

PAPELES DEL PSICÓLOGO

ADICCIÓN A INTERNET Y MÓVIL



PROPUESTA DE ACREDITACIONES EN PSICOLOGÍA - NORMAS LEGALES PARA EL PERSONAL SANITARIO - RECUPERACIÓN DEL TRABAJO - CONDUCTAS AUTOLESIVAS - OTROS TEMAS

Artículos

- 82.** Adicción a Internet y móvil: Una revisión de estudios empíricos españoles
Xavier Carbonell, Héctor Fúster, Ander Chamarro y Ursula Oberst
- 90.** Especialidades y acreditaciones en Psicología
Adolfo Jarne Esparcia, Ramón J. Vilalta Suárez, Mila Arch Marín, Joan Guardia Olmos y Alba Pérez González
- 101.** Nuevos paradigmas en la relación asistencial
José Ramón Ubieta Pardo
- 109.** El psicólogo como profesional sanitario: La letra pequeña
Ramón Rizo
- 116.** Las conductas autolesivas en el ámbito penitenciario. Una revisión del estado del arte
Xavier Roca Tutusaus, Joan Guàrdia Olmos y Adolfo Jarne Esparcia
- 129.** La importancia de recuperarse del trabajo: Una revisión del dónde, cómo y por qué
Valeria Colombo y Eva Cifre Gallego
- 138.** Rol del Servicio de Orientación en Universidades de Francia, EEUU, Canadá, Reino Unido y España
Raquel Flores Buils, José Manuel Gil Beltrán y Antonio Caballer Miedes
- 148.** Desarrollo de un instrumento de observación en danza movimiento terapia (DMT)
Graciela Vella y Elena Torres Solera

Articles

- 82.** Internet and mobile cell phone addiction: A review of Spanish empirical studies
Xavier Carbonell, Héctor Fúster, Ander Chamarro and Ursula Oberst
- 90.** Specialities and accreditation in Psychology
Adolfo Jarne Esparcia, Ramón J. Vilalta Suárez, Mila Arch Marín, Joan Guardia Olmos and Alba Pérez González
- 101.** New paradigms in clinical care relations
José Ramón Ubieta Pardo
- 109.** The psychologist as a health professional: The small print
Ramón Rizo
- 116.** The self-injurious behaviors in prison. A review of the state of the art
Xavier Roca Tutusaus, Joan Guàrdia Olmos and Adolfo Jarne Esparcia
- 129.** The importance of recovery from work: A review of where, how and why
Valeria Colombo and Eva Cifre Gallego
- 138.** Guidance service models of universities in France, the United States, Canada, the United Kingdom, and Spain
Raquel Flores Buils, José Manuel Gil Beltrán and Antonio Caballer Miedes
- 148.** Development of an instrument for observation in Dance Movement Therapy (DMT)
Graciela Vella and Elena Torres Solera

PAPELES DEL PSICÓLOGO

Edita

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, España

Director

Serafín Lemos Giráldez

Directores asociados

José Ramón Fernández Hermida, Manuel Enrique Medina Tornero, José Carlos Núñez Pérez y José María Peiró Silla

Consejo Editorial

Francisco Santolaya Ochando
Fernando Chacón Fuertes
Josep Vilajoana i Celaya
Manuel Mariano Vera Martínez
Alfredo Fernández Herrero
Francisco Sánchez Eizaguirre
Manuel Berdullas Temes
M^a José Catalán Frias
José Ramón Fernández Hermida
Lorenzo Gil Hernández
Dolores Gómez Castillo

M^a Isabel Martínez Díaz de Zugazua
Rodolfo Ramos Álvarez
Rosa M^a Redondo Granado
Francisco Javier Torres Ailhaud
Ramón Jesús Vilalta Suárez
Rosa Álvarez Prada
Ana M^a Sánchez Alias

Consejo Asesor

Isaac Amigo, Pilar Arránz Carrillo de Albornoz, Sabino Ayestarán, Francisco Bas, Elisardo Becoña, Gualberto Buela, Fernando Calvo, Antonio Cano, Enrique Cantón, Amalia Cañas, Antonio Capafons, Helio Carpintero, José Antonio Carrobles, Miguel Costa, María Crespo, Carmen del Río, Rocío Fernández Ballesteros, Jorge Fernández Del Valle, Concepción Fernández Rodríguez, María Paz García Vera, Jesús Gómez Amor, Julio Antonio González García, Florencio Jiménez Burillo, Francisco Javier Labrador, Araceli Maciá, Emiliano Martín, José Joaquín Mira, Luis Montoro, José Muñoz, Marino Pérez Álvarez, Ismael Quintanilla, Francisco Ramos, Rodolfo Ramos Álvarez, Jesús Rodríguez Marin, Miguel Ángel Vallejo y Oscar Vallina Fernández.

Diseño y maquetación

Cristina García y Juan Antonio Pez

Administración y publicidad

Silvia Berdullas y Cristina Castilla

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos
C/ Conde de Peñalver, 45-5^o Izq.
28006 Madrid - España
Tels.: 91 444 90 20 - Fax: 91 309 56 15
E-mail: papeles@cop.es

Impresión

Villena Artes Gráficas
Avda. Cardenal Herrera Oria, 242 – Edif. B
28035 Madrid

Depósito Legal

M-27453-1981 / ISSN 0214-7823

De este número 2 del Vol. 33 de Papeles del Psicólogo se han editado 55.600 ejemplares.

Este ejemplar se distribuye gratuitamente a todos los colegiados pertenecientes a los diversos Colegios que forman parte del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.

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

Papeles del Psicólogo está incluida en las bases de datos PsycINFO, Psycodoc y del ISOC (Psedisoc), del DOAJ (Directory of Open Access Journals), Elsevier Bibliographic Database: SCOPUS, Redalyc y en IBECS; y también se puede consultar en la página WEB del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos:
<http://www.cop.es>

ADICCIÓN A INTERNET Y MÓVIL: UNA REVISIÓN DE ESTUDIOS EMPÍRICOS ESPAÑOLES

Xavier Carbonell¹, Héctor Fúster¹, Ander Chamarro² y Ursula Oberst¹

¹Universitat Ramon Llull. ²Universitat Autònoma de Barcelona

Determinar los factores que diferencian el uso de Internet y móvil saludable del patológico. Método: Se revisaron doce estudios empíricos publicados por investigadores españoles sobre adicción a Internet y teléfono móvil entre 2002 y 2011, obtenidos a partir de una búsqueda en PsycINFO y en Psycodoc. Resultados y Discusión: Se observó una relación entre el uso problemático de Internet y diversos trastornos psicológicos y entre el uso problemático y el tiempo conectado. La comunicación alterada de identidad podría explicar la diferencia entre uso seguro y problemático de Internet y móvil. La cautela de los investigadores sugiere que no se puede confirmar la existencia de un trastorno adictivo grave y persistente relacionado con el móvil e Internet en base a encuestas poblacionales.

Palabras clave: Adicción a internet, Adicción al teléfono móvil, Uso problemático de internet, Adolescentes, Adultos jóvenes.

Determine the factors that differentiate problematic from healthy use of Internet and mobile. Method: Twelve empirical studies about Internet addiction and mobile phone published by Spanish researchers between 2002 and 2011 were reviewed. They were obtained from a search in PsycINFO and Psycodoc. Results and Discussion: There was a relationship between problematic Internet use and psychological disorders and between problematic use and time online. Altered identity communication could explain the difference between safe and problematic Internet and mobile phone use. The researchers caution suggests that we cannot confirm the existence of a serious and persistent addictive disorder associated with the mobile and the Internet based on population surveys.

Key words: Internet addiction, Cell phone addiction, Problematic Internet use, Teenagers, Young adults.

Desde que Goldberg en 1995 parodió el DSM en base a la adicción a Internet y Young presentó su comunicación *Adicción a Internet: la emergencia de un nuevo trastorno* en el congreso de la American Psychological Association, celebrado en Toronto en 1996, el tema ha sido ampliamente discutido en los medios de comunicación y en la literatura científica (Carbonell, Guardiola, Beranuy y Belles, 2009). El interés en la posible adicción a los videojuegos, juegos de rol online, televisión y teléfonos móviles ha dado lugar a un nuevo campo de estudio, el de la adicción a las Tecnologías de la Información y la Comunicaciones (TIC) o como Griffiths (1995) acuñó, "adicciones tecnológicas".

Durante los últimos quince años, los investigadores se han interesado por determinar la distribución, la frecuencia y las causas de la adicción a las TIC, especialmente de Internet y teléfono móvil (Echeburúa, Labrador y Becoña, 2009; Castellana, Sánchez-Carbonell, Graner y Beranuy, 2007; Widianto y Griffiths, 2009) sin que todavía se haya resuelto si el uso de TIC es capaz de generar un trastorno adictivo de la misma naturaleza que las adicciones conductuales. Esta preocupación también ha tenido eco en los investigadores españoles que, desde el año 2002, han

publicado doce artículos empíricos sobre adicción a las TIC: cinco sobre adicción a Internet, cinco sobre adicción a TIC y teléfono móvil y dos sobre adicción al teléfono móvil. Estos estudios han generado un valioso conocimiento sobre el uso problemático de Internet y móvil en estudiantes de secundaria y de universidad, permitiendo una oportunidad única de análisis.

Desde nuestra perspectiva, uno de los temas pendientes en este campo es determinar si existe la adicción a las TIC. Por tanto, el principal objetivo de este estudio fue determinar los factores que diferencian el uso saludable del patológico utilizando para ello los resultados obtenidos en estudios empíricos realizados con población estudiantil de cultura española.

MÉTODO

Se revisaron doce estudios empíricos publicados por investigadores españoles sobre la adicción a Internet y al teléfono móvil entre 2002 y 2011, obtenidos a partir de una búsqueda en PsycINFO y en Psycodoc, a los que se añadió un manuscrito pendiente de publicación y un capítulo de libro. Todos ellos utilizaron encuestas aplicadas a estudiantes de secundaria y/o universidad. Estos doce estudios evaluaron la adicción/ abuso de Internet y/o teléfono móvil, así como dimensiones de la personalidad y/o síntomas psicopatológicos mediante instrumentos

Correspondencia: Xavier Carbonell. Universitat Ramon Llull.
C/ Císter 34. 08022 Barcelona. España.
E-mail: xaviercs@blanquerna.url.edu



cuantitativos. El análisis de los datos fue en todos los estudios de tipo correlacional. Once artículos se publicaron en revistas españolas o internacionales y uno en un capítulo de libro especializado. La Tabla 1 resume los datos básicos de estos estudios: (i) autores e institución, (ii) revista y año de publicación, (iii) tipo de TIC estudiada, (iv) tamaño, sexo y edad de la muestra. En la Tabla 2 se listan los instrumentos utilizados en cada estudio y en la Tabla 3 se resumen sus principales resultados.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Instrumentos

Se utilizaron una amplia variedad de instrumentos para medir la adicción a nuevas tecnologías por medio de cuestionarios centrados en su uso y escalas específicas sobre sintomatología psicopatológica (Tabla 2). Los estudios 1, 2, 5, 6, 7, 8 y 9 crearon instrumentos propios para la evaluación de nuevas tecnologías (estudios 1, 2, 5, 6, 7, 8 y 9). En el estudio 4 se adaptaron instrumentos de evaluación de adicción a nuevas tecnologías creados

TABLA 1
DATOS BÁSICOS DE LOS ESTUDIOS ESPAÑOLES SOBRE USO PROBLEMÁTICO DE LAS TIC ENTRE ADOLESCENTES Y ESTUDIANTES JÓVENES.

Estudio	Autores	Revista y año de publicación	Tipo(s) de TIC estudiada	Tamaño de la muestra, género y edad
1	Viñas, Juan, Villar, Caparros, Pérez y Cornella	Clinica y Salud 2002	Internet	1.277 estudiantes de la Universidad de Girona 64,1% mujeres, 35,9% hombres
2	Muñoz-Rivas, Navarro y Ortega	Adicciones 2003	Internet	1.301 estudiantes de las universidades de San Pablo-CEU and UCM 71,3% mujeres, 28,7% hombres
3	García, Terol, Nieto, Lledó, Sánchez, Martín-Aragón y Sitges	Adicciones 2008	Internet	391 estudiantes de la Universidad Miguel Hernández (Elche) 74% mujeres, 26% hombres Edad media: 19,6 años
4	Estévez, Bayón, de la Cruz y Fernández-Liria	Capítulo del libro: Adicción a las nuevas tecnologías 2009	Internet	699 estudiantes entre 14 y 18 años de tres escuelas de la Comunidad Autónoma de Madrid (41% privada, 27% pública and 31% concertada). 51% mujeres, 49% hombres
5	Muñoz-Rivas, Fernández y Gámez-Guadiz	The Spanish Journal of Psychology 2010	Internet	1.301 estudiantes universitarios 71, 3% mujeres, 28,7 % hombres
6	Beranuy, Oberst, Carbonell y Chamarro	Computers in Human Behavior 2009	Internet y teléfono móvil	365 estudiantes de la Universidad Ramon Llull (Barcelona) 75,1% mujeres, 24,9% hombres Edad media: 21,37 años
7	Jenaro, Flores, Caballo, González y Gómez	Addiction Research and Theory 2007	Internet y teléfono móvil	337 estudiantes de la Universidad de Salamanca 72% mujeres, 24% hombres
8	Beranuy, Chamarro, Graner y Carbonell	Psicothema 2009	Internet y teléfono móvil	322 estudiantes de la Universidad Ramon Llull y 1.557 estudiantes de secundaria de Cataluña. 45,5% hombres. Edad media 15,5 años.
9	Sánchez-Martínez y Otero	Cyberpsychology and Behavior 2009	Teléfono móvil	1.328 estudiantes de secundaria de la Comunidad de Madrid 46,3 % hombres y 53,7% mujeres entre 13 y 20 años
10	Labrador y Villadangos	Psicothema 2010	Internet, teléfono móvil, TV y vídeo Juegos	1.710 estudiantes de 6 escuelas en la Comunidad Autónoma de Madrid 41% mujeres, 59% hombres. Edad media: 14,03 años, entre 12 y 17 años
11	Chóliz, Villanueva y Chóliz	RED 2009	Teléfono móvil	1.944 adolescentes valencianos entre 12 y 18 años 51% mujeres, 49% hombres
12	Carbonell, Chamarro, Beranuy, Griffiths, Oberst, Cladellas y Talarn	Anales de Psicología (En prensa)	Internet y teléfono móvil	322 estudiantes de la Universidad Ramon Llull y 1.557 estudiantes de secundaria de Cataluña. 45,5% hombres. Edad media 15,5 años.



por otros autores (Test de adicción a Internet de McOrman y Test de adicción a Internet de Young). Dado que no existía una adaptación previa, los resultados deberían ser considerados con prudencia.

