio de la AEN. (Observatorio AEN, 2020)

\*\* La ratio de psicólogos por 100000 habitantes se ha extraído del artículo publicado en la Revista de la AEN (Grupo de Trabajo del Observatorio de Salud Mental de la AEN, 2005).

\*\*\* Datos calculados por el autor a partir de la ratio publicada en el artículo de la AEN que no coinciden con los extraído del Generador de Estadísticas de la página del Observatorio de la AEN

El resto de las ratios han sido calculadas por el autor a partir de los datos de las correspondientes fuentes y de los datos de población del INE.

En algunas Comunidades, según el generador de Estadísticas de la AEN NO hay datos del número de psicólogos y, sin embargo, en el artículo publicado en su Revista sí existe la ratio de psicólogos/habitantes.

<sup>2</sup> Incluyen los dispositivos de atención a las Drogodependencias

<sup>3</sup> Es posible que en 2009, según la AEN, se hayan incluidos los psicólogos/os de los dispositivos de a Atención a las Drogodependencias y los de Rehabilitación Psicosocial.

<sup>4</sup> En este año probablemente se incluyen los dispositivos de atención a las Drogodependencias y los dispositivos de Rehabilitación Psicosocial.

<sup>5</sup> Incluyen los dispositivos de atención a las Drogodependencias y en los dispositivos de Rehabilitación psicosocial

<sup>6</sup> Incluyen los dispositivos de atención a las Drogodependencias y en los dispositivos de Rehabilitación psicosocial

<sup>7</sup> Incluyen otros Servicios del SERMAS no explícitamente de Salud Mental (Oncología y Cuidados Paliativos, Neuropsicología, Atención Temprana, Ginecología, etc.).

<sup>8</sup> Incluye los dispositivos de atención a las Drogodependencias

<sup>9</sup> Incluye los dispositivos de atención a las Drogodependencias

<sup>10</sup> Incluye los dispositivos de atención a las Drogodependencias



En Aragón desde hace 11 años, no ha aumentado el número de psicólogas/os.

En Cantabria los datos son muy dispares. Es posible que en 2009, según la AEN, se hayan incluidos los psicólogas/os de los dispositivos de rehabilitación psicosocial y/o los de la atención a las Drogodependencias (47 psicólogas/os) y para el Ministerio no se hayan incluido (12 psicólogas/os) por lo que la ratio ha sufrido un decremento de 1,76 (más de 1 1/2 profesionales especialistas en Psicología clínica por 100000 habitantes menos).

En Madrid desde 2003 hasta el año 2018 hay un incremento de 22 psicólogas/os manteniéndose prácticamente la misma ratio. Del año 2018 al 2020 se produce un incremento de 63 psicólogas/os y un incremento de la ratio de 0,9 (cerca de 1 psicóloga/o clínica/o más por 100000 habitantes) debido a la inclusión en el Servicio Madrileño de Salud de los dispositivos de Atención a Drogas, las nueva contrataciones de profesionales especialistas en Psicología clínica para el refuerzo en la atención al COVID-19, la incorporación de profesionales especialistas en Psicología clínica en Atención Primaria y en Emergencias (SUMMA 112).

Aragón, Castilla-La Mancha, Cataluña, Galicia y País Vasco no proporcionan datos al Defensor del Pueblo por lo que

las estimaciones se han hecho con otras fuentes de datos próximas a 2018.

En la Comunidad gallega desde 2009 el número de profesionales especialistas en Psicología clínica se incrementa en 20.

Llama la atención en Cataluña el dato de ANPIR (Nieves Salinas, 05/07/2020) de 1026 psicólogas/os y una ratio de 18 en 2020, basándose en sus estimaciones internas, lo que supone que en 10 años el número de psicólogas/os clínicas habría aumentado en 332,99 y su ratio en casi el doble (cerca de 9 profesionales especialistas en Psicología clínica más por 100000 habitantes). No se tiene información sobre, de ser ciertos dichos datos, si todos los profesionales serían especialistas y todos estarían incluidos en centros propios o concertados.

En resumen en el año 2003 habría 1572,7 profesionales especialistas en Psicología clínica trabajando en el conjunto del Estado Español, y en el año 2018, se situarían en una horquilla entre 2836, según unas fuentes, 2816, según el Defensor del Pueblo y 2581 si utilizamos la ratio de 5,5 calculada por nosotros. En cualquier caso en 15 años habrían aumentado en conjunto, entre 1262,3 y 1317 psicólogas/os, lo que supone un incremento del 80-83%, a razón de un 5,35 % anual (Ver tabla 4).

**TABLA 4**  
**EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PROFESIONALES ESPECIALISTAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**  
**(2002-2018/20)**

COMUNIDAD AUTÓNOMA	Número de profesionales especialistas en Psicología clínica según la estimación más baja de 2003	Número de profesionales especialistas en Psicología clínica en 2018	Evolución del número de profesionales especialistas en Psicología clínica (2002-2018, o dato más cercano del que se dispone)
Andalucía	194	271	+ 77
Aragón	48	60	+ 12
Asturias	28	41	+ 13
Baleares	51	65	+ 14
Canarias	61	106	+ 55
Cantabria	34,5	37	+ 2,5
Castilla-La Mancha	112	115	+ 3
Castilla y León	79	93	+ 14
Cataluña	321	1026	+ 705
Comunidad Valenciana	63,5	218	+ 144,5
Ceuta y Melilla	4	5	+ 1
Extremadura	51	89	+ 38
Galicia	74	94	+ 20
Madrid	273	295	+ 22
Murcia	47,5	91	+ 43,5
Navarra	25	66,25	+ 41,25
País Vasco	95,5	146,85	+ 51,35
Rioja	11	17	+ 6
<b>Total</b>	<b>1572,7</b>	<b>2835</b>	<b>+ 1262,3</b>
<b>Media de las Comunidades</b>	<b>87,37</b>	<b>157,56</b>	<b>+ 70,18</b>



De los datos que se disponen podemos estimar que, en los últimos 15 años, el incremento medio de la ratio de profesionales especialistas en Psicología clínica por 100000 habitantes ha sido de algo más de 1 psicóloga/o clínica/o (Ver tabla 5).

Madrid se mantiene en la misma ratio.

Canarias, Asturias, La Rioja y Extremadura se sitúan en la media o ligeramente por encima.

Las Comunidades Autónomas de Navarra, Cataluña y Murcia son las que han incrementado significativamente la ratio

por encima de la media, seguidas de la Comunidad Valenciana y País Vasco. Por el contrario Andalucía, Baleares, Aragón, Castilla y León, Ceuta y Melilla y Galicia, aunque aumentan, no llegan a dicha media. Castilla-La Mancha y Cantabria tienen un decremento de entre 0,5 y 1,5 profesionales especialistas en Psicología clínica por 100000 habitantes) (Ver figura 1).

Tampoco son comparables las ratios europeas con las españolas. Si en el 2003, y en informes posteriores se tomó como referencia de la media europea en 18 psicólogos/os por 100000 habitantes posteriormente esta media bajó llamativamente hasta situarse en 4,6 en el 2017 siendo, en todo caso muy diferentes en los países europeos y en España tanto las titulaciones requeridas como la estructura de los sistemas sanitarios.



**DISCUSIÓN**

A la luz de todas las consideraciones y datos que hemos ido exponiendo a lo largo del artículo podemos contestar de manera ambivalente a la pregunta que encabeza este trabajo: ¿sabemos cuántos profesionales especialistas en psicología clínica trabajan en el Sistema Nacional de Salud Español?. La respuesta más radical es que NO lo sabemos y la respuesta más matizada es que, sabemos más que hace unos años pero todavía de manera fragmentada, y con discutible fiabilidad a tenor de los datos disponibles.

Sin embargo poco a poco se van abriendo rayos de luz en algunos trabajos recientes siendo el más relevante el artículo

**TABLA 5**  
**EVOLUCIÓN DE LA RATIO DE PROFESIONALES ESPECIALISTAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA POR 100.000 HABITANTES EN CADA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS**

COMUNIDAD AUTÓNOMA	Ratio de profesionales especialistas en Psicología clínica por 100.000 habitantes en 2003	Ratio de profesionales especialistas en Psicología clínica por 100.000 habitantes en 2018	Evolución de la ratio de profesionales especialistas en Psicología clínica por 100.000 habitantes
Andalucía	2,59	3,20	Incremento de 0,61 (algo más de 1/2 psicóloga/o clínica/o por 100000 habitantes)
Aragón	3,90	4,50	Incremento de 0,60 (algo más de 1/2 psicóloga/o clínicas/os por 100000 habitantes)
Asturias	2,77	4	Incremento de 1,23 (algo más de 1 psicólogo clínica/o por 100000 habitantes).
Baleares	5,20	5,50	Incremento de 0,3 (no llega a 1/2 psicóloga/o clínicas/os por 100000 habitantes)
Canarias	3,39	4,80	Incremento de 1,41 (casi 1 1/2 p psicóloga/o clínicas/os por 100000 habitantes)
Cantabria	8,16	6,4	Hay un decremento de 1,76 (más de 1,5 psicóloga/o clínicas/os por 100000 habitantes)
Castilla-La Mancha	6,23	5,75	Hay un decremento de 0,48 (casi 0,5 psicóloga/o clínica/o por 100000 habitantes)
Castilla y León	3,21	3,8	Incremento de 0,61 (algo más 1/2 psicóloga/o clínica/o por 100000 habitantes)
Cataluña	4,90	9,16	Incremento de 4,26 (algo más de 4 psicólogos psicóloga/o por 100000 habitantes)
Comunidad Valenciana	2,4	4,4	Incremento de 1,76 (algo más de 1,5 psicólogos psicóloga/o por 100000 habitantes)
Ceuta y Melilla	2,66	3,7	Incremento de 0,53 (algo más de 1/2 psicólogo clínica/o por 100000 habitantes)
Extremadura	6,79	8,3	Incremento de 1,5 (1 psicóloga/o clínica/o y medio por 100000 habitantes)
Galicia	2,74	3,47	Incremento de 0,73 (algo más de 1/2 psicóloga/o clínica/o por 100000 habitantes)
Madrid	4,73	4,4	Prácticamente se mantiene la misma ratio
Murcia	3,82	6,2	Incremento de 2,38 (casi 2,5 profesionales especialistas en Psicología clínica por 100000 habitantes)
Navarra	4,40	10,3	Incremento de 5,9 (casi 6 psicólogos clínicas/os por 100000 habitantes más)
País Vasco	4,56	6,74	Incremento de 2,18 (algo más de 2 psicólogos clínicas/os por 100000 habitantes)
Rioja	3,88	5,4	Incremento de 1,52 (algo más de 1,5 psicólogo clínica/o por 100000 habitantes)
Media de las Comunidades	4,24	5,55	Incremento de 1,3 (poco más de un/a psicóloga/o clínica/o por 100000 habitantes)



ya citado de Fernández-García (2020, en prensa). Coincidimos con el autor, a partir del análisis de documentos similares, en los resultados globales del número y tasas de psicólogas/os clínicas en todo el Sistema Nacional de Salud Español (2615 para él y 2836 para nosotros, siendo la ratio para ambos de 5,58 psicólogos/as clínicas/os por 100000 habitantes y en su desagregación por Comunidades Autónomas (ver su figura 1 y la nuestra). Podemos afirmar por lo tanto que estamos en el camino colectivo adecuado para responder afirmativamente a la pregunta objeto de este estudio.

Con todo tenemos que ser muy prudentes en cuanto a la comparación entre las diversas Comunidades Autónomas ya que no todas se basan en las mismas fuentes de datos ni sabemos exactamente en qué dispositivos están incluidos los/as profesionales especialistas en psicología clínica.

Coincidimos con Fernández-García en estimar cierta tendencia que nos indica que, en 2018, las Comunidades de Navarra, Cataluña, Cantabria, País Vasco y Murcia, por este orden superan la media de 6 y están a la cabeza de este hipotético ranking. No coincidimos con Fernández-García respecto a Castilla-La Mancha y Extremadura que él coloca en puestos destacados también porque creemos que estas ratios pueden estar desajustadas al incluir, presuntamente, la atención a las drogas y la rehabilitación psicosocial. En la parte baja de la clasificación también coincidimos en situar a Andalucía, Galicia, Ceuta y Melilla y Asturias por orden de menos a más. El resto de Comunidades está en una posición media, si bien por debajo de la media: Aragón, Canarias, Baleares, La Rioja, Madrid, Castilla-León y Comunidad Valenciana.

No hemos encontrado ningún estudio sobre la evolución histórica de las ratios en las diferentes Comunidades Autónomas pero parece verosímil, a la vez que increíble (por injusto), que en 15 años solo se haya aumentado como media 1 psicóloga/o clínica/o por 100000 habitantes en las Comunidades Autónomas.

## CONCLUSIONES

Evidentemente el fin último de conocer la situación de los profesionales de psicología clínica en el Servicio Nacional de Salud es adecuar el número de plazas necesarias de especialistas que han de convocarse para cubrir las necesidades de los ciudadanos. Dado que hay 8713 profesionales especialistas en Psicología clínica con la titulación adecuada para trabajar en el Sistema Nacional de Salud, y hay trabajando, como mucho, 2816 psicólogas/os clínicos, todavía hay una bolsa de 5897 especialistas (en paro, en la práctica privada o en otros dispositivos públicos en los que no se requiere tal titulación) que podrían acceder a trabajar en la Sanidad Pública, sin tener, evidentemente, que recurrir a contrataciones con diferente titulación como sería el caso de los Psicólogos Generales Sanitarios, lo que no contempla la legislación actual. Esto no es incompatible con la incorporación de Psicólogos Generales Sanitarios en distintos dispositivos de la Administración autonómica y local en el terreno de la promoción de la salud y en centros sociosanitarios públicos y concertados.

Es lamentable que ni las Comunidades Autónomas, que tienen transferidas las competencias de los Recursos Humanos en Sanidad, proporcionen datos sobre el número de profesionales especialistas en Psicología clínica que trabajan en cada Sistema Autonómico de Salud ni el Ministerio de Sanidad (tampoco el Defensor del Pueblo) sea capaz de que se los proporcionen haciendo dejación así de sus funciones de coordinación de todo el Sistema Nacional de Salud. ¿Para qué está el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud?. La tan cacareada transparencia brilla por su ausencia en este caso.

Sin embargo vamos apreciando ciertas estimaciones que son compartidas por distintos autores.

Por un lado el número total de Psicólogos Especialistas más «PESTOS» que trabajan en el SNS (centros propios y concertados) puede estar en torno a 2600-2800 en todo el SNS y con una ratio por 1000 habitantes en torno al 5,58, con grandes diferencias entre Comunidades Autónomas (desde una ratio de poco más de 3 hasta una de poco más de 10)

Por otro el lento crecimiento de plazas de psicólogas/os especialistas en Psicología clínica a lo largo de estos últimos 15 años con un ¿ridículo? aumento de media por Comunidad Autónoma de 1 plaza por 100000 habitantes.

Es obvio que sin datos fiables y actuales es imposible planificar las necesidades de recursos de psicólogas/os especialistas en el Sistema Nacional de Salud por lo que se hace imperiosamente necesario realizar estudios detallados para saber no solo cuántos especialistas en Psicología clínica hay en cada Comunidad Autónoma sino en qué tipo de niveles (Emergencias, Atención Primaria, Psiquiatría/Salud Mental, Otros servicios hospitalarios como Oncología, Cuidados Paliativos, Neurología, etc.) y en qué tipo de dispositivos (Centros de Salud Mental para adultos, niños y adolescentes, Hospitales de día, Servicios de Psiquiatría en los hospitales, Unidades de Media y Larga Estancia, Atención a las Drogodependencias, etc.) se ubican.

La conclusión del estudio de Fernández-García afirmando que una ratio mínima no debería estar situada en ningún caso por debajo de 12 profesionales por 100.000 habitantes nos alumbra el horizonte al que, a corto y medio plazo, deberíamos aspirar como profesión.

Sería necesario igualmente el establecimiento del Registro Estatal de Especialistas Sanitarios ya contenido en la LOPS (2003) que es una carencia histórica, amén de un compromiso legislativo sin cumplimiento efectivo tras 17 años. Igualmente ya sería hora que en las estadísticas del INE sobre los psicólogos colegiados del ámbito sanitario se diferenciase entre los Psicólogos Generales Sanitarios y los Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica como se hace en el caso de los enfermeros, por ejemplo.

Si algo hemos podido aprender hasta el momento de la pandemia COVID-19 es la necesidad del reforzamiento del sistema sanitario público incrementando las plazas de los profesionales sanitarios y mejorando sus condiciones laborales, lo que necesariamente implica también la creación de



más plazas de profesionales especialistas en Psicología clínica en todos los niveles del sistema sanitario y el incremento de las plazas PIR de donde se nutre y se nutrirá dicho SNS para poder dar más y mejores respuestas a los crecientes problemas de salud mental de la población española.

#### AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi agradecimiento a Xacobo Fernández-García por facilitarme su artículo todavía en prensa y sus comentarios posteriores que me han permitido poder enriquecer este artículo y contrastar algunas de nuestras conclusiones.

#### CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses.

#### REFERENCIAS

- Asociación Nacional de Psicólogos Internos y Residentes. (2019). *Situación de los Especialistas de Área en Psicología Clínica en la Comunidad Autónoma de Galicia*. Recuperado de <https://www.anpir.org/comunicado-anpir-situacion-de-los-especialistas-de-area-en-psicologia-clinica-en-la-comunidad-autonoma-de-galicia/aragondigital.es> (18 julio, 2020). *La falta de recursos en Salud Mental preocupa a los psicólogos clínicos en el retorno a la Fase 2*. Recuperado de <https://www.aragondigital.es/2020/07/18/la-falta-de-recursos-en-salud-mental-preocupa-a-los-psicologos-clinicos-en-el-retorno-a-la-fase-2/>.
- Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología y Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental País Valenciano. (2009). *La Psicología Clínica en el Sistema Valenciano de Salud. Atención y funciones del especialista*. Recuperado de <https://docplayer.es/3804780-La-psicologia-clinica-en-el-sistema-valenciano-de-salud-atencion-y-funciones-del-especialista.html>.
- Ballescà i Ruiz, R. (2020). La Psicología Clínica en España: ¿una profesión menguante? Estudio demográfico y prospectivo de la especialidad en psicología clínica. *Infocop Online*, 11/3/20 Recuperado de [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=8617](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=8617).
- Carmona Calvo, J. (2016). *III Plan Integral de Salud Mental 2016-2020*. Sevilla: Consejería de Salud. Recuperado de <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/iii-plan-integral-de-salud-mental-de-andalucia-2016-2020>
- Defensor del Pueblo. (2020). *Atención psicológica en el Sistema Nacional de Salud*. Recuperado de <https://www.defensordelpueblo.es/resoluciones/estudio-de-necesidades-e-incremento-de-la-atencion-psicologica-en-el-sistema-nacional-de-salud/>.
- Duro, J. C. (2001). Psicología y salud comunitaria durante la transición democrática, *Clínica y Salud*, 12(Núm. Extr.), 5-175. Recuperado de <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/98f13708210194c475687be6106a3b84>
- Duro, J. C. (2015). *Psicología y Reforma sanitaria en la década de los 80. Monografía*. Colegio de Psicólogos de Madrid. Recuperado de <https://www.copmadrid.org/web/publicaciones/psicologia-y-reforma-sanitaria-en-la-decada-de-los-80>
- Duro, J. C. (2016). La Psicología Clínica en la sanidad pública de la Comunidad de Madrid: La insuficiente consolidación de una profesión sanitaria. *Clínica y Salud*. 27(2), 45-50. Recuperado de <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/j.clysa.2016.05.001>.
- Duro, J. C. (2019a). Matizaciones sobre cuántos Psicólogos sanitarios hay en España. *Blog de Psicología del Colegio de Psicólogos de Madrid*. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/wp/matizaciones-sobre-cuantos-psicologos-sanitarios-hay-en-espana/>
- Duro, J. C. (2019b). ¿Cuántos Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica hay en España?. *Blog de Psicología del Colegio de Psicólogos de Madrid*. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/wp/cuantas-os-psicologos-os-especialistas-en-psicologia-clinica-hay-en-espana/>.
- Duro, J. C. (2019c). ¿Cuántas/os Psicólogas/os Generales Sanitarias/os hay en España? *Blog de Psicología del Colegio de Psicólogos de Madrid*. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/wp/cuantas-os-psicologas-os-generales-sanitarias-os-hay-en-espana/>.
- Duro, J. C. (2020). Comentarios a «La Psicología Clínica en España: ¿Una profesión menguante? Estudio demográfico y prospectivo de la especialidad en Psicología Clínica». *Infocop* (26/06/2020). Recuperado de [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=9880](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=9880).
- Duro, J. C. (2020). ¡Que 20 años no es nada!...Pero 40 son el doble. Una mirada autobiográfica sobre el papel del Colegio Oficial de Psicólogas/os en la institucionalización de la Psicología clínica (1980-2020) *Blog de Psicología del Colegio de Psicólogos de Madrid*. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/wp/que-20-anos-no-es-nada-pero-40-son-el-doble-una-mirada-autobiografica-sobre-el-papel-del-colegio-oficial-de-psicologas-os-en-la-institucionalizacion-de-la-psicologia-clinica-1980-2020/>
- Fernández-García, X. (2020, en prensa). Situación de la psicología clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y perspectivas de crecimiento. *Ansiedad y Estrés*.
- García-Álvarez, M. A. (1998). La reforma psiquiátrica un acontecimiento constructor de la psicología clínica española. *Papeles del Psicólogo*, 69, 4. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=774>
- González-Blanch, C. (Julio 31, 2020). *La equívoca media europea y otros argumentos mejores*. Recuperado de <http://rasgolatente.es/la-equivoca-media-europea-y-otros-argumentos-mejores/>
- Gutiérrez-León, M.A. (2019) *Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023*. Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Recuperado de:



- <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=d2141dc6-496c-11e9-910b-f705e6f363c5&idCarpeta=0cde8865-b967-11e7-823e-534ef03bc637>
- Infocop (25/09/2008). La Salud Mental está desatendida en España. Recuperado de [http://www.infocop.es/view\\_articulo.asp?id=2028](http://www.infocop.es/view_articulo.asp?id=2028).
- La Opinión de Murcia. (8 de agosto de 2020) *Entrevista a María José Lozano*. Recuperado de <https://www.laopiniondemurcia.es/comunidad/2020/08/09/sentir-miedo-estres-o-ansiedad/1135581.html>.
- La Voz de Galicia. (08/04/2019). *La salud mental tiene menos recursos que los recomendados hace 20 años*. (08/04/2019) Recuperado de <https://quiosco.lavozdegalicia.es/historico.htm?fechaInicio=06-04-2019&fechaFin=17-09-2020&textoBusqueda=Saude%20Mental&orden=1>.
- Laviana- Cuetos, M. (1998). Los psicólogos clínicos en el Sistema Sanitario Público. *Papeles del Psicólogo*, 69, 48-52. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=773>
- Nieves Salinas. (05/07/2020). España sólo tiene 2.800 psicólogos clínicos en la sanidad pública. *vozzpopuli*. Recuperado de [https://www.vozpopuli.com/sanidad/psicologos-sanidad-publica\\_0\\_1369664438.html](https://www.vozpopuli.com/sanidad/psicologos-sanidad-publica_0_1369664438.html).
- Observatorio AEN. (2020). Recuperado de <http://www.observatorio-aen.es/generador-de-estadisticas/>.
- OMS. (2005). *Atlas de Salud Mental*. Recuperado de [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/profiles\\_countries\\_s1.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles_countries_s1.pdf?ua=1).
- OMS. (2008). *Policies and practices for mental health in Europe*. Recuperado de [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/96450/E91732.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf).
- OMS. (2014). *Atlas de Salud Mental*. Recuperado de [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/mental\\_health\\_atlas\\_2014/es/](https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/es/).
- Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015-2020. (2015). Oviedo: Consejería de Sanidad.SESPA. Recuperado de <http://movil.asturias.es/portal/site/webasturias/menuitem.261fb7b7e61c0627dfe005b3ec12b2a0/?vgnextoid=03ddd866dda5a510VgnVCM10000098030a0aRCRD&vgnnextchannel=25644f8aa6f2c510VgnVCM10000098030a0aRCRD&vgnnextfmt=formatArticulo&i18n.http.lang=fr>
- Prado-Abril, Sánchez-Reales, Gimeno-Peón y Aldaz-Armendáriz, 2019. Clinical Psychology in Spain: History, Regulation and Future Challenges. *Clinical Psychology in Europe* 1(4), Article e38158. <https://doi.org/10.32872/cpe.v1i4.38158>. Recuperado de [https://www.anpir.org/wp-content/uploads/22-Clinical-Psychology-in-Spain\\_CPE\\_2019.pdf](https://www.anpir.org/wp-content/uploads/22-Clinical-Psychology-in-Spain_CPE_2019.pdf).
- Rueda Lizana, M. (2015). *La Psicología clínica en el Servicio Andaluz de Salud*. VIII Congreso Internacional y XIII Nacional de Psicología Clínica. Granada.
- Salvador-Carulla L, Serrano-Blanco A, García-Alonso C, Fernández A, Salinas-Perez J.A, Gutiérrez-Colossía MR, Marfull-Blanc T, Rodero-Cosano ML, Prat-Pubill B, Molina C. GEOSCAT (2010). *Atlas integral dels serveis d'atenció a la salut mental de Catalunya, Pla director de salut mental i addiccions*. Barcelona: Direcció General de Planificació I Recursos Sanitaris, Generalitat de Catalunya. Recuperado de [https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/\\_A-Z/D/depressio/documents/memoria\\_integral\\_atles\\_sp.pdf](https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/D/depressio/documents/memoria_integral_atles_sp.pdf)
- Salvador Sánchez, I. (coord.). Observatorio de Salud Mental de la AEN (2005). El observatorio de salud mental: análisis de los recursos de salud mental en España. *Revista de la AEN* 25(93). Recuperado de <http://www.revistaen.es/index.php/aen/article/view/15912>



# DIFERENCIAS DE OPINIÓN SOBRE EL USO DE LOS TEST: SU RELACIÓN CON LA EDAD EL GÉNERO Y EL SECTOR LABORAL

## DIFFERENCES IN OPINIONS REGARDING TESTING PRACTICES: THE ROLE OF AGE, GENDER AND JOB SECTOR

Ana Hernández<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Dolores Hidalgo<sup>2</sup>, José Muñiz<sup>3</sup> y José Ramón Fernández-Hermida<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Valencia. <sup>2</sup>Universidad de Murcia. <sup>3</sup>Universidad Nebrija. <sup>4</sup>Universidad de Oviedo

Los test son importantes herramientas que ayudan a los profesionales de la Psicología a tomar decisiones sobre las personas. Para plantear acciones encaminadas a mejorar su uso, es importante determinar qué factores afectan a las opiniones que los psicólogos tienen sobre la práctica de los test. El presente estudio analiza el rol de tres factores: el género, la edad y el sector laboral (público vs. privado). Asimismo, se contrasta la opinión de los profesionales colegiados con las de los profesores universitarios que imparten asignaturas relacionadas con los test y su uso (Psicometría y Evaluación Psicológica o Psico-educativa). Tras analizar una muestra de 1.248 colegiados y 95 profesores de distintas universidades, los resultados muestran algunas diferencias de opinión en función de todos los factores considerados. Se analizan los resultados y sus implicaciones de cara al futuro.

**Palabras clave:** Uso de test, Opiniones sobre la práctica de los test, Género, Edad, Sector laboral.

Tests are important tools that help psychologists to make decisions about people. In order to propose actions aimed at improving the use of tests, it is important to determine what factors relate to psychologists' opinions about testing practices. In this study we assess the role of three factors: gender, age, and job sector (public vs. private). In addition, we compare professionals' opinions with those reported by professors of test-related subjects (psychometrics, and psychological and psycho-educational assessment). After analyzing a sample of 1,248 members of the Spanish Psychological Association and 95 professors from different universities, results show some differences in opinions across all the factors analyzed. Results and future challenges are discussed.

**Key words:** Test use, Opinions about testing practices, Gender, Age, Job sector.

### LOS TEST PSICOLÓGICOS Y SU USO

Los test permiten a los psicólogos obtener evidencias empíricas que les ayuden en el proceso de evaluación psicológica y en la toma de decisiones. Así lo vienen reconociendo durante años los profesionales de la Psicología cuando se les pregunta por el uso de los test en su práctica diaria (Muñiz y Fernández-Hermida, 2000, 2010; Muñiz et al., 2020). Pero para que los test sean realmente útiles se necesitan tres condiciones básicas: que las propiedades psicométricas de las puntuaciones obtenidas sean satisfactorias, que los profesionales tengan la formación adecuada, y que las pruebas se utilicen correctamente (Elosua y Muñiz, 2013; Elosua, 2017; Muñiz et al., 2020). Como señalan Hernández et al. (2020a) la primera condición se garantiza cuando, en la construcción y análisis de los test, se aplican los conocimientos psicométricos de forma rigurosa (American Educational Research Association (AERA), American Psychological Association (APA), National Council on Measurement in Education (NCME), 2018; Haladyna y Rodríguez, 2013; Irwing et al., 2018; Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2019). Para velar por dicho rigor, dis-

tinias organizaciones nacionales e internacionales, tales como el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (CGCOP), a través de su Comisión de Test, la Comisión Internacional de Test (ITC -International Test Commission), la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA -European Federation of Psychological Associations), o las editoriales de test, realizan distintas acciones. Entre ellas destaca la publicación de directrices para la creación y análisis de los test (AERA, APA y NCME, 2018), y de directrices para la adaptación de los test de una cultura a otra (ITC, 2017; Muñiz et al., 2013; Hernández et al., 2020b). También destaca el desarrollo de modelos para evaluar la calidad de los test, como el de la EFPA (Evers et al., 2013) o el del CGCOP (Prieto y Muñiz (2000), revisado por Hernández et al. (2016)), así como la aplicación de dichos modelos a distintas pruebas para evaluar su calidad. Por ejemplo, en España, el modelo del CGCOP, o cuestionario de evaluación de test (CET) y su posterior revisión (CET-R), se ha aplicado a un total de 82 pruebas durante distintas rondas de evaluación (Muñiz et al., 2011; Ponsoda y Hontangas, 2013, Hernández et al., 2015; Elosua y Geisinger, 2016; Fonseca-Pedrero y Muñiz, 2017; Hidalgo y Hernández, 2019; Gómez-Sánchez, 2019; Viladrich et al., 2021), con nuevas evaluaciones en marcha. Estas revisiones (con informes cuantitativos y cualitativos) se publican en la página web del CGCOP (<https://www.cop.es/index.php?pa>

Recibido: 9 febrero 2020 - Aceptado: 16 marzo 2020

Correspondencia: Ana Hernández. IDOCAL. Universidad de Valencia, Av. Blasco Ibáñez, 21. 46010 Valencia. España.

E-mail: [Ana.Hernandez@uv.es](mailto:Ana.Hernandez@uv.es)





ge=evaluacion-tests-editados-en-espana) y pueden ser consultados por cualquier profesional interesado. El objetivo es ayudar a estos profesionales a valorar de forma rigurosa los test que pueden utilizar para una determinada evaluación antes de realizar su elección.

Sin embargo, aunque estas acciones tienen como objetivo mejorar las pruebas y frenar el uso de los test con calidad cuestionable, ya Lilienfeld et al. (2006) advertían de que hay pruebas que mantienen su popularidad a pesar de ser problemáticas. Se aducen algunas razones, por ejemplo, el efecto Barnum, referido a la tendencia a aceptar interpretaciones generales o vagas ofrecidas por los test como descriptores válidos para prácticamente cualquier persona, lo que erróneamente incrementa la confianza en el test utilizado. También la fantasía del alquimista, relativa a la creencia de que los resultados de cualquier test, cuando se combinan con otro tipo de datos, ofrecen información clínica importante, de forma que los resultados proporcionados por un mal test, se toman como una fuente más de información válida, a pesar de que eso pueda mermar la calidad final de la evaluación. Finalmente, destaca la tradición clínica y la inercia institucional a usar determinadas pruebas, a pesar de que haya otras más actualizadas y mejores. Por ello, es necesario seguir realizando acciones que contribuyan a disminuir estos problemas.

La selección de pruebas adecuadas se relaciona estrechamente con las otras dos condiciones mencionadas para garantizar la utilidad de los test psicológicos que, a su vez, están íntimamente ligadas: que los profesionales tengan la formación adecuada, y que los test se utilicen correctamente. La formación en Psicometría y en el uso de los test como herramienta de evaluación son aspectos cruciales a la hora de hacer un buen uso de los test. Esta formación se da fundamentalmente en la universidad, en las asignaturas de Psicometría y de Evaluación Psicológica (Hidalgo y Hernández, 2019; Hernández et al., 2020a). A la hora de garantizar que los usuarios de test han recibido dicha formación, las editoriales de test (en España CEPE, GiuntiEOS Psychometrics, Pearson y TEA) juegan un papel crucial, ya que restringen la venta de los test psicológicos a quienes acrediten la cualificación requerida. Sin embargo, la formación universitaria no garantiza el buen uso de cualquier test, ni tampoco el buen uso de los test de por vida. Los problemas anteriormente mencionados para usar pruebas que no son idóneas (Lilienfeld et al., 2006), así como el desconocimiento sobre los nuevos avances psicométricos, el impacto de las nuevas tecnologías, o la falta de actualización sobre los test que se publican, pueden llevar a un mal uso de los mismos (Hernández et al., 2020a).

Por ello, además de la estrategia restrictiva que limita el uso de los test, es necesario realizar acciones informativas y formativas que promuevan el buen uso de los test. Entre las acciones informativas, tal y como señalan Muñiz et al., (2020), además de las directrices anteriormente menciona-

das (APA, AERA y NCME, 2018; ITC, 2017) y de la publicación de las evaluaciones de distintas pruebas del mercado siguiendo un modelo de calidad (Hernández et al., 2016) destaca también la publicación de códigos éticos, tales como el de la EFPA (2005), y de estándares sobre el proceso de evaluación, como las directrices de la asociación europea de evaluación psicológica (Fernández-Ballesteros et al., 2001) o la norma ISO10667 (AENOR, www.aenor.es), que regula la evaluación de personas en contextos laborales y organizacionales. Entre las acciones formativas destacan los cursos sobre construcción y evaluación de test ofrecidos por el CGCOP a través del Programa de Formación Continuada a Distancia (FOCAD) (Elosua, 2019; Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2017), o los cursos que ofrecen las principales editoriales de test que operan en España.

Antes de diseñar nuevas acciones para mejorar el uso de los test psicológicos (ya sean restrictivas, formativas o informativas), es importante conocer las opiniones que los psicólogos tienen sobre los test y su uso. El CGCOP ha sido consciente de ello durante años. Por ello, a través de su comisión de test, ha impulsado la realización de encuestas entre sus colegiados para poder conocer y valorar cuáles son las necesidades, retos, y problemas a los que se enfrentan los profesionales de la Psicología al usar los test en su práctica profesional (Muñiz y Fernández-Hermida, 2000; 2010; Muñiz et al., 2020).

### LA OPINIÓN DE LOS PSICÓLOGOS SOBRE LOS TEST

El último estudio (Muñiz et al., 2020), ofrece resultados interesantes, tanto en general como diferenciando por especialidad. En primer lugar, los psicólogos españoles (especialmente los del área de Psicología Educativa, seguidos de los del área de Psicología del Trabajo) muestran una actitud positiva hacia los test. Sin embargo, reconocen la necesidad de seguir formándose (e informándose) para usar los test adecuadamente. Asimismo, aunque en general están a favor de incrementar el control y la regulación de los test y su uso, hay diferencias por especialidad en algunas cuestiones, como la necesidad de introducir un sistema para acreditar la competencia de los usuarios de test o introducir más controles, siendo la especialidad clínica la más reacia a estas cuestiones. Por otra parte, los profesionales se muestran moderadamente escépticos a la incorporación de las nuevas tecnologías en la práctica de los test, sobre todo los clínicos. También reconocen que hay problemas en el uso de los test, si bien estos se dan con una frecuencia moderada. El problema más importante se refiere al precio de los test, que se considera demasiado elevado, sobre todo entre los especialistas de clínica-salud y educativa. Finalmente, aunque la evaluación de la calidad de los test que lleva a cabo la Comisión de Test del CGCOP es poco conocida (un 22,5% de los profesionales dicen conocerla), quienes la conocen la valoran muy positivamente.



## OBJETIVO

Cabe esperar que las opiniones de los psicólogos sobre los test y su uso varíen dependiendo de otros factores, además de la especialidad. En el presente estudio se analiza el rol del género, la edad y el sector laboral (público vs. privado). Conocer estas opiniones ayudará a comprender mejor la realidad del uso de los test en los distintos grupos de profesionales y, a proponer, si fuese necesario, medidas dirigidas a colectivos específicos.

Por ejemplo, por lo que se refiere al género, existe cierta evidencia de que hombres y mujeres perciben de forma diferente el riesgo (que podría trasladarse en diferencias en la valoración de las consecuencias del uso de un test que no sea el más adecuado) y también de que las mujeres son más meticulosas que los hombres (Chan, 2011; Greenberg y Schneider, 1995; Gustafson, 1998). Estas diferencias podrían afectar a la manera de usar los test. Aunque son estereotipos que pueden no generalizarse en todos los casos, resulta interesante evaluar si se observan diferencias de opinión sobre el uso de los test entre hombres y mujeres. Por lo que se refiere al sector, los psicólogos que realizan su práctica en distintos sectores podrían disponer de distintos recursos, así como distintos niveles de autonomía para tomar decisiones, etc., lo que podría afectar a los test que se emplean, y a su uso (por ejemplo, haciendo algunas prácticas inadecuadas como fotocopiar hojas de respuesta). Finalmente, de especial interés resulta la edad, ya que suele acompañarse de una mayor experiencia profesional. Además, la educación universitaria ha cambiado mucho con la incorporación de España al Espacio Europeo de Educación Superior, cuyos planes de estudio se comenzaron a implementar entre 2009 y 2010. Ambos aspectos, formación y experiencia, junto con los cambios generacionales, pueden afectar a las opiniones que se tienen sobre los test. Finalmente, también contrastaremos la opinión de los profesionales colegiados con las de los profesores universitarios que imparten asignaturas relacionadas con los test y su uso (Psicometría y Evaluación Psicológica o Psico-educativa), ya que éstos juegan un papel crucial a la hora de formar a los (futuros) psicólogos en las competencias necesarias para el uso adecuado de los test.

## PARTICIPANTES Y PROCEDIMIENTO

Los colegiados de los Colegios Oficiales de Psicólogos (COP) de nuestro país fueron invitados a participar en una encuesta a través de distintos medios de difusión, aportándose información sobre los objetivos y la importancia del estudio. La encuesta se aplicó *online*, a través de un enlace presentado en la página web del CGCOP. Al entrar a la encuesta, los participantes daban su consentimiento informado. Se garantizó el anonimato y el tratamiento confidencial de los datos. La encuesta fue respondida por 1.248 colegiados. El 73,7% fueron mujeres y la edad promedio fue de 46,3 años ( $DT=11,1$ ). La mayoría (69,9%), trabajaba en el sector

privado y el 26,6% en el sector público, mientras que el 3,5% estaba en paro. Asimismo, el área de especialización mayoritaria fue Clínica-Salud (67,6%), seguida de Educativa (12,7%) y Trabajo (5,5%). Otras especialidades, como jurídica, deporte, servicios sociales, etc., conformaron el 14,1% restante. Una descripción más pormenorizada de la muestra puede consultarse en Muñiz et al. (2020).

Respecto a la muestra de profesores universitarios de Psicometría y de evaluación psicológica y psicoeducativa, estos fueron identificados a través de las páginas web de los grados de Psicología de las universidades españolas (en total, 316 profesores), y fueron invitados por email a participar en el estudio a través de una encuesta online, garantizándose la confidencialidad. Respondieron un total de 97 profesores (30,4%), aunque se eliminaron las respuestas de dos participantes que indicaron que no impartían ninguna de las asignaturas de interés. De los 95 profesores que se mantuvieron en la muestra, 73,7% de los participantes pertenecían a universidades públicas, el 51,6% eran varones y la mayoría (49,5%) eran profesores de Psicometría, seguidos del 35,8% de Evaluación Psicológica. Solo dos participantes (2,1%) indicaron ser profesores de evaluación psicoeducativa. El resto (12,6%), o bien impartían varias de las asignaturas mencionadas o combinaban alguna de estas asignaturas con otras. La antigüedad docente promedio fue de 17,5 años ( $DT=11,1$ ).

## LA ENCUESTA

Para recoger las opiniones de los psicólogos sobre los test y su uso empleé el cuestionario de 31 ítems descrito en detalle y publicado al completo en Muñiz et al. (2020), el cual se respondía mediante una escala graduada de 5 puntos (1-5) (ver ítems en Tabla 1). Considerando los resultados sobre la dimensionalidad del cuestionario, se diferenciaron 5 dimensiones: Actitudes hacia los test, Formación y conocimientos sobre los test, Necesidad de control y regulación de los test y su uso, Influencia de las nuevas tecnologías en el uso de los test, y Problemas en el uso de los test. Los coeficientes de fiabilidad reportados (alfa de Cronbach) oscilaron entre 0,62, para la dimensión de "Necesidad de control y regulación de los test y su uso", y 0,91 para la dimensión de "Problemas en el uso de los test". El coeficiente Omega, que no requiere que las medidas sean Tau-equivalentes (McDonald, 1999) presenta valores que oscilan entre 0,80 para la dimensión de "Necesidad de control y regulación de los test y su uso", y 0,94 para la dimensión de "Problemas en el uso de los test".

Aunque todas las dimensiones han sido comparadas a través de los distintos grupos de interés, en el presente estudio se ofrecen únicamente los análisis diferenciados por ítems que han ofrecido los resultados más relevantes. Asimismo, se analiza la pregunta adicional sobre si conocían las evaluaciones que realiza la comisión de test del CGCOP. A quienes sí la conocían, se les pidió que valoraran dichas evaluaciones (ver ítems en Tabla 3).



En la muestra de profesores, recogida con anterioridad (Hidalgo y Hernández, 2019), se empleó el cuestionario usado en el estudio sobre las opiniones de los psicólogos publicado en 2010 (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010), que no incluía los ítems 25, 26 y 27 de la dimensión de Actitudes hacia los test del cuestionario de 2020. Además, se realizaron algunas modificaciones. Se eliminó el ítem 6, "Mis conocimientos actuales en relación con los test los recibí fundamentalmente durante la carrera de Psicología", por razones obvias. Asimismo, se incluyeron todos los problemas de la última versión del cuestionario excepto el último, referido al alto precio de los test. Finalmente, no se recogieron las opiniones sobre las evaluaciones de test que lleva a cabo la

comisión de test del CGCOP. En su lugar, se les preguntó si en las clases que impartían empleaban el modelo y las evaluaciones realizadas (estos últimos resultados pueden consultarse en Hidalgo y Hernández, 2019).

### ANÁLISIS DE DATOS

Se obtuvieron los estadísticos descriptivos (medias y desviaciones típicas) de todos los ítems. Para comparar las puntuaciones se realizaron pruebas t de Student, para el caso del género, del tipo de muestra (profesionales vs. profesores) y del sector, para el que se diferenció entre sector privado y público, excluyéndose a las personas en paro. En el caso de la edad, se formaron 5 grupos de edad (ver Tabla 2) y se re-

**TABLA 1**  
**CUESTIONARIO UTILIZADO PARA RECOGER LAS OPINIONES SOBRE LOS TEST**

Ítems
1. La formación recibida en la carrera de Psicología es suficiente para la utilización correcta de la mayoría de los test
2. La formación recibida en cursos y Máster es suficiente para el uso correcto de la mayoría de los test
3. La Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA) debería establecer un sistema para acreditar la competencia de los usuarios de test
4. Los profesionales disponen de suficiente información (revisiones independientes, investigaciones, documentación...) sobre la calidad de los test editados en nuestro país
5. En mi campo profesional los test informatizados están reemplazando progresivamente a los test de papel y lápiz
6. Mis conocimientos actuales en relación con los test los recibí fundamentalmente durante la carrera de Psicología
7. La aplicación de los test por Internet tiene muchas ventajas en comparación con la aplicación clásica de papel y lápiz
8. El uso de los test psicológicos debería restringirse a psicólogos cualificados
9. Aunque los no psicólogos podrían aplicar y puntuar los test, la interpretación e información sobre los resultados deberían estar restringidos a los psicólogos
10. Los informes generados automáticamente por ordenador no tienen ninguna validez
11. Los estándares y directrices que definen las cualidades técnicas mínimas de un test deberían ser obligatorios [por ejemplo los estándares de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA)] o los de la Asociación de Psicología
12. Se necesita legislación para controlar los abusos más serios con los test
13. La aplicación de los test por Internet pone en desventaja a algunas personas evaluadas
14. Todo aquel que sea capaz de demostrar su competencia en el uso de los test (sea psicólogo o no) debería ser autorizado para utilizarlos
15. Si se utiliza adecuadamente, Internet puede mejorar mucho la calidad de la aplicación de los test
16. Los controles sobre los test deberían ser mínimos, pues inhiben el desarrollo de nuevas ideas y nuevos procedimientos de evaluación
17. La aplicación de test por Internet no permite proteger la privacidad de los usuarios
18. Habría que permitir a los editores que vendiesen cualquier test que consideren adecuado
19. El Colegio Oficial de Psicólogos debería ejercer un papel más activo para regular y mejorar el uso que se hace de los test
20. La aplicación de test por Internet abre posibilidades de fraude
21. En el desempeño de mi profesión utilizo test habitualmente
22. Los test constituyen una excelente fuente de información si se combinan con otros datos psicológicos
23. Utilizados correctamente, los test son de gran ayuda para el psicólogo
24. Teniendo en cuenta todos los aspectos, creo que en la última década el uso de los test ha mejorado en mi país
25. La práctica profesional basada en evidencias potencia el uso de los test como fuentes de información
26. En la toma de decisiones profesionales doy un peso importante a los datos obtenidos mediante test
27. Antes de utilizar un test compruebo sus propiedades psicométricas
28-1. Hacer fotocopias de materiales sujetos a copyright
28-2. Hacer evaluaciones utilizando test inadecuados
28-3. No estar al día
28-4. No contrastar las interpretaciones con otros
28-5. No tener en cuenta los errores de medida de las puntuaciones
28-6. No restringir la aplicación de los test a personal cualificado
28-7. No tener en cuenta las condiciones locales (país, región) que pueden afectar a la validez
28-8. Hacer interpretaciones que van más allá de los límites del test
28-9. Utilizar test con baremos inadecuados
28-10. Utilizar algunos ítems sin los permisos correspondientes
28-11. Tener un precio muy elevado



alizaron ANOVAS. En caso de que estos ofrecieran resultados estadísticamente significativos, se realizaron comparaciones entre los grupos mediante la prueba de Tukey. Cuando no se cumplía el supuesto de homogeneidad de varianzas requerido en el ANOVA, se empleó la prueba robusta de Brown-Forsythe. Cuando los resultados fueron estadísticamente significativos, se empleó la prueba de Games-Howell para realizar comparaciones a posteriori. Todos los análisis se llevaron a cabo mediante el programa IBM-SPSS-26. Además, se obtuvieron indicadores del tamaño del efecto:  $\eta^2_{\text{parcial}}$  para los ANOVA y  $d$  de Cohen para las pruebas  $t$  (Cohen, 1992).

### DIFERENCIAS DE OPINIONES SOBRE LOS TEST

Los resultados de las comparaciones para los ítems del cuestionario en función de los distintos grupos formados se presentan en la Tabla 2, indicando las comparaciones que resultaron estadísticamente significativas. Se comentan a continuación las diferencias más relevantes. Quienes estén interesados en los resultados completos, incluyendo los resultados por dimensiones, pueden dirigirse a la primera autora.

#### Edad

En primer lugar, por lo que se refiere a los ítems relativos a la dimensión de Formación y conocimientos sobre los test (ítems 1, 2, 4 y 6), solo hay diferencias estadísticamente significativas para el ítem 6, "Mis conocimientos actuales en relación con los test los recibí fundamentalmente durante la carrera de Psicología". Se observa que cuanto mayor es la edad, menor es la media en el ítem ( $p = 0,012$ ;  $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,010$ ). Como es lógico, los profesionales siguen ganando conocimientos sobre los test a lo largo de su carrera profesional. Sin embargo, solo existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo más joven (entre 22 y 29 años) y el de más edad (60 años o más) ( $p = 0,013$ ). Esta diferencia también sugiere que la formación actual puede ser más completa en materia de test que las que recibieron las primeras generaciones de psicólogos.

En segundo lugar, respecto a la regulación y el control en el uso de los test, los resultados indican que los psicólogos de más edad tienden a ser más favorables a introducir mecanismos de control, si bien la relación no siempre es lineal. Por ejemplo, hay diferencias de opinión respecto a que la EFPA establezca un sistema de acreditación de usuarios de test (ítem 3;  $p = 0,017$ ;  $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,026$ ). Las diferencias alcanzan la significación estadística al comparar el grupo entre 30 y 39 años, menos favorable, y el grupo de 60 años o más, que es el más favorable ( $p = 0,021$ ). También se observan diferencias estadísticamente significativas en el ítem 12 ( $p = 0,001$ ;  $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,012$ ). Es también el grupo entre 30 y 39 años, junto con el grupo entre 40 y 49 años, quienes consideran menos necesaria la introducción de legislación que controle los abusos más serios, en comparación con el

grupo entre 50 y 59 años ( $p = 0,006$  y  $p = 0,008$ , respectivamente), si bien los tres grupos se muestran favorables a dicha legislación, con medias cercanas a 4. También es entre los dos últimos grupos, donde se observan diferencias estadísticamente significativas sobre el papel que debería jugar el COP en la regulación y mejora del uso de los test (ítem 19;  $p = 0,001$ ;  $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,014$ ). De nuevo es el grupo entre 50 y 59 años, en comparación con el grupo entre 40 y 49 quienes más importancia dan a que el COP juegue un papel más activo ( $p < 0,001$ ).

En tercer lugar, por lo que se refiere a las actitudes hacia el uso de los test (ítems 21-26, junto con el ítem 27 que presentó una saturación factorial débil en la dimensión), se observan diferencias estadísticamente significativas en el ítem 25 ( $p = 0,004$ ;  $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,012$ ). Destaca que son los jóvenes (los grupos entre 22 y 29, y entre 30 y 39 años) quienes más confían en la práctica profesional basada en la evidencia para potenciar el uso de los test en comparación con los profesionales de 60 años o más ( $p = 0,031$  y  $p = 0,004$ , respectivamente).

En cuarto lugar, centrándonos en las nuevas tecnologías (informatización, automatización e internet) (ítems 5, 7, 10, 13, 15, 17 y 20), como podríamos anticipar, son los jóvenes quienes se muestran más favorables a la incorporación de dichas tecnologías. En concreto se observan diferencias estadísticamente significativas en el ítem 15 ( $p = 0,007$ ;  $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,011$ ). Los dos grupos más jóvenes (entre 22 y 29, y entre 30 y 39 años) confían más en que Internet puede mejorar mucho la calidad de la aplicación de los test en comparación con el grupo de 60 años o más ( $p = 0,023$  y  $p = 0,008$ , respectivamente). Por el contrario, son los grupos de más edad quienes más preocupación muestran por la protección de la privacidad de los usuarios cuando los test se aplican por internet (ítem 17;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,0026$ ), dándose diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos más jóvenes y los dos de más edad y también entre el grupo entre 40 y 49 años y el grupo más edad (con valores  $p$  entre  $p < 0,001$  y  $p = 0,023$ ). Finalmente, también se observan diferencias estadísticamente significativas en el ítem 5 ( $p = 0,006$ ;  $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,010$ ). Resulta curioso que el grupo más joven, entre 22 y 29 años, considera en menor medida que los test informatizados estén reemplazando a los de papel y lápiz en comparación con las opiniones de los profesionales más senior, entre 50 y 59 años y de 60 o más ( $p = 0,032$  y  $p = 0,010$ , respectivamente). Probablemente los más jóvenes esperarían que dicho reemplazo se diera a un ritmo más rápido del que se está produciendo.

Finalmente, en cuanto a los problemas en el uso de los test (ítems 28.1 a 28.11), se observan diferencias estadísticamente significativas en los ítems 28.1 ( $p = 0,005$ ;  $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,012$ ) y 28.11 ( $p < 0,001$ ;  $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,020$ ). En concreto, se observa una tendencia a usar menos fotocopias de materiales sujetos a copyright (ítem 28.1) conforme aumenta la edad, si bien las únicas diferencias estadísticamente signifi-



cativas se dan entre el grupo de 30 a 39 años y el de 50 a 59 años ( $p = 0,043$ ). En la misma línea, son los más jóvenes quienes más se quejan del alto precio de los test (ítem 28.11) con diferencias estadísticamente significativas entre los 3 grupos más jóvenes, y el grupo de 60 años o más ( $p = 0,005$ ,  $p < 0,001$  y  $p = 0,008$ , respectivamente).

### Género

Tanto hombres como mujeres consideran que la formación universitaria en cursos y estudios de Máster y, especialmente

en licenciatura/grado, no son suficientes para el uso correcto de la mayoría de los test. Sin embargo, los hombres valoran dicha formación más positivamente que las mujeres, tanto por lo que se refiere a la formación durante la carrera (ítem 1;  $p = 0,001$ ;  $d = 0,22$ ) como a la formación en cursos y Máster (ítem 2;  $p = 0,028$ ;  $d = 0,14$ ). En cuanto a las prácticas en el uso de los test y los problemas que encuentran en su entorno profesional, mientras que los hombres indican que comprueban las propiedades psicométricas de los test que van a usar en mayor grado que las mujeres (ítem 27;  $p =$

**TABLA 2**  
**COMPARACIONES DE LAS MEDIAS DE LOS ÍTEMS PARA LOS DISTINTOS GRUPOS ANALIZADOS**

Nº de ítem y grupos con diferencias	EDAD										GÉNERO				SECTOR				PRFESIONALES vs. PROFESORES			
	22-29 años (N=79) A		30-39 años (N=300) B		40-49 años (N=342) C		50-59 años (N=362) D		60 o más (N=163) E		Hombre (N=328)		Mujer (N=920)		Público (N=332)		Privado (N=872)		Global Profesionales (N=1248)		Profesores (N=95)	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
1. **Género, **Prof.	2,35	1,17	2,49	1,16	2,43	1,11	2,49	1,18	2,54	1,17	2,66	1,21	2,41	1,13	2,57	1,14	2,44	1,16	2,47	1,16	2,97	0,99
2. *Género	3,08	1,07	3,09	1,09	2,99	1,05	3,04	1,00	3,07	1,03	3,16	1,04	3,01	1,05	3,08	0,97	3,03	1,07	3,05	1,05	3,20	0,95
3. *Edad (B-E), *Sector, **Prof.	3,28	1,22	3,20	1,32	3,44	1,25	3,46	1,32	3,58	1,27	3,34	1,38	3,42	1,26	3,51	1,22	3,34	1,33	3,39	1,30	3,75	1,07
4. **Prof.	2,90	0,96	3,12	1,12	3,00	1,10	3,06	1,08	3,00	1,07	3,09	1,09	3,03	1,08	3,00	1,05	3,06	1,10	3,04	1,09	2,77	0,88
5. **Edad (A-D) (A-E), **Sector, *Prof.	3,00	1,24	3,30	1,31	3,30	1,29	3,46	1,27	3,58	1,28	3,36	1,22	3,36	1,31	3,20	1,30	3,44	1,29	3,36	1,29	3,08	1,20
6. *Edad (A-E)	2,68	1,24	2,42	1,27	2,32	1,18	2,27	1,23	2,15	1,11	2,43	1,16	2,30	1,23	2,37	1,20	2,29	1,20	2,33	1,21	—	—
7.	3,30	1,15	3,21	1,17	3,14	1,17	3,19	1,16	2,99	1,25	3,11	1,15	3,18	1,19	3,23	1,16	3,12	1,18	3,16	1,18	3,37	1,09
8.	4,25	0,85	4,18	1,01	4,20	1,07	4,25	1,07	4,38	0,98	4,20	1,10	4,25	1,01	4,23	1,06	4,23	1,02	4,24	1,03	4,21	0,97
9.	4,43	0,96	4,38	1,09	4,30	1,22	4,40	1,15	4,45	1,12	4,38	1,14	4,38	1,14	4,34	1,16	4,38	1,14	4,38	1,14	4,28	1,07
10.	2,76	1,08	2,71	1,11	2,77	1,14	2,87	1,11	2,80	1,17	2,85	1,15	2,76	1,11	2,81	1,10	2,77	1,13	2,78	1,12	2,62	1,14
11. **Edad (C-D), *Sector	4,04	0,84	4,18	0,79	4,10	0,92	4,32	0,82	4,10	0,99	4,17	0,90	4,18	0,86	4,27	0,79	4,15	0,89	4,18	0,87	4,34	0,78
12. **Edad (B-D) (C-D), **Sector	3,96	0,94	3,90	1,04	3,92	1,00	4,17	0,99	4,13	1,02	4,10	1,02	3,99	1,02	4,12	0,89	3,96	1,06	4,02	1,01	4,01	0,97
13.	3,51	1,07	3,45	1,08	3,38	1,14	3,38	1,07	3,40	1,13	3,32	1,16	3,44	1,07	3,34	1,06	3,42	1,11	3,41	1,10	3,60	0,98
14. *Sector	2,16	1,19	2,14	1,25	2,11	1,28	1,93	1,24	2,15	1,42	2,11	1,29	2,07	1,28	1,95	1,19	2,11	1,31	2,08	1,28	2,34	1,30
15. **Edad (A-E) (B-E), **Prof.	3,52	0,90	3,47	1,10	3,35	1,10	3,33	1,03	3,11	1,13	3,39	1,05	3,34	1,09	3,34	1,07	3,35	1,08	3,36	1,08	3,60	0,98
16. **Prof.	1,95	0,93	1,78	0,87	1,85	0,91	1,77	1,00	1,93	1,11	1,76	0,93	1,85	0,97	1,87	0,98	1,80	0,95	1,83	0,96	1,53	0,73
17. **Edad (A-D) (A-E) (B-D) (B-E) (C-E), *Prof.	2,10	1,08	2,19	1,11	2,37	1,13	2,57	1,21	2,70	1,30	2,42	1,25	2,41	1,16	2,37	1,14	2,42	1,20	2,41	1,18	2,14	1,02
18.	1,66	0,86	1,82	1,07	1,80	1,06	1,70	0,95	1,74	1,04	1,84	1,06	1,73	1,00	1,75	1,01	1,76	1,03	1,76	1,02	1,94	0,91
19. *Edad (C-D), *Prof.	4,14	0,80	4,11	0,99	3,92	1,05	4,22	0,92	4,13	1,03	4,09	1,05	4,09	0,96	4,17	0,91	4,05	1,02	4,09	0,99	3,91	0,83
20.	3,59	1,13	3,52	1,12	3,42	1,13	3,54	1,18	3,68	1,15	3,49	1,16	3,53	1,14	3,48	1,08	3,53	1,18	3,52	1,14	3,52	0,97
21. **Edad (B-E), *Sector	3,75	1,20	4,12	1,15	4,05	1,14	4,07	1,16	3,76	1,32	3,93	1,24	4,05	1,16	3,90	1,23	4,08	1,16	4,02	1,18	4,04	1,14
22. **Prof.	4,53	0,77	4,49	0,83	4,47	0,86	4,46	0,86	4,44	0,89	4,47	0,89	4,48	0,83	4,41	0,86	4,49	0,85	4,47	0,85	4,74	0,55
23. **Prof.	4,53	0,75	4,46	0,86	4,46	0,85	4,49	0,82	4,35	0,92	4,44	0,91	4,47	0,83	4,39	0,85	4,47	0,86	4,46	0,85	4,68	0,57
24.	3,59	0,84	3,73	0,93	3,75	0,92	3,76	0,95	3,71	0,95	3,66	1,01	3,76	0,90	3,73	0,86	3,73	0,96	3,73	0,93	3,88	0,87
25. **Edad (A-E) (B-E)	4,10	0,83	4,05	0,84	3,97	0,92	3,92	0,94	3,74	1,03	4,00	0,98	3,94	0,90	3,98	0,89	3,94	0,94	3,96	0,92	—	—
26.	3,37	0,94	3,52	1,05	3,43	0,97	3,49	0,95	3,37	1,08	3,53	1,06	3,43	0,97	3,42	0,97	3,47	1,02	3,46	1,00	—	—
27. **Género	3,71	1,16	3,88	1,11	3,80	1,18	3,97	1,16	4,01	1,08	4,06	1,10	3,83	1,16	3,98	1,09	3,84	1,18	3,89	1,15	—	—
28-1. **Edad (B-D), **Prof.	3,39	1,44	3,24	1,40	3,04	1,46	2,93	1,41	2,88	1,36	3,05	1,40	3,05	1,43	3,05	1,43	3,03	1,42	3,05	1,42	3,48	1,31
28-2. **Prof.	2,49	1,31	2,38	1,26	2,54	1,36	2,34	1,26	2,53	1,41	2,55	1,34	2,40	1,30	2,40	1,28	2,43	1,32	2,44	1,31	3,40	1,21
28-3. **Prof.	3,20	1,16	3,10	1,30	3,16	1,28	3,02	1,21	3,00	1,30	3,10	1,26	3,08	1,26	3,05	1,25	3,07	1,27	3,08	1,26	3,62	1,07
28-4. **Prof.	3,04	1,23	3,04	1,29	3,08	1,31	2,99	1,23	3,09	1,30	3,09	1,29	3,02	1,27	3,00	1,28	3,02	1,28	3,04	1,28	3,77	0,95
28-5. **Prof.	3,04	1,26	3,09	1,25	3,06	1,26	2,90	1,24	2,98	1,26	3,10	1,30	2,97	1,24	2,92	1,26	3,02	1,25	3,01	1,25	3,93	1,17
28-6. **Prof.	2,99	1,46	2,92	1,48	2,87	1,49	2,80	1,49	2,96	1,44	2,99	1,44	2,84	1,49	2,83	1,53	2,88	1,47	2,88	1,48	3,41	1,26
28-7. **Prof.	2,97	1,40	2,85	1,33	2,94	1,35	2,88	1,32	2,89	1,32	2,95	1,36	2,87	1,32	2,82	1,31	2,89	1,34	2,89	1,33	3,40	1,19
28-8. *Género, **Sector, **Prof.	3,05	1,34	2,90	1,34	2,90	1,37	2,75	1,37	2,94	1,33	3,03	1,39	2,81	1,34	2,69	1,33	2,92	1,36	2,87	1,36	3,69	1,12
28-9. **Género, **Prof.	2,71	1,29	2,41	1,24	2,57	1,33	2,42	1,30	2,62	1,28	2,75	1,34	2,41	1,27	2,45	1,28	2,51	1,30	2,5	1,30	3,63	1,16
28-10. **Prof.	2,32	1,35	2,18	1,20	2,35	1,36	2,19	1,24	2,31	1,31	2,36	1,32	2,21	1,26	2,19	1,29	2,26	1,28	2,25	1,28	3,29	1,26
28-11. **Edad (A-E) (B-D) (B-E) (C-E), **género, **Sector	4,37	1,16	4,33	1,05	4,20	1,14	4,10	1,10	3,85	1,11	3,99	1,16	4,23	1,09	4,01	1,14	4,20	1,11	4,17	1,11	—	—

NOTA: Edad, género y sector se refiere únicamente a la muestra de profesionales. Prof.: Profesionales vs. Profesores Ver enunciado de los ítems en Tabla 3.

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; DT= Desviación Típica



0,002;  $d = 0,20$ ), los hombres reportan que, en su entorno se hacen interpretaciones que van más allá de los límites del test (ítem 28.8;  $p = 0,014$ ;  $d = 0,16$ ) y se utilizan baremos inadecuados (ítem 28.9;  $p < 0,001$ ;  $d = 0,26$ ) con mayor frecuencia de lo que reportan las mujeres. Finalmente, las mujeres son las que más consideran que el precio de los test es muy elevado (ítem 28.11;  $p = 0,001$ ;  $d = 0,22$ ).

### Sector

Los resultados muestran que los profesionales del sector público son más favorables al establecimiento de sistemas de regulación y control (con diferencias estadísticamente significativas en 4 de los 9 ítems de la dimensión: ítems 3, 11, 12 y 14). En particular, los colegiados del sector público están más a favor de la puesta en marcha un sistema de acreditación de la competencia de los usuarios de test por parte de la EFPA (ítem 3;  $p = 0,038$ ;  $d = 0,13$ ), en comparación con los del sector privado. Los colegiados del sector público también defienden en mayor medida que los estándares y directrices que marcan las cualidades mínimas de un test (como los de la EFPA o el CGCOP) sean obligatorias (ítem 11;  $p = 0,038$ ;  $d = 0,14$ ), dan más importancia a la necesidad de introducir legislación que controle los abusos más serios con los test (ítem 12;  $p = 0,007$ ;  $d = 0,16$ ) y, finalmente, se muestran más reticentes a que cualquier persona capaz demostrar su competencia en el uso de los test (sea psicólogo o no) sea autorizado para usarlos (ítem 14;  $p = 0,046$ ;  $d = 0,13$ ). Resulta interesante que es en el sector privado donde los test informatizados están reemplazando a los test de papel y lápiz en mayor medida (ítem 5;  $p = 0,005$ ;  $d = 0,15$ ), siendo también los profesionales del sector privado quienes dicen usar los test de forma más habitual (ítem 21;  $p = 0,026$ ;  $d = 0,15$ ). Finalmente, por lo que se refiere a los problemas sobre el uso de los test, aunque las medias siempre están por debajo de 3, en el sector privado se reconoce que se hacen interpretaciones que van más allá de los límites de los test con mayor frecuencia que en el ámbito público (ítem 28.8;  $p = 0,009$ ;  $d = 0,17$ ) y se quejan en mayor medida del precio de los test (ítem 28.11;  $p = 0,008$ ;  $d = 0,17$ ).

### Profesionales vs. Profesores

Los resultados indican que los profesores tienen un punto de vista más favorable sobre la formación que se recibe durante la carrera (ítem 1;  $p < 0,001$ ;  $d = 0,43$ ), si bien en ambos casos la puntuación no llega al punto medio de la escala 3. Curiosamente, sin embargo, son los profesores en comparación con los profesionales, quienes más ponen en duda que se disponga de suficiente información (revisiones independientes, investigaciones, documentación...) sobre la calidad de los test (ítem 4;  $p = 0,005$ ;  $d = 0,25$ ). En segundo lugar, considerando los ítems referidos a la regulación y el control sobre los test y su uso, los profesores son más favorables al establecimiento de un sistema de acreditación de usuarios de test (ítem 3;  $p = 0,003$ ;  $d = 0,28$ ), y consideran en menor

medida que los controles sobre el uso de los test debieran ser mínimos (ítem 16;  $p < 0,001$ ;  $d = 0,32$ ). Sin embargo, son los profesionales quienes están ligeramente más a favor de que el CGCOP juegue un papel más activo en la regulación y mejora del uso de los test (ítem 19;  $p = 0,039$ ;  $d = 0,18$ ). En tercer lugar, por lo que se refiere a las actitudes hacia los test, los profesores muestran opiniones aún más favorables que los profesionales en dos de los ítems; particularmente, indican que los test constituyen una excelente fuente de información combinados con otros datos (ítem 22;  $p < 0,001$ ;  $d = 0,32$ ), y que, usados correctamente, son de gran ayuda para el psicólogo (ítem 23;  $p = 0,001$ ;  $d = 0,26$ ). En cuarto lugar, respecto a los ítems referidos a las nuevas tecnologías, los profesores son más favorables al uso de internet en la aplicación de test. Consideran que si se usa adecuadamente puede mejorar la calidad de dicha aplicación (ítem 15;  $p = 0,032$ ;  $d = 0,22$ ) y cuestionan en menor medida que la privacidad quede expuesta al usar internet (ítem 17;  $p = 0,013$ ;  $d = 0,23$ ). En el ámbito académico parece que los test informatizados están reemplazando a los de lápiz y papel a un ritmo más lento que en ámbito profesional (ítem 5;  $p = 0,041$ ;  $d = 0,22$ ). Finalmente, por lo que se refiere a los problemas, resulta curioso que todos los problemas sobre el uso de los test (ítems 28.1 a 28.10 en Tabla 1) son señalados con mayor frecuencia por los profesores que por los profesionales (Tabla 2) ( $p = 0,004$  para el ítem 28.1, y  $p < 0,001$ , para los ítems 28.2 a 28.10, con tamaños del efecto que oscilan entre  $d = 0,30$ , para 28-1 y  $d = 0,88$  para 28.9).

### CONOCIMIENTO Y VALORACIÓN DE LAS EVALUACIONES DE TEST IMPULSADAS POR EL CGCOP

Por lo que se refiere al conocimiento de las evaluaciones de test llevadas a cabo por el CGCOP, conforme aumenta la edad de los grupos, más aumenta el porcentaje de profesionales que dice conocer las evaluaciones ( $p < 0,001$ ;  $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,028$ ), con proporciones que varían entre el 0,05 para el grupo entre 22 y 29 años, y el 0,31 para el grupo de 60 años o más (Tabla 3). Entre quienes las conocen, no hay diferencias estadísticamente significativas en las valoraciones en función de la edad. En cuanto al género, la proporción de hombres que conocen dichas evaluaciones (0,34) difiere de la proporción de mujeres (0,18) ( $p < 0,001$ ;  $d = 0,39$ ), si bien, entre quienes conocen las evaluaciones no hay diferencias estadísticamente significativas a la hora de valorarlas. Por lo que se refiere al sector (público vs. privado), no hay diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de profesionales que conocen las evaluaciones en cada caso. Sin embargo, son los profesionales del sector público quienes consideran en mayor medida que estas evaluaciones son importantes para mejorar la calidad de los test ( $p = 0,004$ ;  $d = 0,32$ ). Finalmente, las diferencias entre las proporciones de profesores y profesionales que conocen las evaluaciones son muy marcadas: 0,71 para profesores y 0,23 para profesionales ( $p < 0,001$ ;  $d = 1,13$ ).



**ALGUNAS CONCLUSIONES Y REFLEXIONES**

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto algunas diferencias de opinión de los profesionales de la Psicología sobre el uso de los test en función de la edad, el género y el sector laboral. Antes de analizar estas diferencias, cabe señalar que a) las opiniones sobre los test son positivas (Muñiz et al., 2020) y, cuando se observan diferencias estadísticamente significativas, éstas son de pequeña magnitud, ya que los tamaños del efecto son pequeños según los criterios tradicionales (Cohen, 1992); y b) las tendencias que señalamos son generales, ya que dentro de una misma categoría de análisis hay cierto grado de variabilidad en las opiniones y prácticas de uso de los test.

Los resultados del análisis en función de la edad indican, en primer lugar, que los profesionales, con los años, continúan ganando conocimientos sobre los test. Las estrategias formativas e informativas que impulsa el CGCOP deberían contribuir, al menos en parte, a ese desarrollo continuo a lo largo de la carrera profesional. Creemos que algunos de los temas que requieren especial atención por el impacto que está teniendo en los test y su uso son los modelos psicométricos de la Teoría de Respuesta a los Ítems (TRI), los test adaptativos informatizados (TAI), la tipificación continua o “continuous norming”, los modelos de diagnóstico clínico, los modelos de redes, o la evaluación ambulatoria.

Asimismo, se constata que los profesionales más jóvenes dan más importancia a la práctica basada en la evidencia para potenciar el uso de los test. Si esta tendencia se mantiene, los profesionales serán todavía más cuidadosos en la selección de test, basándose en las pruebas empíricas sobre su

calidad y utilidad. Con ello, cabe esperar que se minimicen problemas como el efecto Barnum, la fantasía del alquimista, o la tradición y la inercia institucional a usar determinadas pruebas (Lilienfeld et al., 2006). Se debe seguir trabajando en potenciar la práctica basada en la evidencia científica, y dirigir acciones específicas a los profesionales más veteranos. Los aspectos a considerar a la hora de seleccionar un test son bien conocidos independientemente del objetivo de evaluación (Canivez, 2019; Carretero-Dios y Pérez, 2007; Davis y Baillie, 2019), desde la delimitación conceptual del constructo a evaluar hasta la calidad y adecuación de las normas de interpretación. Todas estas cuestiones son consideradas en el modelo de evaluación de test (Hernández et al., 2016) y son recogidas en las evaluaciones que se publican en la web del CGCOP. Por ello hay que seguir difundiendo dichas evaluaciones, ya que solo un 22,5% de los colegiados dicen conocerlas. Fomentar la selección y uso de los test basándose en la evidencia científica contribuirá también a la mejora continua de la imagen y la confianza en la profesión, que no es cuestión baladí.

Con las nuevas generaciones se augura el remplazo de los test de papel y lápiz por tes informatizados y probablemente administrados online, ya que la gente más joven tiene una opinión más positiva hacia las nuevas tecnologías. Será cada vez más frecuente la obtención de puntuaciones y la generación de informes automatizados, la innovación en nuevos formatos de ítems/test, con contenidos multimedia y basados en juegos (la llamada gamificación), la evaluación on-line y la evaluación ambulatoria (Muñiz y Fonseca-Pedre, 2019; Parshall et al., 2010; Sanz et al., 2020; Seelow,

**TABLA 3**  
**CONOCIMIENTO Y VALORACIÓN DE LAS EVALUACIONES DE TEST LLEVADAS A CABO POR EL COP**

Nº de ítem y grupos con diferencias	EDAD					GÉNERO				SECTOR				PRFESIONALES vs. PROFESORES								
	22-29 años (N=79) A		30-39 años (N=300) B		40-49 años (N=342) C		50-59 años (N=362) D		≥ 60 o más (N=163) E		Hombre (N=328)		Mujer (N=920)		Público (N=332)		Privado (N=872)		Profesionales (N=1248)		Profesores (N=95)	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
29. Conoce la evaluación anual de test que realiza la Comisión de Test del COP (**Género, **Edad (A-C) (A-D) (A-E) (B-D) (B-E), **Prof.)	0,05	0,22	0,16	0,36	0,23	0,42	0,28	0,45	0,31	0,47	0,34	0,48	0,18	0,39	0,26	0,44	0,22	0,41	0,23	0,42	0,71	0,46
<b>Si conocen la evaluación:</b>																						
29-1. Me parece importante para mejorar la calidad de los test (**Sector)	4,50	1,00	4,32	0,66	4,41	0,80	4,61	0,60	4,37	0,82	4,48	0,66	4,45	0,76	4,62	0,51	4,39	0,79	4,46	0,72	—	—
29-2. Consulto las evaluaciones de los test en la página web del COP	3,75	1,89	3,72	1,28	3,73	1,19	3,89	1,14	3,84	0,90	3,94	1,05	3,72	1,20	3,94	1,03	3,75	1,18	3,81	1,15	—	—
29-3. Me ayuda en la elección de los test que utilizo	3,75	1,26	3,53	1,20	3,60	1,17	3,72	1,05	3,71	1,03	3,71	1,12	3,62	1,09	3,72	1,03	3,62	1,13	3,65	1,10	—	—
29-4. Es innecesaria, los psicólogos ya tienen suficiente información para saber qué test utilizar	1,50	1,50	1,79	1,16	1,63	0,98	1,58	1,03	1,53	0,95	1,60	1,15	1,63	0,92	1,56	1,03	1,65	1,02	1,62	1,01	—	—

\* p < 0,05, \*\* p < 0,01 para las variables indicadas. Prof.: Profesionales vs. Profesores A los profesores no se les preguntaron las preguntas valorativas sobre la evaluación de test. La pregunta 29 se responde mediante la respuesta dicotómica "Sí" (1)/ "No" (0), por lo que la media representa la proporción de personas que conocen la evaluación. El resto de preguntas (29-1 a 29-4), se responde en una escala graduada de 5 alternativas (1-5). Edad, género y sector se refiere únicamente a la muestra de profesionales. DT= Desviación Típica



2019; Wan y Henly, 2012). Todas estas tendencias se enmarcan en la llamada Psicología 2.0 (Armayones et al., 2015), que está incidiendo en todos los aspectos de la evaluación psicológica, y que está siendo facilitada por el uso de teléfonos móviles y otros portables (Armayones et al., 2015; Chernyshenko y Stark, 2016; Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2019). Incluso las redes sociales se han empleado en alguna ocasión para realizar evaluaciones basadas en “likes” (Kosinski et al., 2013). Para analizar este tipo de datos se necesitan nuevos modelos psicométricos, como los modelos de redes (Borsboom y Cramer, 2013; Fonseca-Pedrero, 2018), o los modelos de sistemas dinámicos (Nelson et al., 2017).

Creemos que estos avances tecnológicos abren grandísimas oportunidades en el mundo de la evaluación, pero también tienen sus riesgos. Por ejemplo, en un mercado dominado por el test presencial, la pandemia de la COVID-19 ha acelerado el proceso de tele-evaluación, ha hecho emerger la aplicación remota de test, y ha puesto de manifiesto la necesidad de contar con pruebas que puedan ser administradas con garantías en este contexto. A este respecto, Elosua (2021) presenta los principales riesgos de la administración remota de test (especialmente los que no se han creado específicamente para su administración on-line) y ofrece una serie de recomendaciones a seguir. Pero, además, Muñiz et al. (2020) advierten de la necesidad de ser precavidos y huir de algunas propuestas muy sofisticadas informáticamente para evaluar online constructos psicológicos y educativos que, a pesar de ser muy atractivas y estar impulsadas por fuertes campañas de marketing, no tienen detrás ninguna evidencia empírica que las avale. Las nuevas generaciones, más favorables a incorporar las nuevas tecnologías, deberán estar especialmente atentas a estos posibles fraudes.

Las diferencias de opinión en función del género y del sector (público o privado), son poco relevantes. El sector privado es más reacio en general a introducir mecanismos de control y regulación en el uso de los test (aun estando a favor), mientras que el sector público está siendo más lento en incorporar las nuevas tecnologías. Respecto al género, lo que más llama la atención es que las mujeres son las que consideran en mayor grado que el precio de los test es muy elevado. Esto sugiere una posible existencia de diferencias salariales en función del género, aunque sería necesario controlar muchas variables antes de afirmar que se da una brecha salarial. Algunos trabajos lo sugieren. Crothers et al. (2010) encuentran que las mujeres psicólogas norteamericanas cobran menos que sus colegas varones, controlando los años de experiencia y la formación, a pesar de ser una profesión en la que predominan las mujeres. Futuros estudios deberán indagar sobre este importante aspecto.

Cabe señalar que en este estudio hemos considerado la relación entre tres importantes variables sociodemográficas y laborales como la edad, el género y el sector (público o privado) y las opiniones sobre los test y su uso. Para futuros es-

tudios sería interesante recoger y analizar el papel de otras variables como la comunidad autónoma, la universidad de formación o el nivel educativo (grado/licenciatura, máster o doctorado), entre otras.

Finalmente, cabe destacar que las diferencias más marcadas, con mayores tamaños del efecto, se dan entre los profesionales y los profesores, especialmente a la hora de valorar la frecuencia con que se dan los distintos problemas relacionados con el uso de los test, con puntuaciones más altas en general en los profesores. Aunque las muestras difieren sustancialmente en tamaño, los resultados sugieren distintas opciones, que futuros estudios deberían explorar. Puede ser que se den más problemas en el ámbito académico, donde las consecuencias de un uso inadecuado de los test no tienen consecuencias directas tan importantes sobre las personas evaluadas, ya que en el mundo académico los test se emplean principalmente con fines de investigación (aunque obviamente hay unos criterios mínimos de calidad que se deben mantener). Otra posibilidad es que, por su condición de expertos en evaluación y psicometría, sean más exigentes en los estándares de calidad que se deberían cumplir y por eso valoran los problemas como más importantes. O finalmente, puede indicar que existe una brecha entre el mundo académico y el mundo profesional, tal y como ha sido puesto de manifiesto en algunas ocasiones por las editoriales de test (Hidalgo y Hernández, 2019).

Antes de concluir es necesario señalar que el presente estudio tiene algunas limitaciones. En primer lugar, aunque Muñiz et al. (2020) constataron que la muestra representaba razonablemente bien a la población de colegiados del COP en algunas de las principales variables, como la edad, el procedimiento de recogida de datos empleado no garantiza que la muestra sea representativa del total de psicólogas y psicólogos colegiados en nuestro país. Esta crítica es extensiva a la muestra de profesores empleada. Una segunda limitación, relacionada con la anterior, es el número reducido de participantes. El total de 1.248 participantes en la muestra de profesionales solo constituye el 1,7% de profesionales colegiados en el momento de la encuesta, si bien entre los profesores, la participación fue algo superior (30%). Finalmente, el tamaño de la muestra guarda relación con la última limitación. Algunos de los resultados presentados podrían deberse no únicamente a las variables analizadas sino a la interacción con otras de las variables (por ejemplo, que las diferencias observadas en función de la edad, dependan del tipo de sector). Aunque hubiera sido interesante analizar las interacciones, este análisis se descartó, ya que algunas de las categorías resultantes al cruzar las distintas variables, no quedaban suficientemente representadas en nuestra muestra (con casos extremos en los que no había ninguna observación). Para futuras encuestas de opinión sobre los test, sería conveniente reforzar la participación mediante distintas estrategias, con el fin de obtener muestras mayores que garanticen que todas las categorías de interés queden suficientemente representadas.





En suma, a pesar de las limitaciones mencionadas, los resultados del estudio permiten obtener conclusiones importantes. Aunque las medidas impulsadas por las distintas asociaciones e instituciones para mejorar los test y su uso parecen estar teniendo eco en los profesionales, todavía hay camino por hacer, especialmente si se consideran los cambios que las nuevas tecnologías están provocando en la forma de crear, administrar, puntuar e incluso interpretar los test. Por ello, desde la comisión de test del CGCOP es necesario seguir trabajando en mejorar las competencias y conocimientos de los usuarios de test, con acciones formativas e informativas, pero también en seguir mejorando la calidad de las pruebas para que los profesionales tengan a su abasto herramientas de calidad, sin olvidar la importancia del proceso evaluativo. En paralelo también se debe continuar impulsando la diseminación de las distintas acciones llevadas a cabo y de las herramientas que los psicólogos tienen a su alcance. En este sentido las universidades, a través de sus profesores, son agentes fundamentales para llegar a las generaciones más jóvenes.

#### CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

#### REFERENCIAS

- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (2018). *Estándares para pruebas educativas y psicológicas* (M. Lieve, Trans.). Washington, DC: American Educational Research Association. (Original work published 2014)
- Armayones, M., Boixadós, M., Gómez, B., Guillamón, N., Hernández, E., Nieto, R., Pousada, M. y Sara, B. (2015). Psicología 2.0: oportunidades y retos para el profesional de la psicología en el ámbito de la e-salud. *Papeles del Psicólogo*, 36, 153-160.
- Borsboom D. y Cramer, A.O.J. (2013). Network analysis: An integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 91-121. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608
- Canivez, G. L. (2019). Evidence-based assessment for school psychology: Research, training, and clinical practice. *Contemporary School Psychology*, 23, 194-200. doi: 10.1007/s40688-019-00238-z
- Carretero-Dios, H., y Pérez, C. (2007). Standards for the development and review of instrumental studies: Considerations about test selection in psychological research. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 863-882.
- Chan (2011) Feminising and masculinising primary teaching: a critical examination of the interpretive frameworks of male primary school principals in Hong Kong. *Gender and Education*, 23, 745-759. doi: 10.1080/09540253.2011.611041
- Chernyshenko, O. S. y Stark, S. (2016). Mobile psychological assessment. En F. Drasgow (Ed.), *Technology and testing* (pp. 206-216). Routledge. doi: 10.4324/9781315871493
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159. doi: 10.1037/14805-018
- Crothers, L. M., Schmitt, A. J., Hughes, T. L., Lipinski, J., Theodore, L. A., Radliff, K., y Ward, S. (2010). Gender differences in salary in a female dominated profession. *Gender in Management: An International Journal*, 25, 605-626. doi: 10.1108/17542411011081392
- Davis, H. (H.) IV, y Baillie, P. (2019). Cognitive and personality assessment in applied sport psychology: Evidence-based test selection. En M. H. Anshel, T. A. Petrie, y J. A. Steinfeldt (Eds.), *APA handbook of sport and exercise psychology, Vol. 1. Sport psychology* (p. 99-110). American Psychological Association. doi: 10.1037/0000124-000
- Elosua, P. (2017). Avances, proyectos y retos internacionales ligados al uso de tests en psicología. *Estudios de Psicología*, 34, 201-220. doi: 10.1590/1982-02752017000200002
- Elosua, P. (2019). *Los test psicológicos en la práctica profesional*. FOCAD. Consejo General de Psicología de España.
- Elosua, P. (2021). Aplicación remota de test: riesgos y recomendaciones. *Papeles del Psicólogo*, 42, 33-37. doi: 10.23923/pap.psicol2021.2952
- Elosua, P. y Geisinger, K. F. (2016). Cuarta evaluación de test editados en España: forma y fondo. *Papeles del Psicólogo*, 37, 82-88.
- Elosua, P. y Muñiz, J. (2013). Proyectos españoles para una mejora en el uso de los tests. *Psiencia. Latin American Journal of Psychological Science*, 6, 5-9. doi: 10.5872/psiencia/5.2.75
- EFPA (2005). *Meta-Code of ethics*. (www.efpa.eu).
- Evers, A., Muñiz, J., Hagemester, C., Høstmaeligen, A., Lindley, P., Sjöberg, A., y Bartram, D. (2013). Assessing the quality of tests: Revision of the EFPA review model. *Psychothema*, 25, 283-291. doi: 10.7334/psychothema2013.97
- Fonseca-Pedrero, E. (2018). Análisis de redes en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 39, 1-12. doi: 10.23923/pap.psicol2018.2852
- Fonseca-Pedrero, E. y Muñiz, J. (2017). Quinta evaluación de test editados en España: mirando hacia atrás, construyendo el futuro. *Papeles del Psicólogo*, 38, 161-166. doi: 10.23923/pap.psicol2017.2844
- Gómez-Sánchez, L. E. (2019). Séptima evaluación de test editados en España. *Papeles del Psicólogo*, 40, 205-210. doi: Séptima evaluación de test editados en España
- Greenberg, M. R., & Schneider, D. F. (1995). Gender differences in risk perception: Effects differ in stressed vs. non stressed environments. *Risk Analysis*, 15, 503-511. doi: 10.1111/j.1539-6924.1995.tb00343.x
- Gustafson, P. E. (1998). Gender Differences in risk perception: Theoretical and methodological perspectives. *Risk analysis*, 18, 805-811. doi: 10.1111/j.1539-6924.1998.tb01123.x
- Haladyna, T. M. y Rodríguez, M. C. (2013). *Developing*



- and validating test items. Routledge. doi: 10.4324/9780203850381
- Hernández, A., Elosua, P., Wechsler, S.M. y Muñiz, J. (2020a) El uso de los Test en España y Latinoamérica: Perspectivas actuales y retos futuros. *Anuario Internacional de Revisiones en Psicología*, 1, 67-94. doi: 10.14635/REVPSY.0.4.
- Hernández, A., Hidalgo, M. D., Hambleton, R. K., y Gomez-Benito, J. (2020b). International test commission guidelines for test adaptation: A criterion checklist. *Psicothema*, 32, 390-398. doi: 10.7334/psicothema2019.306
- Hernández, A., Ponsoda, V., Muñiz, J., Prieto, G. y Elosua, P. (2016). Revisión del modelo para evaluar la calidad de los test utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 37, 192-197.
- Hernández, A., Tomás, I., Ferreres, A. y Lloret, S. (2015). Tercera evaluación de test editados en España. *Papeles del Psicólogo*, 36, 1-8
- Hidalgo, M. D. y Hernández, A. (2019). Sexta evaluación de test editados en España: resultado e impacto del modelo en docentes y editoriales. *Papeles del Psicólogo*, 40, 21-30. doi: 10.23923/pap.psiacol2019.2886
- Irwing, P., Booth, T. y Hughes, D. J. (Eds.) (2018). *The Wiley handbook of psychometric testing: A multidisciplinary reference on survey, scale and test development*. John Wiley & Sons Ltd. doi: 10.1002/9781118489772
- ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second Edition) (2017). *International Journal of Testing*, 17, 1-34. (www.InTestCom.org)
- Kosinski, M., Stillwell, D., y Graepel, T. (2013). Private traits and attributes are predictable from digital records of human behaviour. *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)*, 110, 5802-5805. doi: 10.1073/pnas.1218772110
- Lilienfeld, S., Wood, J., y Garb, H. (2006). Why questionable psychological tests remain popular. *Scientific Review of Alternative Medicine*, 10, 6-15.
- McDonald R. P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Mahwah, Lawrence Erlbaum. doi: 10.4324/9781410601087
- Muñiz, J. y Fernández-Hermida, J.R. (2000). La utilización de los test en España. *Papeles del Psicólogo*, 76, 41-49.
- Muñiz, J. y Fernández-Hermida, J.R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. *Papeles del Psicólogo*, 31, 108-121.
- Muñiz, J., y Fonseca, E. (2017). *Construcción de instrumentos de medida en psicología*. Madrid: FOCAD. Consejo General de Psicología de España
- Muñiz, J. y Fonseca, E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema*, 31, 7-16. doi: 10.7334/psicothema2018.291
- Muñiz, J., Elosua, P. y Hambleton, R.K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, 25, 151-157. doi: 10.7334/psicothema2013.24
- Muñiz, J., Hernández, A., y Fernández-Hermida, J. R. (2020). La utilización de los test en España: el punto de vista de los psicólogos. *Papeles del Psicólogo*, 41, 1-15. doi: 10.23923/pap.psiacol2020.2921
- Muñiz, J., Fernández-Hermida, J. R., Fonseca, E., Campillo, A. y Peña, E. (2011). Evaluación de test editados en España. *Papeles del Psicólogo*, 32, 113-128.
- Nelson, B., McGorry, P. D., Wichers, M., Wigman, J. T. y Hartmann, J. A. (2017). Moving from static to dynamic models of the onset of mental disorder. *JAMA Psychiatry*, 74, 528-534. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0001
- Parshall, C. G., Harnes, J. C., Davey, T., y Pashley, P. J. (2010). Innovative Items for Computerized Testing. En W. J. van der Linden, y C. A. W. Glas (Eds.), *Elements of Adaptive Testing, Statistics for Social and Behavioral Sciences* (pp. 215-230). Springer. doi: 10.1007/978-0-387-85461-8
- Prieto, G., y Muñiz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 77, 65-72.
- Sanz, S., Luzardo, M., García, C., y Abad, F. J. (2020). Detecting cheating methods on unproctored Internet tests. *Psicothema*, 32, 549-558. doi: 10.7334/psicothema2020.86
- Seelow, D. (2019). The art of assessment: Using game based assessments to disrupt, innovate, reform and transform testing. *Journal of Applied Testing Technology*, 20, 1-16.
- Viladrich, C., Doval, E., Penelo, E., Aliaga, J., Espelt, A., García-Rueda, R., & Angulo-Brunet, A. (2021). Octava evaluación de test editados en España: una experiencia participativa. *Papeles del Psicólogo*, 42, 1-9. doi: 10.23923/pap.psiacol2020.2937
- Wan, L., y Henly, G. A. (2012). Measurement properties of two innovative item formats in a computer-based test. *Applied Measurement in Education*, 25, 58-78. doi: 10.1080/08957347.2012.635507

# PSICOLOGÍA Y PROFESIÓN EN ESPAÑA. LOS PRIMEROS AÑOS DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS

## PSYCHOLOGY AND PROFESSION IN SPAIN. THE EARLY YEARS OF THE SPANISH PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

Macarena Tortosa-Pérez<sup>1</sup>, Jesus Santolaya Prego de Oliver<sup>2</sup>, Francisco Santolaya<sup>3</sup> y Francisco Tortosa<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universidad Internacional de Valencia-VIU, España. <sup>2</sup>Universidad Europea de Valencia.

<sup>3</sup>Consejo General de la Psicología de España. <sup>4</sup>Universidad de Valencia

La creación del COP tuvo enorme trascendencia para el establecimiento de la Psicología y para dotarla de identidad. Desde la Ley de creación en 1980, esta organización de carácter semipúblico destinada a ordenar y representar la profesión no ha dejado de crecer, a pesar de graves problemáticas internas y externas. El COP ha pasado por diversas etapas, que reflejan y al tiempo ayudan a caracterizar la corta historia disciplinar de la psicología, sobre todo su definición, frente a otras profesiones. El artículo ofrece una amplia revisión legislativa y documental, sobre todo desde su revista portavoz, Papeles del Psicólogo. Analiza sus complicados primeros años, hasta 1993, bajo la dirección de Carlos Camarero y de Adolfo Hernández, marcados por la configuración interna de la Organización, una grave problemática profesional, y la lucha por conseguir la Licenciatura.

**Palabras clave:** Psicología española, Colegio Oficial de Psicólogos, Historia, Imagen pública.

The creation of the Spanish Psychological Association (Spanish acronym, COP) was of enormous significance in the establishing of psychology in Spain, and in the creation of its identity. Since the publication of the 1980 Law of Creation [of the COP], this organization—aimed at regulating and representing the psychology profession—has not stopped growing, despite the serious internal and external issues it has had. The Spanish Psychological Association has gone through different stages over the past 40 years, which reflect and help us to characterize the short history of Spanish psychology, in particular the history of its delimitation with respect to other professions. This article presents an extensive legislative and documentary review, particularly based on its representative publication, Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers. We analyze the complicated early years, up to 1993, under the direction of Carlos Camarero and Adolfo Hernández, a phase marked by the internal configuration of the organization, a serious challenge for the profession, and the fight to approve the master's degree.

**Key words:** Spanish psychology, Spanish Psychological Association, History, Public image.

Los artículos de historia suelen caer en excesos ceremoniales, y uno de ellos es el de señalar el inicio, buscar una fecha para convertirla en un mito del origen. Sin duda, toda historia tiene un comienzo, y en el caso de la historia de la psicología española muchas fechas presentan candidatura, y todas acumulan razones para avalar su elección (Blanco, 1997; Carpintero, 2004; Freixa, 2005; Saiz & Saiz, 1996).

Una opción es 1902 (Campos & Llavona, 1987; Campos, Bandrés & Carpintero, 2002; Carpintero, 2014; Quintana, 2004a), cuando Luis Simarro ocupa una cátedra de Psicología Experimental en la Sección de Naturales de la Facultad de Ciencias de la Universidad Central. Otra ir hasta 1936 año del fallido congreso internacional de Madrid, que debió discutir un currículo para un título en Psicología (Carpintero

& Lafuente, 2008), o a 1948, cuando se crea un modesto departamento de psicología experimental en el Instituto Luis Vives de Filosofía del Consejo Superior de Investigaciones Científicas-CSIC (Huertas, Padilla & Montes, 1997; Quintana, 2004b), o a 1952, cuando se conforma una Sociedad Española de Psicología-SEP que tenía, entre sus objetivos, crear unos estudios universitarios y una sección profesional (Carpintero & Tortosa, 1996; Martí, 1990), o a 1953, cuando arranca la Escuela de Psicología Aplicada y Psicotecnia con un primer currículo específicamente psicológico y sus tres secciones de especialización profesional (Bandrés & Llavona, 2004; Quintana, 2010), o la aparición de los estudios de psicología en las universidades madrileñas en los últimos años 60 (Rosa & Travieso, 2002; Travieso, Rosa & Duro, 2001).

No obstante, desde una perspectiva que peca de ceremonial y presentista, suele elegirse 1979, primero por la magia de coincidir con el centenario de la "fundación" de la psicología científica con Wundt (Vera, 2005), y segundo porque se publican, el RD 1652/1979 que crea las Facultades de

Recibido: 21 diciembre 2020 - Aceptado: 24 marzo 2021

Correspondencia: Macarena Tortosa. Universidad Internacional de Valencia - VIU. Email: macarena.tortosap@campusviu.es.

Orcid: https://orcid.org/0000-0002-7900-4877

Psicología independientes, y la Ley 43/1979 de creación del Colegio Oficial de Psicólogos (COP). Satisface los requisitos exigibles para una elección ceremonial. En este artículo, se elige por la creación del COP, una corporación de Derecho en la que debían integrarse quienes pretendiesen ejercer la profesión de psicólogos, antecedió en 10 años la publicación del RD 1428/1990, que establecía el título universitario oficial de Licenciado en Psicología.

La afirmación, repetida en la historiografía de la psicología, de que la psicología aplicada precede y tira de la académica, adquiere concreción legal. El nuevo título se desarrollaría rápidamente en los entornos propiciados 10 años antes por el RD 1652 y la Ley 43. Desde entonces, el *boom*, la *big spanish psychology* (Tortosa, Santolaya & Civera, 2015). Proponemos una lectura histórica de los primeros años del COP, atendiendo a su papel en la definición y consolidación de la psicología española como una disciplina, conjugando rigor metodológico con sentido del presente (Vera, 2008).

### LA PSICOLOGÍA Y SU CIRCUNSTANCIA DURANTE LA DICTADURA

En plena edad de plata de la cultura española, parecían darse las condiciones propicias, internas y externas, para dar el salto desde la psicotecnia científica, donde se hallaba instalada la *psicología*, hasta un título universitario. Pero todo lo construido para incorporar, a partir de sus aplicaciones, la Psicología en la universidad, como estaba ocurriendo en muchos países occidentales, fue barrido durante los 3 años de barbarie de nuestra (in)civil guerra, «en los cuales quedó paralizada prácticamente toda actividad científica, y tuvo consecuencias a más largo plazo, incluso después de terminada la guerra» (Germain, 1980, 139).

Durante los involutivos años del *alto franquismo*, la *ilustre* emigración y la brutal represión y depuración convirtieron en un yermo la ciencia española. La ideologización, el inmovilismo y la centralización presidieron la reanudación de la actividad investigadora en torno al CSIC, de la psicotécnica,

dependiente del Instituto Nacional de Psicología Aplicada y Psicotecnia, y de la poca formación que se ofertaba en bachillerato y universidades. Todo se subordinó a los intereses culturales del nuevo Estado, que perseguía la restauración de la clásica y cristiana unidad de las ciencias (Díaz-Pinés, 1964). El *nacional catolicismo* dominaría durante años la vida científica española (López, 2016).

En aquella *circunstancia*, tan poco proclive al desarrollo de una psicología científica al uso, comienza, liderado por Germain y un puñado de colaboradores<sup>1</sup>, el lento y tortuoso camino de la disciplina (Figura 1). Un camino en el que jugaría un papel importante la conexión entre Albert Michotte y su laboratorio en la universidad de Lovaina, y el grupo de psicólogos constelados por Zaragoza y Germain en Madrid (Leysen & Mülberger, 2018).