Se utilizaron instrumentos para medir características psicológicas: sintomatología clínica general (el Symptom

Checklist, SCL-90-R; y el Inventario de salud general de Goldberg, GHQ-28), sintomatología clínica específica (el Inventario de depresión de Beck, BDI; la Escala de desesperanza de Beck, BHS; y el Inventario de Ansiedad de Beck, BAI), rasgos de personalidad (el Inventario de temperamento y carácter de Cloninger, TCI-R; y el In-

TABLA 2
RESUMEN DE LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LOS ESTUDIOS ESPAÑOLES DE USO PROBLEMÁTICO DE TIC ENTRE ADOLESCENTES Y ESTUDIANTES JÓVENES

Estudio	Instrumentos
Estudio 1 Viñas	Inventario de depresión de Beck (BDI) Escala de desesperanza de BECK (BHS) Symptom Checklist (SCL-90-R) Cuestionario de datos generales. Éste era un cuestionario de creación propia en el que se evaluaban variables sobre el uso de Internet y el grado de satisfacción en diversas áreas de su vida
Estudio 2 Muñoz-Rivas, Navarro	Instrumento de creación propia de 19 ítems categóricos y 69 ítems dicotómicos (verdadero/falso) que medían variables demográficas, sobre el uso global de internet y el uso de recursos específicos, motivaciones para el uso y la interferencia con la vida cotidiana
Estudio 3 García	Cuestionario socio-demográfico Cuestionario de expresión social: Motor EMES-M y Cognitivo (EMESC) Extroversion Personality Inventory (EPI) Cuestionario de uso y abuso de Internet
Estudio 4 Estévez	Test de adicción a Internet de McOrman Test de adicción a Internet de Young Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28) Inventario de temperamento y carácter (TCI-R) Cuestionario de creación propia que evalúa los servicios de Internet más utilizados, así como sustancias tóxicas o práctica de otras conductas adictivas
Estudio 5 Muñoz-Rivas, Fernández	Cuestionario con 19 ítems categóricos y 69 ítems dicotómicos (verdadero/falso) de variables demográficas, aspectos generales y específicos sobre el uso de Internet, razones para el uso de Internet, relaciones sociales en línea y indicadores de uso patológico de internet
Estudio 6 Beranuy, Oberst	Cuestionario de Experiencias Relacionadas con Internet (CERI) Cuestionario de Experiencias Relacionadas con el Móvil (CERM) Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R)
Estudio 7 Jenaro	Inventario de depresión de Beck (BDI) Inventario de ansiedad de Beck (BAI) Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28) Dos instrumentos de creación propia con 23 ítems cada uno en una escala Likert de 6 puntos: Escala de abuso de Internet (IOS) y la escala de abuso de móvil (COS)
Estudio 8 Beranuy, Chamarro	Cuestionario de Experiencias Relacionadas con Internet (CERI) Cuestionario de Experiencias Relacionadas con el Móvil (CERM)
Estudio 9 Sánchez-Martínez	Cuestionario de creación propia que evalúa variables socio-demográficas, características del uso de móvil, rendimiento académico, relaciones familiares y con los amigos, actividades de tiempo libre, consumo de drogas y síntomas depresivos.
Estudio 10 Labrador	Cuestionario de detección de nuevas adicciones (DENA), instrumento de creación propia que evalúa variables demográficas, frecuencia de uso de las TIC y la percepción subjetiva de problemas derivados con internet, teléfono móvil, videojuegos y televisión
Estudio 11 Chóliz	Cuestionario socio-demográfico y de rendimiento escolar Parámetros básicos de uso del teléfono móvil Imagen del teléfono móvil Problemas derivados del coste del móvil
Estudio 12 Carbonell	Cuestionario de creación propia que evalúa el uso de Internet y telefonía móvil. Cuestionario de Experiencias Relacionadas con Internet (CERI) Cuestionario de Experiencias Relacionadas con el Móvil (CERM)



ventario de personalidad de Eysenck, EPI), habilidades sociales (Multidimensional scale of social expression, EMES) y, por último, inteligencia emocional (Trait meta-mood scale, TMMS-24).

Del análisis de los instrumentos se desprende la diversidad de instrumentos utilizados por los investigadores para evaluar el uso adictivo o problemático de Internet y del móvil y las características y trastornos psicológicos

asociados. Esta dispersión es difícil de evitar, a pesar de las recomendaciones constantes sobre el tema (Griffiths, 1998; Widyanto y Griffiths, 2009), y no nos permite establecer una recomendación sobre la instrumentación más adecuada en este tipo de estudio.

Consecuencias psicológicas

Los universitarios que abusaban de Internet tenían más

TABLA 3
RESUMEN DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS ESPAÑOLES SOBRE USO PROBLEMÁTICO DE TIC ENTRE ADOLESCENTES Y ESTUDIANTES JÓVENES

Estudio	Resultados más relevantes de cada estudio
Estudio 1	Se observó una correlación positiva entre el uso de Internet (principalmente el chat) y varios indicadores psicológicos (depresión, ansiedad y alteraciones del sueño). El 5% de los estudiantes utilizaban Internet más de una hora al día. El uso del chat de Internet se asoció a un mayor malestar psicológico, mayor insatisfacción en las relaciones con la familia, con la pareja y, particularmente, en con la capacidad o habilidad para mantener relaciones sociales.
Estudio 2	Los chicos utilizaban más Internet que las chicas. Se registró una conexión de más 20 horas semanales en un 3,7% se conectaba más de 20 horas semanales y un 17% percibía que Internet interfería en su vida cotidiana: un 11% descuidaba sus obligaciones, un 3,6 % informaba de problemas familiares, un 2,4% informó de problemas académicos y/o ocupacionales y un 0,2% perdió amistades.
Estudio 3	No se observó abuso de Internet. Los usuarios frecuentes de Internet estaban más propensos a abusar de Internet. Los que la utilizaban más, tenían mayores "pensamientos negativos" que interferían en sus situaciones sociales.
Estudio 4	Según el IAT de McOrman, el 20% eran usuarios de riesgo y el 3,7% tenían un uso problemático. Según el IAT de Young el 43,3% eran usuarios de riesgo y el 3,3% de usuarios problemáticos. Los hombres utilizaban más páginas web y las mujeres utilizaban más el correo electrónico. No encontraron diferencias en el uso de chats. El mayor riesgo de uso problemático estaba relacionado con las puntuaciones más elevadas en las cuatro subescalas de el GHQ. Los usuarios problemáticos tuvieron puntuaciones más bajas en las dimensiones de autodirección y cooperación, y más altas en la búsqueda de novedades. Había una elevada proporción de posibles casos psiquiátricos en el grupo de riesgo y también en el de uso problemático.
Estudio 5	El 9,9% eran usuarios excesivos. El grupo de uso excesivo eran hombres, pasaban más tiempo conectados y preferían conectarse por la noche. Una conexión abusiva reduce la tensión emocional, algunos síntomas pueden interpretarse como tolerancia, abstinencia y pérdida de control, lo que sugiere que los problemas asociados con un uso excesivo de Internet son similares a los de otras adicciones conductuales y tecnológicas.
Estudio 6	El malestar psicológico está relacionado con uno desadaptativo de Internet y el teléfono móvil; las mujeres puntuaron más alto que los hombres en el cuestionario de teléfono móvil, mostrando más consecuencias negativas de su uso desadaptativo. Los componentes de la Inteligencia Emocional Percibida contribuían a la explicación de los diferentes indicadores de malestar psicológico, pero en un grado menor que en el uso desadaptativo de Internet y del teléfono móvil.
Estudio 7	El 6,2% eran usuarios patológicos de internet, el 10,4% de teléfono móvil y el 3,9% de ambos. No se observó una asociación significativa entre el uso de Internet o teléfono móvil y el abuso/dependencia de sustancias y juego patológico. Los usuarios excesivos de Internet eran más propensos a experimentar otros trastornos psiquiátricos como insomnio, disfunción social, depresión y ansiedad.
Estudio 8	El móvil es menos adictivo que Internet. Los hombres presentaron un uso más adictivo de Internet, mientras las mujeres se caracterizaron por usar el móvil como medio para expresar y comunicar las emociones. Parece que el uso de ambas tecnologías es más problemático en la adolescencia y se normaliza con la edad, hacia un uso más profesional, menos lúdico y con menos consecuencias negativas.
Estudio 9	El 26,1% de las mujeres y el 13% de los hombres eran dependientes al teléfono móvil. El uso intensivo de teléfono móvil se asoció a ser mujer, escuela localizada en medio rural, buen nivel económico familiar, fumar tabaco, consumo excesivo de alcohol, depresión y fracaso escolar.
Estudio 10	Los problemas de las TIC: Internet (5,7% mujeres, 4,7% hombres); videojuegos (0,3% mujeres, 2,4% hombres); teléfono móvil (10,3% mujeres, 6,2% hombres); televisión (10,2% para ambos, mujeres y hombres). Se observó correlación positiva entre la edad y la percepción de problemas con el uso de Internet y teléfono móvil, de la misma manera que entre el tiempo dedicado a su uso y la percepción de problemas en el uso de las TIC.
Estudio 11	Las chicas enviaron más mensajes de texto, hicieron más "llamadas perdidas" y, generalmente, pasaban más tiempo utilizando sus teléfonos móviles que los chicos. No se observaron diferencias en las llamadas. Las chicas utilizaban más el teléfono móvil más como un dispositivo de comunicación interpersonal y como un instrumento para hacer frente a estados emocionales desagradables. Los chicos utilizaban más las funciones tecnológicas de los teléfonos (por ejemplo, los juegos, las descargas de internet y la conexión a dispositivos electrónicos).
Estudio 12	No se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en Internet pero había más mujeres en el grupo de problemas frecuentes con el móvil. Se sugiere que: a) el tiempo conectado no es por sí sólo un buen indicador de uso problemático; b) emerge la relación entre uso problemático de Internet y malestar psicológico; y c) el factor que puede explicar este uso problemático son las comunicaciones alteradas de identidad que ocurren al esconder la verdadera identidad.



posibilidades de padecer insomnio, disfunción social, depresión y ansiedad (Jenaro et al., 2007), "pensamientos negativos" que interfieren en situaciones sociales (García et al., 2008), puntuaciones más altas en síntomas somáticos, ansiedad, disfunción sexual y depresión (Estévez et al., 2009), malestar psicológico (Beranuy, Oberst et al., 2009), depresión ansiedad y trastornos del sueño (Viñas et al., 2002), alivio del malestar emocional (Muñoz-Rivas, Fernández y Gámez-Guadix, 2010) y malestar psicológico (Beranuy et al., 2009). El uso intensivo de teléfono móvil se asoció al consumo excesivo de alcohol, fumar tabaco, depresión y fracaso escolar (Sánchez-Martínez y Otero, 2009) y a ansiedad e insomnio (Jenaro et al., 2007). Como los estudios son de naturaleza correlacional se desconoce si el uso desadaptativo conduce al malestar psicológico y al trastorno mental o viceversa.

Uso de Internet

Los porcentajes reportados de prevalencia del consumo problemático de Internet en los estudios españoles varían entre el 3,7% (Estévez et al., 2009), el 5% (Viñas et al., 2002), el 6,1% (Carbonell et al., 2012), el 6,2% (Jenaro, et al., 2007) y el 9,9% (Muñoz-Rivas, Fernández y Gámez-Guadix, 2010). El uso problemático fue mayor entre los más jóvenes. En estos estudios, las aplicaciones más utilizadas fueron webs académicas, chats (especialmente Messenger) y correo electrónico (Carbonell et al., 2012; Estévez et al., 2009; Muñoz-Rivas, Navarro y Ortega, 2003; Viñas, et al., 2002). Estos resultados sugieren que algunos estudiantes tienen problemas con el uso de Internet y que el uso problemático se asocia con las aplicaciones relacionadas con la denominada comunicación mediada por ordenador. En el caso de chats, como Messenger, la consecuencia negativa más relevante parece ser la pérdida de tiempo, mientras que el aspecto positivo es mantener las relaciones sociales con amigos y conocidos y ampliar la red social.

Se observa una relación entre el uso problemático y el tiempo conectado (Muñoz-Rivas, Fernández y Gámez-Guadix, 2010; Viñas et al., 2002). Pese a la evidencia de esta relación, la duración de la conexión no tiene por qué ser la causa del daño psicológico (Griffiths, 2010; Widyanto y Griffiths, 2006) porque no hay una relación causa-efecto entre el tiempo conectado y los problemas psicológicos, tal como se observa en las personas que permanecen ocho horas al día o más conectados a Internet por razones laborales o académicas y no desarrollan ningún trastorno psíquico o deterioro (Muñoz-Rivas, Fernández y Gámez-Guadix,

2010, Griffiths, 2010). Estos resultados también parecen indicar que el género no está relacionado con el uso problemático de Internet, aunque los hombres utilizan más tiempo las TIC (Estévez et al 2009; Muñoz-Rivas et al 2003; Viñas et al 2002).

Uso de teléfono móvil

Las tasas reportadas de prevalencia del consumo problemático de teléfono móvil en los estudios españoles varían desde el 2,8% (Carbonell et al., 2012), el 7,9% (Labrador y Villadangos (2010), el 10,4% (Jenaro, et al., 2007) hasta el 26,1% de las adolescentes y el 13% de los adolescentes (Sánchez-Martínez y Otero, 2009). Los resultados de los estudios españoles sugieren que las mujeres tienen más dificultades con el uso del teléfono y perciben su uso como más problemático que los hombres (Carbonell et al, 2012; Beranuy, Oberst, et al, 2009; Chóliz, Villanueva y Chóliz, 2009; Jenaro, et al. 2007; Labrador y Villadangos, 2010; Sánchez-Martínez y Otero, 2009).

Según Sánchez-Martínez y Otero (2009), el uso intensivo de móvil estaba relacionado con fumar tabaco, el consumo excesivo de alcohol y la depresión. Para Chóliz, Villanueva y Chóliz (2009), las chicas utilizan más el móvil para enfrentarse a estados de ánimo displacenteros. Un factor que emerge como indicador de uso problemático son las consultas frecuentes del móvil, lo que podría indicar la importancia de los mensajes de texto (Labrador y Villadangos, 2010) y del acceso a redes sociales.

Aun así, hay otros elementos, que puede proporcionar información adicional sobre la percepción del uso problemático del móvil. Por ejemplo, algunas personas pueden confundir la dependencia de una tecnología con una conducta adictiva. Por esta razón, algunas personas se consideran adictos al móvil, porque nunca salen de casa sin él, no lo apagan por la noche, están siempre esperando llamadas de familiares o amigos, o lo sobreutilizan en su vida laboral o social. Finalmente, existe también la importancia de los costes económicos (Griffiths, 2005). La diferencia crucial entre algunas formas de juego y el juego patológico es que estas últimas implican un coste financiero. Los gastos importantes pueden ser indicativos de una adicción al móvil pero las facturas de teléfono de los adolescentes a menudo son pagadas por los padres, por lo tanto los problemas financieros pueden no afectar a los propios usuarios.

Es curioso cómo se confunde una adicción sexual a través de Internet con la adicción al sexo y, por ejemplo, no se ha planteado nunca una adicción al teléfono cuando



éste se usa para telefonar a las denominadas líneas eróticas con el consecuente descalabro económico y repercusión familiar. Probablemente nuestro conocimiento de la telefonía "fija" facilitó distinguir la "adicción al teléfono" de la "adicción al sexo a través del teléfono". Por otra parte, el teléfono móvil sufre un proceso de renovación permanente y la aparición de los *smartphones* ha propiciado que sus usos se confunden con los del ordenador (conexión a Internet y, por tanto, a redes sociales).

Por otro lado, conviene considerar la importancia de la edad en el objetivo que tienen los SMS. Los jóvenes y adolescentes pueden usar los mensajes de texto con una finalidad diferente. Mientras los adolescentes utilizan frecuentemente los SMS para expresar estados emocionales y los adultos para confirmar citas, los jóvenes pueden hacer un uso mixto en función de su proceso evolutivo.

La comunicación alterada de identidad

Es importante distinguir entre las aplicaciones utilizadas ya que sugieren ideas para explicar el uso problemático de Internet y de móvil en España. En nuestra opinión, las aplicaciones de comunicación en tiempo real donde el usuario no necesita identificarse (por ejemplo, salas de chat donde normalmente se oculta la verdadera identidad, o juegos de rol en línea donde se utilizan avatares y en los que la identidad se puede ocultar o alterar), son los que mejor explican este uso problemático y confirman las primeras especulaciones en el campo (por ejemplo, Griffiths, 1996, 1998) y el más reciente trabajo empírico (Widyanto, Griffiths y Brunsden, 2011). Así, podemos distinguir el uso de chats, como el *Messenger*, o la participación en redes sociales, como *Facebook*, *Tuenti* o *Twitter*, o las conversaciones telefónicas de otras aplicaciones que incluyen la comunicación alterada de identidad. En las comunicaciones alteradas de identidad, el juego identitario puede llegar a ser problemático porque la vivencia de la identidad falsa tiene la capacidad de proporcionar mayor satisfacción que su verdadero yo, lo que les permite escapar de sí mismos (Carbonell, Talarn, Beranuy, Oberst y Graner, 2009; Griffiths, 2000, Matute, 2003). Desde esta perspectiva, Internet tiene tres usos diferenciados: información (ya sea relacionado con el trabajo, la formación o el ocio), comunicación (por ejemplo, redes, sociales, correo electrónico, etc.), y la alteración de identidad (por ejemplo, juegos en línea y algunos chats); este último uso sería el único que tiene riesgo de generar adicción.

Algo similar ocurre con el teléfono. El uso tradicional de los teléfonos móviles ha sido la comunicación. Ya que

las llamadas y los *sms* (y actualmente los *apps*) se intercambian con personas cuya identidad se conoce, no hay comunicación alterada de identidad y, por lo tanto, el riesgo de consumo problemático o adictivo es, des de la perspectiva de los autores, muy bajo.

¿Existe la adicción a Internet o al móvil en España?

Los investigadores españoles utilizan una amplia variedad de términos para referirse a los problemas causados por Internet y el móvil como "*intensive cell phone use*" (Sánchez-Martínez y Otero, 2009), "*Internet over-users*" y "*heavy Internet use*" (Jenaro, Flores, Caballo, González & Gómez, 2007), "*excessive Internet use*" (Muñoz-Rivas, Fernández y Gámez-Guadix, 2010), "*abuso de Internet*" (García et al., 2007), "*uso abusivo o patológico*" (Muñoz-Rivas, Navarro y Ortega, 2003), "*uso excesivo*" (Viñas et al., 2002), "*maladaptive use of Internet*" (Beranuy, Oberst et al., 2009), "*adicción a Internet y abuso de móvil*" (Beranuy, Chamarro et al., 2009) y "*usuarios de riesgo*" y "*usuarios problemáticos*" (Estévez et al., 2010). Esta cautela de los investigadores (Estévez et al., 2009; García et al. 2007; Muñoz-Rivas, Navarro y Ortega, 2003; Viñas et al., 2002) sugiere que no estamos en condiciones de confirmar la existencia de un trastorno adictivo grave y persistente relacionado con el móvil y Internet, en base a encuestas poblacionales en España. Esta prudencia se apoya entre otros, en los siguientes factores: a) ausencia de demanda clínica de acorde al porcentaje de usuarios problemáticos identificados por estas investigaciones (aunque hay casos aislados en los hospitales de Barcelona); b) los cuestionarios podrían estar midiendo "preocupación" o "percepción" en lugar de adicción; c) la normalización de la conducta y/o ausencia de preocupación a medida que los usuarios crecen; d) adaptación social: los adolescentes perciben que la televisión genera el doble de problemas que Internet, y diez y cinco veces (niñas y niños, respectivamente) más problemas que los videojuegos (Labrador y Villadangos, 2010); e) distinguir entre la pérdida de tiempo durante períodos más o menos prolongados y una verdadera adicción; y f) la correlación significativa entre las puntuaciones CERI y CERM (Beranuy, Oberst, et al., 2009) sugiere un factor común de preocupación o de adaptación a la tecnología.

Cuando se pregunta a los estudiantes universitarios sobre su adicción con una sola pregunta, el 16,2% se considera adicto a Internet y un 27,7% al móvil (resultados no publicados), cifras muy superiores a las detectadas por los cuestionarios validados. Estos datos sugieren que los jóvenes son muy sensibles a la presión social y que se perciben a sí



mismos como usuarios excesivos de estas tecnologías. Algunos estudiantes de nuestra universidad nos explican que han sido "adictos al Messenger" en algún período de su adolescencia. En opinión de los autores, describen un período de su desarrollo con fuertes necesidades de vínculos sociales en lugar de una verdadera adicción. Estas necesidades de comunicación encontraron respuesta en el teléfono (fijo, en la década de los setenta), el Messenger en la década de los noventa y en las redes sociales en estos comienzos de siglo. Entender esta comunicación en un contexto de desarrollo, en lugar de utilizar un marco patológico, proporciona una perspectiva más alentadora del papel de las nuevas tecnologías. En palabras de Estévez et al. (2009), en la adolescencia la necesidad de establecer nuevas relaciones y el sentido de pertenencia e identidad a un grupo son claves para el buen desarrollo en este período e Internet se constituye como un perfecto facilitador. De la misma forma que algunos estudiantes universitarios se describen como antiguos adictos al Messenger, los más jóvenes han encontrado en otras aplicaciones (Facebook, por ejemplo) una herramienta más útil de comunicación y no han utilizado nunca el Messenger.

Estas consideraciones nos llevan a plantear ¿en qué medida tiene sentido utilizar la expresión "adicción a Internet"? Los quince años de investigación transcurridos desde el año 1995 han dejado claro que es necesario un término más específico. Nuestro criterio es que utilizar el término "adicción a Internet" es equiparar los problemas con el uso de las tecnologías de la información y la comunicación con la adicción a cualquier tipo de sustancia tóxica. Internet es un término muy amplio que incluye usos seguros de la tecnología (laborales, académicos) con otros potencialmente peligrosos (comunicaciones alteradas de identidad en mundos virtuales como chats y juegos de rol en línea). En este sentido, parece claro que una vez que se eliminan las adicciones secundarias (o adicciones en Internet, por ejemplo, usar Internet para apostar), las verdaderas adicciones a Internet se limitan, en nuestra opinión, a aquellas que implican comunicaciones alteradas de identidad. Los restantes usos de Internet parecen ser seguros (en cuanto a la adicción) y por ello creemos que el término "adicción a Internet" no debe utilizarse en el caso de España. En la historia reciente de Internet ya se han dejado de utilizar, por obsoletos, términos como adicción al ordenador ("computer addiction") y el de programadores compulsivos y se incorporan nuevas preocupaciones como la adicción a las redes sociales (Echeburúa y de Corral, 2010).

La preocupación social por la adicción al móvil parece haber descendido en España, a medida que ha dismi-

nuido la factura que pagan las familias y, en cambio, ha aumentado la alarma por la adicción a las redes sociales (Echeburúa y de Corral, 2010), posiblemente hasta que, por obsoleta, sea superada por una nueva tecnología más adecuada al contexto social. Este cambio podría deberse a que las redes sociales, a las que se accede desde el móvil o desde un ordenador, han pasado a ser el medio favorito de los adolescentes para la comunicación a corta distancia, es decir, para citas con los amigos próximos y la comunicación de emociones rápidas. Este éxito viene de la mano de "whatsapp" una aplicación que permite enviar mensajes gratuitos entre teléfonos que disponen de Internet. En este sentido, empieza a generarse una nueva preocupación en los medios de comunicación, denominada *fear of missing out* (FOMO) la preocupación por perderse esa llamada o ese sms, de quedarse fuera de los circuitos de información; el usuario sabe que otros usuarios suponen que está conectado y teme que los demás podrían estar desconcertados al no verse respondidos.

Por tanto, nuestra interpretación de los resultados de los estudios españoles sugiere que no es conveniente utilizar el término adicción a Internet y a móvil en estudiantes españoles, excepto en los casos de algunos jugadores de MMORPG. Así mismo, la relación entre malestar psicológico y uso problemático de tecnología parece establecida y se debe aclarar en qué sentido se produce. Sin embargo, parece que un periodo de adaptación a estas nuevas tecnologías supondría una reducción en la problemática asociada. Pese a las limitaciones de esta revisión, a nuestro entender, se desprenden tres recomendaciones para la investigación futura. En primer lugar, proponemos estudiar muestras clínicas de adictos a TIC en tratamiento y recurrir a estudios longitudinales para distinguir los problemas de naturaleza adictiva de síntomas transitorios y menos dañinos. Nuestra segunda propuesta es comprobar si el factor que diferencia el uso patológico (¿adictivo?) del uso excesivo y del uso laboral es la comunicación alterada de identidad, tal como hemos postulado en esta revisión. Una tercera propuesta es animar a los investigadores a desarrollar análisis confirmatorios a partir de los resultados de los análisis correlacionales de los estudios precedentes.

REFERENCIAS

- Beranuy, M., Chamorro, A., Graner, C. y Carbonell, X. (2009). Validación de dos escalas breves para evaluar la adicción a Internet y el abuso de móvil. *Psicothema*, 21(3), 480-485.



- Beranuy, M., Oberst, U., Carbonell, X. y Chamarro, A. (2009). Problematic Internet and mobile phone use and clinical symptoms in college students: The role of emotional intelligence. *Computers in Human Behaviour* 25, 1182-1187.
- Carbonell, X., Chamarro, A., Beranuy, M., Griffiths, M., Oberst, U., Cladellas, R. y Talarn, A. (2012) Problematic Internet and cell phone use in Spanish teenagers and young students. *Anales de Psicología* (aceptado).
- Carbonell, X., Guardiola, E., Beranuy, M. y Belles, A. (2009). A bibliometric analysis of the scientific literature on Internet, video games, and cell phone addiction. *Journal of Medical Library Association*, 97(2), 102-107.
- Carbonell, X., Talarn, A., Beranuy, M., Oberst, U. y Graner, C. (2009) Cuando jugar se convierte en un problema: el juego patológico y la adicción a los juegos de rol online. *Aloma*, 25, 201-220.
- Castellana, M., Sánchez-Carbonell, X, Graner, C y Beranuy, M. (2007). El adolescente ante las tecnologías de la información y la comunicación: Internet, móvil y videojuegos. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 196-204.
- Chóliz, M. Villanueva, V. y Chóliz, M.C. (2009). Ellos, ellas y su móvil: Uso, abuso (¿y dependencia?) del teléfono móvil en la adolescencia. *Revista Española de Drogodependencias*, 34(1), 74-88.
- Echeburúa, E., Labrador, F.J. y Becoña, E. (2009). *Adicción a las nuevas tecnologías*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22 (2), 91-96.
- Estévez, L., Bayón, C., de la Cruz, J. y Fernández-Liria, A. (2009). Uso y abuso de Internet en adolescentes. En E. Echeburúa, F.J. Labrador y E. Becoña (eds.). *Adicción a las nuevas tecnologías* (pp. 101-130). Madrid: Pirámide.
- García, J.A., Terol, M.C., Nieto, M., Lledó, A, Sánchez, S Martín-Aragón, M. y Sitges, E. (2008). Uso y abuso de Internet en jóvenes universitarios. *Adicciones*, 20(2), 131-142.
- Griffiths, M.D. (1995). Technological addictions. *Clinical Psychology Forum*, 76, 14-19.
- Griffiths, M.D. (1996). Internet addiction: An issue for clinical psychology? *Clinical Psychology Forum*, 97, 32-36.
- Griffiths, M.D. (1998). Internet addiction: Does it really exist? In J. Gackenbach (Ed.), *Psychology and the Internet: Intrapersonal, Interpersonal and Transpersonal Applications*. pp. 61-75. New York: Academic Press.
- Griffiths, M.D. (2000). Internet addiction - Time to be taken seriously? *Addiction Research*, 8, 413-418.
- Griffiths, M.D. (2005). A "components" model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10, 191-197.
- Griffiths, M.D. (2010). The role of context in online gaming excess and addiction: Some case study evidence. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 8, 119-125.
- Jenaro, C., Flores, N., Gómez-Vela, M., González-Gil, F. y Caballo, C. (2007). Problematic Internet and cell-phone use: Psychological, behavioral, and health correlates. *Addiction Research and Theory*, 15(3), 309-320.
- Labrador, F.J. y Villadongos, S. (2010). Menores y nuevas tecnologías: conductas indicadoras de posible problema de adicción. *Psicothema*, 22(2), 180-188.
- Matute, H. (2003). *Adaptarse a Internet*. Galicia: La Voz de Galicia.
- Muñoz-Rivas, M. J., Navarro, M. E. y Ortega, N. (2003). Patrones de uso de Internet en población universitaria española. *Adicciones*, 15, 137-144.
- Muñoz-Rivas, M. J., Fernández, L. y Gámez-Guadix, M. (2010). Analysis of the indicators of pathological Internet use in Spanish university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 13 (2), 697-707.
- Sánchez-Martínez, M y Otero, A. (2009). Factors associated with cell phone use in adolescents in the community of Madrid (Spain). *Cyberpsychology and Behavior*, 12 (2), 131-137.
- Viñas, F., Juan, J., Villar, E., Caparros, B., Perez, I. y Cornella, M. (2002). Internet y psicopatología: las nuevas formas de comunicación y su relación con diferentes índices de psicopatología. *Clínica y Salud*, 13, 235-256.
- Widyanto, L. y Griffiths, M.D. (2006). Internet addiction: A critical review. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 4, 31-51.
- Widyanto, L. y Griffiths, M.D. (2009). Unravelling the Web: Adolescents and Internet Addiction. In R. Zheng, J. Burrow-Sanchez & C. Drew (Eds.), *Adolescent Online Social Communication and Behavior: Relationship Formation on the Internet*. (pp. 29-49). Hershey, Pennsylvania: Idea Publishing.
- Widyanto, L., Griffiths, M.D. y Brunsten, V. (2011). A psychometric comparison of the Internet Addiction Test, the Internet Related Problem Scale, and Self-Diagnosis. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14 (3), 141-149.



ESPECIALIDADES Y ACREDITACIONES EN PSICOLOGÍA

**Adolfo Jarne Esparcia^{1,2}, Ramón J. Vilalta Suárez³, Mila Arch Marín^{1,2},
Joan Guardia Olmos^{1,2,4} y Alba Pérez González²**

¹ Universitat de Barcelona. ² Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya. ³ Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias. ⁴ Institut de Recerca en Cervell Cognició i Conducta (IR3C)

Este trabajo parte de la base de que la Psicología Profesional ha alcanzado en el estado español la madurez suficiente para tener una estructura permanente de especialidades y subespecialidades (bajo la denominación de Expertos). Se analiza el estado de la cuestión en España y en las organizaciones profesionales de psicólogos de otras partes del mundo, con especial hincapié en las cultural y sociológicamente próximas y de nuestro entorno. Se diferencia entre los títulos de especialidades oficiales y los avalados por organizaciones profesionales, en nuestro caso Colegios de Psicólogos y la conexión entre ellas. Se realiza, para su discusión por la comunidad de Psicólogos, una propuesta que incluye un número limitado de especialidades, ilimitado de títulos de expertos y los procedimientos de acreditación con las condiciones mínimas para su obtención.