Entre 1946 y 1956, este grupo (Yela, Pinillos, Siguán, Secadas, Pertejo, García-Yagüe, Monasterio, Romano, Úbeda)<sup>2</sup> participó decididamente en una serie de acontecimientos que fueron enderezando el camino de la psicología (Huertas, Padilla & Montes, 1997). En 1946, se concreta un ambicioso proyecto editorial, la *Revista de Psicología General y Aplicada* / RPGA que acogería en sus páginas a los pocos que hacían psicología y/o psicotecnia científica. Dos años después, culmina el inconcluso proyecto de Barbado de crear en el CSIC, un Instituto de Psicología para la formación de futuros investigadores<sup>3</sup>. En los primeros 50 se constituía la SEP<sup>4</sup>, que inmediatamente se incorpora a la hoy International Union of Psychological Science (IUPsyS), visibilizando internacionalmente la psicología y psicotecnia que se hacía en España<sup>5</sup>. Además, integrantes del grupo establecieron las primeras conexiones estables con instituciones públicas y empresas privadas, facilitando el surgimiento de empresas de servicios psicológicos. Controlaron buena parte de las instituciones donde se hacía o publicaba psicología y/o psicotecnia, orientándola en una dirección en la que el rigor y la profesionalidad eran el norte de actuación.

Cada nuevo logro favorecía su objetivo último, la creación de

<sup>1</sup>“(…) está detrás o delante, directa o indirectamente, en el impulso y en la obra de toda la psicología española de los últimos cuarenta años ... A Germain se debe (...) todos los acontecimientos decisivos en la historia reciente de la psicología española” (Yela, 1967, 235-236). Un supuesto que también comparte otro de sus colaboradores, José Luis Pinillos (Pinillos, 1981), muy asumido también en la muy personalizada historiografía sobre la psicología española, muchas veces un tanto acrítica e ingenua (Quintana, 2010, 26)

<sup>2</sup>«(...) La idea básica era que había que hacer una Psicología Científica (...) Pero además de esto, hicimos muchas más cosas y, fundamentalmente lo que hicimos fue montar una especie de equipo, de mentalidad y de proyecto para el futuro. Un proyecto que (...) se fue desarrollando en una serie de realizaciones, de la Sociedad, de la Escuela de Psicología y, finalmente, de la licenciatura en Psicología» (Siguán, 1990).

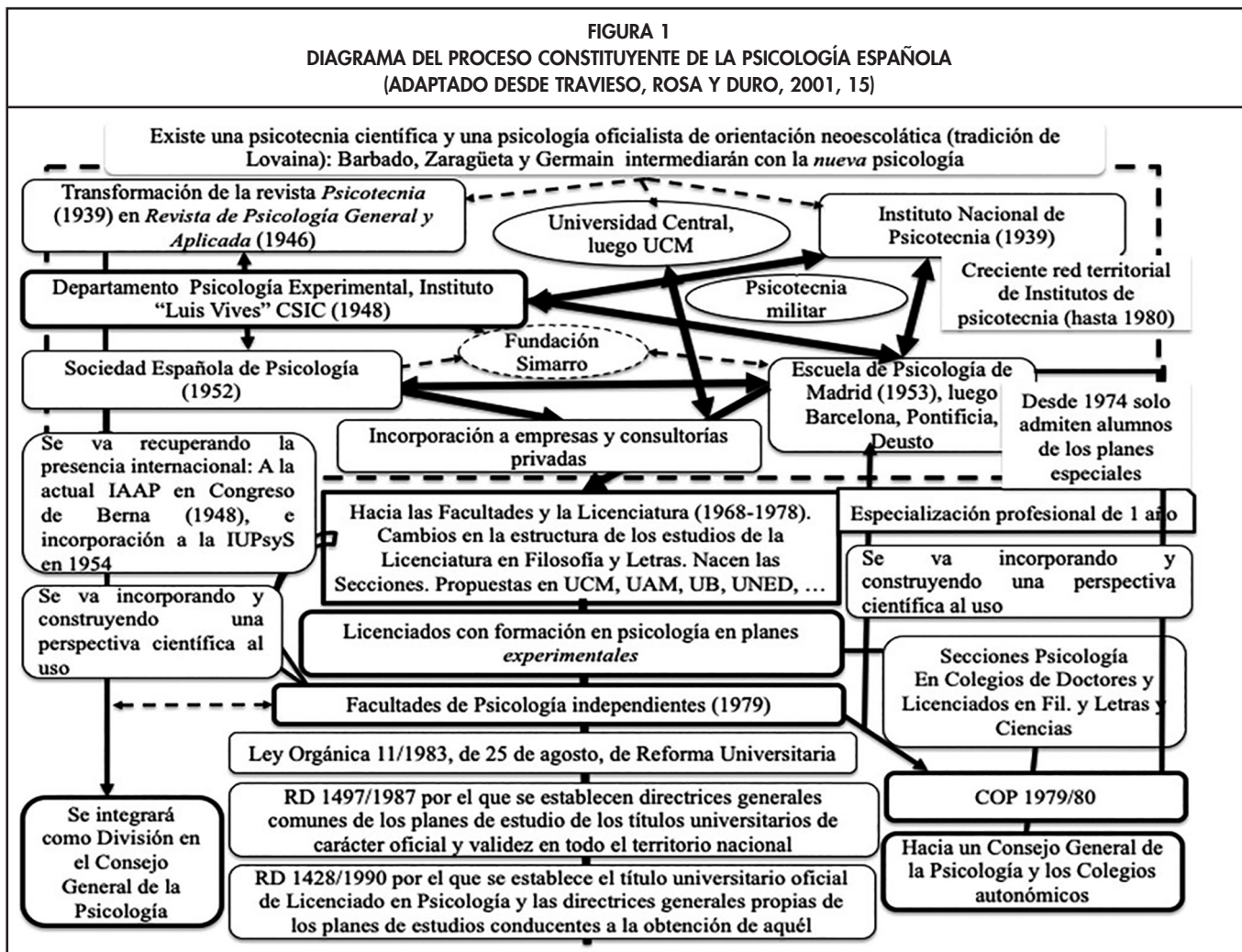
<sup>3</sup>«(...) allí es donde nace prácticamente la escuela de Madrid de Psicólogos, que son los que hoy son catedráticos, ayudantes y demás» (Germain, 1983, 45)

<sup>4</sup>Sus Estatutos se aprobaron el 9 de mayo de 1952 (Anónimo, 1952).

<sup>5</sup>Se incorpora a otras asociaciones supranacionales como The International Association of Applied Psychology-IAAP o la Sociedad Interamericana de Psicología-SIP.

unos estudios psicológicos de rango universitario<sup>6</sup>. Un primer paso fue la creación, en 1953, de la Escuela de Psicología y Psicotecnia dentro de la Universidad de Madrid<sup>7</sup>. “La creciente importancia científica y social de la Psicología y la necesidad

de procurar que los encargados de llevar a cabo los exámenes psicológicos puedan desempeñar su cometido con plena suficiencia técnica, aconsejan la creación de un Centro en el cual la enseñanza de esa disciplina y la formación de cuantos con



<sup>6</sup> «Pedimos una formación seria y fundamental en ambiente universitario. Sólo en el ámbito universitario se puede dar la enseñanza tan compleja y variada que exige la formación del psicólogo, y sólo de la universidad puede venir a un psicólogo la categoría que hará de él un técnico profesional capaz de desenvolverse con competencia y seguridad en la clínica, en la escuela o en la industria donde se encuentra llamado a trabajar (...) Necesitan el amparo universitario y el enlace con el laboratorio de investigación (...)este desarrollo pide que se establezca en España con categoría universitaria y con derechos profesionales, esta actividad práctica investigadora, que el psicólogo ha practicado hasta ahora sin ese amparo universitario que deseamos.» (Germain, 1953, 489).

<sup>7</sup> DECRETO de 29 de mayo de 1953, años después un proyecto similar arrana en Barcelona (ORDEN de 10 de noviembre de 1965).

<sup>8</sup> Coincide con una coyuntura (1951-1956) de cierta apertura ideológica en la *nacionalcatólica* universidad española (Otero, 2014), con los falangistas liberales de orientación democristiana Joaquín Ruíz Giménez como Ministro de Educación Nacional, y Pedro Laín Entralgo como Rector de la Universidad Central de Madrid.

diversos fines la cultivan sean debidamente atendidas." (Ministerio de Educación Nacional, 1953, 3627). Las aplicaciones seguían tirando de la teoría y la formación<sup>8</sup>. Las propuestas científicas comenzaban a pasar "de vestir sotana negra a llevar bata blanca" (Hofrichter, 2015, 32).

El proyecto no satisfacía los deseos expresados desde el grupo (Germain, 1953; Yela, 1953), pero la primera propuesta *titularizadora*, hasta cierto punto singularizante, para quienes aspiraban a convertirse en psicólogo en aquella España de los 50. El edificio universitario comienza a construirse por el tejado, pero, el "hecho es que pudimos, sin embargo, empezar" (Yela, 1982, 290). Siguán apuntaría lo que años después supondría el inicio de la conversión de los estudios psicológicos en Licenciatura, "la creación de una Sección de Psicología en la Facultad de Filosofía y Letras" (Siguán, 1955, 257).

El aterrizaje en la Universidad tuvo lugar con el II Plan de Desarrollo, iniciando su consolidación durante la reconversión industrial. Llega en medio de la lucha estudiantil que propició el cambio ministerial de un contestado Lora-Tamayo por Villar-Palasi y una transformación de la Universidad<sup>9</sup>. Durante el curso 1967-1968, un programa especial dentro de la Sección de Filosofía en la Universidad de Madrid, vigente durante el 68-69, dio paso (1969-1970) a un programa pro-

pio dependiente de la Sección ya autónoma de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras<sup>10</sup> (Blanco, 1998; Blanco & Botella, 1995; Rosa & Travieso, 2001). Un proceso similar ocurrió en la Universidad de Barcelona (Gabucio et al., 1994; Siguán, 1978), generalizándose a otras universidades, de la mano de nuevos cambios legislativos<sup>11</sup>.

En mayo de 1979 culminaba la lenta e intermitente incorporación de la psicología en la estructura universitaria, al legislarse la creación de Facultades de Psicología independientes<sup>12</sup>. Inmediatamente comienza la transformación de Secciones en Facultades, y la petición de nuevas Facultades. Empezaba una etapa y se cerraba otra. Desaparecían, el viejo Instituto de Psicología transformado por RD 2689/1980 en Instituto de Orientación Educativa y Profesional, y, tras unos años de difícil convivencia, los estudios de las Escuelas de Psicología (Bandrés & Llavona, 2004), como había ocurrido con el Departamento del CSIC. Solo quedan la SEP y la RPGA, que acabarían integrándose en el Colegio.

El necesario complemento profesional, durante años vedado por un franquismo que redujo la SEP a Asociación *solo científica*<sup>13</sup>, alcanza carta de ciudadanía con la aprobación, tras cinco años de lucha durante la compleja transición política, a propuesta de los grupos comunista y socialista, de la Ley 43/1979 sobre creación de un COP de carácter estatal.

<sup>9</sup> El periodo 1965-1970 fue clave para la Universidad. Se publica la LEY 83/1965 sobre estructura de las Facultades Universitarias y su Profesorado, el DECRETO-LEY 5/1968 sobre medidas urgentes de reestructuración universitaria, y el DECRETO 1774/1968 que desarrollaba el artículo primero del Decreto-ley 5/1968, que venían a cambiar y modernizar sustancialmente el modelo de Universidad.

<sup>10</sup> ORDEN de 15 de julio de 1969 por la que se crea la Sección de «Psicología» en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Madrid. ORDEN de 17 de septiembre de 1971 por la que se aprueba provisionalmente el Plan de Estudios de la Facultad de Filosofía y Letras de la Nueva Universidad Autónoma de Madrid. La Rama E (Psicología).- Comprenderá fundamentalmente estudios psicológicos con miras a la futura especialización en Psicología.

<sup>11</sup> DECRETO 1974/973 por el que se autoriza la reestructuración de las actuales Facultades de Filosofía y Letras. RESOLUCION de la Dirección General de Universidades e Investigación por la que se determinan las directrices que han de seguir los planes de estudio de las Facultades de Filosofía y Letras, que ya incluía asignaturas específicas comunes y materias obligatorias para los alumnos de psicología en primer ciclo, así como otras específicas en segundo ciclo para la Sección de Psicología. Aplicadas pronto en distintas Facultades (Complutense y Autónoma de Madrid, Central y Autónoma de Barcelona, Pontificia de Salamanca, Colegio Universitario de Tarragona (hoy Universidad Rovira i Virgili), La Laguna, Comillas, UNED, Granada, Salamanca, Murcia, Valencia, País Vasco, Oviedo, Santiago de Compostela, Sevilla, Deusto) crearían colectivos que iniciarían una decidida lucha por crear Facultades independientes y una Licenciatura con un plan de estudios propio.

<sup>12</sup> REAL DECRETO 1652/1979 por el que se constituyen las Facultades de Psicología.

<sup>13</sup> "Habéis visto en los Estatutos que los fines de nuestra Sociedad han sido limitados en lo que respecta a la profesionalidad, y que la frase "salvaguardar los intereses profesionales en los diversos campos de actividad en que se desenvuelve el psicólogo" ha sido eliminada por la Superioridad. Esto quiere decir que se refuerza el carácter científico de la Sociedad Española de Psicología y que se aparta de sus tareas todo cuanto tenga que ver con el psicólogo como profesional. Consecuentemente la Sección Profesional desaparece de la Junta (...)" (Germain, 1967, 6).

<sup>14</sup> "En conjunto, la enseñanza que recibe el alumno de Psicología es harto deficiente. Y no porque el plan de estudios sea insatisfactorio, aunque cada uno es libre de hacerle las críticas que desde su propia manera de entender la Psicología (...) la verdad es que la lista de asignaturas que constituye la carrera de Psicología en nuestras universidades es muy similar a la que encontramos en las universidades de otros países. Lo que falla son los medios materiales –aulas, laboratorios, clases prácticas, bibliotecas-, la calidad y la experiencia de los profesores incluso, y falla, sobre todo, la administración y el funcionamiento de la enseñanza, la coordinación entre profesores, la eficacia de los servicios". (Siguán, 1978, 127).



La década de los 70, efervescente en la sociedad, la economía, y la ciencia, acababa con grandes expectativas para la psicología. Las primeras promociones de licenciados en Filosofía y Letras, luego en Filosofía y Ciencias de la Educación, por las Secciones de Psicología fueron los auténticos protagonistas de la lucha por un Colegio y Título propios. Son alumnos, reivindicativos primero y profesores en precario después, constelados en torno a una *vieja guardia* de psicólogos y psicólogas hechos a si mismos<sup>14</sup> (González, 2002; Martínez, 2007; Tortosa, Alonso & Civera, 1994). Desde un activismo político *de izquierdas*, y la búsqueda de un estatuto y una organización profesional, se vieron en muchos casos inmersos en los graves conflictos sociales que agitaron los últimos años del *bajofranquismo* (Duro, 2001; Hernández, 2001). Su lucha dió paso a la década de 1980, la de la *gran movida de la psicología*.

**NACE UN COLEGIO PROFESIONAL**

El 8 de enero de 1980 se publica la Ley 43. Su Disposición Adicional Primera establece que la Coordinadora Estatal de Secciones Profesionales de Psicólogos en los Colegios Oficiales y de Doctores y Licenciados en Filosofía y Letras y en Ciencias, debía actuar como Comisión Gestora del Colegio. Elaboró los Estatutos Provisionales (Hernández, 1982b), aprobados mediante una Orden de 24 de marzo de 1980. Reconocían la Gestora como Junta Provisional de Gobierno y establecían las condiciones para la colegiación, los órganos de gobierno, y el primer proceso electoral. Integraban la Junta Provisional representantes de las Secciones que venían funcionando a nivel estatal, de las que Catorce pasaron a ser Delegaciones del Colegio (Junta de Gobierno, 1981a)<sup>15</sup> (Tabla 1).

La Junta elegía una Comisión Permanente formada por: Carlos Camarero (Decano), Mercé Pérez (Vicedecana), Adolfo Hernández (Secretario), Vicent Bermejo (Tesorero), y César Gilolmo y Jordi Bajet (vocales). Poco después, el propio Carlos Camarero<sup>16</sup> se convirtió en presidente de la Junta de Gobierno Estatal, iniciando un mandato de

**TABLA 1  
PRIMERA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL COP**

1980.	Delegación de Euskadi
	1983. Subdelegación de Araba;
	1983. Subdelegación de Bizkaia;
	1983. Subdelegación de Gipuzkoa
1980.	Delegación de Andalucía Oriental
	Las/los psicólogas/os de Melilla forman parte de la Delegación
1980.	Delegación de Andalucía Occidental
	Las/los psicólogas/os de Ceuta forman parte de la Delegación
1980.	Delegación Norte
	1980. Subdelegación de Cantabria
	1983. Subdelegación del Principado de Asturias
1980.	Delegación de Castilla y León
1980.	Delegación de Catalunya
	1985. Aprobación de la creación del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya con subdelegaciones en Tarragona, Lleida y Girona.
1980.	Delegación de Galicia
1980.	Delegación de Les Illes Balears del Colegio Oficial de Psicólogos
1980.	Delegación de Madrid
	1983. Subdelegación de Extremadura
	1983. Subdelegación de Murcia (Comienza a funcionar como Delegación el 1 de enero de 1989)
	1984. Subdelegación de Castilla La Mancha
1980.	Delegación de Navarra junto a La Rioja
	En 1993 se segregan en dos Delegaciones
1980.	Delegación de Las Palmas
1980.	Delegación de Santa Cruz de Tenerife
1981.	Delegación del País Valenciano
1983.	Delegación de Aragón

\*La historia del arranque de las Delegaciones se puede encontrar en los números 78 (Las Palmas, Castilla y León, Extremadura), 79 (Principado de Asturias, La Rioja, Galicia, Andalucía Occidental, Islas Baleares, País Valenciano), 80 (Cantabria, Aragón, Euskadi, Andalucía Oriental, Madrid, Tenerife, Navarra, Castilla La Mancha).

<sup>15</sup> El retraso en la aprobación de los Estatutos definitivos propició, en 1985, un grave problema organizativo. La Generalitat de Cataluña aprobó los Estatutos del Colegio de Psicólogos de Cataluña, con lo que creaba *de facto* un Colegio de carácter autonómico donde ya existía otro de carácter estatal, que no veía limitado su ámbito de actuación a nivel de Cataluña, ya que, por jerarquía normativa, la disposición de una Autonomía no limita una Ley aprobada por las Cortes Estatales (Junta de Gobierno, 1985a).

<sup>16</sup> Carlos Camarero, que había presidido la Comisión Permanente de la Sección de Psicología del Colegio de Doctores y Licenciados en Filosofía y Letras de Madrid, y la Junta de Gobierno de la Delegación de Madrid, asumía también la presidencia de la Junta de Gobierno Estatal. Son tiempos en los que es difícil distinguir donde acaba la Delegación de Madrid y empieza el Colegio estatal.

<sup>17</sup> "El Colegio Oficial de Psicólogos, que tendrá ámbito nacional, agrupará a los siguientes titulados que se integren en el mismo: Licenciados y Doctores en Psicología; Licenciados y Doctores en Filosofía y Letras, Sección o Rama de Psicología y Licenciados o Doctores en Filosofía y Ciencias de la Educación, Sección o Rama de Psicología. Esta integración será obligatoria para el ejercicio de la profesión de psicólogo." La Disposición Transitoria de la Ley intentaba resolver un problema real, la integración en el COP de los titulados superiores que se hubieran Diplomado en las Escuelas Universitarias de Psicología hasta 1974, pero abría otro, dada la simultaneidad de Centros y Planes durante años, y la búsqueda de reconocimiento de quienes sin ser formalmente psicólogos habían venido trabajando como tales.



seis años durante los que no se convocaron elecciones (Tabla 2).

La Ley regulaba un aspecto esencial de la profesión, los títulos universitarios necesarios para poder ejercer legalmente<sup>17</sup>, además establecía la colegiación obligatoria. Permitía ordenar el ejercicio profesional y vigilar la calidad de los servicios ofertados mediante el control deontológico (capacidad sancionadora) de las actividades, así como representar de manera exclusiva, y defender, los intereses profesionales de sus miembros (Chacón, 2009).

El COP se convertía en articulador y valedor de un colectivo profesional creciente, con la ayuda de las secciones y departamentos de psicología, a pesar del manifiesto desajuste existente entre contenidos formativos y mercado laboral. Un colectivo que integraban<sup>18</sup>, en 1982, fundamentalmente mujeres (59% frente a 41%) y jóvenes (un 40% tenía menos de 25 años y un 70% menos de 30; sólo un 3% tenía más de 45), en el que solo uno de cada dos (45-50%) ejercía la psicología como actividad principal, casi una cuarta parte (20-25%) se encontraban en paro, y el resto practicaba la

psicología a tiempo parcial, o se dedicaba a una actividad no psicológica (Hernández, 1984).

Entre sus principales finalidades figuraban hacer entender y valer el buen uso de la etiqueta "psicólogo/a", instrumentar los medios necesarios para el adecuado desarrollo de una profesión que carecía de imagen social y profesional, protegerla del intrusismo, y velar por su ejercicio idóneo (Santolaya, Berdullas & Fernández, 2002).

Los 80 comienzan con un Colegio profesional, Facultades independientes, más de 20.000 egresados y miles de estudiantes que querían un título universitario independiente, más de 2.000 titulados por las Escuelas, que en muchos casos trabajaban como psicólogos, pero todavía *sin* un título oficial de Licenciado en Psicología que garantizase una reserva profesional<sup>19</sup>. Por ello, resulta imposible entender el proceso institucionalizador sin el COP (Travieso, Rosa & Duro, 2001), organización que mantuvo un beligerante activismo social y un decantamiento político hacia esa izquierda que había constituido el caldo de cultivo entre quienes estudiaban Psicología.

Comienza la corta historia de la psicología disciplinar. Son los años de la Ley Orgánica 11/1983 de Reforma Universitaria, del RD 1497/1987 por el que se establecen directrices generales comunes de los planes de estudio de los títulos universitarios de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional, y del RD 1428/1990 que establecía el título universitario oficial de Licenciado en Psicología, y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a su obtención.

El título recogía un acuerdo trascendental, resultado de la confluencia de intereses entre Universidad y COP. Preserva el título único en Psicología, relegando las especializaciones para la etapa de postgrado (Fernández, 1999). Capacita para un ejercicio profesional específico, estableciendo obligaciones y derechos, entre ellos el uso en exclusividad de la etiqueta "psicóloga/o", penalizando a quienes la utilizaran sin el debido reconocimiento administrativo (Santolaya, Berdullas & Fernández, 2002).

En estos 10 años sucedieron muchas cosas. El Colegio se dotó (1981) de un órgano de expresión, *Papeles del Colegio*<sup>20</sup>, del que inicialmente se responsabilizó la Delegación de Ma-

**TABLA 2**  
**JUNTA DE GOBIERNO DEL COP (MEMORIA 1981 COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS. DELEGACIÓN DE MADRID)**

Decano	Carlos Camarero Sánchez*
Vicedecano	Mercè Pérez i Salanova (dimitió el 08/02/86)
Secretario	Adolfo Hernández Gordillo*
Vicesecretario	Vicent Bermejo i Frigola
Tesorero	César Gilolmo López*
Vocales	Carmen Amorós Azpilicuta (dimitió el 08/02/86), Rafael Burgaleta Álvarez*, Itziar Cabieces Ibarrondo, Alfredo Fierro Bardají, Alfons Icart Pujol (dimitió el 08/02/86), Miguel Ángel Martín Soler, Miguel Pérez Pereira, Nuria Silvestre i Benach (dimitió el 08/02/86)

Los señalados con asterisco pertenecen a la Junta de Gobierno de la Delegación de Madrid, ocupando los cargos de presidente, secretario, tesorero y vicepresidente.

<sup>18</sup>A partir de una encuesta rellena en el momento de solicitar la colegiación (Hernández, 1982a)

<sup>19</sup>Las páginas de las primeras publicaciones del COP recogen un amplio y duro debate sobre la estructura de los planes del estudio, abierto por las quejas de colegiados y estudiantes, y por la falta de un dialogo fluido con el sector universitario.

<sup>20</sup>Desde 1989 se denominará Papeles del Psicólogo, y pasará a ser responsabilidad de la Junta de Gobierno Estatal. Los integrantes de las Juntas de Gobierno de la Delegación de Madrid y del COP son los más productivos, a ellas están vinculados los ó autores más productivos (Hernández, Prieto, Camarero, Duro, Olabarría y Ávila) (Civera, 1991).

<sup>21</sup>La primera editorial señalaba las mayores dificultades, las externas, sobre todo las relativas al mercado de trabajo, y las internas, sobre todo la "guerra entre escuelas, y la inadecuación de la propuesta formativa, con ausencia de práctica profesional." (Junta de Gobierno, 1981b)

<sup>22</sup>Entre los temas más discutidos en sus páginas: Congresos y reuniones, Profesión. Situación laboral, Formación Universitaria y de postgrado, Política Social. Política Sanitaria, Psicología clínica, Información Colegial, Psicología Escolar y Educativa, Psicología Comunitaria, Psicología y Minusvalía, Psicología y Servicios Sociales. Mucho menos otros temas como Psicología y Fuerzas Armadas, Psicología del Envejecimiento, Psicología Política, Psicología Jurídica, o Psicología del Tráfico (Civera & Alonso, 1995).





drid<sup>21</sup>. Cumplía un doble papel, definir una identidad profesional<sup>22</sup> y vincular la Junta de Gobierno con los colegiados de toda España. Sus editoriales permiten seguir la trayectoria del COP (Camarero, 1989; Civera & Alonso, 1995; Padilla, 2008; Vera & González, 2006), y muestran los grandes problemas: la masificación en los estudios universitarios, la formación y su falta de perspectiva profesionalizante, a pesar de intentos fallidos como prácticas obligatorias, *practicum*, postgrados, etc.<sup>23</sup>, la reforma sanitaria (sobre todo salud mental y relaciones con la psiquiatría) y la de los servicios sociales, así como la situación laboral de los psicólogos. Pronto, además de discutir salidas profesionales y reclamar el apoyo político varias veces prometido (Junta de Gobierno, 1985b), se presenta un anteproyecto de Código Deontológico (Batres, 2001; Bermejo, 2001; Junta de Gobierno, 1984)<sup>24</sup>, necesario para ordenar un colectivo que multiplicaba por 9 su número en apenas 9 años (Olabarria, 1989), en paralelo al brutal crecimiento de estudiantes (Blanco, 1998).

Los temas tratados en los multitudinarios congresos que organizaron la SEP (7º, Santiago 1982, 8º, Barcelona 1990) y el COP (I, Madrid 1984, II, Valencia 1989), marcan los grandes ámbitos y las diferencias en los intereses del mundo universitario y profesional. En los primeros, con más representantes de la psicología que se hace en las Facultades, la psicología experimental (humana y animal) destacó claramente, y la aproximación conductual a los procesos psicológicos, a la evaluación y la intervención son dominantes. Los Congresos del COP se centran en temas profesionales y aplicados. Aportan “experiencias, ideas, reflexiones, análisis, conocimientos, métodos, caminos prácticos a las distintas áreas de aplicación de la psicología: la escuela, la salud, la seguridad vial, la reforma psiquiátrica, los servicios sociales, el trabajo, la empresa, los equipos multiprofesionales, el deporte, los gabinetes psicopedagógicos, la psicología comunitaria, etc.” (Camarero, 1989, 65) En todos los congresos, la presencia de universitarios, ansiosos de currículos, antes y después de las acreditaciones como profesores funcionarios, fue mayoritaria<sup>25</sup>, si bien

se mantiene una distancia entre docentes e investigadores y profesionales (Vera & González, 2006).

Este diferencial espectro teórico coincide con el análisis de los artículos de revistas (Moya, 1990), de libros (Moya & Valiente, 1991) y de tesis doctorales (Pérez & Mestre, 1991) publicadas. No solo se incrementó el número de artículos, libros y tesis psicológicas, sino el número de revistas. Estas últimas experimentaron una rápida eclosión, abriéndose a las nuevas áreas de conocimiento que vertebraban el profesorado, y a diferentes perfiles profesionales, pese a que muchos trabajos continuaban publicándose en revistas multidisciplinarias, o de otros ámbitos (pedagógicas, fisiológicas, médicas o puramente culturales).

La organización colegial inició una activa política de revistas (Padilla, 2008; Pérez, 2008, Tortosa, 2019), que complementó con la edición de diferentes tipos de materiales impresos de periodicidad variable<sup>26</sup>. Todo como parte de un proyecto colectivo empujado por el afán profesionalizador de ese COP que buscaba imagen social e identidad profesional. Dentro de esa estrategia la comunicación era esencial. Las nuevas publicaciones pretendían dar información y voz a los profesionales, si bien posteriormente irían ocupando sus páginas docentes e investigadores (Tortosa, 2019).

Comenzaba además una incipiente internacionalización, un papel que había venido asumiendo la SEP. Se incorporó al comité ejecutivo de la IUPsyS en el Congreso de Sidney (1988), y a la actual European Federation of Psychologists' Associations (Lausanne, 1986) (Poortinga, & Lunt, 2011). Además, organiza en Madrid, con la colaboración de la SIP, un primer Congreso Iberoamericano de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones (marzo 1988) y un I Congreso Iberoamericano de Psicología (julio 1992). Anuncia que la IAAP celebrará en Madrid (1994) el XXIII Congreso Mundial de Psicología Aplicada, recuperando la tradición que había reunido en Barcelona el II y VI Congresos de Psicotecnia (Saiz, et al., 1994).

<sup>23</sup> Es un clásico de la década, para estudiantes, colegiadas/os, y colectivos docentes (Crespo, 1982; Varios, 1982)

<sup>24</sup> La Junta de Gobierno adquirió el compromiso de desarrollar el Código Deontológico del Psicólogo a partir del anteproyecto presentado en el I Congreso del COP. Poco después, organizaba unas Jornadas para su elaboración (Madrid, enero 1987), con una gran participación desde Delegaciones y Facultades. El proyecto de Código se sometió a exposición pública (febrero 1987). El 13 de marzo de 1987, la Comisión de Seguimiento nombrada en las Jornadas, tras decidir sobre las enmiendas, elevó la propuesta de texto a la ratificación por parte de la Junta de Gobierno. Una vez ratificado (mayo 1987), tras el preceptivo periodo de difusión pública, estudio y desarrollo, la Asamblea General del COP la refrenda (27 marzo 1993) (Código Deontológico, 1993).

<sup>25</sup> Estos y otros Congresos ayudaron a que la sociedad, los poderes legales y económicos y los fácticos comenzaran a hacerse una idea de lo que era la psicología y el psicólogo, todavía sin una imagen social y corporativa nítida (Berenguer & Quintanilla, 1994). Tampoco los propios estudiantes la tenían (Sierra & Freixa, 1993).

<sup>26</sup> *Psicothema*, editada por la División de Filosofía, Psicología y Ciencias de la Educación de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Oviedo y la Delegación Norte del COP, es la que más años está incluida en WOS (Tortosa, González, Santolaya y Aguilar, 2020).

<sup>27</sup> A mitad de la década, ante las elecciones generales del 22 de junio de 1986, el COP resumía los principales problemas que aquejaban a la Psicología para que fueran conocidos por los partidos concurrentes (Junta de Gobierno, 1985b).



*Papeles* cerraba la década con un monográfico titulado *Profesión y Colegio, Memoria de una década* (Varios, 1989a). Comenzaba con una memoria personal del primer Decano<sup>27</sup>, quien señalaba como principales problemas el paro y el subempleo, así como la inexistencia en el ámbito sanitario. No obstante, continuaba, los 80 habían sido también años decisivos para la configuración, desarrollo y extensión de la profesión, para encontrar señas de identidad, para darla a conocer, para poner en común conceptos y delimitar contenidos, para abrir nuevos campos de investigación y de intervención. Por eso, se la considera como "la década del psicólogo, de la definición de su papel social" (Camarero, 1989)<sup>28</sup>.

El monográfico, publicado por un *Papeles* que iniciaba con el antiguo Decano Carlos Camarero una actividad editorial vinculada ya al COP, respondía a la iniciativa de la nueva Junta de Gobierno, presidida por Adolfo Hernández, secretario de la Junta anterior, que se mantendría hasta 1993. Mantiene una línea de continuidad desde la constitución del COP

(Hernández, 1990)<sup>29</sup> (Tabla 3). Una Junta que afronta, a pesar de mejoras objetivas, un problema de base no resuelto. Continúa el desajuste entre oferta formativa en la universidad y demandas laborales, cambios de planes de estudios con la asignatura pendiente de unas prácticas curriculares insuficientes y en muchos casos alejadas de la realidad profesional<sup>31</sup>.

Quienes practicaban psicología seguían sin tener personalidad profesional plena en ámbitos sanitarios, educativos y de intervención social. Los perfiles profesionales no estaban definidos, se mantenían niveles inaceptables de paro y subempleo, la política de internacionalización no seguía una estrategia definida, continuaba la falta de representatividad en la toma de decisiones, seguía sin cerrarse la interminable historia de la aprobación de los Estatutos, y no mejoraba el difícil encaje de un Colegio estatal, que mantenía su núcleo duro en Madrid, con una España de autonomías<sup>31</sup>. Además, tuvo que afrontar problemas nuevos como los derivados de la propuesta primero y aprobación después de la Licenciatura en Psicopedagogía.

**TABLA 3**  
**JUNTAS DE GOBIERNO DEL COLEGIO ELEGIDAS EN**  
**1887 Y 1990**

Decana/o	Adolfo Hernández-Gordillo (presidente de la Delegación de Madrid hasta 22 de diciembre de 1988)	Adolfo Hernández-Gordillo
Vicedecana/o	Juan Huerta Pérez	Juan Huerta Pérez
Secretaria/o	Begoña Olabarría González	Begoña Olabarría González
Vicesecretaria/o	María del Valle Laguna Barnés (Dimitió el 14/02/1989)	José María Prieto Zamora
Tesorera/o	Adelina Lorenzo Segovia	Dositeo Artiaga Moiron
Vocales	Mauricia González Priego, José María Gutiérrez Gutiérrez, Jose María Peiró Silla, José María Prieto Zamora, Jesús Rodríguez Marín, Encarna María Sánchez Espinosa, Alejandro Torres Carbajo, Juan de Dios Uriarte Arciniega (Dimitió el 5/03/1988)	Alejandro Ávila Espada, Manuel Berdullas Temes, Manuel Filgueira Lois, Alfonso Luque Lozano ((Dimitió el 13/07/1990), Jose María Peiró Silla, Santiago Porta Dovalo, Jesús Rodríguez Marín, Juan Romero Rodríguez

<sup>28</sup> Ese año, el COP aprobaba el proyecto "*Identidad e imagen corporativa del Psicólogo en el Estado Español: un estudio desde la perspectiva del Marketing Social y Profesional*" (Quintanilla, 1990), que pretendía obtener información que orientase nuevas estrategias de posicionamiento. Sus principales resultados se publican en el monográfico "El psicólogo en España: Situación laboral y perfil profesional" (Díaz & Quintanilla, 1992).

<sup>29</sup> La nueva Junta centra sus objetivos en torno a 4 grandes retos: Renovación de los planes de estudios, consolidación de la profesión en los sectores educativo y sanitario, imagen social y mantenimiento del COP como una organización unitaria y representativa de los psicólogos (Hernández, 1990).

<sup>30</sup> Chacón (1995) caracteriza el proceso de diseño de los nuevos Planes de Estudio como endogámico, no se implica referentes externos, como empresas que contratan psicólogos, COP, asociaciones, expertos en diversos ámbitos, etc.

<sup>31</sup> Mantiene un modelo organizativo repleto de problemas (Hernández, 1989a), como: 1. La existencia de Delegaciones y Subdelegaciones en vez de Colegios de ámbito autonómico, aunque hay Delegaciones que todavía no coinciden con los territorios autonómicos, bien por defecto o por exceso. 2. El mantenimiento de una Junta de Gobierno Estatal en lugar de un Consejo General de Colegios. 3. La carencia de Reglamentos de Delegación. 4. La inestabilidad en el liderazgo y en las estructuras de representación. 5. Falta de estructuras de organización profesional sectorial, además de las territoriales. Para afrontarlos es necesario lograr la aprobación de unos Estatutos definitivos y construir una organización más eficaz y eficiente, sensible a los territorios.



gología (MEC, 1993), pese a su activa oposición y la de la Conferencia de Decanos y Decanas de Psicología-CDPUE. Además, seguían activos sesgos negativos en las atribuciones sociales y profesionales, existía un generalizado desconocimiento de las nuevas especialidades, y se mantenía un solapamiento entre la psicología y la psiquiatría en el que dominaba la segunda.

No obstante, no todo fueron malas noticias. La larga lucha por la definición de la psicología como profesión sanitaria conoció una gran victoria. Teniendo como objetivo el pleno reconocimiento, diseñan un proyecto de formación postgraduado de especialistas en Psicología Clínica a través de un sistema PIR<sup>32</sup>, que ya contaba con antecedentes en varias autonomías. El sistema PIR pretende definir, en el futuro Decreto-Ley de Especialidades en Ciencias de la Salud, un perfil propio en la red asistencial de salud mental del Sistema Na-

cional de Salud (Varios, 1990). En esa estrategia fueron claves las Sentencias del Tribunal Supremo de 12 y 13 de diciembre de 1990 que avalaban que la actividad clínica puede y debe ser encuadrada como profesión sanitaria, eximiendo del IVA<sup>33</sup>.

Comenzaba una nueva década, la de los 90, y lo hacía con la legalización de un título universitario oficial de Licenciado en Psicología<sup>34</sup>, incorporándose en el catálogo de títulos universitarios oficiales de España. Era un título capacitante para un público creciente, que se matriculaba ya en una Licenciatura. El título habilitaba para la docencia y la investigación, pero también capacitaba para un ejercicio profesional diferenciado, el que debía seguir precisando y defendiendo el COP, tarea en la que se vería acompañada por la CDPUE<sup>35</sup>.

**TABLA 4**  
**CANDIDATURAS ELECCIONES PARA LA CONSTITUCIÓN DE LA**  
**JUNTA DE GOBIERNO DEL COP – 1993**

Decana/o	Begoña Olabarría González	Francisco Santolaya Ochando
Vicedecana/o	Miguel Anxo García Alvarez	Eduardo Montes Velasco
Secretaria/o	Teresa García Moreno	Manuel Mariano Vera Martínez
Vicesecretaria/o	Manuel Berdullas Temes	Juan Manuel Egurtza Muniáin
Tesorera/o	Luis María Sanz Moriñigo	Rosario Carcas Castillo
Vocales	José Manuel Gil Vega, Adolfo Fernández Barroso, Amparo Belloch Fuster, Alejandro Ávila Espada, Margarita Laviana Cuetos, Enrique Carbonell Vaya, Juan Romero Rodríguez, Santiago Porta Dovalo	Isidro Felipe Carbonero Rodríguez, Luís de Nicolás Martínez, José Ramón Fernández Hermida, Jaime Garau Salas, Antonio Rodríguez Batista, Ignacio Rubio Izquierdo, Francesc Campos i Alemany, Avelina Peleato Sánchez

<sup>32</sup> EL COP y las Comunidades Autónomas de Galicia, Andalucía, Madrid, Navarra y Castilla y León presentan un Documento marco sobre formación postgraduada en psicología clínica a través de un sistema PIR (COP, 1990)

<sup>33</sup> “Las actividades que tienen por objeto el estudio de la psiquis, el diagnóstico, la prevención o la curación de sus alteraciones, realizadas por quienes, adscritos al Colegio Oficial de Psicólogos, están habilitados profesionalmente para ello (...), son prestaciones de asistencia a personas físicas en el ejercicio de profesiones sanitarias y, consecuentemente, dichas actividades están exentas del impuesto sobre el valor añadido (...)” (Dirección General de Tributos, 1991).

<sup>34</sup>Un año antes el COP había dedicado el número 38 de *Papeles*, a analizar la “Formación de psicólogo para los 90, Los planes de estudio a debate” (Varios, 1989b). El COP, en la figura de su Decano, participó en el Grupo de Trabajo 11, presidido por el sociólogo Salvador Giner y con el psicólogo madrileño Florencio Jiménez como secretario. El Grupo elaboró las directrices generales propias conducentes a la obtención de los títulos de Trabajo Social, Ciencias Políticas, Sociología, Ciencias de la Información, Antropología y Psicología. El subgrupo de Psicología lo formaban Florencio Jiménez, Antonio Caparrós, Manuel de Vega, Jaime Vila, Carlos Castilla del Pino, Juan del Val y Adolfo Hernández (en representación del COP).

<sup>35</sup> Durante el IV Congreso Nacional de Psicología Social (Santiago, septiembre 1990), con el objetivo de afrontar unitariamente la inminente reforma de los planes de estudios, los decanos y directores de secciones presentes deciden convocar a una reunión a Decanas/os y Directoras/es de las Secciones de Psicología de las Universidades, que tuvo lugar, con 13 representantes, entre ellos el Presidente de la Delegación gallega del COP, en noviembre de aquel mismo 1990, también en Santiago. Ese fue el germen de la CDPUE.



Esta primera etapa se cierra en 1993, Se celebran elecciones en el COP, por primera vez con dos candidaturas (Tabla 4). Se proclama la liderada por Francisco Santolaya. Comienza un proceso de descentralización en la toma de decisiones y transformación de la estructura colegial, así como, con los Estatutos ya aprobados, de consolidación y definición de la profesión, que ayudará al posicionamiento internacional de la psicología.

### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

### REFERENCIAS

- Anónimo (1952). Congresos y Reuniones Nacionales (Estatutos de la Sociedad Española de Psicología). *Revista de Psicología General y Aplicada*, 7(22-24), 492-494. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/260602>.
- Bandrés, J., & Llavona, R. (2004). La Escuela de Psicología y Psicotecnia de la Universidad de Madrid. *Psicothema*, 16(2), 173-180. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1179>.
- Batres, C. (2001). Deontología Profesional: Fin de una etapa. Un momento crucial. *Papeles del Psicólogo*, 78, <http://www.papelesdelpsicologo.es/contenido?num=1078>.
- Bermejo, V. (2001). La elaboración y la aprobación del Código Deontológico del Psicólogo. *Papeles del Psicólogo*, 78, <http://www.papelesdelpsicologo.es/contenido?num=1078>.
- Berenguer, G., & Quintanilla, I (1994). La imagen de la psicología y los psicólogos en el estado español. *Papeles del Psicólogo*, 58, <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=618>.
- Blanco, A. (1998). Informe de la Conferencia de Decanos de Facultades de Psicología: Requisitos y necesidades de formación para la psicología del siglo XXI. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 51, 149-172. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/164216>.
- Blanco, A., & Botella, J. (1995). La enseñanza de la psicología en España a la luz de los nuevos planes de estudio. *Papeles del Psicólogo*, 62, 29-47. <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=672>.
- Blanco, F. (1997). *Historia de la psicología española desde una perspectiva socioinstitucional*. Biblioteca Nueva.
- Camarero, C. (1989). Memoria escrita. *Papeles del Psicólogo*, 36-37, 64-67. <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=378>.
- Campos, J., & Llavona, R. (Eds.) (1987)., 4. Los orígenes de la Psicología experimental en España: El Dr. Simarro. *Investigaciones Psicológicas, Revista de la Facultad de Psicología Universidad Complutense de Madrid*. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/11504/>.
- Campos, J., Bandrés, J., & Carpintero, H. (2002). *Luis Simarro y la psicología científica en España cien años de la cátedra de psicología experimental en la Universidad de Madrid*. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones.
- Carpintero, H. (2004). *Historia de la psicología en España*. Pirámide.
- Carpintero, H. (2014). *Luis Simarro: De la psicología científica al compromiso ético*. Universitat de València.
- Carpintero, H., & Lafuente, E., (2008) The Congress that never was. The Madrid International Congress of Psychology (1936), *History of Psychology*, 11(4): 220-238. <https://doi.org/10.1037/a0014261>.
- Carpintero, H., & Tortosa, F. (1996): La Psicología Española a través de la Revista de Psicología General y Aplicada. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 49(3-4), 373-410. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/164204>.
- Chacón, F. (1995). Comentarios sobre el proceso de elaboración de los nuevos Planes de Estudio de Psicología. *Papeles del Psicólogo*, 62. <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=674>.
- Chacón, F. (2009). La formación en los colegios profesionales, el aprendizaje a lo largo de la vida, la acreditación profesional y la calidad de servicios a los usuarios. *Arbor*, CLXXV EXTRA, 111-124. <http://doi.org/10.3989/arbor.2009.extran1209>.
- Civera, C. (1991). *La psicología española a través de sus profesionales: Papeles del Colegio (1981-1990)*. Universidad de Valencia: Tesis de Licenciatura (inédita).
- Civera, C., & Alonso, F. (1995). La evolución de la psicología profesional en España (1980-1995). *Revista de Historia de la Psicología*, 16(3-4), 281-292. <https://www.revistahistoriapsicologia.es/archivo-all-issues/1995-vol-16-n%C3%BAm-3-4/>.
- Código Deontológico (1993). Refrendado por la Asamblea General del Colegio Oficial de Psicólogos de 27 de marzo de 1993. <https://www.copmadrid.org/web/el-colegio/comision-dentologica>.
- Colegio Oficial de Psicólogos/COP (1990). Documento marco sobre formación postgraduada en psicología clínica a través de un sistema PIR. *Papeles del Psicólogo*, 43, <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=444>.
- Colegio Oficial de Psicólogos. Delegación de Madrid (1981). *Memoria 1981*. Colegio Oficial de Psicólogos. Delegación de Madrid. [https://www.copmadrid.org/web/img\\_db/publicaciones/memoria-actividades-1981-5cc2f73ad64e6.pdf](https://www.copmadrid.org/web/img_db/publicaciones/memoria-actividades-1981-5cc2f73ad64e6.pdf).
- Crespo, E. (1982). Necesidades formativas de los psicólogos. *Papeles del Psicólogo*, 6. <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=84>.
- Díaz-Pinés, O. (1964). Crónica cultural española: XXV aniversario de la fundación del CSIC. *Arbor*, 59(227), 247-266.
- Díaz, R., & Quintanilla, I (1992). La identidad profesional del psicólogo en el estado español (I, II, III). *Papeles del Psicólogo*, 52, <http://www.papelesdelpsicologo.es/contenido?num=1052>.
- Duro, J. (2001). Psicología y Salud Comunitaria durante la Transición Democrática. Monografías profesionales. *Clínica y Salud*, 12(número extraordinario), 5-175. <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/98f13708210194c475687be6106a3b84>.