Palabras Clave: Especialidad, Acreditación, Experto.

This paper assumes that the Professional Psychology has achieved in Spain mature enough to have a permanent structure of specialties and subspecialties (under the name of Experts). We analyze the state of this topic in Spain and professional organizations of psychologists from around the world, with special emphasis on cultural and sociological future and our environment. It differs from the official specialty titles and endorsed by professional organizations, in our case Associations of Psychologists and the connection between them. We generate for discussion by the community of psychologists, a proposal that includes a limited number of specialties, unlimited expert qualifications and accreditation procedures with the minimum conditions for obtaining it.

Key Words: Specialties, Accreditation, Expert.

En un conocido artículo publicado en español, Matarazzo (1989) se pronunciaba en contra de las especialidades en Psicología, argumentando, entre otras cosas, que ello podría conducir al desmembramiento del tronco común y a la generación de varias profesiones desconectadas entre sí. Más de 20 años después, parece que este peligro se ha disipado y ya nadie duda de la unidad de la Psicología como disciplina básica, que genera diferentes aplicaciones profesionales desde un tronco común.

Con el aval de 120 años de historia, la Psicología es una de las áreas de conocimiento que ya forma parte de nuestro acervo sociocultural: cuenta con un corpus teórico asentado, que se sustenta básicamente en los datos provenientes de la investigación en los parámetros de nuestra cultura en este momento histórico; forma parte de los programas de aprendizaje de las universidades y sistemas educativos formales de todos los países del

mundo; y constituye la base de unas prácticas profesionales ampliamente reconocidas social y -en algunos casos- oficialmente, prestando servicios a amplias capas de la población. Ha cumplido con todas las fases que caracterizan el asentamiento definitivo de una disciplina.

Quizás no exista un acuerdo unánime respecto a la adscripción de la Psicología a un grupo de conocimientos concretos desde el punto de vista de la investigación y de la enseñanza; oscilando su vínculo entre las Ciencias de la Salud y las Ciencias Sociales. Es probable que mantenga cierta dualidad, pero con una marcada tendencia a adscribirse profesionalmente al área de conocimiento de Ciencias de la Salud (Buela-Casal, 2004), como prueba la mayoritaria adscripción de las facultades de Psicología de España a esta área y la reciente regulación de la Psicología Sanitaria. Éste es también el planteamiento en países de fuerte referencia para la Psicología, como Estados Unidos o el Reino Unido.

Desde el punto de vista de las competencias profesionales, no hay prácticamente ningún ámbito en el que esté implicada la actividad humana, en el que la

Correspondencia: Adolfo Jarne Esparcia. Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona. Passeig de la Vall d'Hebrón, 171. 08035 Barcelona. España. E-mail: ajarne@ub.edu



Psicología no haya desarrollado una competencia profesional o demuestre potencial para hacerlo, a saber: la salud mental y la salud en general; el mundo de la enseñanza; el de la empresa y el trabajo; la actividad social y comunitaria; el deporte; las relaciones familiares; el ocio; la justicia; las instituciones penitenciarias, el ejército, las emergencias, etc.

Se deduce, que la titulación profesional de origen y que nos brinda identidad es la de psicólogo, que en cuanto a formación viene garantizada por el acceso a la titulación de la Licenciatura o del Grado en Psicología. No obstante, dado el crecimiento en conocimientos y aplicaciones que la Psicología ha experimentado en los últimos 50 años, parece poco realista pretender que en el futuro la titulación de grado otorgue los conocimientos y competencias para el ejercicio en todas las áreas de la Psicología. Ya no es factible pensar en un psicólogo erudito y polivalente que, a modo de sabio renacentista, entienda de todo y pueda afrontar todo tipo de tareas. Por el contrario, en la profesión se ha impuesto un modelo de creciente especialización, que en la enseñanza se manifiesta a través de distintos másteres de vocación claramente especializadora, incluidos los de investigación.

Si esta descripción de la situación actual de la profesión se considera atinada, parece llegado el momento de que desde la organización colegial exista cierta planificación sobre las diversas especialidades vinculadas al ejercicio profesional de la Psicología, su reconocimiento y su entronque dentro de los colegios, así como del proceso de adquisición, mantenimiento y reconocimiento profesional de las mismas.

Este documento realiza una descripción de la situación actual en nuestro país y un estudio del escenario en varios otros, en torno a las especialidades en Psicología y sus procesos de acreditación. Siguen una serie de consideraciones y, finalmente, una propuesta de organización de ambos extremos.

LAS ESPECIALIDADES EN PSICOLOGÍA EN EL ESTADO ESPAÑOL

El reconocimiento de una especialidad puede darse a dos niveles: oficial, con el reconocimiento de las administraciones públicas y con consecuencias legales; o por las organizaciones profesionales, representadas en España por los colegios oficiales de psicólogos (COPs), con sustento en conceptos como el de servicio a la sociedad, la garantía de calidad en la oferta profesional, el prestigio

social, la lucha contra la intromisión, y la formación continuada; pero sin un impacto legal directo. Que la especialidad esté reconocida únicamente por las organizaciones profesionales no conlleva necesariamente consecuencias legales, pero las sociales pueden ser poderosas e influyentes, tanto para los colegiados como para la sociedad.

Reconocimiento oficial

En España, en este momento sólo existe una especialidad en Psicología con reconocimiento oficial: la de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PsiCl).

La especialidad en PsiCl está reconocida desde octubre del 1993 a nivel autonómico y desde diciembre de 1998 a nivel estatal mediante el Real Decreto 2490/1998. A ella se accede a través del programa de formación como Psicólogo Interno Residente (PIR), que ha quedado fijado en cuatro años, que se cumplen preferentemente en servicios de salud mental, aunque con rotaciones que incluyen otras áreas de salud. Así pues, el título de Especialista en Psicología Clínica se puede equiparar a lo que tradicionalmente se ha entendido como especialista en salud mental. Además se ha establecido un procedimiento de homologación para profesionales con ejercicio previo a su regulación legal.

Recientemente, se ha producido el reconocimiento oficial de la Psicología como Profesión Sanitaria a través de la Ley 5 /2011 de Economía Social aprobada el 16 de Marzo de 2011 y de la Ley General de Salud Pública 33/2011 aprobada en octubre del mismo año. Reconocen la competencia legal del Psicólogo Sanitario para ejercer su profesión en establecimientos sanitarios, quedando reservada la práctica de la Psicología Clínica en instituciones públicas para quienes ostenten el título oficial de psicólogo clínico. Al título de Psicólogo Sanitario se accederá a través de un máster, que las universidades han de organizar en los próximos tres años, habiéndose establecido un procedimiento transitorio para el reconocimiento de los profesionales de la Psicología durante esos tres años, mediante un máster de posgrado o demostrando un currículo durante la carrera vinculado a asignaturas del Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico o Psicología Clínica y de la Salud de las Facultades de Psicología. Queda por articular el sistema de acreditación definitivo para los profesionales veteranos.

Evidentemente, esta legislación constituye un avance importante en el reconocimiento oficial de especialidades en Psicología, situado en el marco profesional donde la experiencia demuestra que primero se producen estos



cambios: la práctica profesional relacionada con la clínica y la salud. Obviamente no podemos realizar aún ninguna valoración de las consecuencias y la repercusión que esto va a tener para la profesión, pero es previsible que ello vaya a condicionar, de alguna forma, la estructura general de las acreditaciones profesionales y sus procesos, como veremos que sucede en otros países.

Reconocimiento colegial

Un hito importante en la acreditación colegial, lo constituye el Certificado de Acreditación para Psicólogos Especialistas en Psicoterapia, de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA). Este certificado se inscribe en lo que referiremos como título de especialista, que diferenciaremos del de experto. El certificado textualmente reconoce que un psicólogo posee las competencias necesarias para ejercer la Psicoterapia, y permite al público identificar a aquellos psicólogos que están cualificados y cuentan con las habilidades necesarias para ser Psicólogos Especialistas en Psicoterapia. Evidencia, además, que son psicólogos comprometidos con la imprescindible formación profesional continuada, y constituye una marca de calidad del psicólogo, que no limita el ejercicio profesional de aquellos psicólogos que no deseen solicitarlo o que aún no cumplan los requisitos.

En el año 2012 se cierra en España el proceso extraordinario para obtener este certificado en la modalidad de veterano experto, siendo necesario a partir de entonces formarse en los programas en psicoterapia acreditados por la EFPA. No obstante, dicha acreditación no tiene reconocimiento oficial, sino de las asociaciones que forman la EFPA, entre ellas los COPs del estado español a través del Consejo General. Hasta ahora se han certificado más de 2.400 colegiados en el conjunto del estado.

La misma EFPA está diseñando actualmente un título de especialista en el área de Psicología del Trabajo y las Organizaciones

En cuanto a la existencia de procesos de acreditación profesional por parte de los COPs, en nuestro país ya existen varias experiencias.

Existen procesos de acreditación abiertos en el Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya en dos áreas: Psicología Forense y Neuropsicología. Ambos han sido llevados a cabo por sus respectivas Secciones Profesionales: Psicología Jurídica y Forense y Psicología Clínica y de la Salud (Grupo de Neuropsicología).

- ✓ Psicología Forense: El proceso de acreditación se inició en el año 2007. Se establecieron dos vías de acceso, una para profesionales con formación específica de máster o postgrado y otra para profesionales veteranos expertos, sin tal formación, pero con amplia experiencia profesional. Se presentaron 66 solicitudes, acreditándose a 57 Psicólogos Expertos en Psicología Forense.
- ✓ Neuropsicología: Se inició el proceso de acreditación en el año 2006, con los primeros acreditados en el 2008. En este primer proceso se consideraron dos vías de acceso, para profesionales con formación específica de máster o postgrado y para profesionales veteranos sin esta formación pero con amplia experiencia. Se presentaron 148 peticiones, acreditándose 118 Psicólogos Expertos en Neuropsicología. Se ha iniciado una segunda acreditación en 2011.

En ambos casos, se han realizado labores de difusión de la acreditación profesional en sus ámbitos específicos y otras secciones están en trámite de procedimientos de acreditación.

El Colegio de Psicólogos de Madrid, también a través de sus Secciones Profesionales, cuenta con dos procedimientos de acreditación profesional: el de Psicólogo Experto en *Coaching* y el de Psicólogo Experto en Neuropsicología.

La creación de las primeras Divisiones del Consejo ha generado nuevas iniciativas de Acreditación Profesional, como los trabajos de la División de la Actividad Física y el Deporte o los de la División de Psicología del Trabajo, de las Organizaciones y los Recursos Humanos. De hecho, los Reglamentos internos de las Divisiones efectúan una distinción entre los miembros ordinarios y los acreditados, lo que conllevará el desarrollo de reglamentos de acreditación. También se planean procedimientos de acreditación como Psicólogo Experto en Psicología de Emergencias y Catástrofes o Psicólogo Experto en *Coaching*.

ESTUDIO COMPARATIVO

En este apartado, se analiza la situación en algunas de las principales organizaciones colegiales a nivel internacional, principalmente mediante rastreos en sus páginas en internet. Debemos diferenciar entre las secciones o divisiones que conforman la mayoría de organizaciones profesionales de psicólogos, entendiendo que éstas son áreas de fortalecimiento y desarrollo del conocimiento psicológico con proyección



profesional directa o no, de las áreas de acreditación profesional que se definen por su proyección profesional directa.

Reino Unido

La *British Psychological Society* (2012) propone 8 áreas de la Psicología en las que es posible acreditarse:

- ✓ Psicología Clínica.
- ✓ Asesoramiento Psicológico.
- ✓ Psicología de la Educación.
- ✓ Psicología Forense.
- ✓ Psicología de la Salud.
- ✓ Neuropsicología.
- ✓ Psicología Laboral.
- ✓ Psicología del Deporte.
- ✓ Profesores e Investigadores en Psicología.

Casi todas las áreas mencionadas son reguladas por el Health Professions Council (2012) (HPC), organismo oficial que vela por la calidad de los profesionales de la salud y su atención al público. En este sentido, es interesante la acepción y regulación que realiza el HPC de "Psicólogo Profesional", para diferenciarlo del resto de psicólogos. Solo se puede practicar la psicología profesional si se está registrado en el HPC.

En el caso del Reino Unido, los procesos de especialización están altamente ordenados, estructurados y organizados alrededor de un número limitado de acreditaciones: ocho. Existe una tendencia a la agrupación en grandes especialidades como las relacionadas con la salud.

Francia

No existe una única organización profesional de psicólogos, y tampoco un proceso de especialización y acreditación protocolizado. Cada organización tiene su propio sistema. Sobresalen por el número de colegiados la Sociedad Francesa de Psicología y el Sindicato Nacional de Psicólogos. Es difícil cifrar exactamente los psicólogos con actividad clínica o en otras especialidades, puesto que no existe allí un organismo equivalente al del colegio de médicos.

Los estudios oficiales de Psicología siguen organizados de manera tradicional (Paineau, 2004; Dan Popelier, Lymes, Tedeschi, y Grazini 2007): grado, máster y, finalmente, Diploma de Estudios Superiores de Psicología (DESSP) con clara vocación profesionalizante y cuyas principales especialidades son la Psicología Clínica, la del Trabajo y la Social, variando de una Universidad a

otra. Con este último diploma, los profesionales pueden ejercer en los hospitales generales o psiquiátricos, hospitales de día, centros médico-psicológicos, etc. Muchos psicólogos siguen, al mismo tiempo que sus estudios universitarios, una formación psicoanalítica o en otro marco conceptual y se instalan como psicoanalistas o psicólogos clínicos conductistas, etc. Existe mayor tradición que en otros países de agrupación por escuelas.

Otra manera para formarse como psicólogo en Francia es cursar en la *Ecole des Psychologues Praticiens* fundada en 1951. Es un establecimiento de educación superior privado que prepara a sus estudiantes para el ejercicio en las áreas de la salud, empresarial, de la educación y de la justicia. Tiene por objetivo la formación de un profesional generalista dentro de los campos de aplicación de la Psicología.

También se puede cursar el diploma de psicólogo en el Conservatorio Nacional de Artes y Oficios (CNAM) y obtener el diploma de Estado en Psicología Escolar o el de Consejero en Orientación psicológica (COP) o el de Psicólogo laboral.

Así pues, en Francia, no existe un proceso de especialización uniforme y ordenado.

Alemania

La Sociedad Alemana de Psicología (DGP), cuenta con una serie de áreas de estudio específicas, pero que no constituyen áreas de especialización profesional, ya que se entremezclan las que claramente tienen esta orientación (Psicología Forense), con las de especialización académica (Psicología General), y constituyen más el equivalente actual a nuestras secciones y a las Divisiones de la APA.

Italia

En Italia, para convertirse en psicólogo es necesario, después de graduarse, realizar un año de prácticas bajo la supervisión de un psicólogo habilitado. Las prácticas son un requisito indispensable para presentarse al examen de Estado, que habilita para el ejercicio de la profesión.