- Fernández, J. (1999). Sobre formación de pregrado. *Infocop*, 72. <https://www.cop.es/index.php?page=Infocop-Revistas>.
- Freixa, M. (Coord.) (2005). *Libro Blanco Título de Grado en Psicología*. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA).
- Gabucio, F., Malapeira, J., Forns, M., Guardia, J., & Quevedo M.J. (1994). El desarrollo de la enseñanza (1969-1993): planes de estudio, profesorado y alumnado. *Anuario de Psicología*, 63(4), 109-166. <https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/9165/11710>.
- Germain, J. (1953). Sociedad Española de Psicología. Acta Sesión Inaugural: palabras del presidente de la Sociedad, D. José Germain. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 8(27), 479-496. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/260013>.
- Germain, J. (1967). Discurso inaugural. En *Actas y Trabajos del II Congreso Nacional de Psicología. XI Reunión Anual*. Madrid: Publicaciones de la Sociedad Española de Psicología, XIV.
- Germain, J. (1980). Jose Germain: Autobiografía (II). *Revista de Historia de la Psicología*, 1(2), 139-170. <https://www.revistahistoriapsicologia.es/archivo-all-issues/1980-vol-1-n%C3%BAm-2/>.
- Germain, J. (1983). Entrevista por Alberto Fernández-Liria y Ana Isabel Romero. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 3(7), 37-46. <http://www.revistaen.es/index.php/aen/article/view/14696>.
- González, L. (1982). Estatutos del Colegio Oficial de Psicólogos, una elaboración democrática. *Papeles del Colegio*, 3, <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=52>.
- Hernández, A. (1982a). La situación laboral de los psicólogos (1). *Papeles del Colegio*, 2, <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=108>.
- Hernández, A. (1982b). Estatutos del Colegio oficial de Psicólogos, una elaboración democrática. *Papeles del Colegio*, 3, <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=52>.
- Hernández, A. (1984). La Psicología como profesión. *Papeles del Colegio*, 16-17, <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=193>.
- Hernández, A. (1989a). El modelo organizativo del COP. *Papeles del Colegio*, 36-37. <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=374>.
- Hernández, A. (1990). Nueva Junta de Gobierno; un Colegio de todos y para todos. *Papeles del Psicólogo*, 46-47. <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=460>.
- Hernández, A. (2001). Prólogo. En J.C. Duro *Psicología y Salud Comunitaria durante la Transición Democrática*. Monografías profesionales. *Clínica y Salud*, 12(número extraordinario), 7-12. <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/98f13708210194c475687be6106a3b84>.
- Hofrichter, A. (2015). "La modernidad ajena": Orden simbólico y política científica bajo el franquismo. Recuperado desde <https://www.ucm.es/data/cont/docs/297-2015-04-10-3-15.pdf>.
- Huertas, J., Padilla, J., & Montes, A. (1997). La supervivencia de la Psicología en diversas instituciones madrileñas después de la guerra (1939-1953). En F. Blanco (Ed.), *Historia de la Psicología española* (pp. 219-243). Biblioteca Nueva.
- Junta de Gobierno (1981a). El Colegio y la Delegación de Madrid. *Papeles del Colegio*, 0, <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=18>.
- Junta de Gobierno (1981b). Un año como punto de partida. *Papeles del Colegio*, 0, <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=1>.
- Junta de Gobierno (1984). Anteproyecto de Código Deontológico. *Papeles del Colegio*, 15, <http://www.papelesdelpsicologo.es/contenido?num=1015>.
- Junta de Gobierno (1985a). De nuevo los Estatutos: un problema inacabable. *Papeles del Colegio*, 22-23, <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=238>.
- Junta de Gobierno (1985b). Los psicólogos y las elecciones generales. *Papeles del Colegio*, 26, <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=271>.
- Leysen, S., & Mülberger, A. (2018). Psychology from a neo-thomist perspective: The Louvain-Madrid connection. In R. Heynicks & S. Symons (Eds.), *So what's new about Scholasticism? How Neo-Thomism helped shape the twentieth century* (pp. 181-204). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110588255>.
- López, J. (2016). El árbol de la ciencia nacional católica: los orígenes del Consejo Superior de Investigaciones Científicas. *Cuadernos de Historia Contemporánea*, 38(Especial), 171-184. <https://doi.org/10.5209/CHCO.53672>.
- Martí, C. (1990). *José Germain y la psicología española*. Tesis Doctoral. Valencia: Universidad de Valencia (inédita).
- Martínez, R. (2007). *Maestros y discípulos en la psicología española contemporánea. Un estudio a través de las tesis doctorales*. Tesis Doctoral. Valencia: Universidad de Valencia (inédita). <https://mobiroderic.uv.es/handle/10550/15389>.
- Moya, J. (1990). Preferencias temáticas de los psicólogos españoles. Un estudio realizado a través de 8 revistas españolas (1978-1987). *Revista de Historia de la Psicología*, 11(3-4), 221-231. <https://www.revistahistoriapsicologia.es/archivo-all-issues/1990-vol-11-n%C3%BAm-3-4/>.
- Moya, J., & Valiente, P. (1991). Diez años de psicología. Un estudio de los libros aparecidos entre 1980 y 1989. *Revista de Historia de la Psicología*, 12(3-4), 221-232. <https://www.revistahistoriapsicologia.es/archivo-all-issues/1991-vol-12-n%C3%BAm-3-4/>.
- Olabarria, B. (1989). Las actividades de la secretaría estatal. *Papeles de Psicólogo*, 36-37. <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=375>.
- Otero, L. (2014). La universidad nacionalcatólica. En L. Ote-



- ro (Dir.), *La Universidad nacionalcatólica. La reacción antimoderna* (pp. 69-129). Universidad Carlos III. Madrid: Dykinson.
- Padilla, J. (2008). Apuntes para la historia del Colegio Oficial de Psicólogos. *Revista de Historia de la Psicología*, 29(3-4), 137-143. <https://www.revistahistoriapsicologia.es/archivo-all-issues/2008-vol-29-n%C3%BAm-3-4/>.
- Pérez, E., & Mestre, V. (1991). La psicología en España a través de las tesis doctorales sobre psicología en las universidades españolas. *Revista de Historia de la Psicología*, 12(2), 59-72. <https://www.revistahistoriapsicologia.es/archivo-all-issues/1991-vol-12-n%C3%BAm-2/>.
- Pérez, F. (2008). El Colegio Oficial de Psicólogos como productor de revistas científicas. *Revista de Historia de la Psicología*, 29(3-4), 171-183. <https://www.revistahistoriapsicologia.es/archivo-all-issues/2008-vol-29-n%C3%BAm-3-4/>.
- Pinillos, J.L. (1981). La segunda vida de José Germain, el patrón del buen ánimo. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 36(6), 1116-1120. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/225755>.
- Poortinga, Y., & Lunt, I. (2011). Psychology as a profession and a science: The change from EFPPA to EFPA. *European Psychologist*, 16(2), 111-117. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000088>.
- Quintana, J. (2004a). Proceso de provisión de las cátedras universitarias de "psicología experimental" y de "psicología superior" anteriores a la Guerra Civil. *Revista de Historia de la Psicología*, 25(2-3), 179-336. <https://www.revistahistoriapsicologia.es/archivo-all-issues/2004-vol-25-n%C3%BAm-2-3/>.
- Quintana, J. (2004b). Proceso histórico de desmantelamiento de la psicología experimental de los estudios universitarios. Primeros pasos hacia la recuperación. *Revista de Historia de la Psicología*, 25(2-3), 337-422. <https://www.revistahistoriapsicologia.es/archivo-all-issues/2004-vol-25-n%C3%BAm-2-3/>.
- Quintana, J. (2010). José Germain y el proceso histórico de fundación de la «Escuela de Psicología y Psicotecnia» de la Universidad de Madrid. *Revista de Historia de la Psicología*, 31(2-3), 23-40. <https://www.revistahistoriapsicologia.es/archivo-all-issues/2010-vol-31-n%C3%BAm-2-3/>.
- Quintanilla, I. (1990). Identidad e imagen corporativa del psicólogo en el estado español. *Papeles del Psicólogo*, 44-45. <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=453>.
- Rosa, A., & Travieso, D. (2002). La psicología académica madrileña en el tardofranquismo y la transición democrática: Organización académica y productividad científica. *Revista de Historia de la Psicología*, 23(3-4), 553-568. <https://www.revistahistoriapsicologia.es/archivo-all-issues/2002-vol-23-n%C3%BAm-3-4/>.
- Saiz, D., & Saiz, M. (1996). *Personajes para una historia de la psicología en España*. Pirámide.
- Saiz, M., Saiz, D., Mülberger, A., Alfaro, M., del Blanco, R., Capdevila, A., Peralta, A., & Trujillo, J. (1994). La II y VI Conferencias Internacionales de Psicotecnia celebradas en Barcelona. Algunas de sus repercusiones en el ámbito social e institucional. *Revista de Historia de la Psicología*, 15(3-4), 227-237. <https://www.revistahistoriapsicologia.es/archivo-all-issues/1994-vol-15-n%C3%BAm-3-4/>.
- Santolaya, F., Berdullas, M., & Fernández, J. (2002). La década 1989-1998 en la psicología española: análisis del desarrollo de la psicología profesional en España. *Papeles del Psicólogo*, 82, 65-82. <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=890>.
- Sierra, J., & Freixa, E. (1993). Estudio preliminar de la evolución de la imagen de la psicología en estudiantes españoles de esta carrera. *Psicothema*, 5(1), 67-82. <http://www.psicothema.com/pdf/862.pdf>.
- Siguán, M. (1955). Sobre la afición por la psicología y la formación de los psicólogos. En *Cursos y Conferencias. Enseñanza psicológica* (253-258). *Revista de Psicología General y Aplicada*, 10(33), 252-265. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/260688>.
- Siguán, M. (1978). La enseñanza universitaria de la psicología en España. Notas para su historia. *Anuario de Psicología*, 19, 125-138. <https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/9558/12409>.
- Siguán, M. (1990). Entrevista con F. Tortosa. Valencia. II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Incluida en Tortosa, F., Alonso, F., y Civera, C. (1996). Miguel Siguán. Semblanza y recuerdos. En M. Saiz, D. Saiz (Coord.), *Personajes para una Historia de la Psicología en España* (pp. 509-526). Madrid: Pirámide.
- Tortosa, F., Alonso, F., & Civera, C. (1994). Maestros y discípulos entre los psicólogos españoles. El caso de Miguel Siguán. *Anuario de Psicología*, 63, 167-186. <https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/9166/11712>.
- Tortosa, F., Santolaya, F., & Civera, C. (2015). La psicología española contemporánea. ¿Una realidad plétorica? *Informació Psicològica*, 109, 51-71. [http://www.informaciopsicologica.info/original\\_articles.php?cod=bGVvbmNyPTEzMiZucj0xMDkmZnA9SnVsaW8gLSBEaWNpZW1icmUmYXJ0aWNsZT0yMjZsZW9u](http://www.informaciopsicologica.info/original_articles.php?cod=bGVvbmNyPTEzMiZucj0xMDkmZnA9SnVsaW8gLSBEaWNpZW1icmUmYXJ0aWNsZT0yMjZsZW9u).
- Tortosa, M., González, F., Santolaya, J., & Aguilar, C. (2020). The role of the Association of Psychologists-COP in the international ranking of Spanish Psychology (1979-2018). *Anales de Psicología*, 36(1), 12-23. <https://doi.org/10.6018/analesps.388691>.
- Tortosa, M. (2019). *Internacionalización y posicionamiento contemporáneo de la psicología española a través de las revistas españolas. El papel del Colegio de Psicólogos*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia. <https://roderic.uv.es/handle/10550/72532>.
- Travieso, D., Rosa, A., & Duro, J. (2001). Los comienzos de la institucionalización profesional de la psicología en Madrid. *Papeles del Psicólogo*, 80, 14-31. <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=870>.



- Varios (1982). La Formación Universitaria de los psicólogos. *Papeles del Psicólogo*, 7. <http://www.papelesdelpsicologo.es/contenido?num=1007>.
- Varios (1989b). Profesión y Colegio. Memoria de una década. *Papeles del Psicólogo*, 36-37. <http://www.papelesdelpsicologo.es/contenido?num=1036>.
- Varios (1989a). Formación de psicólogo para los 90, Los planes de estudio a debate. *Papeles del Psicólogo*, 38. <http://www.papelesdelpsicologo.es/contenido?num=1038>.
- Varios (1990). PIR: Formación de especialistas en psicología clínica. *Papeles del Psicólogo*, 43. <http://www.papelesdelpsicologo.es/contenido?num=1043>.
- Vera, J. (2005). Un año para recordar en la historia de la psicología española. *Revista de Historia de la Psicología*, 26(4), 213-242. <https://www.revistahistoriapsicologia.es/archivo-all-issues/2005-vol-26-n%C3%BAm-4/>.
- Vera, J. (2008). Puente de plata para un provechoso encuentro entre la nueva historia y la psicología contemporánea. Pretextos para un diálogo necesario. *Revista de Historia de la Psicología*, 29(1), 7-29. <https://www.revistahistoriapsicologia.es/archivo-all-issues/2008-vol-29-n%C3%BAm-1/>.
- Vera, J., & González, S. (2006). Historia de la psicología en España: las relaciones entre academia y profesión en la década de los ochenta. *Revista de Historia de la Psicología*, 27(2-3), 195-204. <https://www.revistahistoriapsicologia.es/archivo-all-issues/2006-vol-27-n%C3%BAm-2-3/>.
- Yela, M. (1953). La enseñanza de la psicología en España. *Revista de Educación*, IV(10), 155-159. [https://sede.educacion.gob.es/publiventa/descarga.action?f\\_codigo\\_agc=12812\\_19](https://sede.educacion.gob.es/publiventa/descarga.action?f_codigo_agc=12812_19).
- Yela, M. (1967). Homenaje al director del Instituto Nacional de Psicología Aplicada y Psicotecnia. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 22(86-87), 234-242. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/278808>.
- Yela, M. (1982). Esbozo de autobiografía. *Revista de Historia de la Psicología*, 3(4), 281-332. <https://www.revistahistoriapsicologia.es/archivo-all-issues/1982-vol-3-n%C3%BAm-4/>.
- NORMATIVA LEGAL**
- Decreto de 29 de mayo de 1953 por el que se crea una Escuela de Psicología y Psicotecnia en la Universidad de Madrid. *BOE* 165, de 14 de junio de 1953, 3627-3628. <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1953/165/A03627-03627.pdf>.
- Decreto 1774/1968, de 27 de julio, por el que se desarrolla el artículo primero del Decreto-ley de 6 de junio sobre medidas urgentes de reestructuración universitaria. *BOE* 182, de 30 de julio de 1968, 11162. <https://www.boe.es/boe/dias/1968/07/30/pdfs/A11162-11162.pdf>.
- Decreto 1974/1973, de 12 de julio, por el que se autoriza la reestructuración de las actuales Facultades de Filosofía y Letras. *BOE* 201, de 22 de agosto de 1973, 16950-16951. <https://www.boe.es/boe/dias/1973/08/22/pdfs/A16950-16951.pdf>.
- Decreto-Ley 5/1968, de 6 de junio, sobre medidas urgentes de reestructuración universitaria. *BOE* 137, de 7 de junio de 1968, 8254-8255. <https://www.boe.es/boe/dias/1968/06/07/pdfs/A08254-08255.pdf>.
- Ley 83/1965, de 17 de julio, sobre estructura de las Facultades Universitarias y su Profesorado. *BOE* 173, de 21 de julio de 1965, 10293-10296. <https://www.boe.es/boe/dias/1965/07/21/pdfs/A10293-10296.pdf>.
- Ley 43/1979, de 31 de diciembre, sobre creación del Colegio Oficial de Psicólogos. *BOE* 7, de 8 de enero de 1980, 452-453. <https://boe.es/boe/dias/1980/01/08/pdfs/A00452-00453.pdf>.
- Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria. *BOE* 209, de 1 de septiembre de 1983, 24034-24042. <https://www.boe.es/boe/dias/1983/09/01/pdfs/A24034-24042.pdf>.
- Orden de 10 de noviembre de 1965 por la que se crea en la Universidad de Barcelona una Escuela Profesional de Psicología. *BOE* 288, de 2 de diciembre de 1965, 16334. <https://boe.es/boe/dias/1965/12/02/pdfs/A16333-16334.pdf>.
- Orden de 15 de julio de 1969 por la que se crea la Sección de «Psicología» en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Madrid. *BOE* 199, de 20 de agosto de 1969, 13240. <https://boe.es/boe/dias/1965/12/02/pdfs/A16333-16334.pdf>.
- Orden de 17 de septiembre de 1971 por la que se aprueba provisionalmente el Plan de Estudios de la Facultad de Filosofía y Letras de la Nueva Universidad Autónoma de Madrid. *BOE* 274, de 16 de noviembre de 1971, 18454-18458. <https://boe.es/boe/dias/1965/12/02/pdfs/A16333-16334.pdf>.
- Orden de 24 de marzo de 1980 por la que se aprueban los Estatutos Provisionales del Colegio Oficial de Psicólogos. *BOE* 90, de 14 de abril de 1980, 8010-8011. <https://boe.es/boe/dias/1980/04/14/pdfs/A08010-08011.pdf>.
- Orden de 22 de diciembre de 1992 por la que se establecen las titulaciones y estudios previos del primer ciclo, así como los complementos de formación con los que se puede acceder a las enseñanzas de segundo ciclo conducentes a la obtención del título oficial de Licenciado en Psicopedagogía. *BOE* 11, de 13 de enero de 1993, 780-781. <https://www.boe.es/boe/dias/1979/07/05/pdfs/A15327-15327.pdf>.
- Real Decreto 1652/1979, de 25 de mayo, por el que se constituyen las Facultades de Psicología. *BOE* 160, de 5 de julio de 1979, 15327-17790. <https://www.boe.es/boe/dias/1979/07/05/pdfs/A15327-15327.pdf>.



Real Decreto 1888/1984, de 26 de septiembre, por el que se regulan los concursos para la provisión de plazas de los Cuerpos docentes universitarios. *BOE* 257, de 26 de octubre de 1984, 31051-31086. <https://boe.es/boe/dias/1980/04/14/pdfs/A08010-08011.pdf>.

Real Decreto 1497/1987, de 27 de noviembre, por el que se establecen directrices generales comunes de los planes de estudio de los títulos universitarios de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional. *BOE* 298, de 14 de diciembre de 1987, 36639-36643. <https://www.boe.es/boe/dias/1973/09/08/pdfs/A17789-17790.pdf>.

Real Decreto 1267/1994, de 10 de junio, por el que se modifica el Real Decreto 1497/1987, de 27 de noviembre, por el que se establecen las directrices generales comunes de los planes de estudios de los títulos universitarios de carácter oficial y diversos Reales Decretos que aprueban las directrices generales propias de los mismos. *BOE* 139, de 11 de junio de 1994, 18413-18420. <https://www.boe.es/boe/dias/1994/06/11/pdfs/A18413-18420.pdf>.

Real Decreto 1428/1990, de 26 de octubre, por el que se

establece el título universitario oficial de Licenciado en Psicología y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquél. *BOE* 278, de 20 de noviembre de 1990, 34360-34362. <https://www.boe.es/boe/dias/1990/11/20/pdfs/A34360-34362.pdf>.

Resolución de la Dirección General de Universidades e Investigación por la que se determinan las directrices que han de seguir los planes de estudio de las Facultades de Filosofía y Letras. *BOE* 216, de 8 de septiembre de 1973, 17789-17790. <https://www.boe.es/boe/dias/1973/09/08/pdfs/A17789-17790.pdf>.

Resolución de 2 de septiembre de 1991, de la Dirección General de Tributos, por la que se modifican las Resoluciones de fechas 3 de abril, 11 y 24 de noviembre, todas ellas de 1986 ("Boletín Oficial del Estado" de 21 de abril y de 4 y 17 de diciembre), relativas a la tributación de los Psicólogos clínicos por el Impuesto sobre el Valor Añadido. *BOE* 253, de 22 de octubre de 1991, 34212. <https://www.boe.es/boe/dias/1991/10/22/pdfs/A34212-34212.pdf>.





# UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA EFECTIVIDAD Y EFICACIA DE LA TERAPIA DE INTERACCIÓN PADRES-HIJOS

## A SYSTEMATIC REVIEW OF THE EFFECTIVENESS AND EFFICACY OF PARENT-CHILD INTERACTION THERAPY

Rafael Ferro García, María Rodríguez Bocanegra y Lourdes Ascanio Velasco

Centro de Psicología Clínica C.E.D.I.

La Terapia de Interacción Padres-Hijos (Parent-Child Interaction Therapy, PCIT) es una terapia breve para tratar de forma efectiva los problemas de conducta en niños de 2 a 7 años. Se ha realizado una revisión sistemática de la efectividad y eficacia de la PCIT a través de estas bases de datos: Scopus, Web of Science, Psyclit, Google Scholar, ResearchGate, Dialnet, y las de la propia terapia. Se han revisado 165 estudios experimentales seleccionados de un total de 225. Para establecer la eficacia de la terapia se han usado los criterios propuestos por la Society of Clinical Child and Adolescent Psychology. Los resultados de esta revisión indican que PCIT es un tratamiento bien establecido para cinco problemáticas infantiles: problemas de conducta, Trastorno Negativista Desafiante, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, prevención del maltrato y para el tratamiento del maltrato infantil.

**Palabras clave:** Revisión sistemática, Eficacia, Efectividad, Terapia de interacción padres-hijos, PCIT.

Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) is a brief therapy to effectively treat behavioral problems in children aged 2 to 7. A systematic review of the effectiveness and efficacy of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) has been carried out through these databases: Scopus, Web of Science, Psyclit, Google Scholar, ResearchGate, Dialnet, and those of the therapy itself. From a total of 225 studies, 165 experimental studies were selected and reviewed. The criteria proposed by the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology have been used to establish the efficacy of the therapy. The results of this review indicate that PCIT is a well-established treatment for five problems in childhood: behavioral problems, oppositional defiant disorder, attention deficit hyperactivity disorder, prevention of child maltreatment, and child maltreatment.

**Key words:** Systematic review, Efficacy, Effectiveness, Parent-child interaction therapy, PCIT.

La Terapia de Interacción Padres-Hijos (Parent-Child Interaction Therapy, PCIT; Eyberg, 1988, 1999; Eyberg & Funderburk, 2011; Hembree-Kigin & McNeil, 1995; McNeil & Hembree-Kigin, 2011) es una intervención que ha demostrado su eficacia con niños de 2 a 7 años con problemas de conducta. A lo largo de los años se han incrementado los estudios dedicados a medir su efectividad, eficacia, eficiencia, y se ha adaptado a diversos problemas, formatos, culturas, contextos y edades, con resultados exitosos.

La PCIT es una intervención breve que parte de que las conductas problemáticas que presentan los niños que acuden a consulta por este motivo tienen dos funciones: conseguir atención o estimulación y/o escapar de las demandas (Ferro & Ascanio, 2017), y sus dos fases están dirigidas a intervenir sobre estas dos funciones. Su objetivo es establecer una relación entre padres e hijos cálida y amorosa, en la cual los padres aprendan a decrementar las conductas disruptivas de sus hijos, y todo esto hacerlo a través de la situación más natural para un niño que es el juego (Eyberg, 1988). En la pri-

mera fase denominada Interacción Dirigida por el Niño (Child-Directed Interaction, CDI), el tratamiento se centra en enseñar a los padres a usar la atención selectiva, a través de unas habilidades (elogiar, parafrasear, imitar, describir y mostrar entusiasmo) y evitar una serie de actitudes comunes en los padres (dar órdenes, hacer preguntas y/o criticar) y esto se hace en vivo en una situación de juego. En la segunda fase, llamada Interacción Dirigida por los Padres (Parent-Directed Interaction, PDI), la terapia se centra en estrategias de disciplina. Los padres son enseñados en vivo a cómo dirigirse a sus hijos y cómo aplicar consecuencias consistentes a sus conductas, cómo dar instrucciones y hacerlas cumplir, acordar consecuencias por la obediencia y por la desobediencia, y cómo aplicar un Tiempo Fuera eficaz. Se les explica la lógica del juego y se les asignan las tareas que se han entrenado en vivo para aplicarlas en la casa.

Las principales características que diferencian la PCIT de otros programas de Entrenamiento de Padres (EP) son: 1) ser una intervención ideográfica, adaptada a cada familia, 2) llevar a cabo el entrenamiento en vivo, directamente sobre la interacción padres-hijo, permitiendo practicar las habilidades y dando un *feedback* inmediato a los padres, y 3) el uso del juego como situación natural en las relaciones con niños (Ferro & Ascanio, 2014).

Recibido: 2 marzo 2020 - Aceptado: 2 julio 2020

Correspondencia: Rafael Ferro García. Centro de Psicología Clínica C.E.D.I. Avda. de la Constitución 25, 7º Izqda. 18014. Granada. España. E-mail: rferro@cop.es



Existen varios manuales de PCIT (Eyberg, 1999; Eyberg & Funderburk, 2011; Ferro & Ascanio, 2017; Hembree-Kigin & McNeil, 1995; McNeil & Hembree-Kigin, 2011; Niec, 2018) y también, un libro interactivo *online* (Jent et al., 2014). Además, recientemente se han publicado manuales adaptando la terapia a menores de dos años (Girard et al., 2018) y al Trastorno del Espectro del Autismo (McNeil et al., 2018).

Recientemente en el ámbito infantil se han modificado los criterios para considerar la evidencia de las terapias. En este trabajo se han utilizado los criterios que usa la *Society of Clinical Child and Adolescent Psychology* (SCCAP, 2017), que se basan en los de Southam-Gerow y Prinstein (2014). Se proponen cinco criterios metodológicos y cinco niveles de apoyo a la evidencia. Los criterios metodológicos (ver Tabla 1) son: los diseños experimentales utilizados, la definición de la variable independiente, la definición de la población a la que se aplica, una evaluación de los resultados válida y fiable, y un análisis adecuado de los datos. En cuanto a los niveles de evidencia (ver Tabla 2) se dividen en: una terapia bien establecida, probablemente eficaz, posiblemente eficaz, en vías de experimentación, y de una eficacia cuestionable, con sus criterios respectivos.

Hay varias revisiones sobre la PCIT pero no de forma sistemática ni exhaustiva, tampoco actualizadas, e incluso hay meta-análisis de la misma. Algunos de estos meta-análisis se han dedicado a problemas de conducta, demostrando buenos resultados en su efectividad pero en cuanto a su eficacia, hay más variabilidad en los resultados (Cooley et al., 2014; Gallagher, 2003; Ward et al., 2016). Hay otros dos de estos estudios sobre la eficacia en el tratamiento del maltrato infantil pero presentan resultados poco concluyentes (Euser et al., 2015; Kennedy et al., 2016).

El presente trabajo es una revisión sistemática de los estudios empíricos de la eficacia y la efectividad de la PCIT. Se ha actualizado una revisión anterior (Ferro & Ascanio, 2017) hasta el año 2019 inclusive. La revisión se ha centrado en las cinco problemáticas: problemas de conducta, Trastorno Negativista Desafiante, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, prevención y tratamiento del Maltrato Infantil. Además, dentro de cada problemática, los estudios se han dividido en

estudios de efectividad y de eficacia. Los estudios de efectividad se han clasificado en función del tipo de diseño: estudios de caso único y estudios de grupo, que agrupan diseño intra-grupo con medidas pre-post, diseños de línea base múltiple, y otros diseños de grupo que intercalan fases de intervención. También los estudios de eficacia se han clasificado en: diseño entre-grupos con medidas pre-post, entre-grupos con grupo control, entre-grupos aleatorizados y diseños factoriales. Los estudios que muestran una comorbilidad en los diagnósticos han sido considerados en varias categorías, siempre que midan de forma específica tal problemática.

### 1. MÉTODO

Se han revisado numerosos artículos en distintos idiomas (inglés, español, y alemán) publicados en las bases de datos de: Scopus, Web of Science, Psyclit, Google Scholar, ResearchGate, Dialnet; y otras de la propia terapia, como PCIT International, UF Health y UC Davis; y también en manuales recientes, como: Girard et al. (2018) y McNeil et al. (2018), donde aparecen trabajos inéditos. En las bases de datos se

**TABLA 2**  
**NIVELES QUE APOYAN LA EVIDENCIA DE LAS TERAPIAS**  
**(SOUTHAM-GEROW & PRINSTEIN, 2014)**

<p><b>Nivel 1: Tratamientos bien establecidos. Criterios de evidencia:</b></p> <p>1.1 Mostrar la eficacia del tratamiento frente a otros:</p> <p>1.1.a Ser estadísticamente significativo superior a otro tratamiento activo, o al tratamiento farmacológico, o placebo psicológico. O</p> <p>1.1.b Ser equivalente (o no significativamente diferente) al tratamiento bien establecido en experimentos. Y</p> <p>1.1.c Demostrar la eficacia en al menos dos situaciones de investigación independientes y por dos equipos de investigación independientes. Y</p> <p>1.2 Cumplir todos los criterios metodológicos (los 5).</p> <p><b>Nivel 2: Tratamientos probablemente eficaces. Criterios de evidencia:</b></p> <p>2.1 Debe haber al menos dos buenos experimentos que muestren que el tratamiento es superior (estadísticamente significativo) a un grupo de control de lista de espera. O</p> <p>2.2 Uno (o más) experimentos que cumplan con los criterios del nivel de tratamientos bien establecidos, excepto el criterio 1.1.c. (no involucrará equipos de investigación independientes). Y</p> <p>2.3 Cumplir todos los criterios metodológicos (los 5).</p> <p><b>Nivel 3: Tratamientos posiblemente eficaces. Criterios de evidencia:</b></p> <p>3.1 Al menos un buen ensayo controlado aleatoriamente que muestre que el tratamiento es superior a una lista de espera o grupo de control sin tratamiento. Y</p> <p>3.2 Cumplir todos los criterios metodológicos (los 5). O</p> <p>3.3 Dos o más estudios clínicos que demuestren que el tratamiento es eficaz, cumpliendo los últimos cuatro (de cinco) criterios metodológicos, pero ninguno siendo ensayos controlados aleatorios.</p> <p><b>Nivel 4: Tratamientos Experimentales. Criterios de evidencia:</b></p> <p>4.1 Aún no se ha probado en un ensayo controlado aleatoriamente. O</p> <p>4.2 Se ha probado en uno o más estudios clínicos pero no es suficiente para alcanzar los criterios del Nivel 3.</p> <p><b>Nivel 5: Tratamientos de eficacia cuestionable. Criterios de evidencia:</b></p> <p>5.1 Se ha probado en buenos experimentos de diseño de grupo y resultó ser inferior a otro grupo de tratamiento o igual a un grupo de control de lista de espera. La evidencia disponible de estudios experimentales sugiere el tratamiento no produce ningún efecto beneficioso.</p>
--

**TABLA 1**  
**CRITERIOS METODOLÓGICOS PARA EVALUAR LA EVIDENCIA DE UNA TERAPIA**  
**(SOUTHAM-GEROW & PRINSTEIN, 2014)**

- M. 1. **Diseños de Grupo:** Estudios con un diseño controlado aleatoriamente.
- M. 2. **Variable Independiente definida:** Tener manuales de tratamiento o una lógica equivalente ha sido usada para el tratamiento.
- M. 3. **Población definida:** Estudio realizado con una población con unos problemas específicos, con unos criterios de inclusión claramente descritos.
- M. 4. **Evaluación de los resultados:** Evaluación de los resultados fiable y válida. Utilizando (como mínimo) herramientas que midan los problemas específicos.
- M. 5. **Análisis adecuados:** Usar un análisis apropiado de datos y un tamaño de la muestra suficiente para detectar los efectos esperados.



utilizaron palabras clave de búsqueda en inglés: “parent-child interaction therapy”, y “PCIT”. El principal criterio para la selección de los artículos fue que estos presentasen datos y medidas específicas sobre la efectividad o eficacia de la PCIT en las problemáticas mencionadas y en muestras de participantes de problemática definida. En primera instancia se consiguieron 225 artículos, de los cuales se excluyeron 60 porque no alcanzaban los criterios, eran teóricos o no aplicaban el protocolo completo de la terapia. Así, se selec-

cionaron un total de 165 estudios empíricos. Posteriormente, se excluyeron 20 de ellos porque presentaban datos negativos o sin diferencias significativas, y otros 8 se dedicaban a estudiar la eficiencia de la terapia y también fueron excluidos. Finalmente, se seleccionaron 137 trabajos empíricos con resultados positivos. Algunos de estos estudios se consideraron en varias categorías de las problemáticas analizadas, por las razones expuestas anteriormente.

## 2. RESULTADOS

A continuación, se describen los resultados de los estudios empíricos de la aplicación de PCIT en distintas problemáticas en la infancia: problemas de conducta, Trastorno Negativista Desafiante, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, prevención del maltrato infantil y tratamiento de este.

### 2.1. Problemas de conducta en la infancia

Los problemas de conducta disruptiva en la infancia son el área en la que más se ha aplicado PCIT. Entre los estudios de efectividad están los estudios de caso único con diferencias en las medidas pre-post, de los cuales se han encontrado 20 con resultados positivos, tal y como recoge la Tabla 3. En esta misma tabla se exponen 4 estudios de línea base

<b>TABLA 3</b> <b>ESTUDIOS EMPÍRICOS SOBRE PCIT APLICADOS A PROBLEMAS DE CONDUCTA, CLASIFICADOS EN FUNCIÓN DEL DISEÑO Y LOS RESULTADOS</b>		
	Caso único	
<i>Diferencias pre-post</i>		<i>Sin diferencias</i>
Agazzi, Tan, Knap et al. (2018) Ascanio y Ferro (2018) Bagner et al. (2009) Cambic y Agazzi (2019) Cohen et al. (2012) Datyner et al. (2016) Dickinson y Agazzi (2019) Fleming et al. (2017) Hosogane et al. (2018) Kohlhoff et al. (2019) Lesack et al. (2014) Lieneman et al. (2018) Masse et al. (2016) McIntosh et al. (2000) Montes-Vu y Girard (2018) Rowley y Masse (2018) Scatone et al. (2018) Shafi et al. (2018) Sharma et al. (2019) Weinstein et al. (2015)	Fricker-Elhai et al. (2005)	
<i>Diferencias significativas</i>	Línea Base Múltiple	<i>Resultados no concluyentes</i>
Chengappa et al. (2017) Fawley et al. (2019) Filcheck et al. (2004) Mazza (2018)		Madigan (2011)
<i>Diferencias significativas</i>	Intra-grupo	<i>No hay diferencias</i>
Bagner et al. (2013) Budd et al. (2016) Chase et al. (2019) Chen y Fortson (2015) Eyberg y Robinson (1982) Fernández et al. (2011) Funderburk et al. (2015) Garbacz et al. (2014) Graziano et al. (2015) Hatamzadeh et al. (2010) Herschell et al. (2017) Legato (2015) Lenze et al. (2011) Lieneman, Girard et al. (2019) Mersky et al. (2017) Nieter et al. (2013) Pade et al. (2006) Pearl et al. (2012) Phillips et al. (2008) Ros y Graziano (2019) Rothenberg et al. (2018) Scudder et al. (2018) Stokes et al. (2016) Timmer et al. (2005), (2016) Timmer, Urquiza y Zebell (2006) Zimmer-Gembeck et al. (2019) Zlomke et al. (2017)	Riley (2014)	

<b>TABLA 3</b> <b>ESTUDIOS EMPÍRICOS SOBRE PCIT APLICADOS A PROBLEMAS DE CONDUCTA, CLASIFICADOS EN FUNCIÓN DEL DISEÑO Y LOS RESULTADOS (Continuación)</b>		
	Entre-grupos	
<i>Diferencias significativas</i>		<i>No hay diferencias</i>
Abrahamse et al. (2015) Allen et al. (2016) Bagner y Eyberg (2003) Barnett et al., (2015) Foley et al. (2016) Gresl et al. (2014) Kanine et al. (2018) Kohlhoff y Morgan, (2014) Timmer, Ware, et al. (2010) Timmer et al. (2011) Wallace et al. (2018)		Capage et al. (2001) Lieneman, Quetsch et al. (2019)
<i>Diferencias significativas</i>	Entre-grupos con G. control	<i>No hay diferencias</i>
Funderburk et al. (1998) Leung et al. (2009) McNeil et al. (1999) Webb et al. (2017)		Solomon et al. (2008) Stokes et al. (2018)
<i>Diferencias significativas</i>	Entre-grupos aleatorizados	<i>No hay diferencias</i>
Allen et al. (2018) Bagner et al. (2010), (2012), (2015) Bagner, Coxé et al. (2016) Bagner, Garcia et al. (2016) Fernández et al. (2015) Ginn et al. (2017) Gross et al. (2014) Leung et al. (2015) Luby et al. (2018) McCabe y Yeh, (2009) Mersky et al. (2016) Niec et al. (2016) Nixon et al. (2003), (2004) Ros et al. (2016)		Bjørseth y Wichstrøm (2016) Gross et al. (2018), (2019) Luby et al. (2012) Timmer et al. (2018)



múltiple con diferencias significativas en los resultados, y 28 estudios con un diseño intra-grupo y cambios estadísticamente significativos. Como se puede ver en la Tabla 3, en los estudios de eficacia en esta problemática, se han encontrado 11 con diseño entre-grupos con medidas pre-post intervención y con diferencias estadísticamente significativas. Los estudios con diseño entre-grupos con grupo control con diferencias estadísticamente significativas son 4. Estudios con diseño experimental entre-grupos aleatorizados y con diferencias estadísticamente significativas, se han encontrado 17. Estos estudios entre-grupos, comparan PCIT frente a diversos tratamientos alternativos (*Chicago Parent Program*, Terapia Sistémica, Psicología Positiva, consulta pediátrica estándar, psicoeducación, Terapia Cognitivo-Conductual, técnicas conductuales de disciplina), y a grupo control (no tratamiento, lista de espera).

Por otro lado, se han encontrado 12 estudios donde no hay resultados positivos en esta problemática y se han excluido. Hay un estudio de caso donde no hay diferencias entre las medidas pre-post (Fricker-Elhai et al. 2005) y un estudio con un diseño de línea base múltiple que no presenta resultados concluyentes por limitaciones metodológicas (Madigan, 2011). Tampoco obtiene resultados significativos el estudio con un diseño intragrupo de cuatro medidas repetidas (Riley, 2014). Se han encontrado 4 estudios con diseño entre-grupos sin resultados estadísticamente significativos comparando con un tratamiento usual y con la terapia completada o sin terminar (Bjørseth y Wichstrøm, 2016; Capage et al., 2001; Lieneman et al., 2019; Stokes et al., 2018), aunque sí hay diferencias significativas dentro de los grupos de PCIT. Hay 2 estudios con un diseño entre-grupos con grupo control, muestran una reducción en las conductas problemáticas pero no es significativa estadísticamente (Solomon et al., 2008; Timmer et al., 2018). Hay 3 estudios entre-grupos aleatorizados (Gross et al., 2018; 2019; Luby et al., 2012) que no obtienen diferencias en problemas de conducta entre grupos de PCIT frente a tratamientos alternativos (tratamiento estandarizado, psicoeducación, *Chicago Parent Program*).

También hay 8 estudios que han sido excluidos porque no presentan diferencias significativas entre los grupos, aunque no se puede considerar que añadan datos negativos a la eficacia de la PCIT, ya que estudian eficiencia, suelen comparar diferentes adaptaciones o aplicaciones de la misma. El estudio de Nixon et al. (2004) con un diseño entre-grupos con lista de espera, compara PCIT frente a una forma breve de la terapia, no encontrando diferencias significativas en los grupos de PCIT. El estudio de Berkovits et al. (2010), presenta un diseño entre-grupos de dos adaptaciones breves de la terapia, y aunque los resultados entre ambos grupos no son significativos, sí se obtienen diferencias significativas en cada grupo en las medidas pre-post. En el estudio de Comer et al. (2017), a través de un diseño entre-grupos de dos tipos de aplicación de PCIT (vía internet y la estándar en la clínica), no se obtienen cambios significativos entre ambos grupos. Fowles et al. (2018), realizaron un estudio entre-grupos

en el que comparan PCIT estándar y adaptada al hogar, y no encontraron diferencias entre los grupos. El estudio de French et al. (2018) no presenta diferencias significativas entre la terapia aplicada en casa y en clínica. El estudio de Ven-Mulders et al. (2018) compara tres grupos de forma aleatorizada (PCIT, metilfenidato y un tratamiento estándar). Los grupos de PCIT y metilfenidato tienen resultados positivos en problemas de conducta, aunque el último tiene mejores resultados en la escala de la intensidad de los problemas. Zlomke y Jeter (2019) realizan un estudio con un diseño entre-grupos comparando niños con y sin diagnóstico de autismo, en el que no hay diferencias significativas entre los grupos. También el estudio entre-grupos de Blair et al. (2019) compara los resultados en la aplicación de PCIT en los problemas de conducta de los hijos de padres que han sufrido experiencias traumáticas intensas en la infancia frente a padres que las han sufrido de forma menor, obteniendo resultados significativos solo el primer grupo.

## 2.2. Trastorno Negativista Desafiante (TND)

Como se puede ver en la Tabla 4, se han encontrado 18 estudios de efectividad con diseño de caso único con medidas pre-post con diferencias entre ellas. Hay un único estudio de línea base múltiple a través de sujetos con diferencias clínicamente significativas entre las medidas pre-post. Con un diseño intra-grupo con diferencias significativas se han encontrado 14 estudios. Los estudios de eficacia con un diseño entre-grupos en los que los resultados pre-post mostraron diferencias estadísticamente significativas se encontraron 5. En la misma tabla, se puede observar que hay 2 estudios con diseño entre-grupo con grupo control de lista de espera con diferencias significativas estadísticamente. También se encontraron 7 estudios con diseños entre-grupos aleatorizados con diferencias estadísticamente significativas. Se ha excluido de los estudios de efectividad, el estudio de caso único de Wallace y Sly (2018), ya que no presenta datos post.

## 2.3. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

Todos los estudios revisados en esta problemática se pueden ver en la Tabla 5. Los estudios de caso único con medidas pre-post significativas clínicamente son 10. Hay un solo estudio con diseño de línea base múltiple a través de familias, que obtiene diferencias significativas. En cuanto a los estudios con diseños intragrupo que presentan cambios estadísticamente significativos se han hallado 6. Se han encontrado 5 estudios de eficacia con diseños entre-grupos con diferencias estadísticamente significativas, un estudio entre-grupo con grupo control y 3 estudios experimentales con diseños entre-grupos aleatorizados, todos ellos con diferencias significativas estadísticamente.

Se han encontrado 4 estudios que tienen unos resultados pobres o negativos en esta problemática que no han sido tenidos en cuenta y que se han expuesto en la Tabla 5. De ellos, hay 3 estudios de caso único que, aunque presentan



cambios en los problemas de conducta, se mantienen las puntuaciones en TDAH (Briegel, 2017; Garcia et al. 2016; Hosogane et al., 2018). El estudio entre-grupo aleatorizado de Veen-Mulders et al. (2018) compara tres grupos de forma aleatorizada (PCIT, metilfenidato y tratamiento estándar), y los resultados muestran que en las medidas de TDAH, el gru-

po de metilfenidato se aproxima a un tamaño del efecto mediano mientras que el grupo de PCIT se aproxima más a un tamaño del efecto pequeño, y el grupo de tratamiento estándar no tiene resultados positivos.

#### 2.4. Prevención del maltrato infantil

Los estudios revisados en esta problemática se exponen en la Tabla 6. En cuanto a los estudios de efectividad en familia de riesgo de maltrato, se encontraron 2 estudios de caso único con cambios significativos en la medidas pre-post, y con un diseño intra-grupo con cambios significativos estadísticamente se localizaron 4. Se han encontrado 3 estudios de eficacia con diseño entre-grupos con cambios estadísticamente significativos. Un solo estudio se encontró con un diseño entre-grupo con grupo control en el que el riesgo al maltrato mejoró significativamente. Los ensayos aleatorizados entre-grupos de familias de alto riesgo de maltrato con cambios significativos estadísticamente, fueron 4.

<b>TABLA 4 ESTUDIOS EMPÍRICOS APLICADOS A TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE, CLASIFICADOS EN FUNCIÓN DEL DISEÑO Y DE LOS RESULTADOS</b>		
<i>Diferencias pre-post</i>	<b>Caso único</b>	<i>Sin diferencias</i>
	Agazzi et al. (2017) Armstrong et al. (2014) Armstrong y Kimonis (2013) Ascanio y Ferro (2018) Bagner et al. (2004) Borrego et al. (2006) Briegel (2017) Choate et al. (2005) Dickmann y Allen (2017) Ferro et al. (2010); (2017) Fleming et al. (2017) García et al. (2016) Gordon y Cooper (2015) Stokes et al. (2017) Tan et al. (2018) Urquiza y Timmer (2012) Verduin et al. (2008)	Wallace y Sly (2018)
<i>Diferencias significativas</i>	<b>Línea Base Múltiple</b>	
Ware et al. (2008)		
<i>Diferencias significativas</i>	<b>Intra-grupo</b>	
Briegel et al. (2015) Chase y Eyberg (2008) Chronis-Tusciano et al. (2016) Danko et al. (2016) Eyberg et al., (2001) Fernández et al. (2011) Graziano et al. (2014); (2017) Harwood y Eyberg (2006) Kimonis et al. (2018) Lieneman et al. (2019) Lyon y Budd (2010) Nieter et al. (2013) Pade et al. (2006)		
<i>Diferencias significativas</i>	<b>Entre-grupos</b>	
Abrahamse et al. (2015) Boggs et al. (2005) Eisenstadt et al. (1993) Hood y Eyberg (2003) McCabe y Yeh (2009)		
<i>Diferencias significativas</i>	<b>Entre-grupos con grupo control</b>	
Funderburk et al., 1998 McNeil et al. (1991)		
<i>Diferencia significativas</i>	<b>Entre-grupos aleatorizados</b>	
Bagner y Eyberg (2007) Eyberg et al. (2014) Luby et al. (2018) Matos et al. (2009) Niec et al. (2016) Nixon et al. (2003) Schuhmann et al. (1998)		

<b>TABLA 5 ESTUDIOS EMPÍRICOS APLICADOS A TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD, CLASIFICADOS EN FUNCIÓN DEL DISEÑO Y DE LOS RESULTADOS</b>		
<i>Diferencias pre-post</i>	<b>Caso único</b>	<i>Sin diferencias</i>
Agazzi et al. (2017) Armstrong et al. (2014); (2015) Armstrong y Kimonis (2013) Dickmann y Allen (2017) Kimonis y Armstrong (2012) Shinn (2013) Tan et al. (2018) Timmer et al. (2006) Verduin et al. (2008)		Briegel (2017) García et al. (2016) Hosogane et al. (2018)
<i>Diferencias significativas</i>	<b>Línea Base Múltiple</b>	
Ware et al. (2008)		
<i>Diferencias significativas</i>	<b>Intra-grupo</b>	
Danko et al. (2016) Eyberg et al. (2001) Lieneman et al. (2019) Lyon y Budd (2010) Matos et al. (2006) Nieter et al. (2013)		
<i>Diferencias significativas</i>	<b>Entre-grupos</b>	
Abrahamse et al. (2015) Boogs, et al. (2005) Eisenstadt et al. (1993) Hood y Eyberg (2003) McCabe y Yeh (2009)		
<i>Diferencias significativas</i>	<b>Entre-grupos con grupo control</b>	
Funderburk et al. (1998)		
<i>Diferencia significativas</i>	<b>Entre-grupos aleatorizados</b>	
Leung et al. (2017) Matos et al. (2009) Nixon (2001)		Veen-Mulders et al. (2018)



Se han excluido 2 estudios por no presentar diferencias significativas, como puede observarse en la Tabla 6. Un estudio con diseño intragrupo en el que no había diferencias estadísticamente significativas. Y un diseño entre-grupos aleatorizado en el que compara PCIT con unas clases de educación parental. Los resultados mostraron cambios estadísticamente significativos en el grupo de PCIT frente al tratamiento alternativo en la mejora de habilidades parentales y en la satisfacción hacia el tratamiento, pero no hubo diferencias en la reducción del estrés parental ni en el abuso parental en ambos grupos.

### 2.5. Tratamiento de víctimas de maltrato infantil

La Tabla 7 recoge los trabajos empíricos revisados en el tratamiento del maltrato infantil. Respecto a los estudios con diseño de caso único que presentan diferencias significativas clínicamente, se encontraron 2. Se han localizado 6 estudios con diseños intra-grupo con diferencias estadísticamente significativas. Entre los estudios de eficacia con diseños entre-grupos con diferencias estadísticamente significativas, se han encontrado 4. Hay 3 estudios con diseño entre-grupos aleatorizados que presentan diferencias estadísticamente significativas. Hay un estudio con diseño factorial de grupo doble ciego con unos resultados significativos estadísticamente.

Solo se ha excluido de la revisión en esta problemática un estudio entre-grupos, ya que aunque presenta diferencias significativas en las mejoras de habilidades parentales positivas, sin embargo, no hay resultados significativos en las habilidades parentales negativas.

### 3. CONCLUSIONES

La revisión sistemática realizada de la PCIT dio un total de 225 artículos de los que algunos fueron descartados, quedando 165 estudios experimentales seleccionados, de los que 137 presentan datos positivos y 20 fueron rechazados. Además, hubo 8 que, aunque demostraban la eficacia de PCIT, no mostraban diferencias entre los grupos, ya que comparan distintas aplicaciones o en distintos contextos, etc. A la vista de los resultados, podemos decir que la PCIT es una terapia robusta en cuanto a su investigación.

La aplicación de esta terapia en problemas de conducta en la infancia es el área más productiva. Todos los estudios de esta aplicación seleccionados cumplen los criterios metodológicos propuestos por la SCCAP. Es decir, uso de diseños de grupo, la Variable Independiente bien definida, la definición de la población a la que se aplica, con una evaluación fiable y válida de los resultados, un análisis de los datos adecuado y el tamaño de la muestra suficiente. En esta área, de los 96 estudios hallados hay 52 con buenos resultados de efectividad: 20 de ellos estudios de caso único, 4 estudios de línea base múltiple, y 28 estudios intra-grupo. En cuanto a la eficacia, se han encontrado un total de 32 estudios, de los que 11 estudios son entre-grupos con buenos resultados, además, 4 entre-grupos superiores al grupo control y 17 estudios entre-grupos aleatorizados, con equipos de investigación independientes. Por otro lado, se ha encontrado un grupo de 8 estudios que comparan diferentes adaptaciones

Caso único	
<i>Diferencias pre-post</i>	
Borrego et al. (1999) Urquiza y Timmer (2012)	
Intra-grupo	
<i>Diferencias significativas</i>	<i>No hay diferencias</i>
Allen et al. (2014) Bagner et al. (2013) Galanter et al. (2012) Stokes et al. (2016)	Riley (2014)
Entre-grupos	
<i>Diferencias significativas</i>	
Foley et al. (2016) Lanier et al., (2011), (2014)	
Entre-grupos con grupo control	
<i>Diferencias significativas</i>	
Solomon et al. (2008)	
Entre-grupos aleatorizados	
<i>Diferencias significativas</i>	<i>No hay diferencias</i>
Chaffin et al. (2004) Hakman et al. (2009) Luby et al. (2018) Thomas y Zimmer-Gembeck (2011)	Scudder et al. (2014)

Caso único	
<i>Diferencias pre-post</i>	
Dombrowski et al. (2005) Timmer et al. (2006)	
Intra-grupo	
<i>Diferencias significativas</i>	
Herschell et al. (2017) Nieter et al. (2013) Pearl et al. (2012) Timmer et al. (2005); (2016) Timmer, Urquiza y Zebell (2006)	
Entre-grupos	
<i>Diferencias significativas</i>	<i>No hay diferencias</i>
Allen et al. (2016) Kanine et al. (2018) Lanier et al. (2014) Timmer et al. (2010)	Foley et al. (2016)
Entre-grupos aleatorizados	
<i>Diferencias significativas</i>	
Chaffin et al., (2004) Hakman et al. (2009) Thomas y Zimmer-Gembeck (2011)	
Diseño Factorial	
<i>Diferencias significativas</i>	
Chaffin et al. (2011)	



o aplicaciones de la terapia y que no obtienen diferencias significativas entre los grupos, pero que no pueden ser considerados como una amenaza para la eficacia de PCIT. También se han encontrado 12 estudios en los que no hay diferencias significativas, y algunos tienen problemas metodológicos (muestra pequeña, falta de fiabilidad en medidas, etc). Se puede concluir que la PCIT cumple los criterios de evidencia defendidos por la SCCAP para ser considerada un Tratamiento Bien Establecido para el tratamiento de problemas de conducta en la infancia.