En cuanto a la especialidad, los psicólogos tienen la oportunidad de asistir en la universidad para su formación de postgrado en máster – nivel I y II –, escuelas de doctorado y escuelas de especialización, siendo éstas las que consigna la *Ordine degli Psicologi del Lazio* (2012):

- ✓ Psicología Clínica.
- ✓ Neuropsicología.



- ✓ Psicología del Ciclo de Vida.
 - ✓ Psicología de la Salud.
 - ✓ Evaluación psicológica y asesoramiento (*counselling*).
- En Italia, también hay escuelas privadas de especialización -de una duración mínima de cuatro años- en psicoterapia, reconocidas por el Ministerio de Educación, Universidades e Investigación (MIUR), que emiten el título de especialista en psicoterapia, diploma equivalente a las escuelas superiores de la universidad correspondiente. El psicólogo que asiste a una escuela privada de especialización debe asistir a cuatro años de prácticas como psicoterapeuta en un centro - público o privado - asociado con la misma escuela de postgrado.
- En Italia, no existe un proceso profesional de reconocimiento de especialidades psicológicas. Estas vienen determinadas por el tipo de estudios de postgrado efectuados y la titulación académica, que las instituciones públicas o privadas asocian al mismo y una validación posterior ante un registro oficial de profesionales. El registro de psicólogos se integra en el MIUR, que es el organismo oficial de registro de profesionales con autorización legal para ejercer. La autorización es genérica para la profesión de Psicólogo. A pesar de ello, las especialidades psicológicas que las universidades u otros institutos titulan son de un número reducido y se corresponden implícitamente a las grandes áreas de especialización de la Psicología.

Suecia

En Suecia, la especialización la concede la Asociación Psicológica Sueca (2012), tras el correspondiente proceso de acreditación. Se diferencia entre grandes áreas de práctica profesional y varias subespecialidades dentro de ellas, reconociendo las siguientes:

- Psicología del Trabajo/Laboral:
 - ✓ Medio Ambiente Laboral (Riesgos Psicosociales).
 - ✓ Liderazgo.
 - ✓ Psicología Organizacional.
 - ✓ Selección de Personal.
- Psicología Clínica:
 - ✓ Psicología Infantil y Juvenil.
 - ✓ Psicología Forense.
 - ✓ Discapacidades.
 - ✓ Psicología de la Salud.
 - ✓ Psicología del Abuso y la Dependencia.
 - ✓ Neuropsicología.
 - ✓ Tratamiento Psicológico / Psicoterapia.
 - ✓ Psicología Clínica de Adultos.

- Psicología de la Educación:
 - ✓ Discapacidad.
 - ✓ Psicología de la Primera Infancia.
 - ✓ Psicología de la Salud en la Educación.
 - ✓ La Gestión del Personal y la Organización de Sistemas Educativos.
 - ✓ Psicología Escolar.
- Docencia e investigación de la Psicología.

Así pues, Suecia plantea un nuevo modelo consistente en un muy reducido grupo de grandes áreas de especialización, que son las tradicionales de la Psicología, dentro de las que se acogen un grupo de subespecialidades, en un proceso ordenado y estructurado similar al británico.

Suiza

En Suiza, existen especialidades que están avaladas por la Federación Suiza de Psicología (FSP). No tienen reconocimiento legal oficial, se puede ejercer sin ellas, pero dan prestigio social y es común que el paciente/cliente se interese por la especialidad del psicólogo al que acude.

La FSP (2012) reconoce las siguientes:

- ✓ Psicólogo/a especializado en Psicoterapia
- ✓ Psicólogo/a especializado en Psicología Infantil y la Adolescencia
- ✓ Psicólogo/a especializado en el Desarrollo Profesional y Recursos Humanos
- ✓ Psicólogo/a especializado en Psicología Clínica
- ✓ Psicólogo/a especializado en Neuropsicología
- ✓ Psicólogo/a especializado en Psicología Vial
- ✓ Psicólogo/a especializado en Psicología Forense
- ✓ Psicólogo/a especializado en Psicología de la Salud
- ✓ Psicólogo/a especializado en Psicología del Deporte.
- ✓ Psicólogo/a especializado en la Psicología del Coaching.

Así pues, existe un razonable número de especialidades que son reconocidas por una institución profesional, de nuevo en un proceso ordenado y altamente estructurado.

USA

La *American Psychological Association* (APA), tiene 56 divisiones. Es obvio que no hay una equiparación entre división y especialidad, ya que éstas definen más bien áreas de interés dentro de la Psicología, que pueden coincidir o no con grupos de competencias profesionales. De hecho la APA (2012) reconoce las siguientes especialidades:

- ✓ Neuropsicología Clínica



- ✓ Psicología de la Salud.
- ✓ Psicología Psicoanalítica.
- ✓ Enseñanza de la Psicología.
- ✓ Psicología Clínica.
- ✓ Psicología Clínica Infantil.
- ✓ Psicología del asesoramiento.
- ✓ Psicología Industrial-Organizacional.
- ✓ Psicología del Comportamiento y Psicología Cognitiva
- ✓ Psicología Forense.
- ✓ Psicología de la Familia.
- ✓ Gerontopsicología Clínica.

El nivel de capacitación profesional viene determinado por el nivel del grado académico adquirido y en algunas de las especialidades, por ejemplo en la clínica, se exige uno más alto: doctorado con programas de formación profesional postdoctorales.

En la estructura de la APA se observa, por lo tanto, la equiparación entre competencia profesional y grado académico (máster/doctorado) más formación supervisada. La exigencia para competencia alta presupone titulación alta. Existen también dos puntos de interés, además del ya resaltado de la no identificación entre división y especialidad: en primer lugar y, a pesar de que el listado de especialidades es más extenso que en la mayoría de países del área occidental, continua siendo limitado y, en segundo lugar, simultanea las especialidades por competencias profesionales, con la derivada de marcos de escuela psicológica.

Australia

Para ejercer, los psicólogos australianos están obligados por ley a inscribirse en el Registro de la Sociedad Psicológica en su estado o territorio, pero ello no implica la obligación de especialización. Siguiendo al modelo anglosajón, las especialidades las que establece la *Australian Psychological Society* (2012) y son las siguientes:

- ✓ Neuropsicología Clínica.
- ✓ Psicología Clínica.
- ✓ Psicología Comunitaria.
- ✓ Psicología del Asesoramiento.
- ✓ Psicología Educativa y del desarrollo.
- ✓ Psicología Forense.
- ✓ Psicología de la Salud.
- ✓ Psicología Organizacional.
- ✓ Psicología del Deporte y del Ejercicio Físico.

Así pues, el modelo australiano es parecido al británico; pocas especialidades y reconocidas por su organización profesional.

CONSIDERACIONES

Respecto al origen del título: Diferencia entre título universitario y acreditación profesional

Posiblemente la mayor transformación que ha sufrido el sistema universitario del Estado Español tras la instauración de la democracia, sea la implementación del sistema de grados y máster en el contexto del Plan Bolonia. Dicho plan supone el cambio del modelo clásico de la universidad española (fundamentado en los modelos napoleónicos) por el de la universidad anglosajona, uno de cuyos ejes es la vinculación de los títulos universitarios con el mercado laboral. Una de las etapas formativas en las que se concreta son los estudios de máster oficial, que -a pesar de poseer un recorrido específico conectado con la investigación- tienen una concepción claramente profesionalizadora, ya que una parte fundamental de los contenidos se vincula a competencias profesionales específicas.

Situados en este punto, surge la cuestión de si el título de máster lleva implícita la especialización y consecuentemente la organización profesional lo reconoce (y potencialmente también la instancia oficial), como en el modelo italiano, o si, por encima del título académico, se instaura un proceso de reconocimiento profesional de especialidad (la acreditación profesional), que sería el caso del modelo anglosajón.

En nuestra opinión, el reconocimiento de la acreditación profesional parece inevitable en el entorno actual de la profesión psicológica, que en los últimos años ha visto muy diversificada su oferta y campos de trabajo que precisan ordenación y reconocimiento profesional. Varios argumentos avalarían esta concepción.

En primer lugar, vista la substancial modificación de la oferta universitaria y el ajuste a un marco europeo de actividad docente e investigadora, deberemos prestar atención a los países de nuestro entorno y asumir la necesidad de establecer marcos generales de actividad profesional que, de acuerdo con los referentes citados anteriormente, den entidad profesional a los ámbitos fundamentales del trabajo de la Psicología.

En segundo lugar, tal opción no debe interpretarse como un mero formalismo sin consecuencias en el ámbito profesional. El que aún no exista un efecto jurídico oficial de las acreditaciones colegiales, no impide que su obtención acarree consecuencias. En esencia, en un entorno en el que los criterios de calidad y de evaluación están presentes permanentemente en la acción profesional, la organización colegial debe asumir y establecer



TABLA 1
RESUMEN DE ESPECIALIDADES RECONOCIDAS POR PAÍSES

Reino Unido (9)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Psicología Clínica ✓ Asesoramiento Psicológico ✓ Psicología de la Educación ✓ Psicología Forense ✓ Psicología de la salud ✓ Neuropsicología ✓ Psicología laboral ✓ Psicología del deporte y el ejercicio ✓ Profesores e Investigadores en Psicología 	Consejo Británico de Psicólogos. (Profesional con consecuencia legal)
Italia (6)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Psicología del ciclo de vida ✓ Psicología Clínica ✓ Psicología de la Salud ✓ Neuropsicología ✓ Evaluación psicológica y asesoramiento ✓ Psicología del Trabajo 	Título Académico y registro
Suecia (3)	<ul style="list-style-type: none"> ● Psicología del Trabajo <ul style="list-style-type: none"> ✓ Medio ambiente laboral ✓ Liderazgo ✓ Psicología Organizacional ✓ Selección de personal ● Psicología Clínica <ul style="list-style-type: none"> ✓ Psicología infantil y juvenil ✓ Psicología Forense ✓ Discapacidades ✓ Psicología de la salud ✓ Psicología del abuso y la dependencia ✓ Neuropsicología ✓ Tratamiento psicológico / psicoterapia ✓ Psicología Clínica de adultos ● Psicología de la Educación <ul style="list-style-type: none"> ✓ Discapacidad ✓ Psicología de la primera infancia ✓ Psicología de la salud en la educación ✓ La gestión del personal y la organización de sistemas educativos ✓ Psicología escolar 	Asociación Sueca de Psicología (Profesional)
Suiza (10)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Psicólogo/a especializada en psicoterapia ✓ El psicólogo/a especializado en Psicología Infantil y la Adolescencia ✓ Psicóloga/o especializada en el desarrollo profesional y recursos humanos ✓ Psicólogo/a especializado en Psicología Clínica ✓ Psicólogo/a especializado en Neuropsicología ✓ Psicólogo/a especializado en Psicología Vial ✓ Psicólogo/a especializado en Psicología Forense ✓ Psicólogo/a especializado en Psicología de la Salud ✓ Psicólogo/a especializado en Psicología del Deporte ✓ Psicólogo/a especializado en la Psicología del Coaching 	Federación Suiza de Psicología (Profesional)
USA (12)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Neuropsicología Clínica ✓ Psicología de la Salud ✓ Psicología Psicoanalítica ✓ Enseñanza de la Psicología ✓ Psicología Clínica ✓ Psicología Clínica Infantil ✓ Psicología del asesoramiento ✓ Psicología Industrial-Organizacional ✓ Psicología del Comportamiento y Psicología Cognitiva ✓ Psicología Forense ✓ Psicología de la familia ✓ Gerontopsicología clínica 	American Psychological Association (Profesional)
Australia (8)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Psicología Clínica ✓ Psicología Comunitaria ✓ Psicología del Asesoramiento ✓ Psicología Forense ✓ Psicología de la Salud ✓ Psicología Organizacional ✓ Psicología del Deporte y del Ejercicio Físico 	Australian Psychological Society (Profesional)



los mecanismos para acreditar el acceso a una cierta especialidad profesional, logrando además que dicha acreditación lleve implícita la calidad del profesional acreditado. El aval del colegio, como institución de prestigio que reconozca la competencia en un ámbito de la Psicología y que identifique la calidad y el prestigio del profesional, cristalizará en un reconocimiento social de calidad y excelencia profesional.

Por último creemos que el sistema de acreditación profesional es el adecuado para impulsar los procesos de formación continuada, que van a jugar un papel importante en el futuro de profesionales y colegios.

En resumen, proponemos que el título de especialista en una rama profesional de la Psicología lo otorgue el colegio, sobre la base de una previa acreditación académica, otorgada por las universidades (idóneamente de carácter oficial) más el cumplimiento de una serie de condiciones claras y conocidas, definidas por las instancias colegiales.

Respecto a la denominación: Diferenciar tres niveles: título, especialista y experto

Si se acepta el planteamiento anterior, la estructura que definiría la competencia profesional en Psicología quedaría configurada en forma piramidal en un esquema semejante al de las especialidades médicas; en el vértice de la pirámide se sitúa el título de "Psicólogo", condición básica en todo el proceso ya que así se garantiza la unidad funcional de la Psicología, defendiendo la formulación original (Matarazzo, 1989; Peiró y Munduate, 1994), de una profesión con múltiples aplicaciones.

En el segundo nivel se sitúa la especialidad profesional. La relación primaria entre especialidad y título ha de ser definida, en nuestra opinión, por la comunidad de profesionales expertos representados por las divisiones/secciones. Como veremos en el apartado siguiente, habitualmente se diferencia entre los profesionales antes y después de Bolonia (*senior/junior*) y las exigencias de formación postgrado pueden variar mucho, ya que los contextos en que se mueven las especialidades psicológicas son variados y no homogéneos; sin embargo, entendemos que la especialidad en el futuro estará necesariamente ligada al nivel de máster. Esta acreditación atiende a un eje horizontal de la especialización, se corresponde con las grandes áreas tradicionales de la Psicología y con el nivel de especialista.

Finalmente, quedaría la cuestión de las subespecialidades. La experiencia profesional demuestra que las competencias específicas de alto nivel que adquiere un psicólogo en su trabajo, pueden ir más allá de las propias de una de las grandes especialidades (clínica, jurídica, etc.). Por ejemplo, un psicólogo clínico puede haber dedicado gran parte de su formación y de su esfuerzo laboral a la rehabilitación de enfermos mentales crónicos, y verse a sí mismo como un buen psicólogo clínico con grandes competencias en esta área concreta. Este tipo de acreditación de competencias profesionales cuelga de las grandes áreas de la Psicología en un eje vertical y se correspondería con el nivel de experto

A este último nivel, las posibilidades son muy numerosas y no excluyentes (un psicólogo forense se puede especializar en los problemas relacionados con el derecho de familia y alcanzar también una muy buena competencia en la evaluación de la credibilidad del testimonio, pero no interesarle otros asuntos). De hecho, ninguna organización profesional ha realizado aún un catálogo de estas posibles subespecialidades en Psicología; la más cercana a ello sería la de la Asociación Sueca de Psicología. En nuestra opinión, no debe establecerse limitación para este tercer nivel, que constituye la base de la pirámide y que debe constar de un listado de subespecialidades dentro de cada especialidad, listado modificable en circunstancias cambiantes. De hecho, es el nivel que posiblemente esté más directamente relacionado con las cambiantes demandas del mercado laboral. Al dominio de alguna de estas subespecialidades se le puede dar la denominación genérica de "Experto".

Así pues, el esquema queda definido por un psicólogo que tiene una o algunas grandes especialidades psicológicas y que ha alcanzado alta competencia en diversas áreas específicas dentro de su especialidad (Psicólogo Especialista en Psicología de la Educación, Experto en Psicomotricidad en la primera Infancia; Psicólogo Especialista en Psicología Forense, Experto en Evaluación de Daños y Secuelas; etc.).

Respecto a la posición de partida: Un título, pocas especialidades, muchas subespecialidades

En nuestra opinión, no hay ninguna discusión en cuanto al punto inicial y final; debe haber un sólo título profesional, "Psicólogo" y no es posible limitar las subespecialidades, ya que éstas son teóricamente infini-



tas y cambiantes, y dependen de los avances científicos y las necesidades sociales que surgen vinculados a cada especialidad; algo que simplemente no se puede prever, sino facultar a cada especialidad para adaptarse y dar respuestas a las demandas de la sociedad y del mercado a corto o medio plazo.

Así pues, la discusión se articula alrededor de las especialidades. Respecto a ello, se pueden adoptar dos posturas: restrictiva o laxa. La restrictiva conlleva un número limitado de especialidades que son muy genéricas y la laxa un número mayor y que alcanzan un mayor nivel de especialización. Es difícil definir cuál es un número grande o pequeño de especialidades; en las organizaciones de otros países, nunca bajan de cuatro o cinco (con la mencionada excepción de Suecia), pero no van más allá de doce.

Las ventajas de la primera posición son las siguientes:

1. Probablemente representen mejor la tradición de la Psicología y, por lo tanto, son más fáciles de definir en cuanto a las condiciones de acreditación; por ejemplo en cuanto a los másters que las sustentan.
2. Bajo su paraguas pueden cobijarse un mayor número de profesionales con independencia de las subespecialidades que tengan y, por lo tanto, llegar a casi la totalidad de colegiados.
3. Resulta más fácil la coordinación con las organizaciones profesionales internacionales ya que se identificarán con mayor facilidad las áreas comunes.

Las ventajas de la alternativa laxa, que doctrinalmente defiende un número mayor de especialidades son:

1. Representa mejor las áreas de trabajo específico de cada psicólogo y, por lo tanto, puede hacer más fácil la defensa de sus intereses más concretos.
2. Puede abarcar a un mayor número de áreas emergentes.

Sopesando ambos tipos de argumentos, pensamos que se defienden mejor los intereses de la profesión apostando por la primera postura; es decir, un número de especialidades reducidas, de corte clásico, que puedan alojar varias subespecialidades. Es decir, el modelo que proponemos quedaría definido de la siguiente manera; una profesión (Psicología), unas pocas especialidades (máximo diez) y múltiples subespecialidades.

Algunas organizaciones de algunos países se articulan también alrededor de especialidades definidas por modelos (psicoanálisis, conductual, etc.). En nuestra opinión, ello no debería ser tenido en cuenta en la

propuesta, al considerarse que el modelo teórico no configura áreas de competencia profesional. La competencia, por ejemplo, viene exigida por el trabajo como Psicólogo Clínico, que se puede ejercer desde una perspectiva u otra o desde el eclecticismo. Las especialidades por modelos deberían ser acogidas en el seno de organizaciones profesionales de iguales, que obviamente, pueden tener cabida en los colegios.

Se puede discutir si es conveniente que cada especialidad cuente con un registro de subespecialidades que se actualice periódicamente, apareciendo el problema de cómo se confirma una subespecialidad por parte de una especialidad. Aunque, por descontado, las cuestiones políticas y/o administrativas juegan su papel y los colegios deben velar por una razonable coordinación, se trata fundamentalmente de un tema técnico, por lo que debería dejarse a cada división decidir si cree que debe existir y, si es así, que regule su reconocimiento de subespecialidades. En este sentido, la organización colegial debería establecer un procedimiento marco, que evite conflictos o duplicidades.

Respecto a las consecuencias jurídicas

Tal como se ha comentado antes, el marco del que se parte es la diferenciación entre reconocimiento oficial y profesional. El reconocimiento oficial tiene consecuencias jurídicas evidentes, por ejemplo el estar reconocido dentro del registro de profesiones sanitarias. La tendencia debería ser a que el reconocimiento profesional precediera al oficial y sirviera de base para el establecimiento de éste, en su caso.

Es obvio que ello debería ser más sencillo para unas especialidades que para otras y, para algunas ni siquiera sería deseable o posible. Probablemente, entre las primeras están las más relacionadas con servicios públicos y entre las segundas las más directamente implicadas en el ejercicio libre de la profesión o relacionadas con actividades de la empresa privada. Cada especialidad deberá definir cuál es el interés en quedar regulada oficialmente, las ventajas y los inconvenientes que ello le reporta y las posibilidades de que fuera posible a corto y medio plazo.

PROCEDIMIENTOS DE ACREDITACIÓN

Antes de detallar factores comunes de los procesos de acreditación en los diferentes países, hay que recordar que es posible la existencia de dos vías no propias de acreditación:



1. Que la organización asuma la acreditación obtenida vía oficial e integrada en los sistemas nacionales de reconocimiento profesional, como sería el caso del PIR español.
2. Que la organización asuma la titulación de máster y/o doctorado que otorga la universidad como ya acreditativos de especialidad. Este podría ser el caso del recién reconocido título de Psicólogo Sanitario, encontrándonos a la espera de conocer cómo queda definitivamente el catálogo de másteres en el área propia de la Psicología.

En relación con los procesos de acreditación propios antes estudiados, todos incorporan en mayor o menor medida 4 condiciones. Se analiza su fuerza y sus excepciones:

1. Poseer el Licenciatura/Grado de Psicología. Es una condición fuerte, presente en todos los procesos analizados.
2. Formación de postgrado en la especialidad. Es una condición fuerte, presente en todos los procesos analizados. Presenta dos variantes:
 - 2.1. Título de máster o postgrado equivalente en horas. La más frecuente, especialmente en el contexto del sur de Europa.
 - 2.2. Presentación de tesis de investigación que conduzca al doctorado o título equivalente. Frecuente en el mundo anglosajón y nórdico y, en ocasiones, reservado exclusivamente para la especialidad clínica, aunque se puede extender a otras especialidades

La excepción es el caso de los profesionales veteranos expertos, se supone que con amplia experiencia profesional, pero sin título de máster. Se suele establecer para ellos la necesidad de demostrar horas de formación en la especialidad en cualquier contexto, también privado.

3. Estar colegiado o pertenecer de pleno derecho a la organización acreditadora. Es una condición presente en todos los procesos analizados.
4. Cumplir unos requisitos. Es una condición fuerte (todos la establecen), pero muy variable en los requisitos según los diferentes países. En general son los siguientes:
 - 4.1. Horas de formación. En general se consideran suficientes el título de máster o doctorado, los menos establecen la necesidad de horas complementarias, variables en número, en áreas muy concretas para acreditaciones en el eje vertical.

- 4.2. Experiencia mínima en el ejercicio de la Especialidad. La mayoría considera imprescindible este requisito, siendo muy variable su duración según países y especialidad (tendencia a mayor necesidad de años en especialidades clínicas), los menos no piden acreditar experiencia (aquellos que consideran suficiente el título universitario). Puede variar la exigencia de que las prácticas se hayan realizado bajo la supervisión de tutor o no y en centro público y/o privado, incluyendo la práctica libre de la profesión. Los profesores de universidad suelen quedar exentos de esta condición, cumpliendo por definición la de formación.

- 4.3. Algún tipo de examen ante un tribunal. Es una condición poco fuerte que generalmente no se especifica, puede ser a través de la defensa de un currículum, defensa de un informe o cualquier otro documento profesional, o un examen clásico.

PROPUESTAS

En función de los datos y argumentos expuestos hasta el momento, considerando la estructura actual realizamos las siguientes propuestas para ser sometidas a los diferentes niveles de discusión, evaluación y modificación por las Juntas de Gobierno colegiales. Lógicamente, sería deseable en su resultado final, constituir una unidad organizacional única, que podría denominarse: "Sistema Nacional de Acreditación en Especialidades Psicológicas".

Se vislumbran las siguientes especialidades y su dependencia en el orden que establecen en su artículo Santolaya, Berdullas y Hermida (2002):

1. Psicología Clínica: División de Psicología Clínica y de la Salud
2. Psicología de la Salud: División de Psicología Clínica y de la Salud
3. Psicoterapia: División de Psicología Clínica y de la Salud
4. Neuropsicología: División de Psicología Clínica y de la Salud
5. Psicología de la Educación: División de Psicología Educativa.
6. Psicología del Trabajo, de las Organizaciones y los Recursos Humanos: de la División homónima.
7. Psicología de la Intervención social: de la División homónima.



8. Psicología del Tráfico y Seguridad: en su caso de la División homónima
9. Psicología Jurídica y Forense: División de Psicología Jurídica.
10. Psicología de la Actividad Física y del Deporte: de la División homónima

Las Divisiones, a través de su Coordinadora, establecerán su reglamento de acreditación, que seguirá las directrices generales que establezca el Consejo. La Coordinadora velará por el respeto a los estilos, normas y procedimientos democráticos en todo este proceso.

Cada Coordinadora establecerá la forma de relacionar el título corporativo de especialidad con el título oficial y la forma de avanzar en el reconocimiento oficial del título corporativo, si entiende que ello es conveniente. Por ejemplo, parecería lógico que en Psicología Clínica se reconociera de forma automática la acreditación del título oficial obtenido.

Los procesos de acreditación tendrán que tener en cuenta siempre las dos realidades profesionales: los veteranos expertos y los titulados con máster y/o doctorado. Deberá establecerse un periodo extraordinario de acreditación para los primeros, limitado en el tiempo y un procedimiento regular en el tiempo para los segundos.

Cada división establecerá la necesidad o no de disponer de un catálogo de subespecialidades y el tipo de reconocimiento y proceso para el mismo. La Coordinadora o, en su caso, la Junta de Gobierno del Consejo actuará como árbitro en caso de conflicto.

Se recomienda que los colegios establezcan un sistema de formación profesional continua en coordinación con las Coordinadora de las Divisiones, para favorecer el desarrollo de las especialidades y facilitar su acceso a los colegiados.

REFERENCIAS

- American Psychological Association (2012). Recognized Specialties and Proficiencies in Professional Psychology. Recuperado el 15-5-2012, de <http://www.apa.org/ed/graduate/specialize/recognized.aspx>
- Asociación Psicológica Sueca (2012). Antagning till specialistutbildning. Recuperado el 15-5-2012, de <http://www.psykologforbundet.se/Utbildning/Specialistutbildning1/Sidor/antagning.aspx>
- Australian Psychological Society (2012). Specialist areas of psychology. Recuperado el 15-5-2012, de <http://www.psychology.org.au/community/specialist/>

British Psychological Society (2012) Society Qualifications. Recuperado el 15-5-2012, de <http://www.bps.org.uk/careers-education-training/society-qualifications/society-qualifications>

Buela-Casal, G. (2004). La Psicología: ¿una profesión sanitaria con distintas especialidades?. *Infocop*, número extraordinario, 103-111.

Dan Popelier, M.C., Lymes, P., Tedeschi, M.C. y Grazini, J.T. (2007). La formación del psicólogo en Brasil y Francia. Recuperado el 15-5-2012, de <http://www.cendotec.org.br/francaflashpartes/francia59-7psicologia.pdf>

Federación Suiza de Psicología (2012). Titre de Spécialisation. Recuperado el 15-5-2012, de http://www.psychologie.ch/fr/formation_et_perfectionnement/formation_postgrade_titre_de_specialisation/titre_de_specialisation.html

Health Professions Council (2012). Practitioner psychologists. Recuperado el 15-5-2012, de <http://www.hpc-uk.org/aboutregistration/professions/index.asp?id=14#profDetails>

Matarazzo, J.D. (1989). Psicología: No hay muchas especialidades, sino distintas aplicaciones. *Papeles del Psicólogo*, 38.

Ordine degli Psicologi del Lazio (2012). Specializzazioni Universitarie. Recuperado el 15-5-2012, de http://www.ordinepsicologilazio.it/formazione_aggiornamento/specializzazioni_universitarie/

Peiró, J.M. y Munduate, L. (1994). Work and organizational Psychology in Spain. *Applied Psychology. An international Review*, 43(2), 231-274.

Paineau, A. (2004). « Métier : psychologue » ou « Métiers de la psychologie » ? Recuperado el 15-5-2012, de <http://www.sfpsy.org/IMG/pdf/dossier-metiers.pdf>

Santolaya, F., Berdullas, M. y Fernández-Hermida, J. R. (2002). Análisis del desarrollo de la psicología profesional en España. *Papeles del Psicólogo*, 82, 65-82.

NORMATIVA LEGAL

- Ley 5/2011, de 29 de marzo, de Economía Social. BOE nº 76, de 30 de marzo de 2011.
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. BOE nº240, de 5 de octubre de 2011.
- Real Decreto 2490/1998 de 20 de noviembre, por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. BOE nº 288, de 2 de diciembre 1998.



NUEVOS PARADIGMAS EN LA RELACIÓN ASISTENCIAL

José Ramón Ubieto Pardo

SSB Ajuntament de Barcelona. Universitat Oberta de Catalunya

El artículo aborda los cambios en la relación clínico-asistencial y sus factores causales, poniendo énfasis en las transformaciones que han sufrido las variables de saber, método y organización. El trabajo confronta este nuevo paradigma, marcado por la concepción del hombre neuronal, la atomización disciplinaria y la idolatría de la gestión a otras modalidades del vínculo asistencial basadas en la conversación regular con el paciente y entre los profesionales de la red asistencial. Finalmente, señala la importancia que toma, en este diálogo clínico, la confianza en el síntoma y en la posición subjetiva como brújula de la intervención clínica.

Palabras clave: Paradigma asistencial, Cientificismo, Confianza síntoma, Trabajo en red.

The article discusses the changes in clinical-care relations and their causal factors, emphasizing the transformations suffered by knowledge variables, method and organization. The paper confronts this new paradigm shaped by the conception of neuronal man, the disciplinary atomization, and idolatry management, to other modalities of the care link based on regular conversation with the patient and between professionals within the health care network. Finally, notes some key aspects in the clinical dialogue, such as trust in the symptom and in subjective position as a compass for clinical intervention.

Key words: Care relations, Scientism, Trust in the symptom, Network.

La coyuntura actual, marcada por una fuerte crisis del sistema, económica pero sobre todo crisis de confianza que abarca todos los ámbitos (política, finanzas, convivencia social), ha exacerbado la emergencia de nuevos paradigmas en la relación asistencial.

No se trata de una novedad, fruto de la situación actual, ya que el proceso de transformación de la relación asistencial en los diferentes ámbitos (clínico, social, educativo) viene de antiguo, pero la crisis actual lo ha desvelado de una manera más cruda.

El modelo de la modernidad, en el campo de la salud, pasaba por la relación privilegiada entre el paciente y el clínico definido como especialista de la salud: médico, psiquiatra, psicólogo. Era un encuentro fundado en una autoridad absoluta del profesional en lo referente al tratamiento del malestar, autoridad que reposaba en una suposición del paciente sobre su saber. De esa suposición se derivaba la confianza de unos y el secreto profesional del otro como parte intrínseca de ese diálogo privado e íntimo.