Los estudios seleccionados como positivos de la PCIT en TND, cumplen los cinco criterios metodológicos para evaluar la evidencia, es decir, el uso de diseños de grupo, la Variable Independiente bien definida, la definición de la población a la que se aplica usando una evaluación fiable y válida de los resultados, un análisis estadístico de los datos adecuado y un tamaño de la muestra suficiente. Se han encontrado 47 estudios, 33 estudios de efectividad con resultados positivos, 18 estudios de caso, 1 de línea base múltiple y 14 estudios con diseño intragrupo. En cuanto a los estudios de eficacia se han seleccionado 14 estudios con diferencias significativas estadísticamente, 6 con diseño entre-grupos, mas 2 con grupo control, y 7 también con un diseño aleatorizado. Se ha encontrado un estudio de caso en el que no presentaban datos post-intervención que fue excluido. En los estudios con diseños entre-grupos hay equipos de investigación independientes entre ellos. Así, también se puede concluir que la PCIT cumple con los criterios de evidencia propuestos por la SCCAP para ser un Tratamiento Bien Establecido para el TND.

Los estudios seleccionados como positivos para la aplicación de la PCIT en el TDAH, cumplen los criterios metodológicos propuestos, es decir, usar diseños de grupo, definir bien la Variable Independiente, describir la población a la que se aplica, una evaluación fiable y válida de los resultados, un análisis de los datos también adecuado y el tamaño de la muestra suficiente. De los 30 estudios recogidos en este campo, cumplen los criterios propuestos 26. Se han seleccionado 17 estudios de efectividad: 10 estudios de caso único, 1 de línea base múltiple y 6 estudios con un diseño intragrupo, todos con diferencias significativas. En cuanto a los estudios de eficacia se seleccionaron 9, de los que 5 son estudios entre-grupos, uno con grupo control y 3 más con un diseño aleatorizado, realizados por varios grupos de investigación independientes. En cuanto a los que no presentan datos positivos se han rechazado 4, de los cuales 3 son de caso único en los que no hay diferencias significativas en las medidas, y un estudio entre-grupos aleatorizado, que presenta datos peores PCIT que el grupo de metilfenidato. Se puede concluir que la PCIT cumple los criterios de SCCAP para ser considerada un Tratamiento Bien Establecido para el tratamiento del TDAH. Hay que señalar que esta área tiene una fuerte comorbilidad con otras problemáticas, en especial con problemas de conducta y con TND.

Una de las líneas de investigación más interesantes encontradas es la que se dedica al estudio de la prevención del

maltrato en la infancia. Los estudios seleccionados alcanzan los criterios metodológicos propuestos por la SCCAP, uso de diseño de grupos, definición de la Variable Independiente, definir la población, usar una evaluación fiable y válida y un análisis de los datos adecuado. Se han revisado 16 estudios, de los cuales 6 son estudios de efectividad, 2 estudios de caso único y 4 estudios con diseño intragrupo. En cuanto a los estudios de eficacia se han seleccionado 8, de los que 3 estudios son entre-grupos, otro más con grupo control, y 4 estudios aleatorizados. Estos estudios se llevaron a cabo por varios grupos de investigación independientes. Hubo un estudio intragrupo sin diferencias significativas y otro estudio aleatorizado que no mostró datos concluyentes, y que fueron rechazados. Con estos datos, de nuevo se puede decir que la PCIT es un Tratamiento Bien Establecido para la prevención del maltrato infantil.

En el tratamiento del maltrato infantil, los estudios de la PCIT cumplen con los criterios metodológicos definidos anteriormente, uso de diseños de grupo, tratamiento bien definido, descripción de la población, una evaluación fiable y válida y un adecuado análisis de los datos. De los 17 estudios seleccionados, 8 son estudios de efectividad, 2 de ellos de caso único y 6 con diseño intragrupo. En cuanto a la eficacia se han seleccionado 8 estudios, 4 de ellos con diseño entre-grupos, 3 aleatorizados y 1 con diseño factorial. Estos estudios han sido llevados a cabo por al menos dos equipos de investigación independientes. Hay un estudio con diseño entre-grupos que no muestra resultados significativos en las habilidades parentales negativas, pero sí en las positivas. No se tuvo en cuenta, pero creemos que no invalida la eficacia de PCIT en este campo. Se puede decir que PCIT cumple los criterios de evidencia para ser considerada como un Tratamiento Bien Establecido para el tratamiento del maltrato en la infancia.

Existen otras problemáticas clínicas en las que se está aplicando PCIT. Sería interesante más adelante hacer una revisión sistemática en estas áreas y ver qué resultados se concluyen. El área en la que más se está investigando es la aplicación de PCIT en trastorno del espectro del autismo. También hay una línea de investigación en depresión infantil, en la que existe una adaptación específica llamada *Parent-Child Interaction Therapy emotion Development* (PCIT-ED). Otra de las problemáticas infantiles investigadas actualmente es la ansiedad y la ansiedad por separación, y se ha denominado a la adaptación de PCIT a estas problemáticas como "protocolo CARD" (*Center for Anxiety and Related Disorders*) o programa CALM (*Coaching Approach and Leading by Modeling*). Además, PCIT se está aplicando en niños con trauma, con problemas en el lenguaje (retraso en esta área, tartamudeo, mutismo), en problemas de desarrollo, con padres que presentan diferentes problemáticas o patologías, incluso con familias que no presentan problemas pero desean prevenirlos. Aunque los estudios son más escasos, en los últimos años se está aplicando en problemas de sueño, problemas internalizantes y abuso sexual, con resultados prometedores. Estas adaptaciones y aplicaciones están



descritas en Ferro-García y Ascanio-Velasco (2017). Por cuestiones de espacio, estas áreas de aplicación no han sido consideradas en esta revisión.

El Departamento de Servicios Sociales de California creó el Centro de Intercambio de Información Basado en la Evidencia de California para el Bienestar Infantil (*California Evidence-Based Clearing house for Children Welfare*, CEBC) y en julio de 2017 ha considerado la PCIT como un Tratamiento Basado en la Evidencia para el tratamiento de comportamiento disruptivo. También el Centro de Información sobre Servicios de Prevención (*The Prevention Services Clearing house*), del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., califica en febrero del 2020 la PCIT como una Terapia Bien Establecida con un impacto favorable en el bienestar del niño (funcionamiento conductual y emocional) y en el del adulto (prácticas positivas de crianza y salud mental o emocional de los padres o cuidadores).

Se han encontrado 60 estudios que, a pesar de aparecer en las búsquedas de las páginas citadas, han sido descartados y no se hace referencia a ellos por las siguientes razones: la aplicación de PCIT está dirigida a problemáticas no tenidas en cuenta en este estudio, los objetivos eran diferentes a los tenidos en cuenta en este estudio, se trataban de artículos teóricos, o los estudios no se han finalizado en el momento de su publicación.

Los programas conductuales de EP son los tratamientos que se exponen como basados en la evidencia (SCCAP), y específicamente PCIT como se ha demostrado en esta revisión es un tratamiento de elección en las problemáticas expuestas, y con un potencial muy bueno en otras aplicaciones. Los autores de este trabajo tienen como proyecto realizar un meta-análisis de los estudios experimentales de PCIT, esperamos que pronto salga a la luz. Hace 6 años (Ferro & Ascanio, 2014), planteamos que PCIT era una terapia desconocida en nuestro país, y creemos que aún sigue siéndolo desgraciadamente, aunque ha aparecido alguna publicación en español durante este tiempo. De nuevo, esperamos que con este trabajo se reconozca su evidencia empírica y su potencial clínico.

#### CONFLICTOS DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

#### NOTA

En referencias se han señalado con un asterisco los estudios empíricos utilizados en la revisión

#### REFERENCIAS

- \*Abrahamse, M.E., Junger, M., Van-Wouwe, M.A.M.M., Boer, F., & Lindauer, R.J.L. (2015). Treating Child Disruptive Behavior in High-Risk Families: A Comparative Effectiveness Trial from a Community-Based Implementation. *Journal of Child & Family Studies*, 24, 1-18. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0322-4>.
- \*Agazzi, H., Tan, S.Y., Knap, K. & Armstrong, K. (2018). Lessons Learned from the Application of Parent-Child Interaction Therapy with children with Autism Spectrum Disorder. En C.B. McNeil, L.B. Questsch & Anderson, C.M. (eds.), *Handbook of Parent-Child Interaction Therapy for Children on the Autism Spectrum*, (pp. 517-530). Cham: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-03213-5\\_28](https://doi.org/10.1007/978-3-030-03213-5_28).

En C.B. McNeil, L.B. Questsch & Anderson, C.M. (eds.), *Handbook of Parent-Child Interaction Therapy for Children on the Autism Spectrum*, (pp. 517-530). Cham: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-03213-5\\_28](https://doi.org/10.1007/978-3-030-03213-5_28).

- \*Agazzi, H., Tan, S.Y., Ogg, J., Armstrong, K. & Kirby, R.S. (2017). Does Parent-Child Interaction Therapy reduce maternal Stress, Anxiety, and Depression Among Mothers of Children with Autism Spectrum disorder?. *Child & Family Behavior Therapy*, 39, 4, 283-303. <https://doi.org/10.1080/07317107.2017.1375622>.
- \*Allen, K., Harrington, J.W. & Cooke, C. (2018). PCIT for Children with Severe Behavior Problems and Autism Spectrum Disorder. En C.B. McNeil, L.B. Questsch & Anderson, C.M. (eds.), *Handbook of Parent-Child Interaction Therapy for Children on the Autism Spectrum*, (pp. 531-544). Cham: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-03213-5\\_29](https://doi.org/10.1007/978-3-030-03213-5_29).
- \*Allen, B., Timmer, S.G., & Urquiza, A.J. (2014). Parent-Child Interaction Therapy as an attachment-based intervention: Theoretical rationale and pilot data with adopted children. *Children and Youth Services Review*, 4, 334-341. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.10.009>.
- \*Allen, B., Timmer, S.G., & Urquiza, A.J. (2016). Parent-Child Interaction Therapy for sexual concerns of maltreated children: A preliminary investigation. *Child Abuse & Neglect*, 56, 80-88. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.04.008>.
- \*Armstrong, K., David, A., & Goldberg, K. (2014). Parent-Child Interaction Therapy with Deaf Parent and Their Hearing Child: A Case Study. *Clinical Case Studies*, 13(2), 115-127. <https://doi.org/10.1177/1534650113502705>.
- \*Armstrong, K., DeLoatche, K.J., Preece, K.K., & Agazzi, H. (2015). Combining Parent-Child Interaction Therapy and Visual Supports for the Treatment of Challenging Behavior in a Child With Autism and Intellectual Disabilities and Comorbid Epilepsy. *Clinical Case Studies*, 14(1), 3-14. <https://doi.org/10.1177/1534650114531451>.
- \*Armstrong, K., & Kimonis, E.R. (2013). Parent-Child Interaction Therapy for the Treatment of Asperger's Disorder in Early Childhood: A Case Study. *Clinical Case Studies*, 12(1), 60-72. <https://doi.org/10.1177/1534650112463429>.
- \*Ascanio Velasco, L. & Ferro Garcia, R. (2018). Combinando la Terapia de Aceptación y Compromiso con la Terapia de Interacción Padres-Hijos en un niño con graves problemas de conducta. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(1), 57-62. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2018.05.1.8>.
- \*Bagner, D.M., Coxe, S., Hungerford, G.M., Garcia, D., Barroso, N.E., Hernandez, J., & Rosa-Olivares, J. (2015). Behavioral Parent Training in Infancy: A Window of Opportunity for High-Risk Families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(7), 1-12. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0089-5>.
- \*Bagner, D.M., Coxe, S., Hungerford, G.M., García, D., Barro-





- so, N.E., Hernández, J., & Rosa-Olivares, J. (2016). Behavioral Parent Training in Infancy: A Window of Opportunity for High-Risk Families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(5), 902-912. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0089-5>.
- \*Bagner, D.M. & Eyberg, S.M. (2003). Father Involvement in Parent Training: When Does it Matter? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(4), 599-605. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3204\\_13](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3204_13).
- \*Bagner, D.M., & Eyberg, S.M. (2007). Parent-Child Interaction Therapy for disruptive behavior in child with mental retardation: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(3), 418-429. <https://doi.org/10.1080/15374410701448448>.
- \*Bagner, D.M., Fernández, M.A., & Eyberg, S.M. (2004). Parent-Child Interaction Therapy and Chronic Illness: A Case Study. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11,1, 1-6. <https://doi.org/10.1023/b:jocs.0000016264.02407.fd>.
- \*Bagner, D.M., García, D. & Hill, R. (2016). Direct and Indirect Effects of Behavioral Parent Training on Infant Language Production. *Behavior Therapy*, 47, 2, 184-197. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.11.001>.
- \*Bagner, D.M., Graziano, P.A., Jaccard, J., Sheinkopf, S.J., Vohr, B.R., & Lester, B.M. (2012). An Initial Investigation of Baseline Respiratory Sinus Arrhythmia as a Moderator of Treatment Outcome for Young Children Born Premature With Externalizing Behavior Problems. *Behavior Therapy*, 43, 652-665. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.12.002>.
- \*Bagner, D.M., Rodriguez, G.M., Blake, C.A., & Rosa-Olivares, J. (2013). Home-Based Preventive Parenting Intervention for at-Risk Infants and Their Families: An Open Trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20, 334-348. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.08.001>.
- \*Bagner, D.M., Sheinkopf, S.J., Miller-Loncar, C.L., Vohr, B.R., Hinckley, M., Eyberg, S.M., & Lester, B.M. (2009). Parent-Child Interaction Therapy for Children Born Premature: A Case Study and Illustration of Vagal Tone as a Physiological Measure of Treatment Outcome. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 468-477. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.05.002>.
- \*Bagner, D.M., Sheinkopf, S.J., Vohr, B.R., & Lester, B.M. (2010). Parenting Intervention for externalizing behavior problems in children born premature: An initial examination. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 31(3), 209-216. <https://doi.org/10.1097/dbp.0b013e3181d5a294>.
- \*Barnett, M.L., Niec, L.N., Peer, S.O., Jent, J.F., Weinstein, A., Gisbert, P. & Simpson, G. (2015). Successful Therapist-Parent Coaching: How in Vivo Feedback Relates to Parent Engagement in Parent-Child Interaction Therapy. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(6), 895-902. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1063428>.
- Berkovits, M.D., O'Brien, K.A., Carter, C.G. y Eyberg, S.M. (2010). Early Identification and Intervention for Behavior Problems in Primary Care: A Comparison of Two Abbreviated Versions of Parent-Child Interaction Therapy. *Behavior Therapy*, 41(3), 375-387. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.11.002>.
- \*Bjørseth, Å. y Wichstrøm, L. (2016). Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) in the Treatment of Young Children's Behavior Problems. A Randomized Controlled Study. *PLoS ONE* 11(9): e0159845. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159845>.
- Blair, K., Topitzes, J. & Mersky, J.P. (2019). Do Parents' Adverse Childhood Experiences Influence Treatment Responses to Parent-Child Interaction Therapy? An exploratory Study with a Child Welfare Sample. *Child & Family Behavior Therapy*, 41(2), 73-83. <https://doi.org/10.1080/07317107.2019.1599255>.
- \*Boggs, S.R., Eyberg, S.M., Edwards, D.L., Rayfield, A., Jacobs, J., Bagner, D. & Hood, K.K. (2005). Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy: A Comparison of Treatment Completers and Study Dropouts One to Three Years Later. *Child & Family Behavior Therapy*, 26, 4, 1-22. [https://doi.org/10.1300/j019v26n04\\_01](https://doi.org/10.1300/j019v26n04_01).
- \*Borrego, J., Anhalt, K., Terao, S.Y., Vargas, E.C., & Urquiza, A.J. (2006). Parent-Child Interaction Therapy with a Spanish-Speaking Family. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13, 121-133. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2005.09.001>.
- \*Borrego, J., Urquiza, A.J., Rasmussen, R.A., & Zebell, N. (1999). Parent-Child Interaction Therapy with a Family at High Risk for Physical Abuse. *Child Maltreatment*, 4, 331-342. <https://doi.org/10.1177/1077559599004004006>.
- \*Briegel, W. (2017). Tailoring Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) for Older Children: A Case Study. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 1-5. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000536>.
- \*Briegel, W., Walter, T., Schimek, M., Knapp, D., & Busling, R. (2015). Parent-Child Interaction Therapy in In-room-Coaching. *Kindheit und Entwicklung*, 24, 1, 47-54. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000158>.
- \*Budd, K.S., Garbacz, L.L., & Carter, J.S. (2016). Collaborating with Public School Partners to Implement Teacher-Child Interaction Training (TCIT) as Universal Prevention. *School Mental Health*, 8(2), 207-221. <https://doi.org/10.1007/s12310-015-9158-8>.
- California Evidence-Based Clearinghouse (2017). *Parent-Child Interaction Therapy*. Retrieved from <http://www.cebc4cw.org/program/parent-child-interaction-therapy/detailed>.
- \*Cambric, M. & Agazzi, H. (2019). A Case Study of Parent-Child Interaction Therapy for the Treatment of High-Functioning Autism Spectrum Disorder. *Clinical Case Studies*, 18(4), 270-281. <https://doi.org/10.1177/1534650119843591>.
- \*Capage, L.C., Bennet, G.M., & McNeil, C.B. (2001). A Comparison Between African and Caucasian Children Referred for Treatment of Disruptive Behavior Disorders. *Child & Family Behavior Therapy*, 23(1), 1-14. [https://doi.org/10.1300/j019v23n01\\_01](https://doi.org/10.1300/j019v23n01_01).
- \*Chaffin, M., Funderburk, B., Bard, D., Valle, L.A., & Gurwitch, R. (2011). A Combined Motivation and Parent-



- Child Interaction Therapy Package Reduces Child Welfare Recidivism in a Randomized Dismantling Field Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(1), 84-95. <https://doi.org/10.1037/a0021227>.
- \*Chaffin, M., Silovsky, J.F., Funderburk, B., Valle, L.A., Brestan, E.V., Balachova, T., Jackson, S., Lensgraf, J., & Bonner, B.L. (2004). Parent-Child Interaction Therapy with Physically Abusive Parent: Efficacy for Reducing Future Abuse Reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 500-510. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.72.3.500>.
- \*Chase, R.M., & Eyberg, S.M. (2008). Clinical presentation and treatment outcome for children with comorbid externalizing and internalizing symptoms. *Anxiety Disorders*, 22, 273-282. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.03.006>.
- \*Chase, R.M., Carmody, K.A., Lent, M., Murphy, R., Amaya-Jackson, L. Wray, E., Ake III, G.S., Sullivan, K., White, D., Gurwitch, R., Murray, K. (2019). Disseminating parent-child interaction therapy through the learning collaborative model on the adoption and implementation of an evidence-based treatment. *Children and Youth Services Review*, 101, 131-141. <https://doi.org/10.1016/j.child-youth.2019.03.043>.
- \*Chen, Y., & Fortson, B.L. (2015). Predictors of treatment attrition and treatment length in Parent-Child Interaction Therapy in Taiwanese families. *Children and Youth Services Review*, 59, 28-37. <https://doi.org/10.1016/j.child-youth.2015.10.009>.
- \*Chengappa, K., McNeil, C.B., Norman, M., Quetsch, L.B., & Travers, R.M. (2017). Efficacy of Parent-Child Interaction Therapy with Parent with Intellectual Disability. *Child & Family Behavior Therapy*, 39(4), 253-282. <https://doi.org/10.1080/07317107.2017.1375680>.
- \*Choate, M.L., Pincus, D.B., Eyberg, S.M., & Barlow, D.H. (2005). Parent-Child Interaction Therapy for Treatment of Separation Anxiety Disorder in Young Children: A Pilot Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 126-135. [https://doi.org/10.1016/s1077-7229\(05\)80047-1](https://doi.org/10.1016/s1077-7229(05)80047-1).
- \*Chronis-Tuscano, A., Lewis-Morrarty, E., Woods, K.E., O'Brien, K.A., Mazursky-Horowitz, H., & Thomas, S.R. (2016). Parent-Child Interaction Therapy With Emotion Coaching for Preschoolers with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23(1), 62-78. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.11.001>.
- \*Cohen, M.L., Heaton, S.C., Ginn, N., & Eyberg, S.M. (2012). Parent-Child Interaction Therapy as a Family-Oriented Approach to Behavioral Management Following Pediatric Traumatic Brain Injury: A Case Report. *Journal of Pediatric Psychology*, 37(3), 251-261. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsr086>.
- Comer, J.S., Furr, J.M., Miguel, E.M., Cooper-Vice, C.E., Carpenter, A.L., Elkins, R.M., Kerns, C.E., Cornacchio, D., Chou, T., Coxe, S., DeSerisy, M., Sanchez, A.L., Golik, A., Martin J., Myers, K.M., & Chase, R. (2017). Remotely delivering real-time parent training to the home: A initial randomized trial of Internet-delivered parent-child interaction therapy (I-PCIT). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(9), 909-917. <https://doi.org/10.1037/ccp0000230>.
- Cooley, M.E., Veldorale-Griffin, A., Petren, R.E., & Mullis, A.K. (2014). Parent-Child Interaction Therapy: a Meta-Analysis of Child Behavior Outcomes and Parent Stress. *Journal of Family Social Work*, 17, 191-208. <https://doi.org/10.1080/10522158.2014.888696>.
- \*Danko, C.M., Garbacz, L.L., & Budd, K.S. (2016). Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy in an urban community clinic: A comparison of treatment completers and dropouts. *Children and Youth Services Review*, 60, 42-51. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.11.007>.
- \*Datyner, A., Kimonis, E.R., Hunt, E., & Armstrong, K. (2016). Using a Novel Emotional Skills Module to Enhance Empatic Responding for a Child with Conduct Disorder with limited Prosocial Emotion. *Clinical Case Studies*, 15(1), 35-52. <https://doi.org/10.1177/1534650115588978>.
- \*Dickinson, S., & Agazzi, H. (2019). A Father with Posttraumatic Stress Disorder and a Son with Autism Spectrum Disorder: A Parent-Child Interaction Therapy Case Study. *Military Behavioral Health*, 7(3), 345-353. <https://doi.org/10.1080/21635781.2018.1530624>.
- \*Dickmann, C.R., & Allen, B. (2017). Parent-Child Interaction Therapy for the Treatment of Disinhibited Social Engagement Disorder: A Case Report. *Journal Evidence-Based Practice in child and Adolescent Mental Health*, 2(1), 19-29. <https://doi.org/10.1080/23794925.2017.1286959>.
- \*Dombrowski, S.C., Timmer, S.G., Blacker, D.M., & Urquiza, A.J. (2005). A Positive Behavioural Intervention for Toddlers: Parent-Child Attunement Therapy. *Child Abuse Review*, 14, 132-151. <https://doi.org/10.1002/car.888>.
- \*Eisenstadt, T.H., Eyberg, S., McNeil, C.B., Newcomb, K., & Funderburk, B. (1993). Parent-Child Interaction Therapy with Behavior Problem children: Relative Effectiveness of Two Stages and Overall Treatment Outcome. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(1), 42-51. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2201\\_4](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2201_4).
- Euser, S., Alink, L.R.A., Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Van Ijzendoorn, M.H. (2015). A Gloomy picture: a meta-analysis of randomized controlled trials reveals disappointing effectiveness of programs aiming at preventing child maltreatment. *BioMed Central Public Health*, 15:1068, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2387-9>.
- Eyberg, S.M. (1988). Parent-Child Interaction Therapy: Integration of traditional and behavioral concerns. *Child & Family Behavior Therapy*, 10, 33-46. [https://doi.org/10.1300/j019v10n01\\_04](https://doi.org/10.1300/j019v10n01_04).
- Eyberg, S.M. (1999). *Parent-Child Interaction Therapy (PCIT). Integrity Checklists and Session Materials*. Recuperado de <http://pcit.phhp.ufl.edu/>
- \*Eyberg, S.M., Boggs, S., & Jaccard, J. (2014). Does Maintenance Treatment Matter? *Journal Abnormal Child Psychology*, 42, 355-366. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9842-9>.
- Eyberg, S.M., & Funderburk, B. (2011). *Parent Child Interac-*



- tion Therapy Protocol 2011. Recuperado de: [www.pcit.org](http://www.pcit.org).
- \*Eyberg, S.M., Funderburk, B.W., Hembree-Kigin, T.L., McNeil, C.B., Querido, J.G., & Hood, K.K. (2001). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: One and two year maintenance of treatment effects in the family. *Child & Family Behavior Therapy*, 23(4), 1-20. [https://doi.org/10.1300/j019v23n04\\_01](https://doi.org/10.1300/j019v23n04_01).
- \*Eyberg, S.M., & Robinson, E.A. (1982). Parent-Child Interaction Training: Effects on Family Functioning. *Journal of Clinical Child Psychology*, 11(2), 130-137. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1102\\_6](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1102_6).
- \*Fawley, K.D., Stokes, T.F., Rainear, C.A., Rossi, J.L., & Budd, K.S. (2019). Universal TCIT improves Teacher-Child Interactions and Management of Child Behavior. *Journal of Behavioral Education*, 28, 1-22. <https://doi.org/10.1007/s10864-019-09337-6>.
- \*Fernandez, M.A., Adelstein, J.S., Miller, S.P., Areizaga, M.J., Gold, D.C., Sanchez, A.L.,...Gudiño, O.G. (2015). Teacher-Child Interaction Training: A Pilot Study with Random Assignment. *Behavior Therapy*, 46, 463-477. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.02.002>.
- \*Fernandez, M.A., Butler, A.M., & Eyberg, S.M. (2011). Treatment Outcome for Low Socioeconomic Status African American Families in Parent-Child Interaction Therapy: A Pilot Study. *Child & Behavior Therapy*, 33(1), 32-48. <https://doi.org/10.1080/07317107.2011.545011>.
- Ferro García, R., & Ascanio Velasco, L. (2014). Terapia de Interacción Padres-Hijos (PCIT). *Papeles del Psicólogo*, 35(3), 169-180.
- Ferro García, R., & Ascanio Velasco, L. (2017). *Terapia de Interacción Padres-Hijos. Un tratamiento basado en la evidencia*. Madrid: Síntesis. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2018.05.1.8>.
- \*Ferro García, R., Ascanio Velasco, L., & Valero Aguayo, L. (2017). Integrando la Terapia de Aceptación y Compromiso con la Terapia de Interacción Padres-Hijos en un niño con Trastorno Negativista Desafiante. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(1), 33-40. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2018.05.1.8>.
- \*Ferro García, R., Vives Montero, C., & AscanioVelasco, L. (2010). Aplicación de la Terapia de Interacción Padres-Hijos en un caso de Trastorno Negativista Desafiante. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(3), 205-214. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.3.2010.4098>.
- \*Filcheck, H., McNeil, C.B., Greco, L., & Bernard, R. (2004). Using a Whole-class token economy and coaching of teacher skills in a preschool classroom to manage disruptive behavior. *Psychology in the Schools*, 41(3), 351-361. <https://doi.org/10.1002/pits.10168>.
- \*Fleming, G.E., Kimonis, E.R., Datyner, A., & Comer, J.S. (2017). Adapting Internet-Delivered Parent-Child Interaction Therapy to Treat Co-Occurring Disruptive Behavior and Callous-Unemotional Traits: A Case Study. *Clinical Case Studies*, 16(5), 370-387. <https://doi.org/10.1177/1534650117699471>.
- \*Foley, K., McNeil, C.B., Norman, M., & Wallace, N.M. (2016). Effectiveness of Group Format Parent-Child Interaction Therapy Compared to Treatment as Usual in a Community Outreach Organization. *Child & Family Behavior Therapy*, 38(4), 279-298. <https://doi.org/10.1080/07317107.2016.1238688>.
- Fowles, T.R., Mase, J.J., McGoron, L., Beveridge, R.M., Williamson, A.A., Smith, M.A., & Parrish, B.P. (2018). Home-Based vs. Clinic-Based Parent-Child Interaction Therapy: Comparative Effectiveness in the Context of Dissemination and Implementation. *Journal of Child and Family Studies*, 27(4), 1115-1129. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0958-3>.
- French, A.N., Yates, B.T., & Fowles, T.R. (2018). Cost-Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy in Clinics versus Homes: Client, Provider, Administrator, and Overall Perspectives. *Journal of Child and Family Studies*, 27(10), 3329-3344. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1159-4>.
- \*Fricker-Elhai, A.E., Ruggiero, K.J., & Smith, D.W. (2005). Parent-Child Interaction Therapy with Two Maltreated Siblings in Foster Care. *Clinical Case Studies*, 4(1), 13-39. <https://doi.org/10.1177/1534650103259671>.
- \*Funderburk, B., Chaffin, M., Bard, E., Shanley, J., Bard, D., & Berliner, L. (2015). Comparing Client Outcomes for Two Evidence-Based Treatment Consultation Strategies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(5), 730-741. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.910790>.
- \*Funderburk, B.W., Eyberg, S.M., Newcomb, K., McNeil, C.B., Hembree-Kigin, T., & Capage, L. (1998). Parent-Child Interaction Therapy with Behavior Problem Children: Maintenance of Treatment Effects in the School Setting. *Child & Behavior Therapy*, 20(2), 17-38. [https://doi.org/10.1300/j019v20n02\\_02](https://doi.org/10.1300/j019v20n02_02).
- \*Galanter, R., Self-Brown, S., Valente, J.R., Dorsey, S., Whitaker, D.J., Bertuglia-Haley, M., & Prieto, M. (2012). Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy Delivered to At-Risk Families in the Home Setting. *Child & Family Behavior Therapy*, 34, 177-196. <https://doi.org/10.1080/07317107.2012.707079>.
- Gallagher, N. (2003). Effects of Parent-Child Interaction Therapy on Young Children with Disruptive Behavior Disorders. *Bridges*, 1(4), 1-17.
- \*Garbacz, L.L., Zychinski, K.E., Feuer, R.M., Carter, J.S., & Budd, K.S. (2014). Effects of Teacher-Child Interaction Training (TCIT) on Teacher Ratings of Behavior Change. *Psychology in the School*, 51(8), 850-865. <https://doi.org/10.1002/pits.21788>.
- \*Garcia, D., Barroso, N.E., Kuluz, J., & Bagner, D.M. (2016). Parent-Child Interaction Therapy and Moderate Pediatric Traumatic Brain Injury: A Case Study. *Journal Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 1(1), 40-50. <https://doi.org/10.1080/23794925.2016.1191977>.
- \*Ginn, N.C., Clionsky, L.N., Eyberg, S.M., Warner-Metzger, C., & Abner, J.P. (2017). Child-Directed Interaction Training for Young Children with Autism Spectrum Disorders: Parent and Child Outcomes. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(1), 101-109.



- <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1015135>.
- Girard, E.I., Wallace, N.M., Kohlhoff, J.R., Morgan, S.S.J., & McNeil, C.B. (2018). *Parent-Child Interaction Therapy with Toddlers. Improving Attachment and Emotion Regulation*. Cham: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-93251-4\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-319-93251-4_9).
- \*Gordon, H.M., & Cooper, L.D. (2015). A Case Study of Parent-Child Interaction Therapy. Flexible Client-Centered Adaptation of an EST. *Clinical Case Studies, 14*, 1-17. <https://doi.org/10.1177/1534650115603819>.
- \*Graziano, P.A., Bagner, D.M., Slavec, J., Hungerford, G., Kent, K., Babinski, D., Derefinko, K., & Pasalich, D. (2014). Feasibility of Intensive Parent-Child Interaction Therapy (I-PCIT): Results from an Open Trial. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment, 37*(1), 1-12. <https://doi.org/10.1007/s10862-014-9435-0>.
- \*Graziano, P.A., Bagner, D.M., Slavec, J., Hungerford, G., Kent, K., Babinski, D., Berefinko, K., & Pasalich, D. (2015). Feasibility of Intensive Parent-Child Interaction Therapy (I-PCIT): Results from an Open Trial. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment, 7*, 38-49. <https://doi.org/10.1007/s10862-014-9435-0>.
- \*Graziano, P.A., Ros, R., Hart, K.C., & Slavec, J. (2017). Summer Treatment Program for Preschoolers with Externalizing Behavior Problems: A preliminary examination of parenting outcomes. *Journal of Abnormal Child Psychology, 46*, 1253-1265. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0358-6>.
- \*Gresl, B.L., Fox, R.A., & Fleischmann, A. (2014). Home-Based Parent-Child Therapy in Low-Income African American, Caucasian, and Latino Families: A Comparative Examination of Treatment Outcomes. *Child & Family Behavior Therapy, 36*, 33-50. <https://doi.org/10.1080/07317107.2014.878193>.
- \*Gross, D., Belcher, H.M.E., Budhathoki, C., Ofonedu, M.E., & Uveges, M.K. (2018). Does Parent Training Format Affect Treatment Engagement? A Randomized Study of Families at Social Risk. *Journal of Child and Family Studies, 27*(5), 1579-1593. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0984-1>.
- \*Gross, D.A., Belcher, H.M.E., Budhathoki, C., Ofonedu, M.E., Dutrow, D., Uveges, M.K., & Slade, E. (2019). Reducing Preschool Behavior Problems in an Urban Mental Health Clinic: A Pragmatic, Non-Inferiority Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 58*(6), 572-581. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.08.013>.
- \*Gross, D.A., Belcher, H.M.E., Ofonedu, M.E., Breitenstein, S., Frick, K.D., & Budhathoki, C. (2014). Study protocol for a comparative effectiveness trial of two parent training programs in a fee-for-service mental health clinic: can we improve mental health services to low-income families? *Trials, 15*(70), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-70>.
- \*Hakman, M., Chaffin, M., Funderburk, B., & Silovsky, J.F. (2009). Change Trajectories for Parent-Child Interaction Sequences During Parent-Child Interaction Therapy. *Child Abuse & Neglect, 33*, 461-470. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.08.003>.
- \*Harwood, M.D., & Eyberg, S.M. (2006). Child-Directed Interaction: Prediction of Change in Impaired Mother-Child Functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology, 34*(3), 335-347. <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9025-z>.
- \*Hatamzadeh, A., Pouretamad, H. & Hassanabadi, H. (2010). The effectiveness of parent-child interaction therapy for children with high functioning autism. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 5*, 994-997. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.224>.
- Hembree-Kigin, T.L., & McNeil, C.B. (1995). *Parent-Child Interaction Therapy*. New York: Plenum Press. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1439-2>.
- \*Herschell, A.D., Scudder, A.B., Schaffner, K.F., & Slagel, L.A. (2017). Feasibility and Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy with Victims of Domestic Violence: A Pilot Study. *Journal of Child and Family Studies, 26*(1), 271-283. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0546-y>.
- \*Hood, K.K., & Eyberg, S.M. (2003). Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy: Mothers Reports Maintenance Three to Six Years After Treatment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 32*(3), 419-429. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3203\\_10](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3203_10).
- \*Hosogane, N., Kodaira, M., Kihara, N., Saito, K., & Kamo, T. (2018). Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) for young children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Japan. *Annals of General Psychiatry, 17*(9), 2-7. <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0180-8>.
- Jent, J., Weinstein, A., Simpson, G., Gisbert, P., & Simmons, S. (2014). *Pocket PCIT. Child Directed Interaction*. Recuperado de <https://itunes.apple.com/us/book/pocket-pcit/id933980011?l=es&mt=11>.
- \*Kanine, R., Jackson, Y., Huffhines, L., Barnett, A., & Stone, K.J. (2018). A Pilot Study of Universal Teacher-Child Interaction Training at a Therapeutic Preschool for Young Maltreated Children. *Topics in Early Childhood Special Education, 38*(3), 146-161. <https://doi.org/10.1177/0271121418790012>.
- Kennedy, S.C., Kim, J., Tripodi, S.J., Brown, S.M., & Gowdy, G. (2016). Does Parent-Child Interaction Therapy Reduce Future Physical Abuse? A Meta-Analysis. *Research on Social Work Practice, 26*(2), 147-156. <https://doi.org/10.1177/1049731514543024>.
- \*Kimonis, E.R., & Armstrong, K. (2012). Adapting Parent-Child Interaction Therapy to Treat Severe Conduct Problems with Callous-Unemotional Traits: A Case Study. *Clinical Case Studies, 11*(3), 234-252. <https://doi.org/10.1177/1534650112448835>.
- \*Kimonis, E.R., Fleming, G., Briggs, N., Brouwer-French, L., Frick, P.J., Hawes, D.J., Bagner, D.M., Thomas, R., & Dadds, M. (2018). Parent-Child Interaction Therapy Adapted for Preschoolers with Callous-Unemotional Traits: An Open Trial Pilot Study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 48*(1), 347-361. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1479966>.
- \*Kohlhoff, J., & Morgan, S. (2014). Parent-Child Interac-



- tion Therapy for Toddlers: A Pilot Study. *Child & Family Behavior Therapy*, 36, 121-139. <https://doi.org/10.1080/07317107.2014.910733>.
- \*Kohlhoff, J., Wallace, N., Morgan, S., Maiuolo, M., & Tunnell, A. (2019). Internet-delivered Parent-Child Interaction Therapy: Two clinical case reports. *Clinical Psychologist*, 23(3), 271-282. <https://doi.org/10.1111/cp.12184>.
- \*Lanier, P., Kohl, P.L., Benz, J., Swinger, D., & Drake, B. (2014). Preventing Maltreatment with a Community-Based Implementation of Parent-Child Interaction Therapy. *Journal of Child & Families Studies*, 23, 449-460. <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9708-8>.
- \*Lanier, P., Kohl, P.L., Benz, J., Swinger, D., Moussette, P., & Drake, B. (2011). Parent-Child Interaction Therapy in a Community Setting: Examining Outcomes, Attrition, and Treatment Setting. *Research on Social Work Practice*, 21(6), 689-698. <https://doi.org/10.1177/1049731511406551>.
- \*Legato, L.J. (2015). *Early Patterns of Change in Parent-Child Interaction Therapy* (tesis doctoral no publicada). DePaul University, Chicago, Illinois. Recuperado de: [https://via.library.depaul.edu/csh\\_etd/116](https://via.library.depaul.edu/csh_etd/116).
- \*Lenze, S.N., Pautsch, J., & Luby, J. (2011). Parent-Child Interaction Therapy emotion development: a novel treatment for depression in preschool children. *Depression and Anxiety*, 28(2), 153-159. <https://doi.org/10.1002/da.20770>.
- \*Lesack, R., Bearss, K., Celano, M., & Sharp, W.G. (2014). Parent-Child Interaction Therapy and autism spectrum disorder: Adaptations with a child with severe developmental delays. *Clinical Practice in Pediatric Psychology* 2(1), 68-82. <https://doi.org/10.1037/cpp0000047>.
- \*Leung, C., Tsang, S., Heung, K., & Yiu, I. (2009). Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) among Chinese Families. *Research on Social Work Practice*, 19(3), 304-313. <https://doi.org/10.1177/1049731508321713>.
- \*Leung, C., Tsang, S., Ng, G.S.H., & Choi, S.Y. (2017). Efficacy of Parent-Child Interaction Therapy with Chinese ADHD Children: Randomized Controlled Trial. *Research on Social Work Practice*, 27(1), 36-47. <https://doi.org/10.1177/1049731516643837>.
- \*Leung, C., Tsang, S., Sin, S., & Choi, S.Y. (2015). The efficacy of Parent-Child Interaction Therapy with Chinese Families: Randomized Controlled Trial. *Research on Social Work Practice*, 25(1), 117-128. <https://doi.org/10.1177/1049731513519827>.
- \*Lieneman, C.C., Girard, E.I., Quetsch, L.B., & McNeil, C.B. (2019). Emotion Regulation and Attrition in Parent-Child Interaction Therapy. *Journal of Child and Family Studies*, 28(1), 1-19. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01674-4>.
- \*Lieneman, C.C., Quetsch, L.B., Theodorou, L.L., Newton, K.A., & McNeil, C.B. (2019). Reconceptualizing attrition in Parent-Child Interaction Therapy: «dropouts» demonstrate impressive improvements. *Psychology Research and Behavior Management*, 12, 543-555. <https://doi.org/10.2147/prbm.s207370>.
- \*Lieneman, C.C., Ruckle, M.M., & McNeil, C.B. (2018). Parent-Child Interaction Therapy for a Child with Autism Spectrum Disorder: A Case Study Examining Effects on ASD Symptoms, Social Engagement, Pretend Play, and Disruptive Behavior. En C.B. McNeil, L.B., Quetsch & Anderson, C.M. (eds.). *Handbook of Parent-Child Interaction Therapy for Children on the Autism Spectrum*, (pp. 677-696). Cham: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-03213-5\\_39](https://doi.org/10.1007/978-3-030-03213-5_39).
- \*Luby, J.L., Barch, D.M., Whalen, D., Tillman, R., & Fredland, K.E. (2018). A Randomized Controlled Trial of Parent-Child Psychotherapy Targeting Emotion Development for Early Childhood Depression. *The American Journal of Psychiatry*, 175(11), 1102-1110. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18030321>.
- \*Luby, J., Lenze, S., & Tillman, R. (2012). A novel early intervention for preschool depression: findings from a pilot randomized controlled trial. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(3), 313-322. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02483.x>.
- \*Lyon, A.R., & Budd, K.S. (2010). A Community Mental Health Implementation of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT). *Journal of Child & Family Studies*, 19, 654-668. <https://doi.org/10.1007/s10826-010-9353-z>.
- \*Madigan, R.J. (2011). *Effectiveness of Teacher-Child Interaction Training (TCIT): A Multiple Probe Desing across classrooms in a day-treatment*. (Tesis Doctoral). New Jersey: The State University of New Jersey.
- \*Masse, J.J., McNeil, C.B., Wagner, S. & Quetsch, L.B. (2016). Examining the Efficacy of Parent-Child Interaction Therapy with Children on the Autism Spectrum. *Journal of Child and Family Studies*, 25(8), 2508-2525. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0424-7>.
- \*Matos, M., Bauermeister, J.J., & Bernal, G. (2009). Parent-Child Interaction Therapy for Puerto Rican Preschool Children with ADHD and Behavior Problems: A Pilot Efficacy Study. *Family Process*, 48(2), 232-252. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2009.01279.x>.
- \*Matos, M., Torres, R., Santiago, R., Jurado, M., & Rodríguez, I. (2006). Adaptation of Parent-Child Interaction Therapy for Puerto Rican Families: A Preliminary Study. *Family Process*, 45(2), 205-222. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2006.00091.x>.
- \*Mazza, S.J. (2018). *Effects of a PCIT-Informed Modular Treatment Program on Anxiety Disorders with Comorbid Disruptive Behavior in Early Childhood*. (tesis doctoral). Hofstra University, New York. Recuperado de: <https://search.proquest.com/openview/89cc1f78b756e219b7df22cc635d8147/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>.
- \*McCabe, K., & Yeh, M. (2009). Parent-Child Interaction Therapy for Mexican Americans: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(5), 753-759. <https://doi.org/10.1080/15374410903103544>.
- \*McIntosh, D.E., Rizza, M.G., & Bliss, L. (2000). Implementing Empirically Supported Interventions: Teacher-Child Interaction Therapy. *Psychology in the School*,



- 37(5), 453-462. [https://doi.org/10.1002/1520-6807\(200009\)37:5%3C453::aid-pits5%3E3.O.co;2-2](https://doi.org/10.1002/1520-6807(200009)37:5%3C453::aid-pits5%3E3.O.co;2-2).
- \*McNeil, C.B., Capage, L.C., Bahl, A., & Blanc, H. (1999). Importance of Early Intervention for Disruptive Behavior Problems: Comparison of Treatment and Waitlist-Control Groups. *Early Education & Development, 10*(4), 445-454. [https://doi.org/10.1207/s15566935eed1004\\_2](https://doi.org/10.1207/s15566935eed1004_2).
- \*McNeil, C.B., Eyberg, S., Eisenstadt, T.H., Newcomb, K., & Funderburk, B. (1991). Parent-Child Interaction Therapy with Behavior Problem Children: Generalization of Treatment Effects to the School Setting. *Journal of Clinical Child Psychology, 20*(2), 140-151. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2002\\_5](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2002_5).
- McNeil, C.B., & Hembree-Kigin, T.L. (2011). *Parent-Child Interaction Therapy. Second Edition*. New York: Springer.
- McNeil, C.B., Quetsch, L.B., & Anderson, C.M. (2018). *Handbook of Parent-Child Interaction Therapy for children on the Autism Spectrum*. Cham: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-03213-5>.
- \*Mersky, J.P., Topitzes, J. & Blair, K. (2017). Translating evidence-based treatment into child welfare services through communicaty-university partnerships: a case example of parent-child interaction therapy. *Children and Youth Services Review, 82*, 427-433. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.10.002>.
- \*Mersky, J.P., Topitzes, J., Grant-Savela, S.D., Brondino, M.J., & McNeil, C.B. (2016). Adapting Parent-Child Interaction Therapy to Forster Care: Outcomes form a Randomized Trial. *Research on Social Work Practice, 26*(2), 157-167. <https://doi.org/10.1177/1049731514543023>.
- \*Montes-Vu, V.E., & Girard, E. (2018). Parent-Child Interaction Therapy-Toddler (PCIT-T): Case Overview for a Child on the Spectrum with a Comorbid Developmental Disability. En C.B. McNeil, L.B. Quetsch & Anderson, C.M. (eds.). *Handbook of Parent-Child Interaction Therapy for Children on the Autism Spectrum*, (pp. 665-675). Cham: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-03213-5\\_38](https://doi.org/10.1007/978-3-030-03213-5_38).
- Niec, L. (2018). *Handbook of Parent-Child Interaction Therapy. Innovations and Applications for Research and Practice*. Cham: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-97698-3>.
- \*Niec, L., Barnett, M.L., Prewett, M.S., & Shanley, J. (2016). Group Parent-Interaction Therapy: A Randomized Control Trial for the Treatment of Conduct Problems in young Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(8), 682-698. <https://doi.org/10.1037/a0040218>.
- \*Nieter, L., Thornberry, T., & Brestan-Knight, E. (2013). The Effectiveness of Group Parent-Child Interaction Therapy with Community Families. *Journal of Child and Families Studies, 22*, 490-501. <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9601-5>.
- \*Nixon, R.D.V. (2001). Changes in Hiperactivity and Temperament in Behaviourally Disturbed Preschoolers after Parent-Child Interaction Therapy (PCIT). *Behavior Change, 18*(3), 168-176. <https://doi.org/10.1375/bech.18.3.168>.
- \*Nixon, R.D., Sweeney, L., Erikson, D.B., & Touyz, S.W. (2003). Parent-Child Interaction Therapy: A Comparison of Standard and Abbreviated Treatment for Oppositional Preschoolers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 251-260. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.71.2.251>.
- \*Nixon, R.D., Sweeney, L., Erikson, D.B., & Touyz, S.W. (2004). One-and-Two-Year Follow-up of Standard and Abbreviates Treatments for Oppositional Preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology, 32*(3), 263-271. <https://doi.org/10.1023/b:jacp.0000026140.60558.05>.
- \*Pade, H., Taube, D.O., Aalborg, A.E., & Reiser, P.J. (2006). An Immediate and long-Term Study of a Temperament and Parent-Child Interaction Therapy based Community Program for Preschoolers with Behavior Problems. *Child & Family Behavior Therapy, 28*(3), 1-28. [https://doi.org/10.1300/j019v28n03\\_01](https://doi.org/10.1300/j019v28n03_01).
- \*Pearl, E., Thieken, L., Olafson, E., Boat, B., Connelly, L., Barnes, J., & Putnam, F. (2012). Effectiveness of Community Dissemination of Parent-Child Interaction Therapy. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy, 4*(2), 204-213. <https://doi.org/10.1037/a0022948>.
- \*Phillips, J., Morgan, S., Cawthorne, K., & Barnett, B. (2008). Pilot Evaluation of Parent-Child Interaction Therapy delivered in an Australian Community Early Childhood Clinic Setting. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 42*, 712-719. <https://doi.org/10.1080/00048670802206320>.
- \*Riley, V.T. (2014). The Effect of Parent-Child Interaction Therapy on Caregiver Rigidity, Job Satisfaction and Childhood Misbehavior. *USC Aiken Psychology Theses. 3*. [https://scholarcommons.sc.edu/aiken\\_psychology\\_theses/3](https://scholarcommons.sc.edu/aiken_psychology_theses/3).
- \*Ros, R., & Graziano, P.A. (2019). Group PCIT for Preschoolers with Autism Spectrum Disorder and Externalizing Behavior Problems. *Journal of Child and Family Studies, 28*(5), 1294-1303. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01358-z>.
- \*Ros, R., Hernandez, J., Graziano, P.A., & Bagner, D.M. (2016). Parent Training for Children with or at Risk for Developmental Delay: The Role of Parent Homework Completion. *Behavior Therapy, 47*(1), 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.08.004>.
- \*Rothenberg, W.A., Weinstein, A., Dandes, E.A., & Jent, J.F. (2018). Improving Child Emotion Regulation: Effects of Parent-Child Interaction Therapy and Emotion Socialization Strategies. *Journal of Child and Family Studies, 28*(3), 720-731. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1302-2>.
- \*Rowley, A.M., & Masse, J.J. (2018). PCIT and Autism: A Case Study. En C.B. McNeil, L.B. Quetsch & Anderson, C.M. (eds.), *Handbook of Parent-Child Interaction Therapy for Children on the Autism Spectrum*, (pp. 633-649). Cham: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-03213-5\\_36](https://doi.org/10.1007/978-3-030-03213-5_36).
- \*Scattone, D., Sarver, D.E., & Cox, A.D. (2018). Parent-Child Interaction Therapy (PCIT): Autism Case Study 4. En C.B. McNeil, L.B. Quetsch & C.M. Anderson (Eds.),



- Handbook of Parent-Child Interaction Therapy for Children on the Autism Spectrum*, (pp. 651-664). Cham: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-03213-5\\_37](https://doi.org/10.1007/978-3-030-03213-5_37).
- \*Schuhmann, E.M., Foote, R.C., Eyberg, S.M., Boggs, S.R., & Algina, J. (1998). Efficacy of Parent-Child Interaction Therapy: Interim Report of a Randomized Trial with Short-Term Maintenance. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(1), 34-45. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2701\\_4](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2701_4).
- \*Scudder, A.T., McNeil, C.B., Chengappa, K., & Costello, A.H. (2014). Evaluation of an existing parenting class within a women's state correctional facility and a parenting class modeled from Parent-Child Interaction Therapy. *Children and Youth Services Review*, 46, 238-247. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.08.015>.
- \*Scudder, A.T., Wong, C.B., Mendoza-Burcham, M., & Handen, B. (2018). Summary of Lessons Learned from Two Studies: An Open Clinical Trial and a Randomized Controlled Trial of PCIT and Young Children with Autism Spectrum Disorders. En C.B. McNeil, L.B. Questsch & C.M. Anderson, (Eds.), *Handbook of Parent-Child Interaction Therapy for Children on the Autism Spectrum*, (pp. 443-456). Cham: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-03213-5\\_24](https://doi.org/10.1007/978-3-030-03213-5_24).
- \*Shafi, R.M.A., Vande Voort, J.L., Croarkin, P.E., & Romanowicz, M. (2018). Parent-Child Interaction Therapy in a case of Global Developmental Delay and Leukoencephalopathy. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 1-5. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00427>.
- \*Sharma, V., Shikhu, L.P., & Jha, M. (2019). Sibling rivalry disorder: Issues of diagnosis and management. A case report. *Journal of Indian Association for Child & Adolescent Mental Health*, 15(2), 140-153.
- \*Shinn, M. (2013). Parent-Child Interaction Therapy with a Deaf and Hard of Hearing Family. *Clinical Case Studies*, 20(10), 1-17. <https://doi.org/10.1177/1534650113500065>.
- Society of Clinical Child and Adolescent Psychology. (2017). *Effective Child Therapy. Evidence-based mental health treatment for children and adolescents*. Estados Unidos: Effective Child Therapy. Recuperado de: <https://effectivechildtherapy.org/concerns-symptoms-disorders/>.
- \*Solomon, M., Ono, M., Timmer, S., & Goodlin-Jones, B. (2008). The Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy for Families of Children on the Autism Spectrum. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(9), 1767-1776. <https://doi.org/10.1007/s10803-008-0567-5>.
- Southam-Gerow, M.A., & Prinstein, M.J. (2014). Evidence Base Updates: The Evolution of the Evaluation of Psychological Treatments for Children and Adolescent. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(1), 1-6. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.855128>.
- \*Stokes, J.O., Jent, J.F., Weinstein, A., Davis, E.M., Brown, T.M., Cruz, L., & Wavering, H. (2016). Does practice make perfect? The relationship between self-Reported Treatment Homework Completion and Parental Skill Acquisition and Child Behaviors. *Behavior Therapy*, 47, 538-549. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.04.004>.
- \*Stokes, J.O., Scudder, A., Costello, A.H. y McNeil, C.B. (2017). Parent-Child Interaction Therapy With an Eight-Year-Old Child: A Case Study. *Journal of Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 2(1), 1-11. <https://doi.org/10.1080/23794925.2016.1268938>.
- \*Stokes, J.O., Wallace, N.M., & McNeil, C.B. (2018). Effectiveness of Community-Delivered Parent-Child Interaction Therapy Compared to Usual Care. *Child & Family Behavior Therapy*, 40(4) 279-305. <https://doi.org/10.1080/07317107.2018.1522232>.
- \*Tan, S.Y., Steding, L.H., Coates, E.E., & Agazzi, H. (2018). Parent-Child Interaction Therapy and ADHD: A Case Study With a Hearing Child of a Deaf Father and a Hearing Mother. *Child & Family Behavior Therapy*, 40(1), 65-83. <https://doi.org/10.1080/07317107.2018.1428071>.
- \*Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M.J. (2011). Accumulating Evidence for Parent-Child Interaction Therapy in the Prevention of Child Maltreatment. *Child Development*, 82(1), 177-192. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01548.x>.
- \*Timmer, S.G., Hawk, B., Tudor, M.E., & Solomon, M. (2018). Reflections on the First Efficacy Study of Parent-Child Interaction Therapy with Children Diagnosed with Autism Spectrum Disorder. En C.B. McNeil, L.B. Questsch & Anderson, C.M. (eds.), *Handbook of Parent-Child Interaction Therapy for Children on the Autism Spectrum*, (pp. 501-515). Cham: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-03213-5\\_27](https://doi.org/10.1007/978-3-030-03213-5_27).
- \*Timmer, S.G., Ho, L.K.L., Urquiza, A.J., Zebell, N.M., Fernandez-Garcia, E., & Boys, D. (2011). The Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy with Depressive Mothers: The Changing Relationship as the Agent of Individual Change. *Child Psychiatry Human Development Journals*, 42, 406-423. <https://doi.org/10.1007/s10578-011-0226-5>.
- \*Timmer, S.G., Urquiza, A.J., & Zebell, N. (2006). Challenging Foster Caregiver-Maltreated Child Relationships: The Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy. *Children and Youth Services Review*, 28, 1-19. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2005.01.006>.
- \*Timmer, S.G., Urquiza, A.J., Zebell, N.M., & McGraw, J.M. (2005). Parent-Child Interaction Therapy: application to Maltreating Parent-Child Dyads. *Child Abuse & Neglect*, 29, 825-842. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2005.01.003>.
- \*Timmer, S.G. Urquiza, A.J., Herschell, A.D., McGrath, J.M., Zebell, N.M., Porter, A.L., & Vargas, E.C. (2006). Parent-Child Interaction Therapy: Application of an Empirically Supported Treatment to Maltreated Children in Foster Care. *Child Welfare*, 85, 919-939. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2005.01.006>.
- \*Timmer, S.G., Urquiza, A.J., Boys, D.K, Forte, L.A., Quick-Abdullah, D., Chan, S., & Gould, W. (2016). Filling pot-holes on the implementation highway: Evaluating the implementation of Parent-Child Interaction Therapy in Los Angeles County. *Child Abuse & Neglect*, 53, 40-50.



- <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.11.011>.
- \*Timmer, S.G., Ware, L.M., Urquiza, A.J., & Zebell, N.M. (2010). The Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy for Victims of Interparental Violence. *Violence and Victims*, 25(4), 486- 503. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.25.4.486>.
- \*Urquiza, A., & Timmer, S.G. (2012). Un programa para la Mejora de las Relaciones Padres-Hijos. La Terapia de Interacción Padres-Hijos. *Psychosocial Intervention*, 21, 145-156. <https://doi.org/10.1787/leo-2011-graph66-es>.
- \*Veen-Mulders, L., Hoofdakker, B.J., Nauta, M.H., Emmelkamp, P., & Hoekstra, P.J. (2018). Methylphenidate Has Superior Efficacy Over Parent-Child Interaction Therapy for Preschool Children with Disruptive Behaviors. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 28(1). 66-73. <https://doi.org/10.1089/cap.2017.0123>.
- \*Verduin, T.L., Abikoff, H., & Kurtz, S.M.S. (2008). Evidence-Based Treatment of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in a Preschool-Age Child: A Case Study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(2), 477-485. <https://doi.org/10.1080/15374410801955904>.
- \*Wallace N.M., & Sly, H.G. (2018): Parent-Child Interaction Therapy with a Child on the Autism Spectrum: A Case Study. En C.B. McNeil, L.B. Quetsch & Anderson, C.M. (eds.), *Handbook of Parent-Child Interaction Therapy for Children on the Autism Spectrum*, (pp. 609-618). Cham: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-03213-5\\_34](https://doi.org/10.1007/978-3-030-03213-5_34).
- \*Wallace, N.M., Quetsch, L.B., Robinson, C., McCoy K.M., & McNeil, C.B. (2018). Infusing Parent-Child Interaction Therapy Principles into Community-based Wraparound Services: An Evaluation of Feasibility, Child Behavior Problems, and Staff Sense of Competence. *Children and Youth Services Review*, 88, 567-581. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2018.04.007>.
- Ward, M.A., Theule, J., & Cheung, K. (2016). Parent-Child Interaction Therapy for Child Disruptive Behaviour Disorders: A Meta-analysis. *Child Youth Care Forum*, 45, 675-690. <https://doi.org/10.1007/s10566-016-9350-5>.
- \*Ware, L.M., McNeil, C.B., Masse, J., & Stevens, S. (2008). Efficacy of In-Home Parent-Child Interaction Therapy. *Child & Family Behavior Therapy*, 30(2), 99-126. <https://doi.org/10.1080/07317100802060302>.
- \*Webb, H.J., Thomas, R., McGregor, L., Avdagic, E., & Zimmer-Gembeck, M.J. (2017). An Evaluation of Parent-Child Interaction Therapy with and without Motivational Enhancement to Reduce Attrition. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(4), 537-550. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1247357>.
- \*Weinstein, A., Jent, J.F., Cejas, I., & De la Asuncion, M. (2015). Improving Behavior using child-directed interaction skills: A case Study determining cochlear implant candidacy. *Cochlear Implant International*, 16(5), 285-289. <https://doi.org/10.1179/1754762815y.0000000007>.
- \*Zimmer-Gembeck, M.J., Kerin, J.L., Webb, H.J., Gardner, A.A., Campbell, S.M., Swan, K., & Timmer, S.G. (2019). Improved Perceptions of Emotion Regulation and Reflective Functioning in Parents: Two Additional Positive outcomes of Parent-Child Interaction Therapy. *Behavior Therapy*, 50(2), 340-352. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.07.002>.
- Zlomke, K.R., & Jeter, K. (2019). Comparative Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy for Children with and without Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 49, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-03960-y>.
- \*Zlomke, K.R., Jeter, K., & Murphy, J. (2017). Open-Trial Pilot of Parent-Child Interaction Therapy for Children With Autism Spectrum Disorder. *Child & Family Behavior Therapy*, 39(1), 1-18. <https://doi.org/10.1080/07317107.2016.1267999>.



# OPTIMISMO DISPOSICIONAL Y ESTRÉS: CLAVES PARA PROMOVER EL BIENESTAR PSICOLÓGICO

## DISPOSITIONAL OPTIMISM AND STRESS: KEYS TO PROMOTING PSYCHOLOGICAL WELL-BEING

**Sara Puig Pérez, Marta Aliño Costa, Aránzazu Duque Moreno, Irene Cano López,  
Paula Martínez López, Mercedes Almela Zamorano y María José García Rubio**

*Grupo de Investigación en Psicología y Calidad de Vida (PsiCal), Universidad Internacional de Valencia*

Numerosos estudios señalan que los factores psicológicos afectan de forma importante al funcionamiento fisiológico del organismo. El optimismo disposicional considerado un rasgo unidimensional de personalidad, se relaciona con las expectativas de éxito futuro según la Self-Regulatory Behavior Theory. En diversos estudios, el optimismo se propone como factor modulador de la respuesta de estrés tanto crónico como agudo ya que altos niveles en la dimensión se asocian con bajos niveles de estrés percibido y cortisol. Además, el optimismo parece ser una variable clave en la regulación del ritmo circadiano del eje Hipotálamo-Hipófiso-Adrenal (HHA). Esta influencia se ha estudiado con datos de cortisol en pelo, la respuesta matutina de cortisol y el nivel de cortisol a lo largo del día, encontrando resultados inconsistentes hasta el momento. En el presente trabajo se analiza la relación entre el optimismo y la respuesta de estrés acorde al eje HHA que ha mostrado ser relevante en la promoción del bienestar físico y psicológico. Asimismo, se reflexiona sobre la incorporación del optimismo disposicional en los programas de intervención psicológica como estrategia para promover el bienestar psicológico y prevenir la enfermedad en la población dada su relación con el desarrollo de alteraciones físicas y psicológicas como resultado de estados disfuncionales de estrés.

**Palabras clave:** Optimismo, Eje HHA, Estrés, Bienestar, Salud.

Numerous studies indicate that psychological factors significantly affect the physiological functioning of the body. Dispositional optimism, considered a one-dimensional personality trait, is related to expectations of future success according to self-regulatory behavior theory. In various studies, optimism is proposed as a modulating factor of both the chronic and acute stress response, since high levels in optimism have been associated with low levels of perceived stress and cortisol. Furthermore, optimism appears to be a key variable in the regulation of the circadian rhythm of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis. This influence has been studied with data on hair cortisol, the awakening cortisol response, and the cortisol level throughout the day, with inconsistent results being found so far. In the present work, the relationship between optimism and the stress response according to the HPA axis is analyzed, which has been shown to be relevant in promoting physical and psychological well-being. Likewise, the incorporation of dispositional optimism in psychological intervention programs is considered as a strategy to promote psychological well-being and prevent disease in the population, given its relationship with the development of physical and psychological alterations as a result of dysfunctional states of stress.

**Key words:** Optimism, HPA axis, Stress, Well-being, Health.

Diferentes estudios han mostrado el impacto que tienen los factores psicológicos sobre el funcionamiento de sistemas fisiológicos básicos (ver Chida y Steptoe, 2009). En este sentido, la presencia de recursos psicológicos positivos, como el optimismo, se han vinculado a una respuesta fisiológica más adaptativa ante eventos estresantes, así como a la actividad de estructuras cerebrales implicadas en la respuesta emocional como la corteza prefrontal ventrolateral y la amígdala (Taylor et al., 2008).

Recibido: 24 octubre 2020 - Aceptado: 28 diciembre 2020

Correspondencia: Sara Puig Pérez. Grupo de Investigación en Psicología y Calidad de Vida (PsiCal), Universidad Internacional de Valencia. C/ Pintor Sorolla, 21. 46002 Valencia. España.  
E-mail: sara.puig@campusviu.es

### OPTIMISMO DISPOSICIONAL: ORIGEN DEL CONSTRUCTO Y SU RELEVANCIA PARA LA SALUD

#### Origen del constructo

El concepto de optimismo disposicional se basa en los modelos teóricos que tratan de explicar la conducta del ser humano en base al valor de las expectativas, en los que se considera que la conducta tiene como meta responder a los objetivos deseados (Carver y Scheier, 2000). En el momento de abordar la consecución de un objetivo deseado o bien evitar aquello indeseado, se produce una valoración sobre la confianza o duda con respecto al objetivo. En esta valoración, se estima la medida en que se dispone de los recursos para afrontar la situación y la probabilidad de éxito de conseguir lo que se pretende. Este proceso es lo que se entiende por expectativa, e implica que la falta de confianza en la

consecución de un objetivo induce a la no-acción, es decir, a desistir de intentar conseguirlo. Sin embargo, el hecho de considerar que se dispone de suficiente confianza para conseguir el objetivo incrementa la posibilidad de que el individuo se involucre y persevere en conseguir aquello que desea. Este proceso es la base del concepto de optimismo disposicional (Scheier et al., 2001), definido y sustentado teóricamente en la *Self-Regulatory Behavior Theory* (Carver y Scheier, 2000). El optimismo disposicional (en adelante optimismo) es considerado un rasgo de personalidad unidimensional con dos polos opuestos (optimismo vs. pesimismo), en el que se considera que las personas optimistas se mostrarán más seguras y persistentes con unas expectativas de éxito centradas en la consecución de sus objetivos, mientras que las pesimistas tienden a ser más dubitativas con respecto al éxito y esperan resultados negativos (Carver et al., 2010; Scheier y Carver, 1992; Scheier et al., 1994).

La evaluación de este constructo puede llevarse a cabo a través de diferentes autoinformes, siendo el *Life Orientation Test* (LOT, Scheier y Carver, 1985), y su versión revisada (LOT-R, Scheier et al., 1994), los instrumentos de evaluación más utilizados a nivel internacional. Estudios anteriores mostraron una buena fiabilidad test-retest de semanas a años, que van desde 0,58 a 0,79 (Atienza et al., 2004; Lucas et al., 1996; Scheier y Carver, 1985; Scheier et al., 1994). Destaca el estudio de Matthews et al. (2004) que mostró una fiabilidad test-retest de 0.71 tras un período de 10,4 años. Además, la estabilidad transcultural del constructo se ha observado en un metaanálisis realizado en 22 países, utilizando 213 artículos que midieron el rasgo de Optimismo a través del LOT y LOT-R con un tamaño muestral total de 89.138 participantes (Fischer y Chalmers, 2008). Asimismo, tenemos que considerar las revisiones repetidas de validaciones del LOT-R. Por ejemplo, Herzberg et al. (2006) realizaron un análisis psicométrico robusto del LOT-R con una gran muestra de 46.133 participantes con edades comprendidas entre los 18 y los 103 años.

En investigaciones recientes se ha valorado la posibilidad de que el optimismo no sea un constructo unidimensional, sino que más bien se trate de dos dimensiones separadas (optimismo vs. pesimismo) (Mroczek et al., 1993; Plomin et al., 1992; Puig-Perez, et al., 2015; Robinson-Whelen et al., 1997). De hecho, existen hipótesis que muestran un patrón único de comportamiento como dimensión del constructo en jóvenes, aunque la varianza compartida entre las subescalas de optimismo y pesimismo se reduce con la edad (Herzberg et al., 2006). De acuerdo con diferentes formulaciones teóricas, sería coherente considerar ambas subescalas como constructos independientes atendiendo a la independencia de los estados mentales positivos y negativos (Diener et al., 1999; Ryff y Singer, 1998), tal y como se ha observado en algunos estudios empíricos (e.g. Lai, 1994, 1997; Lai et al., 2005). Asimismo, se considera que la independencia de estos factores con la edad pueda deberse a cambios meta-cognitivos que aparecen con la madurez, permitiendo así emplear de manera adaptativa la perspectiva optimista o pe-

simista en función de la situación experimentada. Específicamente para la población española, el LOT-R ha demostrado una fiabilidad adecuada apoyando la hipótesis de un modelo de dos factores (Ferrando et al. 2002). Estas mismas conclusiones han sido confirmadas posteriormente (Grau et al., 2005; Vera-Villaruel et al., 2009), las cuales van en línea con las recomendaciones de analizar el optimismo junto con las dos subescalas, ya que, de esta manera, se aporta mayor información sobre la relación entre este constructo y la salud (Rasmussen et al., 2009; Scheier et al., 2020).

### **Relevancia del optimismo disposicional en la salud**

Uno de los aspectos más destacados del optimismo es su constatado papel como factor protector de la salud y el bienestar físico y psicológico. Existe una amplia y sólida evidencia científica que señala una relación negativa del optimismo con emociones negativas como ansiedad, ira, distrés y depresión; y una relación positiva con felicidad, bienestar, satisfacción con la vida y autoestima (para una revisión, ver Pavez et al., 2012). Asimismo, el optimismo se relaciona de manera inversa con la presencia o desarrollo de trastornos del estado de ánimo (Rajandram et al., 2011), esto es, se asocia con una disminución de la sintomatología depresiva. De esta forma, el optimismo se convierte en una fortaleza psicológica frente a los estados depresivos (Flores-Lozano, 2005). Con respecto a la salud física, se ha demostrado que el optimismo está relacionado con una mayor protección frente a la enfermedad y una mayor esperanza de vida, a través de su influencia positiva sobre el sistema inmune, respiratorio y circulatorio (véase la revisión de Vázquez et al., 2009). Diferentes estudios han puesto de manifiesto el papel del optimismo en la adaptación al cáncer (Carver et al., 1993, 2005; Fasano et al., 2020), la percepción del dolor (Goodin et al., 2012), el pronóstico en enfermedades cardiovasculares (Tindle et al., 2010) y metabólicas (Puig-Perez et al., 2017), así como su efecto sobre la actividad inmunitaria (Cohen et al., 2006; Puig-Perez et al., *en revisión*). En relación con el cáncer de mamá, las pacientes optimistas muestran un mejor ajuste psicológico tras el diagnóstico, utilizan estrategias de afrontamiento más adaptativas, señalan niveles más bajos de distrés emocional y perciben mayor apoyo social (Vázquez y Castilla, 2007); incluso se ha demostrado que el optimismo predice el nivel de bienestar varios años después (Carver et al., 2005). Por tanto, este constructo psicológico además de estar fuertemente conectado con la satisfacción y el bienestar psicológico, parece jugar un papel clave en la salud física (Avia y Vázquez, 1998).

Sin embargo, las vías mediante las cuales el optimismo influye sobre la salud física y psicológica aún no han sido clarificadas. Una vía de actuación podría ser el papel del optimismo en la promoción de conductas proactivas que protegen la salud de la persona. De hecho, diferentes estudios proponen que la promoción de la salud por parte del optimismo recae en su influencia sobre la propia conducta. En concreto, se ha demostrado que las personas con mayor op-



timismo muestran una mayor adherencia a los tratamientos médicos prescritos, un mayor consumo de vitaminas y un incremento en la realización de actividad física, así como un menor consumo de grasas saturadas (Giltay et al., 2006; Ledham et al., 1995; Nabi et al., 2010; Shepperd et al., 1996). Por otro lado, se ha postulado que el optimismo actúa como protector de la salud a través de su influencia sobre la cognición, generando mayor confianza en uno mismo, persistencia ante los retos, y un mayor uso de estrategias de afrontamiento adaptativas; y además, reduce los niveles de estrés percibido y promueve una reevaluación positiva de las experiencias vividas por parte de la persona (Carver et al., 2010; Carver y Connor-Smith, 2010; Taylor y Stanton, 2007; Solberg Nes y Segerstrom, 2006; Puig-Perez et al., 2018; Puig-Perez et al., *en revisión*). Otra vía que vincula al optimismo con la salud recae en su efecto directo sobre ciertos mecanismos fisiológicos fundamentales para el mantenimiento de la salud como son el Sistema Inmune (SI), el Sistema Nervioso Autónomo (SNA) y el eje Hipotálamo-Hipófiso-Adrenal (HHA). En concreto, se ha observado que el optimismo favorece el funcionamiento de éstos (Brydon et al., 2009; Roy et al., 2010; Puig-Perez et al., 2015, Puig-Perez et al., 2017; Puig-Perez et al., *en revisión*).

### EL EJE HHA: CLAVE EN LA RESPUESTA A ESTRÉS Y PRESERVACIÓN DE LA SALUD

El eje HHA es un sistema neuroendocrino complejo vinculado al mantenimiento de la homeostasis y a la respuesta ante estímulos estresantes. Ciertos estímulos internos o externos de naturaleza fisiológica o psicológica favorecen la activación de las neuronas del núcleo paraventricular del hipotálamo (NPV), que secretan la hormona liberadora de corticotropina (CRH), facilitando la liberación de la hormona adrenocorticotropina (ACTH) por parte de la adenohipófisis (Charmandari et al., 2005). La ACTH en circulación estimula, a su vez, la corteza de la glándula suprarrenal, induciendo la síntesis y liberación de glucocorticoides, siendo el cortisol el glucocorticoide más importante en humanos y el principal producto del eje HHA (Charmandari et al., 2005; Jacobson, 2005). La producción de cortisol del eje HHA sigue un patrón circadiano, siendo el punto más bajo de la secreción a media noche. El cortisol comienza a aumentar a las 2-3 horas después del comienzo del sueño hasta alcanzar su pico máximo en el momento del despertar y, a medida que avanza el día, se produce una disminución que se prolonga hasta alcanzar el punto mínimo de secreción. La estabilización de estos niveles de cortisol se describe como un periodo de reposo (Buckley y Schatzberg, 2005).

Además de ser esenciales para generar la respuesta de estrés y enfrentar una situación estresante, los glucocorticoides son necesarios para suprimir la respuesta de estrés, mediar en la recuperación de la misma y preparar al organismo para el siguiente reto. El estrés se define como el proceso en el que el individuo percibe que las demandas de una situación superan la capacidad de regulación del organismo para adaptarse a un desafío psicológico y/o fisiológico (Fink,

2010). De modo general, cuando se produce una sobre-exigencia del medio externo que es percibida como potencialmente amenazante por el individuo, se produce una reacción de cambios en cadena tanto conductuales como neurofisiológicos. Aunque dichos cambios dependen de la naturaleza, intensidad, duración y frecuencia del estímulo estresante, su función es facilitar que el individuo sea capaz de afrontar la nueva situación con éxito, teniendo un claro significado adaptativo debido a que: i) ayudan al organismo a la realización de un gran esfuerzo físico; ii) eliminan las conductas que no son adaptativas ante una situación de amenaza; y iii) facilitan la evaluación de la situación, incrementando la alerta y la vigilancia, así como la toma de decisiones que pone en marcha posibles soluciones ante dicha situación estresante (Sandi et al., 2001).

Cuando la situación estresante se mantiene en el tiempo, ésta se entiende como estrés crónico. En estas circunstancias, se observa una mayor activación del eje HHA, lo que conduce a una hipersecreción de glucocorticoides y una reducción de la eficacia del mecanismo de retroalimentación negativa de los glucocorticoides en el sistema límbico (Jankord y Herman, 2008). Asimismo, se observan alteraciones en indicadores del perfil circadiano del cortisol, como la respuesta matutina de cortisol o la curva diaria de cortisol (Chida y Steptoe, 2009; Clow et al., 2004; Fries et al., 2009; Herriot et al., 2020; Kudielka y Wüst, 2010; Miller et al., 2007). El mantenimiento de niveles de cortisol elevados tiene consecuencias serias en la salud, observándose una remodelación y el daño de redes neurales (McEwen, 2007; McEwen et al., 2016), lo que a su vez produce alteraciones en procesos cognitivos (Adam y Kumari, 2009) y en la regulación emocional (Hinkelmann et al., 2009; Rubinow et al., 1984). De hecho, la alteración prolongada de cortisol afecta a su función como hormona reguladora de numerosos procesos basales como el metabolismo de la glucosa, presión arterial, respuestas inflamatorias e inmunes (Marieb y Hoehn, 2007). De este modo, no es de extrañar que el cortisol se haya propuesto como un indicador importante del estado de salud (Hellhammer et al., 2007; Adan et al., 2017), tanto en el plano físico como en el cognitivo y emocional.

### OPTIMISMO DISPOSICIONAL Y EL EJE HHA EN LA RESPUESTA DE ESTRÉS AGUDO

Ante situaciones de estrés psicosocial, el optimismo ha sido relacionado con la respuesta de cortisol, así como con otras variables involucradas en dicha relación; no obstante, los estudios existentes son limitados y muestran resultados inconsistentes. En un estudio reciente con población adulta, se observó que las personas con mayor optimismo y que fueron entrenadas en sus expectativas en una etapa previa a la exposición a estrés, mostraron menores niveles de cortisol ante un estresor psicosocial estandarizado de laboratorio (Salzman et al., 2018). En cambio, en el estudio de Binsch et al. (2017) fue el grupo de militares con mayor nivel de optimismo el que mostró mayores niveles de cortisol cuando se expusieron a un simulador estresante (Binsch et al., 2017).



Estos resultados fueron consistentes en el estudio realizado por Solberg Nes et al. (2005) con población joven, donde observaron una relación significativa entre el optimismo y el cortisol (mayores niveles) empleando un estresor psicosocial de laboratorio (Solberg Nes et al., 2005).

No obstante, la relación entre optimismo y cortisol en situaciones de estrés agudo no ha sido siempre observada. En el estudio de Rist y Pearce (2019) se trató de categorizar a los participantes en función de su respuesta de estrés y analizar su relación con múltiples factores psicológicos; sin embargo, no encontraron ninguna relación entre los perfiles de respuesta de cortisol y la variable optimismo. En esta misma línea, el estudio desarrollado por Puig-Perez et al., (2015) con personas mayores mostró una ausencia de relación directa entre la respuesta de cortisol y el optimismo aunque sí se observó que el optimismo potenciaba una recuperación más rápida del estrés. De igual manera, en un estudio donde se analizó la respuesta inmune, autonómica y los niveles de cortisol comparando personas adultas infectadas por *Salmonella typhi* con personas sanas, se encontró una relación inversa entre el optimismo y los niveles de cortisol en personas infectadas (tanto expuestas a estrés psicosocial como no expuestas) durante el periodo de recuperación tras la tarea estresante/control; sin embargo, la relación no fue significativa durante la exposición al estresor (Brydon et al., 2009).

#### RELACIÓN DEL OPTIMISMO DISPOSICIONAL CON EL RITMO CIRCADIANO DEL EJE HHA

La influencia del optimismo sobre el bienestar y el funcionamiento del eje HHA también ha sido estudiada ante eventos vitales estresantes. Diferentes indicadores se han tomado para analizar la función del eje HHA, habiendo sido estudiada la relación entre optimismo y cortisol en pelo, respuesta matutina de cortisol o CAR (*Cortisol Awakening Response*) y cortisol a lo largo del día.

Con respecto al cortisol en pelo, hasta donde sabemos, sólo existe un estudio que ha observado cierta relación entre el optimismo y el estrés. Concretamente, se encontró una relación entre el rasgo de optimismo, una menor percepción del estrés y, de forma importante, menores niveles de cortisol acumulado en pelo, todo ello en población adolescente (Milam et al., 2014). Por otro lado, los estudios centrados en analizar la relación entre optimismo y CAR han observado que, tanto en población joven (Lai et al., 2005) como mayor (Endrighi et al., 2011) sana, el optimismo se ha visto relacionado con una menor CAR. No obstante, esta relación entre el optimismo y la respuesta matutina de cortisol no se ha encontrado en otros estudios con población joven (Ebrecht et al., 2004), población adulta mayor sana (Puig-Perez et al., 2018) o con diagnóstico de diabetes tipo II (Puig-Perez et al., 2017).

En lo que respecta a la relación entre optimismo y cortisol diurno, se ha encontrado que personas mayores de 60 años que viven en residencias y tienen un mayor optimismo presentan menores niveles de cortisol al despertar, por la tarde y en el cómputo total diario en comparación con los grupos

con menor optimismo, durante los días que son percibidos por ambos grupos mismos como estresantes (Jobin et al., 2014). Además, se ha observado que el rasgo de optimismo se asocia con una mayor sensación de bienestar físico y psicológico, menores intrusiones y evitación de recuerdos de duelo y menores niveles de cortisol diurno. Estos resultados se encontraron en un estudio longitudinal con datos tomados de personas viudas cuyo cónyuge había fallecido 12 meses antes de la recolección de datos (Minton et al., 2009). En el caso de personas mayores con diabetes tipo II, la cual se ve relacionada con una alteración en los niveles de cortisol diurno, se ha obtenido que el factor de optimismo promueve niveles de cortisol diurno más cercanos a los de personas sanas que a los de pacientes diagnosticados con diabetes tipo II (Puig-Perez et al., 2017). En relación con otras enfermedades crónicas, no se ha encontrado relación entre el cortisol diurno y el optimismo en mujeres con cáncer de mama (García et al., 2016), por ejemplo.

#### LA PROMOCIÓN DEL OPTIMISMO EN LA SOCIEDAD COMO RECURSO FRENTE AL ESTRÉS

Varios estudios consideran que el optimismo actúa como un amortiguador del proceso de estrés que pueden experimentar las personas, y también de las psicopatologías derivadas de un estado de estrés mantenido (véase la revisión de Gallagher et al., 2020). En la actualidad, la sociedad en su totalidad -tanto personas sanas como con un diagnóstico médico previo- se enfrenta a un evento adverso considerado por los expertos como de gran magnitud o elevado estrés psicosocial: la pandemia de coronavirus (léase el metanálisis de Cooke et al., 2020). Este acontecimiento estresante de carácter universal, excepcional e inesperado, que se ha extendido de forma rápida en todo el mundo, ha demandado la puesta en marcha de medidas extraordinarias por parte de los diferentes agentes implicados en nuestra sociedad. Los factores que rodean a esta pandemia como la ambigüedad e incontrolabilidad de la situación amenazante, la invisibilidad y letalidad del virus, la posibilidad de una nueva ola o el desconocimiento de su duración, entre otros, pueden generar en la población una percepción continua de amenaza contra la salud personal y de un sentimiento de indefensión ante la posible interrupción de los planes de vida, dando lugar en algunos casos a alteraciones emocionales. Asimismo, se ha comprobado que la preocupación por la salud de las personas queridas, el colapso de los sistemas de salud, el exceso de información disponible, la pérdida de familiares o conocidos a causa de este virus, las consecuencias laborales y económicas asociadas, entre otros, son factores que pueden contribuir al desarrollo de problemas de ansiedad, preocupación patológica, estrés postraumático y/o problemas de sueño (véase la revisión de Sandín et al., 2020). La solución hasta el momento pasa por la implementación de comportamientos y cambios en los estilos de vida de las personas (Vera-Villaroel, 2020) y en esto, nuestra profesión tiene mucho que aportar.

Teniendo en cuenta las implicaciones del optimismo sobre



la salud física y psicológica, es de esperar que este constructo juegue un papel relevante como factor protector frente a la respuesta de estrés ocasionada por la pandemia COVID-19. Sin embargo, hasta la fecha pocos estudios se han centrado en estudiar esta variable en el contexto que nos ocupa (Puig-Pérez et al., en preparación). Desde un punto de vista asistencial, se podría pensar en el desarrollo de programas de intervención para la promoción del bienestar psicológico y la prevención de la enfermedad mental que incluyesen entre sus componentes el fomento del optimismo como fortaleza personal. Como señala la literatura, niveles altos de optimismo implican un buen manejo de las situaciones de estrés y el uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema, al presentar la persona optimista una mayor flexibilidad ante las situaciones novedosas o inesperadas (Anggayani y Hartawan, 2019; Reed, 2016). Esta estrategia se enmarcaría en el contexto de la Psicología Positiva y de las intervenciones que desde esta aproximación se han propuesto y han mostrado su eficacia terapéutica.

## CONCLUSIÓN

El optimismo es un factor de resistencia psicológica frente al estrés que permite un afrontamiento efectivo de las situaciones adversas al mediar de forma positiva entre los acontecimientos externos y la interpretación que hace la persona de los mismos. Así, desde que se definió el constructo de "optimismo disposicional" como la expectativa general para los resultados positivos y/o los éxitos y una marcada tendencia a pensar que los acontecimientos futuros serán positivos, se ha convertido en un tópico de investigación recurrente en el ámbito de la Psicología Positiva por su impacto sobre el estado físico y psicológico de la persona.

## CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

## REFERENCIAS

- Adam, E. K. y Kumari, M. (2009). Assessing salivary cortisol in large-scale, epidemiological research. *Psychoneuroendocrinology*, 34, 1423-1436. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2009.06.011>
- Adam, E. K., Quinn, M. E., Tavernier, R., McQuillan, M. T., Dahlke, K. A., & Gilbert, K. E. (2017). Diurnal cortisol slopes and mental and physical health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 83, 25-41. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.05.018>
- Anggayani, L., & Hartawan, I. G. M. D. (2019). The relationship between self reliance, proactive attitude, and optimism with coping stress. *Bisma The Journal of Counseling*, 3(2), 74-81. <http://dx.doi.org/10.23887/bisma.v3i2.22532>
- Atienza, A. A., Stephens, M. A. P., & Townsend, A. L. (2004). Role stressors as predictors of changes in womens' optimistic expectations. *Personality and Individual Differences*, 37(3), 471-484. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.09.016>
- Avia, D., Vázquez, C. (2011). *Optimismo inteligente: Psicología de las emociones positivas*. Madrid. Alianza Editorial.
- Binsch, O., Van Wietmarschen, H. y Buick, F. (2017). Relationships between cortisol, optimism, and perseverance measured in two military settings. *Military Psychology*, 29(2), 99-116. <https://doi.org/10.1037/mil0000146>
- Brydon, L., Walker, C., Wawrzyniak, A. J., Chart, H. y Steptoe, A. (2009). Dispositional optimism and stress-induced changes in immunity and negative mood. *Brain, behavior, and immunity*, 23(6), 810-816. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2009.02.018>
- Buckley, T. M., y Schatzberg, A. F. (2005). On the interactions of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis and sleep: Normal HPA axis activity and circadian rhythm, exemplary sleep disorders. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 90(5), 3106-3114. <https://doi.org/10.1210/jc.2004-1056>
- Carver, C.S., y Connor-Smith, J., 2010. Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>
- Carver, C. S. y Scheier, M. F. (2000). On the structure of behavioral self-regulation. En M. Boekaerts, P. Pintrich y M. Zeidner. (Eds.), *Handbook of self-regulation*. (pp. 42-85). San Diego, CA: Academic Press.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., ... & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 375-390. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.2.375>
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.006>
- Carver, C. S., Smith, R. G., Derhagopian, R. P., Antoni, M. H., Petronis, V. M. y Weiss, S. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychology*, 24(5), 508-516. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.5.508>
- Charmandari, E., Tsigos, C. y Chrousos, G. (2005). Endocrinology of the stress response. *Annual Review of Physiology*, 67, 259-284. <https://doi.org/10.1146/annurev.physiol-67.040403.120816>
- Chida, Y. y Steptoe, A. (2009). Cortisol awakening response and psychosocial factors: A systematic review and meta-analysis. *Biological Psychology*, 80, 265-278. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2008.10.004>
- Clow, A., Thorn, L., Evans, P. y Hucklebridge, F. (2004). The awakening cortisol response: Methodological issues and significance. *Stress*, 7, 29-37. <https://doi.org/10.1080/10253890410001667205>
- Cohen, S., Alper, C. M., Doyle, W. J., Treanor, J. J., & Turner, R. B. (2006). Positive emotional style predicts resistance to illness after experimental exposure to rhinovirus or influenza A virus. *Psychosomatic medicine*, 68(6), 809-815. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000245867.92364.3c>



- Cooke, J. E., Eirich, R., Racine, N., & Madigan, S. (2020). Prevalence of posttraumatic and general psychological stress during COVID-19: A rapid review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 292, 113347. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113347>
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R. E. y Smith, H. L. (1999). Subjective well being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276–302.
- Fasano, J., Shao, T., Huang, H. H., Kessler, A. J., Kolodka, O. P., & Shapiro, C. L. (2020). Optimism and coping: Do they influence health outcomes in women with breast cancer? A systemic review and meta-analysis. *Breast Cancer Research and Treatment*, 1-7. <https://doi.org/10.1007/s10549-020-05800-5>
- Ferrando, P. J., Chico, E., & Tous, J. M. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicothema*, 14(3), 673-680.
- Fink, G. (2010). Stress: definition and history. En G. Fink (Ed.), *Stress science: Neuroendocrinology* (pp. 3-9). Academic Press
- Fischer, R. y Chalmers, A. (2008). Is optimism universal? A meta-analytical investigation of optimism levels across 22 nations. *Personality and Individual Differences*, 45, 378-382. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.05.008>
- Flores-Lozano, J. (2006). Optimismo y salud. *JANO*, 1616, 59-61
- Fries, E., Dettenborn, L. y Kirschbaum, C. (2009). The cortisol awakening response (CAR): facts and future directions. *International Journal of Psychophysiology*, 72, 67–73. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2008.03.014>
- Gallagher, M. W., Long, L. J., & Phillips, C. A. (2020). Hope, optimism, self efficacy, and posttraumatic stress disorder: A meta analytic review of the protective effects of positive expectancies. *Journal of Clinical Psychology*, 76(3), 329-355. <https://doi.org/10.1002/jclp.22882>
- García, D. M. J., Hernández, R. L., Ramírez, M. T. G., & Bernal, L. J. (2016). Variación diurna del cortisol y su relación con estrés, optimismo y estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(1), 103-112.
- Giltay, E. J., Kamphuis, M. H., Kalmijn, S., Zitman, F. G., & Kromhout, D. (2006). Dispositional optimism and the risk of cardiovascular death: The Zutphen Elderly Study. *Archives of Internal Medicine*, 166(4), 431-436. doi:10.1001/archinte.166.4.431
- Goodin, B. R., Kronfli, T., King, C. D., Glover, T. L., Sibille, K., & Fillingim, R. B. (2013). Testing the relation between dispositional optimism and conditioned pain modulation: Does ethnicity matter? *Journal of Behavioral Medicine*, 36(2), 165-174. <https://doi.org/10.1007/s10865-012-9411-7>
- Grau, J., Hernández, E. & Vera-Villarreal, P. (2005). Estrés, salutogénesis y vulnerabilidad. En E. Hernández & J. Grau (Eds.), *Psicología de la Salud: Fundamentos, metodología, aplicaciones* (pp. 113-177). México: Universidad de Guadalajara.
- Herriot, H., Wrosch, C., Hamm, J. M., & Pruessner, J. C. (2020). Stress-related trajectories of diurnal cortisol in older adulthood over 12 years. *Psychoneuroendocrinology*, 121, 104826. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104826>
- Hellhammer, J., Fries, E., Schweisthal, O. W., Schlotz, W., Stone, A. A. y Hagemann, D. (2007). Several daily measurements are necessary to reliably assess the cortisol rise after awakening: State and trait components. *Psychoneuroendocrinology*, 32, 80–86. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2006.10.005>
- Herzberg, P. Y., Glaesmer, H. y Hoyer, J. (2006). Separating optimism and pessimism: A robust psychometric analysis of the revised Life Orientation Test (LOT-R). *Psychological Assessment*, 18(4), 433–438. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.18.4.433>
- Hinkelmann, K., Moritz, S., Botzenhardt, J., Riedesel, K., Wiedemann, K., Kellner, M. y Otte, C. (2009). Cognitive impairment in major depression: Association with salivary cortisol. *Biological Psychiatry*, 66, 879-885. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.06.023>
- Jacobson, L. (2005). Hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis regulation. *Endocrinology & Metabolism Clinics of North America*, 34(2), 271-292. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2005.01.003>
- Jankord, R. y Herman, J. P. (2008). Limbic regulation of hypothalamo pituitary adrenocortical function during acute and chronic stress. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1148, 64-73. <https://doi.org/10.1196/annals.1410.012>
- Jobin, J., Wrosch, C. y Scheier, M. F. (2014). Associations between dispositional optimism and diurnal cortisol in a community sample: When stress is perceived as higher than normal. *Health Psychology*, 33(4), 382. <https://doi.org/10.1037/a0032736>
- Kudielka, B. M. y Wüst, S. (2010). Human models in acute and chronic stress: Assessing determinants of individual hypothalamus-pituitary-adrenal axis activity and reactivity. *Stress*, 13, 1-14. <https://doi.org/10.3109/10253890902874913>
- Lai, J. C. L. (1994). Differential predictive power of the positively versus of the negatively worded items of the Life Orientation Test. *Psychological Bulletin*, 75, 1507–1515. <https://doi.org/10.2466/2Fpr0.1994.75.3f.1507>
- Lai, J. C. L. (1997). Relative predictive power of the optimism versus the pessimism index of a Chinese version of the Life Orientation Test. *The Psychological Record*, 47, 399–410. <https://doi.org/10.1007/BF03395234>
- Lai, J. C. L., Evans, P. D., Ng, S. H. y Chong, A. M. L. (2005). Optimism, positive affectivity, and salivary cortisol. *British Journal of Health Psychology*, 10, 467–484. <https://doi.org/10.1348/135910705X26083>
- Leedham, B., Meyerowitz, B. E., Muirhead, J., & Frist, W. H. (1995). Positive expectations predict health after heart transplantation. *Health Psychology*, 14(1), 74. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.14.1.74>
- Lucas, R. E., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminant vali-



- dity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 616-628.
- Marieb, E. N., & Hoehn, K. (2007). The Endocrine System. En E.N. Marieb, & K. Hoehn (Eds.): *Human anatomy and physiology* (pp. 265-285). San Francisco, EEUU: Pearson.
- Matthews, K. A., Räikkönen, K., Sutton-Tyrrell, K., & Kuller, L. H. (2004). Optimistic attitudes protect against progression of carotid atherosclerosis in healthy middle-aged women. *Psychosomatic Medicine*, 66(5), 640-644. doi: 10.1097/01.psy.0000139999.99756.a5
- McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central role of the brain. *Physiological Reviews*, 87, 873-904. https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006
- McEwen, B. S., Nasca, C. y Gray, J. D. (2016). Stress effects on neuronal structure: Hippocampus, amygdala, and prefrontal cortex. *Neuropsychopharmacology*, 41, 3-23. https://doi.org/10.1038/npp.2015.171
- Milam, J., Slaughter, R., Verma, G., & McConnell, R. (2014). Hair cortisol, perceived stress and dispositional optimism: A pilot study among adolescents. *Journal of Traumatic Stress Disorders & Treatment*, 3(3), 1000126. doi: 10.4172/2324-8947.1000126
- Miller, G. E., Chen, E., & Zhou, E. S. (2007). If it goes up, must it come down? Chronic stress and the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis in humans. *Psychological Bulletin*, 133(1), 25. https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.25
- Minton, M. E., Hertzog, M., Barron, C. R., French, J. A. y Reiter-Palmon, R. (2009). The first anniversary: Stress, well-being, and optimism in older widows. *Western Journal of Nursing Research*, 31(8), 1035-1056. https://doi.org/10.1177%2F0193945909339497
- Mroczek, D. K., Spiro, A., Aldwin, C. M., Ozer, D. J. y Bosse, R. (1993). Construct validation of optimism and pessimism in older men: Findings from the normative aging study. *Health Psychology*, 12(5), 406-409.
- Nabi, H., Koskenvuo, M., Singh-Manoux, A., Korkeila, J., Suominen, S., Korkeila, K., ... & Kivimaki, M. (2010). Low pessimism protects against stroke: The Health and Social Support (HeSSup) prospective cohort study. *Stroke*, 41(1), 187-190. https://doi.org/10.1161/STROKEA-HA.109.565440
- Pavez, P., Mena, L. y Vera-Villaruel, P. (2012). El rol de la felicidad y el optimismo como factor protector de la ansiedad. *Universitas Psychologica*, 11(2), 369-380
- Plomin, R., Scheier, M. F., Bergeman, C. S., Pedersen, N. L., Nesselrode, J. R. y McClean, G. E. (1992). Optimism, pessimism and mental health: A twin/adoption analysis. *Personality and Individual Differences*, 13(8), 921-930. https://doi.org/10.1016/0191-8869(92)90009-E
- Puig-Perez, S., Villada, C., Pulpulos, M. M., Almela, M., Hidalgo, V., y Salvador, A. (2015). Optimism and pessimism are related to different components of the stress response in healthy older people. *International Journal of Psychophysiology*. 98, 213-221. https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2015.09.002
- Puig-Perez, S., Pulpulos, M. M., Hidalgo, V., & Salvador, A. (2018). Being an optimist or a pessimist and its relationship with morning cortisol release and past life review in healthy older people. *Psychology & Health*, 33(6), 783-799. https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1408807
- Puig-Perez, S., Hackett, R. A., Salvador, A., y Steptoe, A. (2017). Optimism moderates psychophysiological responses to stress in older people with Type 2 diabetes: Optimism and stress in older diabetics. *Psychophysiology*. 54, 536-543. https://doi.org/10.1111/psyp.12806
- Puig-Perez, S., Kozusznik, M.W. y Pulpulos, M.M. Optimism as a key factor in coping with the common cold. En revisión
- Puig-Perez, S., Cano-López, I., Martínez, P., Kozusznik, M.W., Alacreu-Crespo, A., Pulpulos, M.M., Duque, A., Almela, M., Aliño, M., Garcia-Rubio, M.J, Pollak, A. y Kozusznik, B. Optimism as a protective factor of psychological impact of COVID-19 pandemic through its effects on perceived stress and infection stress anticipation. En preparación
- Rajandram, R. K., Ho, S. M., Samman, N., Chan, N., McGrath, C., & Zwahlen, R. A. (2011). Interaction of hope and optimism with anxiety and depression in a specific group of cancer survivors: A preliminary study. *BMC Research Notes*, 4(1), 519. https://doi.org/10.1186/1756-0500-4-519
- Rasmussen, H. N., Scheier, M. F., & Greenhouse, J. B. (2009). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(3), 239-256. https://doi.org/10.1007/s12160-009-9111-x
- Reed, D. J. (2016). Coping with occupational stress: The role of optimism and coping flexibility. *Psychology Research and Behavior Management*, 9, 71. https://doi.org/10.2147/PRBM.S97595
- Rist, B., & Pearce, A. J. (2019). Tiered levels of resting cortisol in an athletic population. A potential role for interpretation in biopsychosocial assessment?. *Journal of Functional Morphology and Kinesiology*, 4(1), 8. https://doi.org/10.3390/jfkm4010008
- Robinson-Whelen, S., Kim, C., MacCallum, R. C. y Kiecolt-Glaser, J. K. (1997). Distinguishing optimism from pessimism in older adults: Is it more important to be optimistic or not to be pessimistic? *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(6), 1345-1353. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.73.6.1345
- Rubinow, D. R., Post, R. M., Savard, R. y Gold, P. W. (1984). Cortisol hypersecretion and cognitive impairment in depression. *Archives of General Psychiatry*, 41, 279-283. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1984.01790140069008
- Ryff, C. D. y Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0901\_1
- Saavedra, J., Zúñiga, L., Amézquita, A., y Vásquez J. (2013). Ritmo circadiano: El reloj maestro. Alteraciones que comprometen el estado de sueño y vigilia en el área de la salud. *Morfología*, 5(3), 16-35.