La postmodernidad agudiza algunas de las contradicciones y paradojas ya incluidas en el propio programa ilustrado. Una de ellas deriva de la consideración de los derechos del individuo como valor princeps, lo cual mina

esa autoridad, hasta entonces absoluta, del profesional, que ya no alcanza para hacerse cargo en exclusiva del tratamiento del malestar. Su saber se relativiza y se pone en tensión con otros saberes en juego: la psicología primero, pero también la educación y lo social, y es por eso que el ideal de salud se entiende, a partir de entonces, en los tres registros: biopsicosocial. Ideal que se asemeja más a un multiculturalismo profesional que a un enfoque suficientemente fundamentado (Gabbard y Kay, 2002).

UN NUEVO PARADIGMA EN LA RELACIÓN ASISTENCIAL

Finalizada la primera década de este Siglo XXI podemos decir que esa tendencia "individualista", junto a las falsas promesas del cientificismo, constituyen la base más firme de la nueva relación asistencial cuyas características y consecuencias podemos ya vislumbrar con claridad.

Un primer rasgo evidente es la desconfianza del sujeto (paciente, usuario, alumno) hacia el profesional al que cada vez le supone menos un saber sobre lo que le ocurre (y por eso se ha institucionalizado la segunda opinión) y del que cada vez teme más se convierta en un elemento de control y no de ayuda. Las cifras actuales sobre las manifestaciones de protesta subjetiva a las propuestas médicas, que incluyen el boicót terapéutico (rechazo de lo prescrito), la falta de adherencia al

Correspondencia: José Ramón Ubieto Pardo. SSB Ajuntament de Barcelona. Universitat Oberta de Catalunya. Rda. Gral. Mitre 234-236, 6º 2ª. 08006 Barcelona. España.
E-mail: jubieto@copc.cat



tratamiento o los episodios de violencia en centros sanitarios o sociales son un claro signo de esta pérdida de la confianza en la relación asistencial (Serra, 2010). Sin olvidar fenómenos de fraude o engaño, por parte de una minoría de pacientes, que se oponen así, obteniendo un beneficio secundario, a la imposición de una lógica de control, tendencia en aumento en la relación asistencial.

Un segundo rasgo lo encontramos en la posición defensiva de los propios profesionales que hacen uso, de manera creciente, de procedimientos preventivos ante posibles amenazas o denuncias de sus pacientes. El miedo se constituye así en un resorte clave que condiciona la práctica asistencial y cuyas consecuencias, como veremos a continuación, no son banales.

El tercer rasgo nos muestra una de esas consecuencias: la pérdida de calidad y cantidad del vínculo clínico-paciente. Ese diálogo al que nos referíamos antes, basado en la escucha de la singularidad de cada caso, y que requería un encuentro cara a cara, con cierta constancia y regularidad, se ha transformado en un encuentro, cada vez más fugaz, de corta duración y siempre con la mediación de alguna tecnología (pruebas, ordenador, prescripción). El estilo "asistencial" que describe Berger, a propósito del médico rural John Sasall (Dietario de viaje del periodista, acompañando a un médico rural en la Inglaterra de la postguerra: "Un hombre afortunado", editado por Alfaguara 2009), queda ya como una reliquia si lo comparamos con el protocolo actual de visita en la atención primaria, en la que el médico presta más atención a los requerimientos del aplicativo informático que a la escucha del propio paciente, al que apenas mira.

El cuarto rasgo, correlativo del anterior, es el aumento notable de la burocracia en los procedimientos asistenciales. La cantidad de informes, cuestionarios, aplicativos, que un especialista psi debe rellenar superan ya el tiempo dedicado a la relación asistencial propiamente dicha. Y todo ello sin que el beneficio de esos procedimientos esté asegurado, como veremos más adelante.

Estas características configuran una nueva realidad marcada por una pérdida notable de la autoridad del profesional, derivada de la sustitución de su juicio propio (elemento clave en su praxis) en detrimento del protocolo monitorizado, una reducción del sujeto atendido a un elemento sin propiedades específicas (homogéneo), y que responde con el rechazo ya mencionado (boicot y violencia), y una serie de efectos en los propios profesionales diversos y graves: *burn-out*, episodios depresivos recurrentes, mala praxis (Soares, 2010).

Autoridad debe entenderse aquí a partir de su etimología (*auctoritas*) que deriva de autor, aquel que es capaz de invención, de entendimiento y resolución de problemas, no el que basa su acto en el ejercicio del poder (*potestas*).

SABER, MÉTODO Y ORGANIZACIÓN

Esta nueva realidad es la consecuencia de un amplio e ilusorio afán reduccionista que trata la complejidad del real que abordamos, mediante razonamientos y procedimientos simplificados. Eso se traduce en transformaciones profundas a tres niveles: el supuesto epistemológico que define una concepción determinista del saber y del sujeto humano, el supuesto metodológico que implica un modo de interacción entre las disciplinas que aspira a borrar cualquier diferencia y finalmente el supuesto organizativo que responde cada vez más a operaciones de vigilancia y control, disfrazadas de medidas de optimización de recursos.

Un paradigma funciona e ilumina nuestro entendimiento porque instituye los conceptos claves y la relación lógica que mantienen entre ellos. Este hecho ordena de manera no siempre visible las concepciones teóricas, y las teorías científicas se convierten en deudas de ese paradigma. Un paradigma genera, por tanto, una pragmática de la acción y no es nunca inocuo. Vamos a analizar a continuación algunos de esos significantes claves y su interrelación para, de esta manera, captar mejor sus consecuencias.

El hombre neuronal

Hoy asistimos a la proliferación de investigaciones sobre la genética humana, los fundamentos biológicos de sus procesos mentales, afectivos y relacionales. Estas investigaciones pretenden explicar, a partir de nuestra neuroquímica cerebral o de nuestra fisiología neuronal, cómo es posible que alguien elija una pareja, decida sus inversiones en bolsa o se afilie a un partido político. Todo ello se basa en la idea del hombre neuronal, un sujeto sin conciencia, o en todo caso con una conciencia ya programada y con un funcionamiento ajeno a su voluntad, decidido por misteriosas sinapsis (Pérez-Alvarez, 2011). Estas tesis ensalzan la idea de un individualismo irresponsable ya que sus actos estarían previamente determinados por causas ajenas a él (bioquímica cerebral, dotación genética).

La lógica de este nuevo saber sobre el hombre, reducido a su condición neuronal, constituye una verdadera construcción de un bucle a-subjetivo que presupone



dos operaciones. La primera de estas operaciones tiene como objetivo la algorización de las imágenes digitalizadas del cerebro, obtenidas por técnicas de imaginería cerebral. Este algoritmo resultante es, por definición, carente de significado, son fórmulas significantes que se combinan entre sí de acuerdo a la lógica matemática.

¿Cómo dar un valor entonces a estas fórmulas? Para ello hace falta una segunda operación que consiste en extraer del discurso social un segundo significante que vinculado al primero establece una significación y realiza una evaluación sobre la adecuación o no de la conducta o de la cognición. Tomemos el ejemplo de una imagen digitalizada de un sujeto, momentos antes de realizar una inversión bursátil. La imagen obtenida se conecta con una tesis sobre la excitación que produce esa decisión y se establece así una correlación "natural" entre el algoritmo neuronal y la decisión subjetiva. O el caso de un adolescente con signos de agresividad hacia los padres, que es clasificado a partir de la correlación del tamaño de su amígdala, considerada como una estructura cerebral fundamental en la emoción, particularmente en la respuesta a estímulos de contenido negativo, con esas conductas agresivas. A partir de aquí se establecen las medidas terapéuticas basadas en la combinatoria de psicofármacos (sustancia cerebral) y psicoeducación (habilidades sociales y personales)

La trampa de esta lógica es tomar este segundo significante como lo real mismo, como si en lugar de formar parte del discurso social, se tratase de la realidad psíquica misma, cuando es puro metalenguaje. Se generan así un conjunto de tautologías basadas en la equivalencia de una localización cerebral, un neurotransmisor, y una conducta asociada o un estado mental (depresión, ansiedad, felicidad,...) correlativo.

Esto tiene un doble efecto, por un lado se normativiza y naturaliza lo social y por otro se justifica la doble exclusión del sujeto, la producida por la operación "científica" -que supone eliminar la subjetividad para realizar la medida - y la posterior, claramente ideológica. A un objeto abstracto se le convierte en entidad supuestamente real, con sustrato físico-neuronal, que permite su evaluación y comparabilidad a partir de su condición de objeto medible. A cada medición se le asigna una cifra singular que adquiere un valor místico, objetivo e irrefutable. Esto permite ya una jerarquización en una escala de Mayor a Menor basada en una idea de continuum y de jerarquía de las performances.

Tesis extremadamente simple en su aplicación clínica: al conjunto de síntomas identificados se le nombra como trastorno, cuya definición es arbitraria e incluida como una nueva taxonomía, lo cual en poco tiempo la convierte en una entidad "natural". La etiología supuesta tiene carácter orgánico, vinculado a déficits funcionales (desequilibrio en los diversos sistemas neurotransmisores). En el origen de todo esto suponemos una causa genética que si bien es indemostrable (autismo, esquizofrenia,...) aparece como la garantía final, la *evidencia* científica de todo el discurso (Tizón, 2009). Las informaciones que disponemos acerca del futuro DSM V no hacen sino confirmar esta idea (Frances, 2010).

Estas tesis "neuronales" alcanzan también el ámbito de la intervención social, si bien con menos intensidad que en otros como el de la salud o la educación. Se habla ya de la "neurona de Wall Street" para explicar el comportamiento humano con el paradigma del liberalismo económico, como si actuásemos de manera isomórfica al sistema capitalista (Pérez-Alvarez, 2011). Se pretende así encontrar las bases neurológicas de las prácticas sociales en un momento en que asistimos a un declive evidente de las ciencias humanas y sociales (Llovet, 2011).

Esta pseudociencia se presenta como una liberación del re-ligare de lo antiguo. Se apoya en el poder de la ciencia, exorcizadora de las ataduras y contaminaciones de los viejos procedimientos que implicaban una "confusión" entre sujeto y objeto. La paradoja es que esa ciencia abusiva, o sea el científicismo, acaba dando forma sólida a una nueva religión por su carácter holístico.

Evidencias que no son tan evidentes

La segunda gran transformación de la nueva realidad asistencial se refiere a sus procedimientos y a la tecnología en uso. El privilegio otorgado a algunas técnicas, como las ya mencionadas de la imaginería cerebral se sustenta en el axioma de las evidencias científicas. Hoy no hay un solo programa asistencial que no ponga de manifiesto esa exigencia de "evidencias científicas" para las técnicas de tratamiento admitidas. De hecho el sintagma "evidencias científicas" se ha convertido en una especie de contraseña necesaria para la financiación del proyecto asistencial pero cuya demostración resulta prescindible en muchas ocasiones. Parece más una práctica de consenso y de adhesión (habría el bando de las "evidencias científicas" y el de los otros) que la verificación de un requisito verdaderamente deducido del método científico (Ubieto, 2010).

Como nos recordaba Pérez-Alvarez, en el artículo citado, el magnetismo de las imágenes nos atrapa en estas



explicaciones pseudocientíficas sin darnos cuenta que son una charlatanería sofisticada cuya conclusión más importante es que finalmente nuestra voluntad es prescindible, que es el cerebro el que crea y decide por nosotros y que "después de gran inversión de tiempo y dinero, los hallazgos neurocientíficos no suponen un avance en el conocimiento psicológico" (Pérez Álvarez, 2011).

No insistiremos en las críticas al abuso del concepto de "evidencia científica" (la primera paradoja la encontramos en el término mismo de Evidencia, "falsa" traducción del término inglés *Evidence* que habría que traducir más bien como prueba) pero cabe preguntarse por su éxito (Ubieto, 2010). Sin duda es una conjunción de factores que muestran como el (mal) uso que han hecho algunas de estas técnicas del paradigma de la medicina científica moderna, fundada por Claude Bernard (1976), les mantiene a cubierto de cualquier crítica de charlatanería o pseudociencia, cuando efectivamente se trata de un ejercicio de poder, revestido de cientificismo, en los diversos ámbitos: académico, profesional e institucional.

Hoy vemos como la mayor parte de la psiquiatría, una parte de la psicología y por supuesto buena parte de las neurociencias, aspiran a definirse como ciencias de la conducta, excluyendo de su objeto al sujeto mismo. Esa operación exige un cifrado absoluto de los procedimientos, las pruebas diagnósticas, los efectos de la terapéutica, los resultados de los programas. Cifrado que podemos considerar necesario y adecuado en algunas prácticas médicas, en todo lo referido a la terapéutica, ya que constituyen su esencia misma, pero resulta falaz y ridículo cuando se trata de tomar la medida exacta de esa parte del sujeto que no es, ni puede serlo, cifrable, si bien tampoco es inefable (Broggi, 2003). Es lo que el bioquímico Javier Peteiro (2010) ha llamado, y mostrado con acierto, el autoritarismo científico, propio de una sociedad posthumanista (hoy todo apunta a que las tendencias actuales de la ciencia conducen más bien a conceptos "blandos": la incertidumbre y la indecibilidad a partir de las aportaciones de Heisenberg sobre las relaciones de incertidumbre, donde se afirma que la precisión con que se puede medir simultáneamente la posición y velocidad de un elemento material es necesariamente inferior a cierto umbral. O del propio Godel que plantea que toda teoría, por más rica que sea su axiomática, conduce necesariamente a proposiciones "indecidibles": no es posible demostrar ni que sean verdaderas ni que sean falsas. Lo mismo ocurre en las investigaciones serias sobre genética o neurociencias.

Por otra parte, el método que corresponde a esta nueva realidad asistencial configura una interacción entre las disciplinas (psiquiatría, psicología, medicina, ciencias sociales, educación) de tipo multidisciplinar donde cada una suma a la anterior en términos de adición, más que de interacción. No hay entre ellas dialogo posible, sino tan solo sumatorio de datos o hipótesis. La ambición es un multiculturalismo profesional, donde cada uno hace sin dar cuentas al otro, y ocultando que siempre habrá una disciplina de rango superior que acabe ordenando el conjunto. En este caso son las neurociencias, aquellas que son acrílicas, las que aportan la causa final.

Demasiada gestión mata la clínica

La tercera transformación hace referencia a los modelos organizativos de la práctica asistencial, actualmente dominada por la llamada NGP (Nueva Gestión Pública o *New Public Management*). Este modelo gerencialista se fundamenta en una nueva legitimidad: la satisfacción del cliente (usuario/consumidor). Apunta a integrar los servicios e inscribirlos en las redes locales en una óptica de responsabilidad compartida con la población y con los proveedores a fin de aumentar la accesibilidad y la calidad de los servicios. Las preocupaciones de los gestores públicos y de los responsables políticos por la eficiencia de la organización olvidan, a menudo, las preocupaciones reales de los ciudadanos.