- Salzmann, S., Euteneuer, F., Strahler, J., Laferton, J. A., Nater, U. M. y Rief, W. (2018). Optimizing expectations and distraction leads to lower cortisol levels after acute stress. *Psychoneuroendocrinology*, *88*, 144-152. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.12.011>
- Sandi C, Venero C, Cordero I (2001). Fisiología y patología del estrés. En C. Sandi, C. Venero, & I. Cordero. (Eds.): *Estrés. Memoria y trastornos asociados. Implicaciones en el daño cerebral y el envejecimiento* (pp. 39-73). Editorial Ariel SA, Barcelona.
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *25*(1).
- Scheier, M. y Carver, C. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, *4*, 219-247. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.4.3.219>
- Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, *16*(2), 201-228. <https://doi.org/10.1007/BF01173489>
- Scheier, M. F., Carver, S. C. y Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*(6), 1063-1078.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. y Bridges, M. W. (2001). Optimism, pessimism, and psychological well-being. En E. C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 189-216). Washington, DC: American Psychological Association.
- Scheier, M. F., Swanson, J. D., Barlow, M. A., Greenhouse, J. B., Wrosch, C., & Tindle, H. A. (2020). Optimism versus pessimism as predictors of physical health: A comprehensive reanalysis of dispositional optimism research. *American Psychologist*. <https://doi.org/10.1037/amp0000666>
- Schou, I., Ekeberg, Ø., & Ruland, C. M. (2005). The mediating role of appraisal and coping in the relationship between optimism pessimism and quality of life. *Psycho Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, *14*(9), 718-727. <https://doi.org/10.1002/pon.896>
- Shepperd, J. A., Maroto, J. J., & Pbert, L. A. (1996). Dispositional optimism as a predictor of health changes among cardiac patients. *Journal of Research in Personality*, *30*(4), 517-534. <https://doi.org/10.1006/jrpe.1996.0038>
- Solberg Nes, L. S., & Segerstrom, S. C. (2006). Dispositional optimism and coping: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, *10*(3), 235-251. [https://doi.org/10.1207%2Fs15327957pspr1003\\_3](https://doi.org/10.1207%2Fs15327957pspr1003_3)
- Taylor, S. E., y Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*, 377-401. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091520>
- Taylor, S. E., Burklund, L. J., Eisenberger, N. I., Lehman, B. J., Hilmert, C. J., y Lieberman, M. D. (2008). Neural bases of moderation of cortisol stress responses by psychosocial resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, *95*(1), 197. DOI: 10.1037/0022-3514.95.1.197
- Tindle, H., Davis, E., & Kuller, L. (2010). Attitudes and cardiovascular disease. *Maturitas*, *67*(2), 108-113. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2010.04.020>
- Vázquez, C., & Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, *4*(2/3), 385.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., & Gómez, D. (2009). Psychological well-being and health. Contributions of positive psychology. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, *5*(2009), 15-27.
- Vera Poseck, B. (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, *27*(1), 3-8. <http://www.papelesdel psicologo.es/resumen?pii=1279>
- Vera-Villaruel, P. (2020). Psicología y COVID-19: un análisis desde los procesos psicológicos básicos. *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*, *14*(1): 10-18. <http://doi.org/10.7714/CNPS/14.1.201>
- Vera-Villaruel, P., Cordova-Rubio, N., & Celis-Atenas, K. (2009). Optimism evaluation: Preliminary analysis of the life orientation test revised version (Lot-R) in Chilean population. *Universitas Psychologica*, *8*(1), 61-68.



# EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD (PAI): UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE SU USO EN EL CONTEXTO LEGAL

## THE PERSONALITY ASSESSMENT INVENTORY (PAI): A SYSTEMATIC REVIEW OF ITS USE IN THE LEGAL FIELD

Karin Arbach<sup>1,2</sup>, Soraya Bazán<sup>1</sup> y Marcelo Vaiman<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Nacional de Córdoba. <sup>2</sup>Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas

Este estudio bibliométrico analiza la evidencia disponible sobre el uso del Personality Assessment Inventory (PAI, Morey, 1991) en contextos legales, tanto en muestras de personas imputadas y condenadas, como en víctimas y demandantes. Siguiendo el protocolo PRISMA-P se identificaron 131 artículos. La productividad se concentra en un número limitado de autores, instituciones, países y revistas. La mayoría de artículos emplean el PAI para analizar características de personalidad y psicopatológicas o las propiedades psicométricas del instrumento en muestras de hombres de mediana edad en prisiones de Estados Unidos y Canadá. Investigaciones con el PAI en muestras de víctimas, en mujeres y en contextos legales del mundo de habla hispana surgen como prometedoras áreas de vacancia. Su desarrollo dependerá en gran parte de la capacidad cooperativa que logren las instituciones jurídicas, penitenciarias y de seguridad con los grupos de investigación.

**Palabras clave:** Inventario de evaluación de la personalidad, Evaluación psicológica forense, Contexto legal, Revisión sistemática.

This systematic review study summarizes the available evidence on the use of the Personality Assessment Inventory in legal contexts, both with samples composed of accused and convicted persons, as well as with victims and plaintiffs. Following the PRISMA-P protocol, 131 articles that met the eligibility criteria were analyzed according to the subjects and psychometric properties investigated. Productivity was concentrated in a limited number of authors, institutions, countries, and journals. Most of the articles refer to the use of the PAI to analyze general personality and psychopathological characteristics, or psychometric properties of the instrument, in samples of middle-aged men in prisons in the United States and Canada. Research studies that use the PAI in samples of victims and women, and in Spanish-speaking legal contexts, emerge from this review as promising areas for future investigation. The development of these areas depends to a large extent on the cooperative capacity that legal, correctional, and security services achieve with academic research groups.

**Key words:** Personality assessment inventory, Forensic psychological assessment, Legal context, Systematic Review.

Los instrumentos de evaluación psicológica juegan un rol cada vez más significativo en los resultados de los casos legales (Neal et al., 2019). Para establecer la admisibilidad de las pruebas psicológicas algunas jurisdicciones han desarrollado criterios que orientan a los jueces en esa tarea (Hardcastle, 2017). Ejemplos de ellos son la disponibilidad de evidencia científica sobre la validez y fiabilidad de las pruebas publicadas mediante revisión por pares, su uso en casos relevantes al tema en cuestión y la aceptación por parte de la comunidad científica (Daubert, William vs. Merrell Dow Pharmaceuticals, Inc., 1993; Neal et al., 2019). En la generación de esta evidencia cobra especial relevancia el cumplimiento de los estándares que guían el de-

sarrollo y la evaluación de las pruebas psicológicas (AERA, APA & NCME, 2014). A su vez, estos estándares, que son de naturaleza técnica, se complementan con los criterios deontológicos que establecen como una buena práctica basar la evaluación forense en la evidencia científica actualizada (American Psychological Association, 2017).

En relación al criterio de aceptabilidad, se han realizado numerosas encuestas a psicólogos forenses doctorados y acreditados en organismos científicos y profesionales de diferentes países para explorar los instrumentos de evaluación psicológica que cuentan con una mayor aceptación y uso para la evaluación de diferentes variables de relevancia legal (Archer et al., 2006; Borum & Grisso, 1995; Lally, 2003; Neal & Grisso, 2014). Los resultados demuestran que los inventarios multidimensionales de personalidad son considerados como aceptables, recomendables o esenciales para la evaluación de diferentes temas en los contextos jurídicos. Entre los más difundidos y empleados en este ámbito se encuentran las diversas versiones del *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota* (por ej. Butcher et al., 1989), del *Inventario Clínico Multiaxial de Millon* (por ej. Millon et al., 1997) y el *Inventario de*

Recibido: 22 octubre 2020 - Aceptado: 10 marzo 2021

Correspondencia: Karin Arbach. Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Nacional de Córdoba y Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas. Boulevard de la Reforma y Enfermera Gordillo. 5000 Córdoba. Argentina.

E-mail: k\_arbach@hotmail.com

*Evaluación de la Personalidad* (Morey, 1991) (ver Archer et al., 2006; Borum & Grisso, 1995; Lally, 2003). La evidencia del uso y aplicación de los dos primeros se encuentra resumida en diferentes estudios de revisión (Craig, 1999; Redondo et al., 2019; Zambrano Cruz, 2015).

El presente estudio revisa la evidencia del último de ellos. Numerosas razones justifican llevar la atención a esta medida. En primer lugar, es una herramienta ampliamente aceptada en contextos legales tanto por los profesionales usuarios (Lally, 2003) como por los juristas (Mullen & Edens, 2008). En segundo lugar, su traducción se ha realizado a idiomas tan diversos como el alemán (Groves & Engel, 2007), griego (Lyraeos, 2011), italiano (Pignolo et al., 2018) y español (Ortiz-Tallo et al., 2013). A la vez, la versión española se ha adaptado en países latinoamericanos como México (Cardenas et al., 2015), Chile (Ortiz-Tallo et al., 2015, 2017) y Argentina (Stover et al., 2015). Esto sugiere el aumento progresivo del uso de este instrumento en el mundo occidental, y particularmente en la región hispanoparlante.

En tercer lugar, se han descrito algunas ventajas del PAI en relación a otras medidas tradicionalmente empleadas para la evaluación de la personalidad. Por ejemplo, es significativamente más breve que el MMPI2, permite una mayor discriminación en las respuestas al contar con cuatro categorías

versus las dos del MMPI-2 y requiere un nivel mínimo de lectura de 4to grado, frente al MMPI-2 que requiere un nivel mínimo de 6to grado (Duellman & Bowers, 2004). Esta última característica, lo hace preferible en poblaciones con bajo nivel de escolaridad (Edens et al., 2001). También es una ventaja su formato, ya que al ser de autoinforme es posible administrarlo a una gran cantidad de sujetos en un mismo momento y no requiere de entrevistadores capacitados para su administración (Boyle & Helmes, 2009).

Este estudio bibliométrico tiene la intención de revisar y resumir la evidencia disponible en artículos científicos que reporten el uso del PAI para la evaluación en contextos legales, a los fines de orientar a los profesionales en la toma de decisiones relativas a su uso tanto en muestras de personas imputadas y condenadas, como en víctimas y demandantes. En este estudio se plantean respuestas a las siguientes preguntas: ¿Cuántos y cuáles estudios reportan datos sobre el PAI en poblaciones de contextos forenses o penitenciarios? ¿Qué autores, instituciones y países son más productivos al respecto? ¿Qué revistas han publicado sobre este tema? ¿Qué temas o variables se ha estudiado con este instrumento? ¿Qué propiedades psicométricas se han contrastado? Una revisión sistemática permite sintetizar la mejor evidencia disponible para responder este tipo de interrogantes (Perestelo-Pérez, 2013). Estas respuestas compiladas buscan asistir al profesional para decidir no sólo sobre qué herramienta emplear ante un tema específico, sino cómo y en qué población. También puede orientar a los jueces sobre su admisibilidad como recurso de prueba cuando los estándares de calidad que deben cumplir las pruebas psicológicas no están claramente definidos.

## MÉTODO

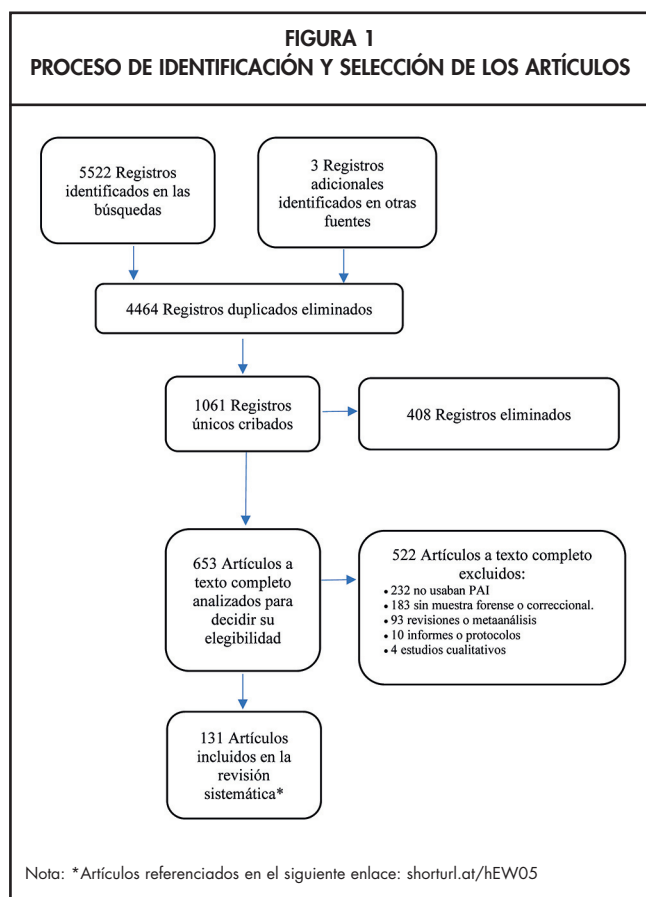
### Procedimiento

Esta revisión sistemática sigue los lineamientos establecidos en el protocolo *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (PRISMA-P) (Moher et al., 2015) y emplea como unidad de análisis artículos de investigación empírica. La búsqueda de los mismos se realizó en Google Scholar, EBSCO Psychology and Behavioral Science Collection, ScienceDirect, Dialnet, Redalyc y Scielo e incluyó todo el período de tiempo comprendido hasta el 4 de marzo de 2020.

La Figura 1 muestra el proceso completo de búsqueda y selección de artículos. Se realizaron dos búsquedas, una en inglés con los siguientes términos: "Personality Assessment Inventory" AND (forensic OR correction OR offender OR inmate OR aggressor OR crime OR criminal OR prisoner OR victim), y otra en español empleando los mismos términos y sus sinónimos. Los registros únicos se descargaron en formato RIS y fueron importados en el programa Covidence (2014). En el cribado se seleccionaron aquellos artículos que cumplieran con los siguientes requisitos de elegibilidad: a) ser estudios empíricos que reporten resultados del PAI, b) cuyos participantes sean individuos de cualquier sexo que atraviesen un proceso judicial por haber sido acusados o sentenciados por la comisión de algún delito o por haberlo

FIGURA 1

### PROCESO DE IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE LOS ARTÍCULOS





sufrido, y c) estar publicados en idioma español, portugués, catalán, italiano, francés, inglés o alemán. Se excluyeron los libros, capítulos de libro, tesis, boletines, transcripciones de conferencias, estudios teóricos no empíricos y publicaciones donde el texto completo no estuviera accesible. El resto de registros fueron cribados en una segunda instancia mediante el examen de su texto completo. Mediante la exploración de los metaanálisis excluidos se identificaron tres estudios no incluidos previamente. La muestra total quedó compuesta por 131 estudios que fueron analizados en relación a los indicadores bibliométricos y se encuentran referenciados en el siguiente enlace: [shorturl.at/hEW05](http://shorturl.at/hEW05).

### Análisis de datos

Los análisis se organizaron según dos tipos de información. En primer lugar, se analizó la productividad por años, autores, instituciones, países y revistas, así como la colaboración entre autores, instituciones y países, explorando la presencia de colegios invisibles<sup>1</sup> y núcleos de investigación<sup>2</sup> (Ardanuy, 2012; Price & Beaver, 1966). En segundo lugar, se analizaron las materias o temas de interés de los estudios diferenciándolos en dos grupos mutuamente excluyentes, el primero incluyó los estudios descriptivos, cuasi experimentales y *ex post facto* y el segundo, los estudios instrumentales (Montero & León, 2007). En los estudios instrumentales fue de interés conocer cuáles exploraban propiedades psicométricas del PAI y sus resultados, y diferenciarlos de aquellos que empleaban el PAI de manera secundaria, es decir para analizar las propiedades psicométricas de otro instrumento. En el análisis de los estudios se consideró, además, el contexto del estudio que fue clasificado en: penitenciario, forense penal y forense civil. Una cuarta categoría (clínico) fue eventualmente generada para agrupar tres estudios que incluían personas evaluadas en una instancia clínica posterior e independiente del proceso judicial.

Los resultados se organizan en función de los distintos indicadores bibliométricos clásicos y de distintas dimensiones derivadas del análisis de materias y temas. Para cada análisis se reportan estadísticas descriptivas. Algunos resultados complementarios a los objetivos del trabajo se presentan como material anexo en un enlace externo.

## RESULTADOS

### Productividad

Los estudios que emplean el PAI en contextos legales comenzaron a publicarse en 1995. El pico de productividad ocurrió entre 2006 y 2010 (figura 2). Ningún artículo publicado en el período revisado de 2020 cumplió con los criterios de elegibilidad.

La producción de estudios resultó desigual entre los 272 autores identificados. En el extremo menos productivo, 240 autores firmaron 1 o 2 artículos, mientras que en el extremo más productivo 10 autores concentraron el 45% de las publicaciones. Una tabla con los 10 autores más productivos puede encontrarse en el enlace al material anexo ([shorturl.at/hEW05](http://shorturl.at/hEW05)).

Se encontraron 125 instituciones como filiación de los autores. Las más productivas estuvieron concentradas en la región sureste-este de Estados Unidos y suroeste de Canadá. La Universidad del Sur de Florida en Tampa (Estados Unidos) es la más productiva con 22 estudios firmados por autores afiliados a dicha institución. El autor más productivo presentó afiliaciones en cinco instituciones diferentes y por eso su institución actual (Texas A&M) no figura como la más productiva. Una tabla con las 10 instituciones más productivas puede encontrarse en el enlace al material anexo ([shorturl.at/hEW05](http://shorturl.at/hEW05)).

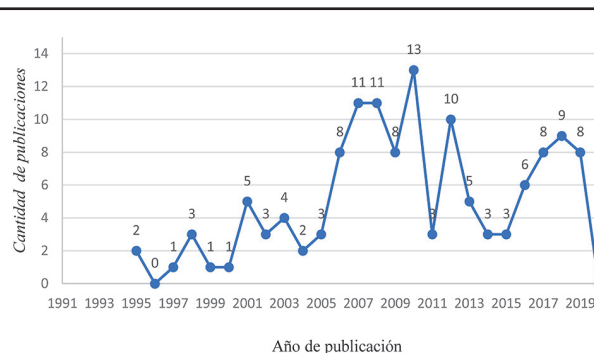
En concordancia con lo anterior, Estados Unidos concentra el 77% de estudios que emplean el PAI en el contexto legal ( $n=101$ ), seguido por Canadá ( $n=25$ ), Reino Unido ( $n=10$ ) y España ( $n=6$ ). De los 6 estudios publicados en España, 4 se realizaron con muestras de países latinoamericanos. Una figura con el número total de artículos por país puede encontrarse en el enlace al material anexo ([shorturl.at/hEW05](http://shorturl.at/hEW05)).

Los 131 artículos se publicaron en 52 revistas diferentes. La tabla 1 muestra las 11 revistas más productivas que concentran el 65% de los artículos.

### Colaboración

Todos los artículos, excepto cuatro, fueron publicados por más de un autor. La media de autores por artículos fue de 3.77 ( $de=1.76$ ). Para profundizar el análisis de colabora-

**FIGURA 2**  
NÚMERO DE ARTÍCULOS PUBLICADOS POR AÑO QUE EMPLEAN EL PAI EN CONTEXTOS LEGALES.



<sup>1</sup> Los colegios invisibles hacen referencia a la afiliación informal de científicos, insertos en instituciones preexistentes, con intereses comunes que son la base de las relaciones que se establecen entre ellos.

<sup>2</sup> El núcleo es aquel autor que concentra a otros autores, participando de todas o la mayoría de las colaboraciones del colegio invisible al que pertenece.



ción, se realizó un análisis de redes que permite descubrir los *colegios invisibles* y el grado de *nuclearidad* de los autores. El análisis se realizó a partir de un gráfico de árbol que permite visualizar las relaciones<sup>3</sup> entre los autores. Una versión interactiva del gráfico resultante se puede encontrar en el siguiente enlace <https://onodo.org/visualizaciones/124989/>. Los 131 estudios abarcaron 910 relaciones, de las cuales 97 implican a J. Edens. El resto de los autores más productivos participaron en un rango de 22 a 65 relaciones. La media de relaciones para todos los autores fue de 6.69, y presentó una importante dispersión ( $de= 9.57$ ).

Según el número de relaciones entre los autores se identificaron 39 grupos de los cuales 27 estaban constituidos por autores que produjeron un único estudio en colaboración. Entre los 12 grupos restantes, el que cuenta con un mayor número de participantes ( $n= 40$ ) tiene como núcleo a J. Edens, y es el colegio invisible más productivo, seguido por el grupo cuyo núcleo es G. Walters (23 participantes) y el grupo de S. Sinclair y D. Antonius (19 participantes).

De los 131 estudios, 103 (78.62%) fueron producidos entre dos o más instituciones (hasta ocho) que, a su vez, se corresponden con las instituciones de filiación de los autores más productivos. Entre las más colaborativas se encuentran University of South Florida, Texas A&M University y Simon Fraser University. Entre las 20 instituciones más colaborativas la única excepción a las instituciones universitarias, es la Agencia Federal de Prisiones de Estados Unidos.

### Análisis de materias

Para analizar las materias o temas explorados con el PAI, los estudios se categorizaron según el diseño a fin de obte-

ner categorías mutuamente excluyentes. El primer grupo estuvo constituido por 46 estudios con diseño descriptivo, cuasi experimental y *ex post facto* que empleaban el PAI para valorar una o más variables en tres tipos de muestras: penitenciarias, forenses y clínicas (los participantes en estas últimas habían tenido contacto con el contexto legal en algún momento). Las variables estudiadas pueden agruparse en aquellas relacionadas con características de personalidad, psicopatológicas, de validez de las respuestas y de tratamiento. La tabla 2 clasifica los estudios según se hayan ocupado de estas variables en diferentes muestras y contextos.

Por otra parte, se identificaron 85 estudios instrumentales, de los cuales 60 tuvieron como objetivo principal analizar diferentes propiedades psicométricas del PAI (tabla 3) y 25 analizaron propiedades de otros instrumentos y emplearon el PAI como medida de contraste. Los primeros se presentan en la tabla 3 de acuerdo a los indicadores psicométricos que analizan (de validez y de fiabilidad) y el contexto del estudio (penitenciario y forense). Ningún estudio instrumental se realizó en el contexto clínico. Tampoco se encontraron estudios que analicen la validez basada en el contenido, ni en el proceso de respuesta.

Cuando el PAI se ha empleado como instrumento de convergencia o discriminancia con mayor frecuencia se ha usado en estudios de validación del *Psychopathic Personality Inventory*<sup>123, 116, 111, 110, 107</sup>, el *Psychopathy Checklist-Revised*<sup>107, 108</sup> y el *Psychological Inventory of Criminal Thinking Styles*<sup>129, 130</sup>. También se ha empleado en estudios únicos para la validación de otros 16 instrumentos de naturaleza muy diversa<sup>109, 112, 113, 114, 115, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 124, 125, 126, 127, 128, 131</sup> (los números en superíndice indican el artículo que puede verse en el siguiente enlace: [shorturl.at/hEW05](http://shorturl.at/hEW05)).

### Características de las muestras

En los 131 estudios identificados, se evaluaron 166 muestras, la mayoría en contextos penitenciarios ( $n=113$ ), seguidas de muestras forenses ( $n= 49$  forenses) y clínicas ( $n= 4$ ). Dado que la mayoría de estudios se realizaron con muestras únicas ( $n= 110, 84%$ ), a continuación se hace referencia al número de estudios (no al número de muestras). La mayoría de estudios reclutó muestras a nivel local o institucional ( $n= 92$ ) o regional ( $n= 37$ ). Solo uno empleó una muestra a nivel nacional<sup>102</sup> con participantes de Estados Unidos, y otro<sup>13</sup> una muestra internacional con participantes de Canadá, Estados Unidos y Suecia. Los países de procedencia de las muestras se correspondían con los países más productivos, ya que las muestras más frecuentemente fueron de Estados Unidos ( $n= 99$  estudios), Canadá ( $n= 11$  estudios) y Reino Unido ( $n= 9$  estudios). De los 131 estudios, solo cinco contaban con muestras latinoamericanas, específicamente de Ecuador<sup>4, 9, 52</sup> y República Dominicana<sup>5, 6</sup>. Se realizaron otros dos estudios con una misma muestra de España<sup>85, 86</sup>.

**TABLA 1**  
PRODUCTIVIDAD DE LAS REVISTAS SEGÚN LA CANTIDAD DE ARTÍCULOS PUBLICADOS

Revistas	k	%
Assessment	14	10.69
Psychological assessment	14	10.69
Journal of Personality Assessment	13	7.63
Criminal Justice and Behavior	8	6.11
Behavioral Sciences & the Law	6	4.58
Journal of Forensic Psychiatry & Psychology	5	3.82
Journal of Personality Disorders	5	3.82
Journal of Abnormal Psychology	5	3.82
Law and Human Behavior	5	3.82
Criminal Behavior and Mental Health	4	3.05
International Journal of Forensic Mental Health	4	3.05

Nota: % El porcentaje se calculó respecto al total de artículos ( $n = 131$ )

<sup>3</sup> Se considera "relación" al intercambio bidireccional entre dos autores que hayan publicado un estudio en conjunto. Ejemplo: Edens y Douglas publicaron un estudio como co-autores, esta colaboración se cuantifica como 1 relación (Edens-Douglas).



**TABLA 2**  
**VARIABLES QUE EXPLORAN LOS ESTUDIOS DESCRIPTIVOS, CUASI EXPERIMENTALES Y EX POST FACTO (N= 46)**  
**QUE EMPLEAN EL PAI EN CONTEXTOS LEGALES**

Personalidad	Contexto correccional			Contexto forense			Contexto clínico
	Cerrado	Psiquiátrico	Abierto	Penal (Tratamiento)	Penal (Evaluación)	Civil	
Características generales (perfil)	4, 15, 31, 33, 36, 38, 42	23, 40	22, 27	33, 39, 41	-	-	37, 9
Características antisociales	17, 43, 44	-	30	-	-	-	-
Trastorno límite de la personalidad	2, 10, 17	3, 16	-	-	-	-	-
<b>Psicopatología</b>							
General	14, 15, 25, 28, 29, 33, 34	45	-	33	-	-	-
Ansiedad	32	-	-	32	-	-	5
Depresión	17	-	-	-	-	-	-
Tendencia suicida	13	13	-	13	11, 13	-	6
Abuso de sustancias	26, 36, 43	-	-	26	-	-	-
Trastornos internalizantes/externalizantes	46	-	-	46	-	-	5
<b>Validez general</b>							
Distorsión de respuestas	-	35	-	35	-	7	-
Simulación	34	12	-	20	21	8	-
<b>Disposición al tratamiento</b>	25	1	-	18	18	-	-

Nota: Los números indican el artículo que puede verse en el Anexo disponible en el siguiente enlace: [shorturl.at/hEW05](http://shorturl.at/hEW05)

**TABLA 3**  
**PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL PAI ANALIZADAS EN 60 ESTUDIOS**  
**QUE LO EMPLEAN COMO MEDIDA PRIMARIA**

Evidencias de Validez	k <sup>a</sup>	Contexto correccional			Contexto Forense			
		Cerrado	Psiquiátrico	Abierto	Penal (Tratamiento)	Penal (Evaluación)	Civil (Víctimas)	
Relaciones test-criterio	Concurrente-Predictiva	30	48, 49, 51, 50, 53, 57, 60, 61, 63, 67, 68, 75, 81, 85, 87, 89, 92, 94, 96, 99, 101	64, 71, 76, 80, 97	88	71, 74, 79	61, 97, 104	-
	Convergente	20	9, 53, 59, 60, 66, 69, 70, 82, 83, 84, 91, 99	66, 105	-	70, 72, 82	47, 53, 56, 77, 78, 95, 104	-
	Grupos contrastados	17	53, 54, 59, 60, 62, 66	58, 66, 90	98	-	58	-
	Discriminante	8	53, 59, 66, 82, 83, 84	66	-	72, 82	53, 95	-
De estructura interna	6	86, 93	71, 97	98	71, 73, 93	97	-	
<b>Sensibilidad<sup>b</sup></b>	21	49, 53, 54, 59, 60, 61, 66, 68, 70, 75, 81, 94	58, 64, 66, 90	88	70, 72	47, 53, 58, 77, 104	106	
<b>Evidencias de Fiabilidad</b>								
Co-varianza de ítems (Consistencia interna)	8	65, 85, 86, 100, 102, 103	-	98	-	95	-	
Test re-test	3	86, 89	-	-	-	-	106	

Nota: Los números indican el artículo que puede verse en el Anexo disponible en el siguiente enlace: [shorturl.at/hEW05](http://shorturl.at/hEW05). Algunos estudios analizan más de una propiedad psicométrica y/o se realizaron en más de un contexto.

<sup>a</sup>La sensibilidad informa sobre la validez en contexto de clasificación y toma de decisiones.



El tamaño de las muestras osciló entre 8 y 15546 participantes. Teniendo en cuenta que cuatro estudios contaban con menos de 28 participantes y que dos contaban con más de 2000 participantes, y a fin de controlar el efecto de los valores extremos, las medidas de resumen que se presentan a continuación no contemplan esas muestras. La media de participantes en los estudios fue de 360.60 ( $de= 437.46$ ), algo menor fue la resultante al considerar los pocos estudios en la región hispanoparlante ( $M= 298.60$ ,  $de= 260.23$ ).

Las edades de los participantes oscilaron entre los 11 y los 85 años ( $M= 34,51$  años;  $de= 5,26$ ). Se identificaron 11 estudios con muestras que incluían total o parcialmente adolescentes de entre 11 y 18 años, ocho muestras incluían jóvenes que habían cometido delitos penales<sup>13, 57, 75, 87, 89, 95, 98, 122</sup> y tres muestras incluían víctimas<sup>9</sup> o demandantes<sup>8, 106</sup>. Estos estudios emplean la versión del PAI para adolescentes (PAI-A) (Morey, 2008).

De los 131 estudios, 76 (56.30%) contaban con muestras constituidas exclusivamente por varones, 15 (11.11%) por mujeres y 44 (35.60%) contaban con muestras mixtas. El total no coincide con el total de los estudios revisados, porque algunos estudios emplearon más de una muestra y no todas contaban con el mismo porcentaje de hombres y mujeres en su composición.

## DISCUSIÓN

De manera más o menos explícita, la evaluación psicológica forense tiene sus requisitos tanto legales como científicos para que sus resultados sean admisibles por un tribunal (AERA, APA y NCME, 2014; American Psychological Association, 2017). Prescindir de los mismos genera el riesgo de recaer en la opinión del experto basándose exclusivamente en su experiencia (Faigman & Monahan, 2009), y ésta ha demostrado estar sujeta a los sesgos propios del juicio humano, incluso en expertos de larga trayectoria (Neal & Grisso, 2014; Zapf et al., 2018). Para contrarrestar esto, la evidencia resumida sobre una prueba de evaluación permite al profesional una aproximación ágil a los usos, debilidades y fortalezas del mismo y representa una información valiosa a la hora de decidir sobre su aceptabilidad científica en un tribunal.

El PAI es un instrumento de amplia aceptación en los contextos jurídicos y penitenciarios de varios países (Edens et al., 2001; Lally, 2003; Mullen & Edens, 2008), pero la evidencia derivada de su uso en estos contextos se encuentra diseminada en diversas fuentes. El presente estudio tuvo como objetivo revisar de manera sistemática esta evidencia y ordenarla de acuerdo a ciertas categorías que podrían ser de utilidad para aquellos que deben decidir sobre su uso, aceptación o admisibilidad.

### Productividad y colaboración

A pesar de la diversidad de estudios publicados en los últimos 25 años, la productividad sobre el PAI se encuentra concentrada en un número relativamente limitado de autores, instituciones, países y revistas. Esto apoya lo propuesto por

la Ley de Lotka (1926) que predice que, independiente de la disciplina, la producción de estudios es desigual debido a que el mayor volumen de publicaciones procede de una pequeña parte de autores altamente productivos. En este caso está representada por un grupo de investigadores de Estados Unidos y Canadá que en los análisis de redes se encontraron congregados por J. Edens. Los profesionales que deseen mantenerse actualizados en este tema, podrían aprovechar la concentración de la evidencia en tres revistas de evaluación psicológica: *Assessment*, *Psychological Assessment* y *Journal of Personality Assessment*. Este hallazgo apoya lo postulado por la Ley de Bradford (1934) que predice que un número reducido de revistas concentrarán el mayor número de publicaciones, mientras que un gran número de revistas presentarán pocas publicaciones.

Asimismo, los resultados demuestran que la actividad colaborativa es central en la productividad científica (Hall et al., 2018). Los autores más productivos son los que más colaboran entre sí, de modo que es relativamente fácil identificar al grupo o grupos referentes en este tema para el período de tiempo que contempla esta revisión. Importantes implicancias prácticas se derivan de la colaboración identificada entre instituciones correccionales y universitarias. La vinculación entre este tipo de instituciones representa un claro aporte en la investigación aplicada en Psicología Criminológica y disciplinas afines, pues permite solventar el obstáculo de acceso a las muestras (Farrington et al., 2006) y orientar la investigación hacia las necesidades institucionales que conforman, en gran medida, la base de las políticas públicas (Sampson et al., 2013).

### Materias y muestras

La mayor parte de la evidencia encontrada en esta revisión se refiere a muestras de varones de edad media que se encuentran cumpliendo una medida privativa de libertad en prisiones del norte de América. En qué medida esos hallazgos podrían justificar el uso del PAI en contextos legales de España, Latinoamérica o de otras regiones permanece como un interrogante empírico.

En términos generales, las características de la personalidad y las variables psicopatológicas han sido los temas más explorados. Los rasgos antisociales y límites de la personalidad recibieron la atención específica de algunos estudios. Esto se corresponde con una amplia evidencia sobre la asociación de estas variables con la conducta delictiva (Yu et al., 2012). También, aunque en menor medida, se han investigado en estas muestras las escalas de validez. La evidencia en relación a estas escalas es especialmente relevante en el ámbito legal dado que el riesgo de que los evaluados presenten respuestas sesgadas se ve incrementado por las potenciales consecuencias de las mismas (Echeburúa et al., 2011).

Menos evidencia disponible existe en relación al uso del PAI en muestras de víctimas, por lo que esta población permanece como un área de vacancia para la investigación futura. Las escalas de trastorno por estrés postraumático,



ansiedad y depresión que han sido exploradas hasta el momento, parecen ser relevantes en la exploración psicológica de las víctimas de delitos.

Los estudios realizados con muestras adolescentes pueden resultar de interés a aquellos profesionales que realizan sus tareas en el ámbito de la justicia penal juvenil y sean requeridos de realizar evaluaciones en profundidad del estado mental y de la personalidad de los adolescentes.

### Estudios instrumentales

Las propiedades psicométricas del PAI se han explorado especialmente en los países donde más se emplea. Además de los resultados que apoyan la fiabilidad de la prueba, se han obtenido indicadores de validez relativos a la asociación de la prueba con criterios externos relevantes al contexto donde más se ha estudiado, como la reincidencia delictiva<sup>48, 104</sup> y la mala conducta institucional<sup>49, 60</sup>.

En términos generales, el promedio de participantes ronda los 300, lo que representa una cantidad adecuada para diferentes contrastes estadísticos requeridos en los estudios instrumentales. Esto refleja la factibilidad de emplear este instrumento en muestras numerosas a pesar de la considerable carga de tiempo y costo asociados a su administración.

La evidencia, tanto de su fiabilidad como de su validez en el contexto legal, podría servir a los profesionales de los países más productivos para fundamentar su elección en los casos particulares. No obstante, será necesario ampliar la investigación en regiones o grupos poblacionales diferentes donde se planea implementar de manera válida y fiable este instrumento en las prácticas habituales de evaluación forense (American Psychological Association, 2013).

Destaca la falta de estudios de validez basada en el contenido o en el proceso de respuesta. Sería deseable contar con estudios que, mediante entrevistas cognitivas, analicen cómo las personas entienden y procesan los ítems y cómo se deciden por una determinada respuesta (Ericsson & Simon, 1993). Esto cobra interés dado que las habilidades lectocomprensivas de parte de la población en contextos legales pueden ser diferentes a las de las muestras originales, lo que a su vez puede afectar la comprensión de los ítems. Por ejemplo, los datos normativos del PAI en Argentina fueron obtenidos a partir de una población con alto nivel educativo, el 43% eran universitarios y un 49% habían completado el secundario (Stover et al., 2015). Por el contrario, solo el 0,4% de la población penitenciaria de este país ha completado el nivel universitario y 7% el secundario (Dirección Nacional de Política Criminal, 2014). Dadas estas y las otras particularidades mencionadas en relación a la evaluación psicológica en contextos legales, contar con esta evidencia resultará un aporte relevante para la fundamentación de su uso.

### Fortalezas y limitaciones del estudio

El presente estudio resume evidencia que hasta la fecha no se había revisado con la intención de realizar un análisis e integración cualitativos de su contenido. El esfuerzo por acceder a artículos en diferentes idiomas intentó solventar la exclusión que suelen tener en las revisiones sistemáticas de material en inglés (por ej. Craig, 2003; Rogers et al., 2003). Asimismo, por la disponibilidad y gran difusión del PAI en la región hispanoparlante se consideró conveniente poner a disposición de los profesionales esta revisión en idioma español.

El uso de herramientas técnicas como el PRISMA-P y el Covidence permitió adecuar este estudio a las directrices recomendables para la publicación de una revisión sistemática y controlar los posibles sesgos en la identificación de los estudios (Moher et al., 2015). A pesar de la productividad concentrada de estudios en países de habla inglesa de altos ingresos (como Estados Unidos, Canadá y Reino Unido), la diversidad de idiomas y bases de datos establecidos *a priori*, tuvieron como objetivo controlar el sesgo de publicación. No obstante, es posible que al eliminar tesis u otros documentos técnicos, no se hayan captado estudios efectivamente realizados aunque no cristalizados en una publicación.

### CONCLUSIONES

Con el tiempo y el avance de la Psicología forense es factible que los jueces demanden a los expertos que testifican una pericia específica sobre el dominio en el cual proponen sus testimonios (Faigman & Monahan, 2009). Actualmente, la regulación explícita de la admisibilidad de las pruebas psicológicas en los contextos legales no es una práctica uniforme entre países. Ante su ausencia, los profesionales que deben decidir cómo proceder técnicamente en sus evaluaciones se enfrentan con una miríada de opciones. Re caer en el uso de herramientas que carecen de evidencia sobre su validez y fiabilidad o sobre su aceptación en ese contexto actuará en detrimento de las normativas científicas y éticas que rigen la práctica profesional.

En los países de habla hispana la disponibilidad de la versión en español del PAI facilita su uso por cualquier profesional. No obstante, para justificar su uso en los contextos legales se deberá ampliar la productividad científica al respecto, tanto en muestras de víctimas como de victimarios. De acuerdo a criterios psicométricos, una necesaria línea de investigación será la generación de baremos para estos grupos poblacionales considerando las particularidades que se puedan identificar en ellos. Para desarrollar investigaciones, tanto sobre el PAI como sobre otras técnicas similares, es indispensable solventar las dificultades asociadas a los costos de esta herramienta en esta región<sup>4</sup> y el acceso a las mues-

<sup>4</sup> Por ejemplo, para adquirir el PAI desde Argentina se debe abonar aproximadamente € 400, incluyendo el costo de envío. Esto es equivalente a lo que percibe un psicólogo en honorarios profesionales por aproximadamente 60 sesiones de acuerdo a lo recomendado por el Colegio Oficial de Psicólogos de Córdoba. En contraposición, en España el costo del PAI se aproxima al valor de 5 sesiones profesionales. Aparte debe considerarse el costo de las correcciones informáticas individuales.



tras. La vinculación interinstitucional entre las instituciones de la administración de justicia y la academia se vislumbra como la vía más prometedora para avanzar en este sentido.

#### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores manifiestan que no existe conflicto de intereses. Los autores no reciben ningún beneficio por el uso o difusión del instrumento que aquí se analiza.

#### REFERENCIAS

- American Educational Research Association [AERA], American Psychological Association [APA], & National Council on Measurement in Education [NCME]. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. American Educational Research Association Press.
- American Psychological Association. (2013). Specialty guidelines for forensic psychology. *American Psychologist*, 68(1), 7-19. <https://doi.org/10.1037/a0029889>
- American Psychological Association. (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57(12), 1-20. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.57.12.1060>
- Archer, R. P., Buffington-Vollum, J. K., Stredny, R. V., & Handel, R. W. (2006). A survey of psychological test use patterns among forensic psychologists. *Journal of Personality Assessment*, 87, 84-94. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8701\\_07](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8701_07)
- Ardanuy, J. (2012). Breve introducción a la bibliometría. En *Universitat de Barcelona*. <https://doi.org/10.1038/nmat3485>
- Borum, R., & Grisso, T. (1995). Psychological test use in criminal forensic evaluations. *Professional Psychology: Research & Practice*, 26, 465-473. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.5.465>
- Boyle, G., & Helmes, E. (2009). Methods of personality assessment. En *The Cambridge Handbook of Personality Psychology* (126.º ed., Vol. 110, pp. 110-126). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511596544.010>
- Bradford, S. C. (1934). Sources of information on specific subjects. *Engineering*, 137, 85-86. <https://doi.org/10.1177/016555158501000407>
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). *MMPI-2 manual for administration and scoring*. University of Minnesota Press.
- Cardenas, J., Suárez, S., Garza, S., Coy, C., Patrón, L., Sarmiento, Q., Yazbeck, C., Alvarado, V., Guadalupe, M., Banda, O., & Ernesto, L. (2015). Propiedades psicométricas del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI) en México. *Revista Científica de la Universidad César Vallejo (UCV-SCIENTIA)* (2) 143-150. <https://doi.org/10.18050/RevUCV-SCIENTIA>
- Covidence systematic review software. (2014). *Veritas Health Innovation*. [www.covidence.org](http://www.covidence.org)
- Craig, R. J. (1999). Testimony based on the Millon Clinical Multiaxial Inventory: Review, commentary, and guidelines. *Journal of Personality Assessment*, October 2014, 37-41. <https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7302>
- Craig, R. J. (2003). Use of the Millon Clinical Multiaxial Inventory in the psychological assessment of domestic violence: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 8, 235-243. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(01\)00058-1](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(01)00058-1)
- Daubert, William vs. Merrell Dow Pharmaceuticals, Inc., (1993).
- Dirección Nacional de Política Criminal. (2014). *Sistema nacional de estadísticas sobre ejecución de la pena: Informe anual*.
- Duellman, R. M., & Bowers, T. G. (2004). Use of the Personality Assessment Inventory (PAI) in forensic and correctional settings: Evidence for concurrent validity. *International Journal of Forensic Psychology*, 1(2), 42-57. <https://scholarsphere.psu.edu/downloads/qv979v3505>
- Echeburúa, E., Muñoz, J. M., & Loinaz, I. (2011). La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: Propuestas y retos de futuro. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 141-159. [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-375.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-375.pdf)
- Edens, J. F., Cruise, K. R., & Buffington-Vollum, J. K. (2001). Forensic and correctional applications of the Personality Assessment Inventory. *Behavioral Sciences and the Law*, 19(4), 519-543. <https://doi.org/10.1002/bsl.457>
- Ericsson, A., & Simon, H. (1993). *Protocol analysis, Revised Edition: Verbal Reports as Data*. MIT Press.
- Faigman, D. L., & Monahan, J. (2009). Standards of legal admissibility and their implications for psychological science. En J. L. Skeem, K. S. Douglas, & S. O. Lilienfeld (Eds.), *Psychological science in the courtroom: Consensus and controversy* (pp. 3-25). The Guilford Press.
- Farrington, D. P., Coid, J., Harnett, L. M., Jolliffe, D., Soteriou, N., Turner, R. E., & West, D. J. (2006). *Criminal careers up to age 50 and life success up to age 48: New Findings from the Cambridge Study in Delinquent Development*. Home Office Research Studies.
- Groves, J. A., & Engel, R. R. (2007). The German adaptation and standardization of the Personality Assessment Inventory (PAI). *Journal of Personality Assessment*, 88(1), 49-56. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8801\\_07](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8801_07)
- Hall, K. L., Vogel, A. L., Huang, G. C., Serrano, K. J., Rice, E. L., Tsakraklides, S. P., & Fiore, S. M. (2018). The science of team science: A review of the empirical evidence and research gaps on collaboration in science. *American Psychologist*, 73(4), 532-548. <https://doi.org/10.1037/amp0000319>
- Hardcastle, V. G. (2017). Folk psychology wins the DAY! Daubert and the challenge of false confessions. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 24(3), 269-281. <https://doi.org/10.1353/ppp.2017.0038>
- Lally, S. J. (2003). What tests are acceptable for use in forensic evaluations? A survey of experts. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(5), 491-498. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.5.491>
- Lotka, A. J. (1926). The frequency distribution of scientific productivity. *Journal of the Washington Academy of Sciences*, 16(12), 317-323. <http://www.jstor.org/stable/24529203>





- Lyrakos, D. G. (2011). The Development of the Greek Personality Assessment Inventory. *Psychology, 02*(08), 797-803. <https://doi.org/10.4236/psych.2011.28122>
- Millon, T., Davis, R., & Millon, C. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III)*. Pearson.
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., ... Whitlock, E. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews, 4*(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>
- Montero, I., & León, O. O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7*, 847-862. [http://www.aepc.es/ijchp/GNEIP07\\_es.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/GNEIP07_es.pdf)
- Morey, L. C. (1991). *Personality Assessment Inventory: Professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Morey, L. C. (2008). *Personality Assessment Inventory™ - Adolescent*. PAR Inc.
- Mullen, K. L., & Edens, J. F. (2008). A case law survey of the personality assessment inventory: Examining its role in civil and criminal trials. *Journal of Personality Assessment, 90*(3), 300-303. <https://doi.org/10.1080/00223890701885084>
- Neal, T., & Grisso, T. (2014). The cognitive underpinnings of bias in forensic mental health evaluations. *Psychology, Public Policy, and Law, 20*(2), 200-211. <https://doi.org/10.1037/a0035824>
- Neal, T., Slobogin, C., Saks, M. J., Faigman, D. L., & Geisinger, K. F. (2019). Psychological assessments in legal contexts: Are courts keeping "junk science" Out of the courtroom? *Psychological Science in the Public Interest, 20*(3), 135-164. <https://doi.org/10.1177/1529100619888860>
- Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V., Ferragut, M., & Santamaría, P. (2015). Spanish and Chilean standardizations of the Personality Assessment Inventory: The influence of sex. *The Spanish Journal of Psychology, 18*, 1-12. <https://doi.org/10.1017/sjp.2015.57>
- Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V., Ferragut, M., & Santamaría, P. (2017). Fiabilidad del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI) en contextos chilenos y diferencias entre población general y clínica. *Revista Mexicana de Psicología, 34*(julio-diciembre, 2017), 110-124. <http://comepsi.com/images/rmp/RMP%20342%20110-124.pdf>
- Ortiz-Tallo, M., Santamaría, P., Cardenal, V., & Sánchez, P. (2013). Adaptación española del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación, 1*(35), 225-231. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645435012>
- Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in psychology and health. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 13*(1), 49-57. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(13\)70007-3](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(13)70007-3)
- Pignolo, C., Di Nuovo, S., Fulcheri, M., Lis, A., Mazzeschi, C., & Zennaro, A. (2018). Psychometric properties of the Italian version of the Personality Assessment Inventory (PAI). *Psychological Assessment, 30*(9), 1226-1236. <https://doi.org/10.1037/pas0000560>
- Price, D. deSolla, & Beaver, D. (1966). Collaboration in an invisible college. *American Psychologist, 21*(11), 1011-1018. <https://doi.org/10.1037/h0024051>
- Redondo, L., Fariña, F., Seijo, D., Novo, M., & Arce, R. (2019). Una revisión meta-analítica de las respuestas en escalas clínicas y reestructuradas del MMPI-2 / MMPI-2-RF de padres en disputa por la custodia. *Anales de Psicología 35* (1), 156-165. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.35.1.338381>
- Rogers, R., Sewell, K. W., Martin, M. A., & Vitacco, M. J. (2003). Detection of feigned mental disorders a meta-analysis of the MMPI-2 and malingering. *Assessment, 10*(2), 160-177. <https://doi.org/10.1177/1073191103010002007>
- Sampson, R., Winship, C., & Knight, C. (2013). Translating causal claims: Principles and strategies for policy-relevant criminology. *Criminology & Public Policy, 12*(4), 587. <https://doi.org/10.1111/1745-9133.12027>
- Stover, J. B., Solano, A. C., & Liporace, M. F. (2015). Personality Assessment Inventory: Psychometric analyses of its Argentinean version. *Psychological reports, 117*(3), 799. <https://doi.org/10.2466/08.03.PRO.117c27z2>
- Yu, R., Geddes, J. R., & Fazel, S. (2012). Personality disorders, violence, and antisocial behavior: A systematic review and meta-regression analysis. *Journal of Personality Disorders, 26*(5), 775-792. <https://doi.org/10.1521/pe-di.2012.26.5.775>
- Zambrano Cruz, R. (2015). Revisión sistemática del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-MMPI. *Diversitas, 10*(1), 151-163. [10.15332/s1794-9998.2014.0001.11](https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2014.0001.11)
- Zapf, P. A., Kukucka, J., Kassin, S. M., & Dror, I. E. (2018). Cognitive bias in forensic mental health assessment: Evaluator beliefs about its nature and scope. *Psychology, Public Policy, and Law, 24*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1037/law0000153>



## EL PAPEL DE LAS PRÁCTICAS DE CRIANZA EN LA MENTIRA ANTISOCIAL INFANTIL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

### THE ROLE OF PARENTING PRACTICES ON CHILDREN'S ANTISOCIAL LIES: A SYSTEMATIC REVIEW

Sayoa Górriz Eguaras y Izaskun Ibabe Erostarbe

Universidad del País Vasco

**Objetivo:** El objetivo principal del presente trabajo es identificar los estilos o prácticas de crianza asociados al desarrollo de la mentira antisocial en niños y adolescentes. **Metodología:** Se realizó una revisión sistemática mediante el nuevo protocolo PRISMA donde se analizan exhaustivamente trece estudios seleccionados. **Resultados:** Los estilos de crianza agresivos o caracterizados por una supervisión parental deficiente se relacionaban con un mayor nivel de mentiras antisociales. Se encontraron resultados inconsistentes en cuanto a la influencia de las prácticas de sinceridad/mentira en el comportamiento mentiroso entre el contexto de laboratorio y el natural. **Conclusiones:** La conducta mentirosa infantil de carácter antisocial se relaciona con una peor adaptación de los menores a la sociedad, por lo que es importante su prevención a través de prácticas de crianza apropiadas.

**Palabras clave:** Mentira antisocial, Desarrollo, Prácticas de crianza, Revisión sistemática, PRISMA, Teoría de la mente y estilos de crianza.

**Objective:** The main objective of the present work is to identify parenting styles or practices associated with the development of antisocial lying in children and adolescents. **Methodology:** A systematic review was carried out using the new PRISMA protocol in which the thirteen studies selected were exhaustively analyzed. **Results:** Aggressive parenting style and poor parental supervision were related to a greater number of antisocial lies. Inconsistent results were found regarding the influence of honesty/dishonesty practices on lying behavior between the laboratory and natural contexts. **Conclusions:** Antisocial lying behavior is related to a worse adaptation of children to society. Thus, its prevention through positive parenting practices is of crucial importance.

**Key words:** Antisocial lying, Development, Parenting practices, Systematic review, PRISMA, Theory of mind and parenting styles.

La familia es un sistema de estructura diversa, origen de las interacciones sociales de cada individuo. A través de esas interacciones, la persona es capaz de consolidar varios componentes de la personalidad y de su conducta que favorecen o no a su desarrollo óptimo tanto a nivel cognitivo, como moral y social (González, 2008). Dentro del espectro de conductas que se desarrollan en la familia el presente artículo se centrará en la mentira, concretamente en la de carácter más antisocial.

La mentira tiene gran importancia en el desarrollo de la moralidad de los niños<sup>1</sup> y puede tener consecuencias negativas en las relaciones interpersonales. Por ejemplo, podría ocasionar desconfianza en las personas cuidadoras y un empeoramiento progresivo de la comunicación. Además, el estudio del desarrollo de esta conducta tiene implicaciones más ge-

nerales, como una mayor comprensión del desarrollo social. A pesar de la importancia de esta conducta son pocos estudios los que se han centrado en la infancia y adolescencia. Únicamente se ha estudiado de manera amplia en ámbitos jurídicos y en torno al abuso sexual, pero no en contextos cotidianos como la propia familia, donde podría tener repercusiones en las interacciones interpersonales primarias y secundarias en un futuro.

En el presente trabajo la mentira antisocial se define como "el intento deliberado, exitoso o no, de ocultar, generar, y/o manipular de algún otro modo información factual y/o emocional, por medios verbales y/o no verbales, con el fin de crear o mantener en otra(s) persona(s) una creencia que el propio comunicador considera falsa" (p. 147) (Masip, Garrido y Herrero, 2004). Esta definición tiene tres características básicas propias de este comportamiento en nuestra especie (Coleman y Kay, 1981): falsedad, consciencia e intencionalidad. La información que se proporciona es falsa, es decir, que la proposición contiene información incorrecta. Además, el remitente es consciente de la falsedad de la información, y su intención es engañar al receptor. El tipo de mentira antisocial conlleva consecuencias más negativas que las mentiras denominadas blancas o prosociales, éstas se enseñan a los niños con el objetivo de evitar opiniones de manera directa y contundente que puedan herir los sentimientos de otras personas (Talwar, Murphy y Lee, 2007).

Recibido: 1 octubre 2020 - Aceptado: 1 febrero 2021

Correspondencia: Izaskun Ibabe Erostarbe. Universidad del País Vasco. Avda. de Tolosa 80. 20018 Donostia-San Sebastián. España.

E-mail: izaskun.ibabe@ehu.eus

<sup>1</sup> En este documento se utiliza el término "niños" para hacer referencia a "niños y niñas", para que el texto sea más fluido. Del mismo modo, cuando se utiliza el término "los participantes", se refiere a "los y las participantes". En cuanto al término "hijos" hace referencia a "hijos e hijas".



## OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Dada la importancia de la mentira antisocial en el desarrollo cognitivo y social de los niños, y teniendo en cuenta que las prácticas de crianza o estilos parentales podrían influir en el desarrollo y mantenimiento de la mentira en éstos, uno de los objetivos de este trabajo es presentar los modelos teóricos que explican el desarrollo de la mentira antisocial y la influencia de las prácticas parentales en la adaptación de los niños y adolescentes, en base a una revisión narrativa. Sin embargo, el objetivo principal de este trabajo es identificar las prácticas parentales que fomentan el desarrollo de las mentiras antisociales de los niños y adolescentes en situaciones cotidianas, a través de una revisión sistemática utilizando el protocolo PRISMA.

### **Modelos teóricos sobre el desarrollo cognitivo de la mentira antisocial**

Dentro del desarrollo cognitivo hay consenso en que la edad de inicio del desarrollo de la mentira antisocial se sitúa alrededor de los 3 años y se desarrolla rápidamente durante los años preescolares dando lugar a una evolución con la edad de la complejidad de ésta, además de un aumento durante la primera infancia (Talwar y Lee, 2002, 2008). Este aumento disminuye posteriormente conforme va llegando la adolescencia donde las mentiras se presentan de manera más sofisticada y mediante el ocultamiento (Evans y Lee, 2011). En investigaciones basadas en el Paradigma de la resistencia a la tentación, se observó que los participantes mayores de 3 años, en general mentían, pero solamente lo hacían el 50% de los participantes de 3 años (Talwar y Lee, 2002). Dichos resultados fueron similares a los encontrados por Lewis, Stranger y Sullivan (1989) con el mismo paradigma e incluso utilizando otros paradigmas como el de juegos competitivos de Peskin (1992).

La aparición de este comportamiento mentiroso implica tanto el desarrollo de la capacidad lingüística como de la Teoría de la Mente (ToM) (Camacho, 2005). En cuanto al desarrollo de la capacidad lingüística existe investigación (Lewis et al., 1989) que examina la capacidad de los niños en ocultar su lenguaje no verbal y verbal cuando mienten. Estos estudios concluyen que los niños tienen una gran capacidad para manipular su lenguaje no verbal, produciendo que la mayoría de las personas adultas no sean capaces de discriminar cuando los niños mienten o no (Talwar y Lee, 2002). Además, se ha percibido que cuando los niños menores de 8 años mienten, dan una explicación de la respuesta mentirosa en la cual tienden a aumentar su comportamiento expresivo tanto positivo como negativo. Asimismo, a medida que va aumentando la edad de los niños, la manera de ocultar la mentira pasa de expresiones exageradas a fingir ignorancia y no responder a las preguntas sobre la mentira, como nueva estrategia de ocultamiento tras la negación de una transgresión que han cometido (Talwar, Gordon y Lee, 2007).

Por otro lado, la ToM es la capacidad para atribuir estados mentales a uno mismo y a los demás (Woodruff y Premack, 1978). El papel del desarrollo de la ToM es otro de los hitos importantes implicados en este comportamiento, estudiado en ocasiones como un módulo en el que convergen diversas habilidades, las cuales se van desarrollando junto con el aumento de la edad y las habilidades cognitivas (Camacho, 2005). La evaluación de esta capacidad se ha medido mediante la tarea de falsa creencia que determinaba la comprensión de las creencias de primer orden (diferenciación entre estados mentales propios y ajenos, y alguna conciencia de la capacidad de otros organismos de tener estados mentales de creencia), y de segundo orden (capacidad que tienen los niños de atribuir falsas creencias a los demás) (Wimmer y Perner, 1983). Se ha constatado que las mentiras prosociales de los niños se asocian a una mayor capacidad de ToM que las mentiras antisociales (Lavoie, Yachison, Crossman y Talwar, 2017). Por tanto, la estrategia de fingir ignorancia se relaciona directamente con la comprensión de las creencias de segundo orden (Talwar, Gordon et al., 2007), ya que, los niños que tienen puntuaciones más bajas en creencias de segundo orden también fingen peor y viceversa, mostrando así, la relación entre el control verbal de las mentiras y el desarrollo de la ToM. No obstante, la capacidad de regular la expresión no verbal en relación con la mentira no está relacionada con la comprensión de creencias de segundo orden y podría ser la razón de que esta capacidad fuera un hito de desarrollo anterior, el cual se relacionaría con la comprensión de las creencias de primer orden (Talwar, Murphy et al., 2007).

Una de las teorías que dan mejor perspectiva para entender los hallazgos sobre el desarrollo de la mentira en niños, es la teoría del acto del habla de Austin (1962), la cual plantea que las declaraciones verbales no son meras descripciones de algunos estados de cosas, sino acciones llevadas a cabo intencionalmente para cumplir funciones sociales. Por lo tanto, los actos de habla implican hacer cosas con palabras que sirven como herramientas, es decir, que mentir sería hacer cosas engañosas con palabras. Además, como cualquier forma de acto de habla, la mentira se rige por los componentes de intencionalidad y convencionalidad. Por lo que será importante controlar ambos componentes para mentir y mentir bien. El primero se refiere a los estados mentales involucrados en el habla, muy relacionados con el desarrollo de la teoría de la mente, mientras que el segundo se refiere a las reglas sociales que rigen la conversación mediadas por las diferentes culturas. Con la edad ambas competencias se van desarrollando y las personas son capaces de mentir mejor. En ello influirá el óptimo desarrollo de sus capacidades cognitivas, y, por otro lado, y de manera muy relevante, la interiorización de la propia cultura y de las reglas sociales aprendidas, principalmente en el contexto de la familia (Lee, 2013).

### **Estilos de crianza y adaptación de los hijos**

Los estilos de crianza y prácticas de cuidado pueden influir en el desarrollo de un individuo desde que nace y deberían



ser explorados con relación a problemas de comportamiento de los niños. Diversos estudios han encontrado que determinadas prácticas de crianza son menos capaces de predecir el bienestar general del niño (Darling, 1999). Por ello, parece lógico pensar que la mentira se pueda relacionar con estilos de crianza inadecuados.

Baumrind (1991) planteó la clasificación de tres estilos de crianza: democrático, autoritario y permisivo; más tarde Maccoby y Martin (1983) añadieron el cuarto estilo: negligente. Por un lado, los resultados de diversos estudios (Jorge y González, 2017; Weiss y Schwarz, 1996) muestran como los hijos cuyos progenitores han ejercido un estilo de crianza democrático se han calificado como más competentes tanto social como instrumentalmente. Aunque algunos autores han indicado que el estilo de crianza más idóneo podría variar en función del contexto cultural (García y Gracia, 2010; Kotchick y Forehand, 2002). Por otro lado, los niños cuyos progenitores no se han involucrado en la crianza, como corresponde al estilo de crianza de carácter más negligente, son los que peor desempeño han

mostrado en los diferentes ámbitos del desarrollo. En la mayoría de los casos, en aquellos estilos o prácticas donde prima la calidez de los padres y madres, la competencia social y los comportamientos prosociales priman en el desarrollo de los menores. Mientras que la exigencia y el control, serían predictores de un aumento de la competencia instrumental y el control del comportamiento, careciendo en ocasiones de calidad en las interacciones sociales (Jorge y González, 2017).

**MÉTODO**

Se llevó a cabo una revisión sistemática aplicando el nuevo protocolo PRISMA, para determinar la integridad y transparencia de la revisión sistemática incorporando nuevos aspectos conceptuales y metodológicos. Este objetivo se consigue mediante la consecución de 27 ítems y siguiendo las directrices del protocolo (Elementos de informes preferidos para revisiones sistemáticas y metaanálisis) (Urrútia y Bonfill, 2010).

Estrategia de búsqueda

Para identificar todos los artículos potencialmente relevantes para el objetivo de la revisión, se realizaron búsquedas sistemáticas en las principales bases de datos en el ámbito de la psicología. La búsqueda bibliográfica final se realizó en diciembre de 2020, utilizando las bases de datos electrónicas Scopus (considerada la mayor base de datos de citas y resúmenes de bibliografía revisada por pares), Web of Science (plataforma multidisciplinaria más grande con estudios de alta calidad) y PsycInfo (considerado el recurso más completo en ciencias del comportamiento y salud mental). La búsqueda sistemática se realizó en base a publicaciones desde 1890 a 2020, incluyendo artículos científicos, capítulos de libros y libros. En esta fase se podría indicar la existencia de sesgos de publicaciones en cuanto a trabajos presentados en congresos, y en cuanto a publicaciones que se encuentran fuera de las bases de datos. Los términos de búsqueda utilizados para la mentira fueron 12: "lie", "lies", "deception", "dishonesty", "falsehood", "untruth", "deceit", "mendacity", "fib", "flam", "disclosure" y "secrecy". No obstante, para las prácticas o estilos parentales se utilizaron 17 términos: "parenting", "parenting style", "parenting practices", "child rearing", "child", "children", "kid", "kids", "infant", "minors", "minor", "teen", "teens", "teenager", "teenagers", "adolescent" y "adolescents". Además, se revisaron las referencias de los artículos seleccionados, obteniendo un total de 2.284 resultados tal y como se presentan en la Tabla 1.

Extracción de datos

Tras la búsqueda se exportaron todas las referencias al gestor bibliográfico RefWorks donde se eliminaron los duplicados. Posteriormente los datos se gestionaron en un archivo Excel donde se realizó la primera selección. Este archivo Excel puede ser solicitado a las autoras. La información exportada al Excel de cada artículo incluye los siguientes campos: tipo de publicación (artículo, libro...),

**TABLA 1**  
**DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA**  
**(9 DE DICIEMBRE DE 2020)**

Delimitación de la búsqueda	Resultados
<p><b>SCOPUS</b> TITLE-ABS-KEY («lie»OR«lies»OR«falsehood»OR«untruth»OR«deceit»OR«mendacity»OR«deception»OR«dishonesty»OR«fib»OR«flam»OR«disclosure»OR«secrecy») AND TITLE-ABS-KEY («parenting»OR«parenting style»OR«parenting practices»OR«child rearing») AND TITLE-ABS-KEY («child»OR«children»OR«kid»OR«kids»OR«infant»OR«minors»OR«minor»OR«teen»OR«teens»OR«teenagers»OR«teenagers»OR«adolescent»OR«adolescents»)</p>	682
<p><b>WEB OF SCIENCE</b> TOPIC: «lie»OR«lies»OR«falsehood»OR«untruth»OR«deceit»OR«mendacity»OR«deception»OR«dishonesty»OR«fib»OR«flam»OR«disclosure»OR«secrecy» AND TOPIC: «parenting»OR«parenting styles»OR«parenting practices»OR«child rearing» AND TOPIC: «child»OR«children»OR«kid»OR«kids»OR«infant»OR«minors»OR«minor»OR«teens»OR«teenager»OR«teenagers»OR«adolescent»OR«adolescents»</p>	755
<p><b>PSYCINFO</b> («lie»OR«lies»OR«falsehood»OR«untruth»OR«deceit»OR«mendacity»OR«deception»OR«dishonesty»OR«fib»OR«flam»OR«disclosure»OR«secrecy») AND («parenting»OR«parenting styles»OR«parenting practices»OR«child rearing») AND («child»OR«children»OR«kid»OR«kids»OR«infant»OR«minors»OR«minor»OR«teens»OR«teenager»OR«teenagers»OR«adolescent»OR«adolescents»)</p>	846
<b>Total de búsquedas</b>	<b>2.284</b>



autores, título, resumen, revista, año de publicación, DOI, links y base de datos.

**Selección de estudios y criterio de elegibilidad**

La primera selección se realizó mediante la lectura de títulos y resúmenes, optando por los estudios que aparentemente podrían ser de interés, excluyendo además aquellos que no fueran en inglés y español. Posteriormente, los artículos elegibles se identificaron mediante la revisión de textos completos utilizando previamente criterios de exclusión e inclusión. Los criterios de inclusión utilizados se refieren a estudios que evalúan la relación entre los estilos o prácticas parentales y las mentiras antisociales en niños o adolescentes (2-18 años) y artículos publicados en inglés o español. Por tanto, los criterios de exclusión hacen referencia a publicaciones en idiomas que no fueran inglés o español, revisiones teóricas, meta-análisis, revisiones sistemáticas, estudios no experimentales, artículos sobre instrumentos o programas y estudios en los que no se recopilaban datos cuantitativos. También se valoró la exclusión de los artículos que trabajaban con población no normativa o que la relación con la mentira estuviera mediatizada por casuísticas concretas como enfermedades, y principalmente, estudios que no examinen la relación entre los estilos o prácticas parentales y las mentiras en niños y adolescentes y que el tipo de mentira estudiada en la relación no incluya las de tipo antisocial (ver Figura 1).

**RESULTADOS**

Tras la selección realizada en base a los criterios de inclusión y exclusión que observamos en la Figura 1, obtenemos 13 estudios que tienen en común el análisis de relaciones entre las prácticas de crianza o estilos parentales y el comportamiento de mentiras antisociales de los hijos menores de edad. Las características principales de los 13 estudios se exponen en la Tabla 2. En la columna de Resultados se encuentran las evidencias empíricas de los estudios seleccionados en cuanto a la relación entre prácticas de crianza y comportamiento mentiroso de los hijos. Los resultados encontrados son contradictorios, tal vez debido a la variedad de los paradigmas aplicados, instrumentos utilizados, contextos diferentes o edad de los niños y adolescentes.

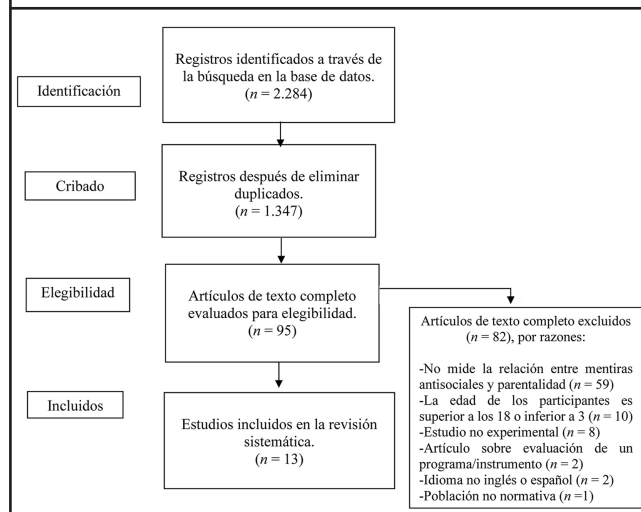
En cuanto a la relación de la mentira con los estilos de crianza, en algunos estudios se ha observado que la conducta mentirosa se relaciona positivamente con la disciplina agresiva (Mojdehi, Shohoudi y Talwar, 2020; Waller et al., 2012) y con el estilo parental democrático (Lavoie, Wyman, Crossman y Talwar, 2018; Talwar, Lavoie, Gómez-Garibello y Crossman, 2017). Sin embargo, Talwar, Lavoie y Crossman (2019) no encontraron ninguna relación significativa entre las prácticas de crianza y las mentiras antisociales.

Otra conclusión relevante se refiere a la relación positiva entre la crianza de apoyo a la autonomía y la divulgación de información de forma voluntaria, e inversamente con el secretismo. El mayor apoyo en la autonomía del niño se asocia con un menor nivel de registro de mentiras (Baudat,

Van Petegem, Antonietti y Zimmermann, 2020; Cumsille, Darling y Martínez, 2010). Estos resultados están en la línea de los encontrados por Bureau y Mageau (2014), donde las prácticas de autonomía se relacionaban con el valor de la sinceridad para los menores. Además, Cumsille et al. (2010) encontraron que la mentira se asociaba a las relaciones paterno-filiales caracterizadas por una baja calidez y falta de comunicación. Ma, Evans, Liu, Luo y Xu (2015) encontraron que el control de los progenitores se relacionaba con un menor nivel de mentiras. Del mismo modo, Stouthamer-Loeber y Loeber (1986) encontraron que el bajo nivel de supervisión y disciplina se relacionaba con un mayor número de mentiras, así como el rechazo emocional por parte de los progenitores. Estos resultados son coherentes con los hallazgos de Cumsille et al. (2010) sobre la falta de calidez en las relaciones paterno-filiales y el comportamiento mentiroso.

En cuanto al modelo de la sinceridad/mentira, Hays y Carver (2014) observaron que cuando un adulto mentía a los escolares de 3 a 7 años antes de realizar el Paradigma de resistencia a la tentación, los niños tenían mayor probabilidad de mentir que cuando la persona adulta no mentía. Estos resultados confirmarían que el modelado de la mentira influye en el comportamiento mentiroso de los niños. En la misma línea Lavoie, Leduc, Crossman y Talwar (2016) encontraron que los niños mentían más para protegerse cuando los progenitores consideraban las mentiras inaceptables, en comparación con los progenitores que consideraban que las mentiras podrían ser aceptables. Sin embargo, Dykstra, Willoughby y Evans (2020) analizaron una muestra de escolares entre 8 y 14 años, pero no encontraron ninguna asociación entre prácticas de crianza orientadas a la sinceridad o el modelado de la mentira y el nivel de mentiras de los hijos.

**FIGURA 1**  
**DIAGRAMA DE FLUJO DE ELEMENTOS DE INFORMES PREFERIDOS PARA REVISIONES SISTEMÁTICAS Y META-ANÁLISIS (PRISMA)**



**TABLA 2**  
**CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS SELECCIONADOS Y RESULTADOS ENCONTRADOS**

Estudio	Origen Participantes	Tamaño Muestra	Edad	Informantes	Contexto	Instrumentos Mentiras	Instrumentos Estilos de crianza	Resultados
1. Baudat et al. (2020)	Europa	N=351 Menores	14-15	Menores	Natural	Cuestionario Adaptado (Engels et al., 2006)	Escala de Solicitud (Stattin y Kerr, 2000) P-PASS (Mageau et al., 2015)	Apoyo a la autonomía y divulgación – mentiras madres ( $\beta = -.57, p < .001$ ) padres ( $\beta = -.53, p < .001$ )
2. Bureau y Mageau (2014)	Canadá	N=174 Diadas	12-13	Menores Cuidadores	Natural	Escala percepción de los padres y madres de la mentira (Engels et al., 2006) Escala ad hoc costo/beneficio sinceridad Clasificación estratégica de tarjetas de divulgación (Darling et al., 2006)	P-PASS (Mageau et al., 2015)	Apoyo a la autonomía + valor sinceridad ( $\beta = .39, p < .001$ ) Control <u>sin relación</u> con valor mentira
3. Cumsille et al. (2010)	Chile	N=1678 Menores	14-17	Menores	Natural	Cuestionario adaptado (Cumsille et al., 2006)	Apoyo de PSI-IRR (Darling y Toyokawa, 1997)	Problemas de conducta + mentiras (OR = 1.197, $p < .01$ ) Conocimiento materno – mentiras (OR = 0.78, $p < .01$ )
4. Dykstra et al. (2020)	Internacional	N=352 Diadas	8-14	Menores Cuidadores	Natural	Preguntas elaboradas <i>ad hoc</i>	Preguntas elaboradas <i>ad hoc</i>	Modelado mentira <u>sin relación</u> con mentiras
5. Hays y Carver (2014)	Internacional	N=186 Menores	3-7	Investigadores	Laboratorio	Paradigma de la resistencia a la tentación	Modelado mentira/sinceridad	Modelado mentira + mentiras (Chi-cuadrado = 4.552, $\phi = .269, p < .01$ )
6. Lavoie et al. (2016)	Internacional	N=146 Diadas	3-6	Cuidadores	Natural	Diario de comportamiento	Preguntas elaboradas <i>ad hoc</i>	Modelado: mentira aceptable (M = 0.74) y nunca aceptable (M = 0.25), $p < .001$
7. Lavoie et al. (2018) Estudio 2	Estados Unidos	N=80 Diadas	4-14	Cuidadores	Natural	Diario de comportamiento	PSDQ (Robinson et al., 1995) CTSPC (Straus et al., 1998)	Estilo democrático + mentiras ( $r = .23, p < .05$ )
8. Ma et al. (2015)	China	N=73 Menores	2-3	Investigadores Cuidadores	Laboratorio	Paradigma de la resistencia a la tentación	EMBU (Perris et al., 1980)	Control - mentiras ( $r = -.36, p < .01$ )
9. Mojdehi et al. (2020)	Internacional	N=360 Menores	5-11	Investigadores	Laboratorio	Viñetas	Cuestionario de disciplina	Disciplina agresiva de las madres + mentiras antisociales (valores) Análisis regresión jerárquico de 2 niveles: grupo cultural y edad F cambio (1, 415) = 5.4, $R^2$ cambio = .03, $p < .05$ ; F cambio (1, 415) = 14.40, $R^2$ cambio = .01, $p < .001$ .
10. Stouthamer-Loeber y Loeber (1986)	Estados Unidos	N=364	4 <sup>o</sup> -7 <sup>o</sup> -10 <sup>o</sup> curso	Cuidadores Investigadores	Natural	CBC (Achenbach y Edelbrock, 1981) y medidas <i>ad hoc</i>	Medidas <i>ad hoc</i>	Supervisión pobre + mentiras (entre $r = .44$ y $r = .66$ ) Rechazo emocional madres + mentiras (entre $r = .28$ y $r = .48$ )
11. Talwar et al. (2017)	Internacional	N=157 Menores	4-5	Investigadores Cuidadores	Laboratorio	Paradigma de la resistencia a la tentación	PSDQ-SF (Robinson et al., 1995)	Estilo democrático + mentiras (OR= 1.56, $p = .033$ )
12. Talwar et al. (2019)	Internacional	N=127 Menores	3-6 5-8	Investigadores Cuidadores	Laboratorio	Cuatro paradigmas de mentiras	PSDQ-SF (Robinson et al., 1995)	<u>No hay relación</u> entre estilos parentales y mentiras antisociales
13. Waller et al. (2012)	Internacional	N=731 Diadas	2-4 <sup>b</sup>	Investigadores Cuidadores	Natural	Cuestionario creado a partir de 3 escalas	Parenting Scale (Arnold et al., 1993), HOME (Bradley et al., 2001), Coder impressions inventory (Dishion et al., 2004) y Observación	Disciplina agresiva + mentiras 3 años ( $r = .15, p < .01$ ) 4 años ( $r = .36, p < .01$ ) <u>No hay relación</u> entre parentalidad positiva y mentiras

Nota. CTSPC: Escala de Tácticas de Conflicto Padre-Hijo; EMBU: Mis Recuerdos de Crianza; P-PASS: Escala de Apoyo a la Autonomía Parental Percibida; PSDQ: Cuestionario de Dimensiones y Estilos de Crianza; PSDQ-SF: Cuestionario de Dimensiones y Estilos de Crianza versión corta.

<sup>a</sup>: Los participantes tenían 3-6 años en la primera sesión de evaluación y 5-8 años en la segunda sesión.

<sup>b</sup>: Los participantes tenían 2 años en la primera sesión de evaluación y 4 años en la segunda sesión.



## DISCUSIÓN

A medida que los niños van creciendo adquieren mayor conciencia de la realidad, y empiezan a utilizar la mentira de forma intencionada para obtener ciertos beneficios, para ocultar algo o para llamar la atención. Mentir puede convertirse en un camino fácil para resolver o enfrentarse a determinadas situaciones, sin embargo, también puede tener consecuencias como la falta de credibilidad de la persona en diferentes ámbitos. La conducta mentirosa se desarrolla a partir de los tres años y va aumentando con la edad (Bureau y Mageau, 2014; Dykstra et al., 2020; Hays y Carver, 2014; Talwar et al., 2019). Este hito del desarrollo podría estar relacionado con un mayor desarrollo de la capacidad cognitiva, en relación a la inteligencia y al funcionamiento ejecutivo, que daría lugar a la promoción de la ToM y al desarrollo del control inhibitorio, entre otras capacidades (Ma et al., 2015; Talwar et al., 2017; Talwar et al., 2019). El control inhibitorio estaría muy relacionado con la adquisición de límites en esta etapa, los cuales son transmitidos principalmente por las figuras de cuidado principales dentro del entorno familiar. Tanto el estilo autoritario como el democrático se caracterizan por el control de manera relevante (Baumrind, 1991). De acuerdo con los resultados de la revisión sistemática, el estilo democrático y la disciplina agresiva se relacionan con la conducta mentirosa lo que hace pensar que la existencia de control por parte de los cuidadores conlleva el desarrollo de la conducta mentirosa. Lavoie et al. (2018) indicaron que los padres y madres al castigar el comportamiento mentiroso de sus hijos, podrían propiciar este comportamiento. Los resultados de los estudios sobre las motivaciones para mentir de los menores se encuentra la evitación del castigo (Bureau y Mageau, 2014). Sin embargo, Ma et al. (2015) encontraron una relación inversa entre el control y la mentira antisocial.

También hay evidencias empíricas que indican que el apoyo de la autonomía se relaciona con un menor nivel de mentiras de los niños y adolescentes (Baudat et al., 2020; Bureau y Mageau, 2014; Lavoie et al., 2018; Mojdehi et al., 2020; Waller et al., 2012). La divulgación y comunicación abierta entre menores y cuidadores favorece la sinceridad, ya que en contextos de autonomía no existe tanta motivación para mentir, puesto que los menores sienten que sus cuidadores son de confianza y se interesan por ellos (Baudat et al., 2020). De hecho, Cumsille et al. (2010) encontraron que la calidez de las relaciones paternofiliares se asocia a la sinceridad, mientras que el rechazo emocional por parte de los progenitores aumenta el comportamiento mentiroso (Stouthamer-Loeber y Loeber, 1986).

En cuanto al modelado de sinceridad/mentira, en dos estudios se encontró una relación positiva (Hays y Carver, 2014; Lavoie et al., 2016), mientras que en otro estudio no se encontró ninguna relación (Dykstra et al., 2020). Es posible que el modelado sinceridad/mentira se dé solamente en edades tempranas, pero no a partir de la preadolescencia. Como se señalan Lavoie et al. (2016), es posible que los progenitores

eduquen a sus hijos de manera diferente según la edad entorno a la mentira, por el nivel comprensivo de los menores.

A modo de limitación, cabe indicar, que en la revisión sistemática los estudios son escasos, y los objetivos, paradigmas e instrumentos de evaluación muy diversos. A pesar de ello, se ha podido llegar a algunas conclusiones generales. La selección de los estudios y codificación de las variables fueron realizadas por una de las autoras con experiencia previa, pero se considera una limitación del estudio el hecho de que estas tareas fuesen realizadas por una sola persona por el nivel de subjetividad que conlleva tomar decisiones en cada una de las fases del proceso de selección y posterior análisis.

## CONCLUSIONES

Las prácticas y estilos parentales asociados a la mentira en contextos cotidianos y no judiciales no ha sido objeto prioritario de investigación, a pesar de ser una de las conductas más normalizadas en las relaciones interpersonales desde la infancia con diversos fines prosociales y antisociales. Las mentiras piadosas o mentiras blancas son necesarias en ocasiones para amortiguar el impacto emocional de información sincera, siendo incluso transmitida de los cuidadores hacia los menores como maneras óptimas de socialización. No obstante, las mentiras antisociales, a pesar de tener una función de solución inmediata para los menores se han relacionado con problemas de comportamiento y un posterior empeoramiento de las relaciones interpersonales. La mentira de los niños está influenciada por una interacción compleja de factores cognitivos y socioemocionales (Talwar et al., 2017). De la revisión sistemática se deduce que la disciplina agresiva, el rechazo emocional y una supervisión parental pobre se relacionan con el comportamiento mentiroso de los niños. Sin embargo, el apoyo a la autonomía en la adolescencia se asocia con un menor nivel de mentiras antisociales. En futuros estudios convendría estudiar la mentira antisocial de los adolescentes, porque las mentiras son más sofisticadas y tienen características diferenciales respecto a la mentira infantil (Evans y Lee, 2011).

## REFERENCIAS

- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. S. (1981). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 46, 1-82.
- Arnold, D.S., O'Leary, S.G., Wolff, L.S. y Acker, M.M. (1993). The parenting scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment*, 5, 137-144. doi: 10.1037/1040-3590.5.2.137
- Austin, J. L. (1962). *How to do things with words*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Baudat, S., Van Petegem, S., Antonietti, J. P. y Zimmermann, G. (2020). Parental solicitation and adolescents' information management: the moderating role of autonomy-supportive parenting. *Journal of Child and Family Studies*, 29(2), 426-441. doi: 10.1007/s10826-019-01687-z



- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *The Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56-95. doi: 10.1177/0272431691111004
- Bradley, R.H., Corwyn, R.F., McAdoo, H.P. y García Coll, C. (2001). The home environments of children in the United States part I: Variations by age, ethnicity, and poverty status. *Child Development*, 72, 1844-1867. doi: 10.1111/1467-8624.t01-1-00382
- Bureau, J. S. y Mageau, G. A. (2014). Parental autonomy support and honesty: The mediating role of identification with the honesty value and perceived costs and benefits of honesty. *Journal of Adolescence*, 37(3), 225-236. doi: 10.1016/j.adolescence.2
- Camacho Taboada, V. (2005). Mentiras, relevancia y teoría de la mente. <https://rodin.uca.es/xmlui/bitstream/handle/10498/8857/32388378.pdf?sequence=1>
- Coleman, L. y Kay, P. (1981). Prototype semantics: The English word lie. *Language*, 57(1), 26-44. doi: 10.1353/lan.1981.0002
- Cumsille, P., Darling, N., Flaherty, B. P. y Martínez, M. L. (2006). Chilean adolescents' beliefs about the legitimacy of parental authority: Individual and age-related differences. *International Journal of Behavioral Development*, 30(2), 97-106. doi: 10.1177/0165025406063554
- Cumsille, P., Darling, N. y Martínez, M. L. (2010). Shading the truth: The patterning of adolescents' decisions to avoid issues, disclose, or lie to parents. *Journal of adolescence*, 33(2), 285-296. doi: 10.1016/j.adolescence.2009.10.008
- Darling, N. (1999). Parenting style and its correlates. *EECE Publications-Digests*, 12(02), 2002. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED427896.pdf>
- Darling, N., Cumsille, P., Caldwell, L. L. y Dowdy, B. (2006). Predictors of adolescents' disclosure to parents and perceived parental knowledge: Between-and within-person differences. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(4), 659-670. doi: 10.1007/s10964-006-9058-1
- Darling, N. y Toyokawa, T. (1997). Construction and validation of the parenting style inventory II (PSII). *Unpublished manuscript*, 89.
- Dishion, T.J., Hogansen, J., Winter, C. y Jabson, J. (2004). *Coder Impressions Inventory*. Unpublished manual, Child and Family Center, Eugene, OR.
- Dykstra, V. W., Willoughby, T. y Evans, A. D. (2020). Perceptions of dishonesty: Understanding parents' reports of and influence on children and adolescents' lie-telling. *Journal of Youth and Adolescence*, 49(1), 49-59. doi: 10.1007/s10964-019-01153-5
- Evans, A. D. y Lee, K. (2011). Verbal deception from late childhood to middle adolescence and its relation to executive functioning skills. *Developmental Psychology*, 47(4), 1108-1116. doi: 10.1037/a0023425
- Engels, R. C. M. E., Finkenauer, C. y van Kooten, D. (2006). Lying behavior, family functioning and adjustment in early adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(6), 949-958. doi: 10.1007/s10964-006-9082-1
- García, F. y Gracia, E. (2010). ¿Qué estilo de socialización parental es el idóneo en España? Un estudio con niños y adolescentes de 10 a 14 años. *Infancia y Aprendizaje*, 33, 365-384. doi: 10.1174/021037010792215118
- González, A. M. V. (2008). La familia. Una mirada desde la Psicología. *MediSur*, 6(1), 4-13. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1800/180020298002>
- Hays, C. y Carver, L. J. (2014). Follow the liar: the effects of adult lies on children's honesty. *Developmental Science*, 17(6), 977-983. doi: 10.1111/desc.12171
- Jorge, E. y González, M. C. (2017). Estilos de crianza parental: una revisión teórica. *Informes Psicológicos*, 17(2), 39-66. doi: 10.18566/infpsic.v17n2a02
- Kotchick, B. A. y Forehand, R. (2002). Putting parenting in perspective: A discussion of the contextual factors that shape parenting practices. *Journal of Child and Family Studies*, 11, 255-269. doi: 10.1023/A: 1016863921662
- Lavoie, J., Leduc, K., Crossman, A. M. y Talwar, V. (2016). Do as I say and not as I think: Parent socialisation of lie-telling behaviour. *Children & Society*, 30(4), 253-264. doi: 10.1111/chso.12139
- Lavoie, J., Yachison, S., Crossman, A. y Talwar, V. (2017). Polite, instrumental, and dual liars: Relation to children's developing social skills and cognitive ability. *International Journal of Behavioral Development*, 41(2), 257-264. doi: 10.1177/0165025415626518
- Lavoie, J., Wyman, J., Crossman, A. M. y Talwar, V. (2018). Lie-telling as a mode of antisocial action: Children's lies and behavior problems. *Journal of Moral Education*, 47(4), 432-450. doi: 10.1080/03057240.2017.1405343
- Lee, K. (2013). Little liars: Development of verbal deception in children. *Child Development Perspectives*, 7(2), 91-96. doi: 10.1111/cdep.12023
- Lewis, M., Stanger, C. y Sullivan, M. W. (1989). Deception in 3-year-olds. *Developmental Psychology*, 25(3), 439-443. doi: 10.1037/0012-1649.25.3.439
- Ma, F., Evans, A. D., Liu, Y., Luo, X. y Xu, F. (2015). To lie or not to lie? The influence of parenting and theory-of-mind understanding on three-year-old children's honesty. *Journal of Moral Education*, 44(2), 198-212. doi: 10.1080/03057240.2015.1023182
- Maccoby E.E. y Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. *Handbook of child psychology*, 4, 1-101.
- Mageau, G. A., Ranger, F., Joussemet, M., Koestner, R., Moreau, E. y Forest, J. (2015). Validation of the perceived parental autonomy support scale (p-pass). *Canadian Journal of Behavioural Science*, 47(3), 251-262. doi: 10.1037/a0039325
- Masip, J., Garrido, E. y Herrero, C. (2004). Defining deception. *Anales de Psicología*. 20(1), 147-172. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/27631>
- Mojdehi, A. S., Shohoudi, A. y Talwar, V. (2020). Children's moral evaluations of different types of lies and parenting practices and across cultural contexts. *Current Psychology*, 1-14. doi: 10.1007/s12144-020-01059-7





- Perris, C., Jacobsson, L., Lindstrom, H., Knorrning, L. y Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61, 265-274. doi: 10.1111/j.1600-0447.1980.tb00581.x
- Peskin, J. (1992). Ruse and representations: On children's ability to conceal information. *Developmental Psychology*, 28(1), 84-89. doi: 10.1037/0012-1649.28.1.84
- Robinson, C. C., Mandleco, B., Olsen, S. F. y Hart, C. H. (1995). Authoritative, authoritarian, and permissive parenting practices: Development of a new measure. *Psychological Reports*, 77, 819-830. doi: 0.2466/pr0.1995.77.3.819
- Stattin, H. y Kerr, M. (2000). Parental monitoring: a reinterpretation. *Child Development*, 71(4), 1072-1085. doi: 10.1111/j.1532-7795.2009.00623.x
- Stouthamer-Loeber, M. y Loeber, R. (1986). Boys who lie. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14(4), 551-564.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Finkelhor, D., Moore, D. W. y Runyan, D. (1998). Identification of child maltreatment with the parent-child conflict tactics scales: Development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse & Neglect*, 22, 249-270. doi: 10.1016/S0145-2134(97)00174-9
- Talwar, V. y Lee, K. (2002). Development of lying to conceal a transgression: Children's control of expressive behavior during verbal deception. *International Journal of Behavioral Development*, 26(5), 436-444. doi: 10.1080/01650250143000373
- Talwar, V. y Lee, K. (2008). Social and cognitive correlates of children's lying behavior. *Child development*, 79(4), 866-881. doi: 10.1111/j.1467-8624.2008.01164.x
- Talwar, V., Gordon, H. M. y Lee, K. (2007). Lying in the elementary school years: verbal deception and its relation to second-order belief understanding. *Developmental Psychology*, 43(3), 804-810. doi: 10.1037/0012-1649.43.3.804
- Talwar, V., Lavoie, J. y Crossman, A. M. (2019). Carving Pinocchio: Longitudinal examination of children's lying for different goals. *Journal of Experimental Child Psychology*, 181, 34-55. doi: 10.1016/j.jecp.2018.12.003
- Talwar, V., Lavoie, J., Gomez-Garibello, C. y Crossman, A. M. (2017). Influence of social factors on the relation between lie-telling and children's cognitive abilities. *Journal of Experimental Child Psychology*, 159, 185-198. doi: 10.1016/j.jecp.2017.02.009
- Talwar, V., Murphy, S. M. y Lee, K. (2007). White lie-telling in children for politeness purposes. *International Journal of Behavioral Development*, 31(1), 1-11. doi: 10.1177/0165025406073530
- Urrútia, G., y Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina clínica*, 135(11), 507-511. doi: 10.1016/j.medcli.2010.01.015
- Waller, R., Gardner, F., Hyde, L. W., Shaw, D. S., Dishion, T. J. y Wilson, M. N. (2012). Do harsh and positive parenting predict parent reports of deceitful callous behavior in early childhood?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(9), 946-953. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02550.x
- Weiss, L. H. y Schwarz, J. C. (1996). The relationship between parenting types and older adolescents' personality, academic achievement, adjustment, and substance use. *Child Development*, 67(5), 2101-2114. doi: 10.1111/j.1467-8624.1996.tb01846.x
- Wimmer, H. y Perner, J. (1983). Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, 13(1), 103-128. doi: 10.1016/0010-0277(83)90004-5
- Woodruff, G. y Premack, D. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind?. *Behavioral and Brain Sciences*, 4(1), 515-526. doi: 10.1017/S0140525X00076512





## ¿POR QUÉ HABRÍA QUE PRIORIZAR LA VACUNACIÓN PARA LA COVID-19 EN PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES?

Javier Prado-Abril

Servicio Aragonés de Salud. Instituto de Investigación Sanitaria Aragón

Para combatir la pandemia global por COVID-19 se han realizado esfuerzos extraordinarios y sin precedentes en el desarrollo, producción y distribución de vacunas. Las evidencias iniciales sugieren que diversos tipos de vacunas son seguras y eficaces (Baden et al., 2021; Polack et al., 2020). Sin embargo, en la actualidad, su disponibilidad es escasa y el debate sobre qué grupos de riesgo deben priorizarse es de notable trascendencia. Un marco común para la toma de decisiones podría guiarse por los siguientes principios rectores: (a) maximizar el beneficio y minimizar el riesgo a corto y largo plazo, (b) equidad en el establecimiento de las prioridades y la asignación de vacunas, y (c) tratar de mitigar las desigualdades favoreciendo a los grupos más afectados por la enfermedad (Gollust, Saloner, Hest, & Blewett, 2020). El punto tres, especialmente, exige un análisis empírico cuidadoso y precisa de la empatía y la solidaridad del conjunto de la sociedad.

Mientras se escribe este comentario, se están vacunando en nuestro país a algunos de los grupos que han sufrido el impacto de la COVID-19 con mayor desproporción. Nuestros mayores, los usuarios y el personal de las residencias y los profesionales sanitarios. En adelante, se argumentará brevemente que las personas con trastornos mentales graves (TMG) deben ser un grupo prioritario en la estrategia de vacunación, dada la evidencia que apunta que padecer un TMG se relaciona con un incremento del riesgo de contagio por SARS-CoV-2, mayor gravedad de la enfermedad COVID-19, mayores tasas de hospitalización, de morbilidad y mortalidad (Nemani et al., 2021; Taquet, Luciano, Geddes, & Harrison, 2021). Aunque el término TMG se utiliza con mayor frecuencia para referirse a disfunciones relacionadas con el espectro de la psicosis y el trastorno bipolar, cabe ampliar la inclusión a cualquier problema de salud mental que implique un deterioro funcional importante (e.g., trastornos graves de personalidad, trastornos de la conducta alimentaria, entre otros). Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia de los TMG se sitúa en torno al 0.4 y el 7.7% (Demyttenaere et al., 2004). Aunque no es descabellado suponer que por efecto de la pandemia dicha prevalencia habrá aumentado en cierto grado, si bien es una cuestión que todavía permanece bajo investigación.

Como han señalado otros autores (Mazereel, Van Assche, Detraux, & De Hert, 2021), los TMG quizás deban priorizarse dentro del grupo de pacientes con comorbilidades médico-somáticas tributarias de desarrollar complicaciones graves tras la infección por SARS-CoV-2 (enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, cáncer, etc.). Lo cierto es que existen múltiples razones para ello, una también sería la elevada comorbilidad de sus problemas de salud mental con patologías médico-somáticas. Bien porque se solapan, por la propia evolución del trastorno o por el efecto del consumo crónico de psicofármacos con conocidos efectos adversos sobre la salud. Por ejemplo, las personas con TMG tienen una tasa de mortalidad tres

Correspondencia: Javier Prado-Abril. Servicio Aragonés de Salud, Instituto de Investigación Sanitaria Aragón, Zaragoza. España. Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR). E-Mail: [jprado@salud.aragon.es](mailto:jprado@salud.aragon.es)

veces mayor que la de la población general (Walker, McGee, & Druss, 2015). Una mayor probabilidad de desarrollar obesidad o enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo II y enfermedades respiratorias, todas ellas relacionadas con un peor pronóstico de la COVID-19 (De Hert et al., 2011). Asimismo, la prevalencia del tabaquismo es de dos a tres veces mayor (Lasser et al., 2000).

En suma, las personas con TMG constituyen una población que se encuentra en un riesgo particularmente elevado de infectarse, de padecer complicaciones graves por COVID-19 y de fallecer a causa de la enfermedad. Por ello, sólo cuestiones relacionadas con el estigma, los prejuicios y las desigualdades respecto a otras entidades mórbidas de impacto equivalente para la salud, podrían explicar que no tuvieran un acceso prioritario y temprano al proceso de vacunación. Las evidencias son meridanas respecto a la pertinencia de facilitar su accesibilidad para hacer efectivo el derecho a la protección de su salud, minimizando secuelas indeseables y el riesgo de mortalidad. En este punto, como en tantos otros relacionados con la gestión de la vigente pandemia, la solución será científica, o no será. Será solidaria, o no será.

### REFERENCIAS

- Baden, L. R., El Sahly, H. M., Essink, B., Kotloff, K., Frey, S., ... & Zaks, T. (2021). Efficacy and safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 vaccine. *The New England Journal of Medicine*, *384*(5), 403-416. doi: 10.1056/NEJMoa2035389.
- De Hert, M., Correll, C. U., & Bobes, J. et al. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, *10*(1), 52-77. doi: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00014.x.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., ... & WHO World Mental Health Survey Consortium (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, *291*(21), 2581-2590. doi: 10.1001/jama.291.21.2581.
- Gollust, S. E., Saloner, B., Hest, R., & Blewett, L. A. (2020). US adults' preferences for public allocation of a vaccine for Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open* *3*(9), e2023020. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.23020.
- Lasser, K., Boyd, J. W., Woolhandler, S., Himmelstein, D. U., McCormick, D., & Bor, D. H. (2000). Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA*, *284*(20), 2606-2610. doi: 10.1001/jama.284.20.2606.
- Mazereel, V., Van Assche, K., Detraux, J., & De Hert, M. (2021). COVID-19 vaccination for people with severe mental illness: Why, what, and how? *Lancet Psychiatry*, [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30564-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30564-2).
- Nemani, K., Li, C., Olfson, M., Blessing, E. M., Razavian, N., ... & Goff, D. C. (2021). Association of psychiatric disorders with mortality among patients with COVID-19. *JAMA Psychiatry*. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.4442.
- Polack, F. P., Thomas, S. J., Kitchin, N., Absalon, J., Gurtman, A., ... & Gruber, W. C. (2020). Safety and efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine. *The New England Journal of Medicine*, *383*(27), 2603-2615. doi: 10.1056/NEJMoa2034577.
- Taquet, M., Luciano, S., Geddes, J. R., & Harrison, P. J. (2021). Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: Retrospective cohort studies of 62354 COVID-19 cases in the USA. *Lancet Psychiatry*, *8*(2), 130-140. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30462-4.
- Walker, E. R., McGee R. E., & Druss B. G. (2015). Mortality in mental disorders and global disease burden implications: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *72*, 334-341. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2502.



# 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](http://www.papelesdelpsicologo.es) / [www.psychologistpapers.com](http://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.

# Virtual V Congreso Nacional de Psicología

E INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON PUBLIC HEALTH PSYCHOLOGY

# CNP2021

[www.cnp2021.es](http://www.cnp2021.es)



9 al 11  
Julio  
2021

Psicología  
y Salud  
Pública:  
necesidad y  
oportunidad

Organiza