La calidad se presenta así como un modo renovado y consensado de dominio, a partir de la trazabilidad de las prácticas al detalle. Incluso se presenta como una *servidumbre voluntaria* disfrazada de liberación definitiva de viejas creencias y obsoletos procedimientos construyentes de la libertad individual (De La Boétie, 2008). Reconcilia comercio y moral y aparece cuando la cantidad (*Welfare State*) escasea y sustituye esa falta. La calidad siempre existió asociada a la cualificación profesional pero ahora parece un atributo objetivable, ajeno a la relación asistencial y se impone a la idea misma de utilidad (social) reificando la relación social con la finalidad de la satisfacción del cliente. Calidad conecta con inmediatez, consumo, goce, instantáneo.

La NGP transforma a los ciudadanos en usuarios-clientes y la tarea se mide en función de la eficacia (excelencia) entendida como eficiencia y control de los actos profesionales, lo cual es contradictorio, a veces, con criterios de calidad y ética. Es sabido que la continuidad de los profesionales y el ajuste permanente a las necesidades, claves de la buena relación asistencial, entra a



veces en conflicto con las exigencias (y tiempos) de productividad y con la rigidez de los protocolos.

Destaquemos algunos de los principios básicos de esta nueva reingeniería social:

- Jerarquización de los servicios: se opta por un modelo de planificación centralizada donde el hospital (hospitalocentrismo) se convierte en la unidad de referencia.
- Estandarización de prácticas y procesos: imposición del *one best way* como el único modo de hacer, plasmado en la imposición de guías, protocolos e idealización (acrítica) de las "buenas prácticas". Hasta la fecha parece haber poco acuerdo sobre la naturaleza de estas *Best practices* ya que para algunos se trata de estándares a transportar, una vez formalizados, y para otros de experiencias que solo son verificables en su puesta en obra y por tanto no generalizables, solo métodos de observación y reflexión.

De hecho, la idea de establecer las Buenas Prácticas (BP) como el protocolo único, es cuestionable por diversas razones:

- ✓ Esta idea induce a creer que una práctica sin datos probatorios significa una falta de valor.
- ✓ Subestima los datos específicos culturales de las poblaciones (anglocentrismo)
- ✓ Secundariza el juicio de los profesionales y los desinserta del acto al anular el criterio y la orientación.
- ✓ Se basan en investigaciones con validez interna (coherencia datos-interpretación) pero sin garantías de validez externa (generalización de los resultados). ¿Cómo formalizar una BP si no existe independientemente de su ejecución? Al protocolizarla se produce ya un paso en falso.
- Métodos importados directamente del campo de la salud pública: uso de programas secuenciados verificados en prevención de enfermedades e importados al campo psi en la lógica de la sanitización de lo psíquico y de lo social.
- La idolatría del acto, como índice sintético de la medida de gestión, es la clave. No hay filosofía de la acción, sino de economía de la actividad. La tarificación toma el acto como referente, pensado como una imagen reducida, homogénea e instantánea de los intercambios para así compararlos y controlarlos financieramente (Chauviere, 2007).

Es una nueva manera de hacer que implica, sin duda, un cambio en las relaciones entre los profesionales y los pacientes, basadas en una concepción de los servicios profesionales reducidos a una serie secuencial de actos

técnicos que pueden ser gestionados racionalmente. Es aquí donde se justifican las disfunciones, y no en la carencia de recursos o en las condiciones de vida de las poblaciones afectadas. Estos "clientes" son objeto de atención estandarizada pero no son actores colectivos o individuales del cambio.

Al tiempo, la evaluación generalizada siembra la sospecha, como nuevo lazo social (paranoia) entre responsables y técnicos y entre estos y los usuarios. Pasamos así de la confianza a la sospecha. En una época en la que el tiempo y el espacio eran coordenadas básicas, fundamentales y por tanto con poca variabilidad, nadie se avergonzaba ni ocultaba el hecho de que el profesional formase parte del caso, en tanto era parte del problema y de la solución. Ese estrecho vínculo aseguraba que lo que se definía como problema fuera variando de forma a medida que subsistía la relación, por el mero hecho de haberse abierto a la intervención de ese otro, profesional externo pero muy cercano. Los sentimientos de vergüenza, culpa, engaño, agradecimiento, a veces hostilidad, estaba incluidos en ese lazo. Era función del profesional manejarse con toda esa "contaminación" subjetiva, esa transferencia que no podía dejarle nunca indiferente y que a veces le sorprendía a horas inesperadas y en lugares alejados del despacho.

Hoy tiempo y espacio se han virtualizado, son referentes mutables e instantáneos, cuantificables y tarificados acto por acto. Se busca deconstruirlos secuencia a secuencia para contabilizar el rendimiento y para descontaminarlos de toda injerencia subjetiva. Se persigue limpiarlos de todo desperdicio, de todo resto que no añada ningún plus de valor a la mercancía resultante. El famoso método Lean, que dio el éxito a la industria automovilística japonesa y que luego fue importado a la norteamericana y hoy sirve de base para la mejora de la gestión pública, aspira a crear sistemas de producción flexibles, ágiles y que sean capaces de responder a la demanda de los clientes (Kamata, 1993). Consiste en eliminar cualquier despilfarro, todas aquellas actividades que no aportan valor añadido y cuyo origen es triple: el despilfarro, la inestabilidad y la variabilidad de los procedimientos.

El impacto de esta NGP sobre los intervinientes es notable ya que si bien siempre habrá un cierto malestar por la tarea misma, este modelo acentúa la distancia entre el punto de vista de la dirección y la de los actores: valores en conflicto, sobrecarga, insatisfacción del trabajo en equipo (Soares, 2010). A ello se añade una falta de estabilidad laboral, con tareas poco definidas e imposibili-



dad real de desarrollar la expertez por falta de reconocimiento. La eliminación de las referencias culturales compartidas lleva a una suerte de industrialización de la clínica.

Qué duda cabe que este nuevo modelo organizativo ha supuesto algunos efectos positivos como es el favorecimiento de algunas redes asistenciales integradas, el uso de nuevas tecnologías, pero es claro que en su conjunto supone un incremento notable de las estructuras de gestión y un acentuamiento de las formas de control y de la búsqueda permanente del rendimiento, sin que sus beneficios sean evidentes.

De la misma manera que nos fascinan las neuroimágenes y sus técnicas, también la idolatría de la gestión puede hacernos olvidar que ella misma implica una idea del sujeto y de las relaciones sociales. El exceso, en psicoanálisis, es siempre el índice de un plus de goce, de una satisfacción que queda velada en la exigencia de evidencias y que no es otra cosa que una voluntad de control y domesticación de ese real imposible, y por ello nada evidente, que siempre se nos aparece como inquietante y perturbador.

Es esa dimensión del goce pulsional lo que la ambición cientista quiere borrar con su "programación" del sujeto y las técnicas actuales de "gestión del caso" (*case management*) muy apoyadas en la idolatría digital. La paradoja, como señalábamos antes, es que lo reprimido retorna como desperdicio, como exceso inútil, como goce en definitiva. Una muestra reciente nos la ofrece el artículo publicado por la prestigiosa revista británica PLoS (Black, Car, Pagliari, Anandan, Cresswell, Bokun, et al., 2011) que desmonta de un plumazo la creencia de que la aplicación de las tecnologías electrónicas a la salud (eSalud), concretadas en la informatización de los dossiers médicos, aporta algún beneficio a la mejora de la salud de los pacientes, a pesar de las inversiones millonarias, o a la salud financiera de las instituciones que las utilizan. Las conclusiones no dejan lugar a dudas: no hay ninguna evidencia que justifique estos recursos y en cambio hay riesgos probados (inseguridad datos, confusión de los diagnósticos, errores en la prescripción, disminución del contacto clínico-paciente, aumento considerable de las tareas burocráticas y de los gastos administrativos,..).

CONFIAR EN EL SÍNTOMA

Esta nueva realidad asistencial, inspirada en las directrices de la NGP no es el único modo de abordar el malestar psíquico y social. De hecho convive con otras

modalidades del vínculo transferencial que aspiran a no renunciar a la subjetividad, como el elemento específico del sujeto humano, aquello que en cierto modo nos hace inclasificables a cada uno de nosotros.

Un amplio abanico de enfoques teóricos y prácticas psi actuales comparten cuestiones básicas de este paradigma que parte de la subjetividad entendida como el hecho innegable que el sujeto no es evaluable como tal (otra cosa es que lo sean algunas de sus performances o de sus signos vitales) puesto que el sujeto no cumple uno de los requisitos claves de la evaluación: no resulta evidente ni transparente.

Algunas de estas prácticas se fundamentan en el psicoanálisis y otras en enfoques diversos como el fenomenológico-existencial u otros incluidos en el "modelo contextual" (González Pardo y Pérez Álvarez, 2008). Nosotros centraremos nuestro planteamiento a partir de la clínica y de las enseñanzas que nos aporta el psicoanálisis de orientación lacaniana y nuestra práctica institucional.

Sostenemos que el sujeto no es evaluable porque aloja en su interior un elemento de opacidad que es aquello íntimo, que apunta a lo más real de cada uno y es por ello irreconocible para el sujeto, carente de sentido. La existencia de esa extimidad sin embargo es manifiesta para el sujeto mismo bajo formas paradójicas, contradictorias, como en ese efecto de división subjetiva, que nos transmiten muchos pacientes y algunos personajes de película que se buscan a sí mismos desesperadamente: "me gustaría volver a ser yo mismo".

Esa división subjetiva, que Freud fundó en su hipótesis del inconsciente, la reconocemos en la vida cotidiana y en la clínica bajo la forma de las diferentes formaciones del inconsciente (lapsus, sueños, actos fallidos). "El hombre piensa con ayuda de las palabras. Y es en el encuentro entre esas palabras y su cuerpo donde algo se esboza" (Lacan, 1988). Allí, en lo que Lacan llama el *materalismo* (materialismo de las palabras) reside el asidero del inconsciente, donde cada cual sustenta su síntoma.

Confiar en el síntoma es una buena guía de práctica clínica para recordar que ese sujeto al que atendemos no está programado ni determinado por sus condiciones genéticas o neurológicas. Que sigue siendo, con todo ese bagaje, un sujeto responsable, capaz de responder de sus actos, y nuestro interlocutor en el diálogo terapéutico. Su síntoma nos habla de las significaciones trabadas, reprimidas y ocultas, pero también de su empuje a la satisfacción, de aquello que lo anima sin que por ello suponga de entrada un sentido claro.



La hiperactividad que observamos en algunos sujetos no tiene más sentido que ella misma como actividad pulsional, satisfacción del cuerpo que cada uno habita. No es por nada que vivimos en una sociedad adictiva donde cada quién persevera en esa repetición pulsional bajo diferentes formas (tóxicos, trabajo, comida, juego). Esta idea de cuerpo, que desarrolla Lacan y otros autores como Miller (2004) no se reduce a su representación imaginaria, ni a los ideales que lo conforman y mucho menos a su representación en el cerebro. Se trata de una sustancia gozante articulada al lenguaje.

Por eso el método que conviene a esta relación asistencial no es el descrito anteriormente, sino otro radicalmente distinto. Sin renunciar a los aportes de las neurociencias y de otras disciplinas, debemos recordar que el método clínico no es reducible ni equivalente al método experimental. Aquí, la técnica mayor sigue siendo la conversación que mantenemos con el sujeto, alrededor de su malestar. Una conversación que sigue sus reglas (Ubieto, 2009) y que promueve una interdisciplinariedad que no se reduce al sumatorio de saberes, ya que compromete a los profesionales en el abordaje de ese síntoma de una manera cooperativa, siempre que eso sea posible y conveniente. Morin (1992) ya advertía del riesgo de hiperespecialización del investigador y de lo que él llamo la “cosificación” del objeto de estudio donde se corre el riesgo de olvidar que este objeto es siempre extraído o construido.

La atención de casos, basada en esta conversación regular, implica una comunidad de experiencia que se constituye como un vínculo social entre los servicios de atención social, educación y salud, a partir de un territorio común y de una realidad de trabajo compartida (infancia en riesgo, violencia de género, patología mental). Sus ventajas son evidentes y van desde una mejor visión del caso (global y singular) hasta el evitamiento de ciertos pasajes al acto profesional, limitados por los espacios de supervisión y análisis de casos. En este modelo se trata de tomar muy en serio que es siempre el sujeto el que hace su primera construcción del caso, el que prescribe el síntoma a tratar, en su demanda inicial, y el que nos muestra cómo hay siempre una “pluralidad” de soluciones más que la solución, y en todas ellas su decisión es fundamental (Ubieto, en prensa).

Este método exige compromiso y por tanto implica riesgos, el primero es que hay que poner el cuerpo ya que no es posible un vínculo terapéutico sin implicación subjetiva (Di Ciaccia, 2001). El psi, a diferencia del experi-

mentador en su laboratorio, no es un personaje externo puesto que pertenece de lleno a la experiencia. La “contaminación” subjetiva está asegurada porque el vínculo transferencial que establece con las personas a las que atiende no es aséptico ni neutral, es un vínculo de compromiso en el que pone su saber teórico, sus competencias y obligaciones legales pero sobre todo pone su implicación personal como elemento clave en la génesis de la confianza y de su autoridad profesional.

El establecimiento de ese vínculo no es sin dificultades y tampoco está asegurado en todos los casos. La nueva realidad asistencial impone algunos cambios por imperativo legal. Uno de ellos es la explicitación, previa y clara, de las reglas de juego, sea mediante los procedimientos protocolizados del consentimiento informado o bajo las indicaciones deontológicas de cada profesión. Explicitar los acuerdos, los límites y la responsabilidad de cada uno. Por otra parte, en tiempos de escasez y de mudanzas, el profesional no puede evitar el ajuste de los objetivos, las prioridades y los procedimientos (tempo). Ese ajuste sería insuficiente sin complementarse con el otro procedimiento clave que es la invención de nuevas maneras de hacer, la invención como eso que genera *autoritas*.

El uso de protocolos en la actuación clínica debe responder a una justificación más allá de la puramente administrativa. Un protocolo puede resultar un instrumento útil si contribuye a la génesis de efectos terapéuticos en los pacientes y/o de efectos de formación para los mismos clínicos y otros profesionales que intervienen. Sin ese beneficio, el protocolo deviene un fin en sí mismo y por tanto resulta estéril en la praxis clínica.

Por último, la organización que más se ajusta a esta propuesta de relación asistencial trasciende la figura antigua del paternalismo y la jerarquía como índice del poder del amo y se aleja de las formas actuales de atomización disciplinar que enmascaran las nuevas figuras del amo, más acéfalas (sin una referencia personalizada clara) pero igualmente con clara voluntad de dominio.

El fracaso de la lógica del *one best way* que se ofrece, sobre todo por parte de las Direcciones de salud pública, como *La solución*, es cada vez más evidente. Por eso nos conviene pensar en la promoción de lo diverso, en un mosaico de servicios ajustados a la heterogeneidad de situaciones y demandas, opuesto al afán homogeneizador del modelo del hospitalocentrismo y de las propuestas de tratamiento único, fundadas en falaces argumentos pseudocientíficos.



La creación de redes profesionales, flexibles en sus conexiones pero firmes en su orientación, favorece la génesis de intercambios profesionales y la corresponsabilidad y participación de los diversos actores. Hoy ya tenemos experiencias en curso, con avances importantes, que dan buena fe de las posibilidades de esta modalidad de relación asistencial (Leal, 2006).

Para concluir, y a modo de resumen, podemos destacar tres conceptos claves de nuestra propuesta: **ajuste**, **respeto** e **invención**. Ajuste vinculado al buen uso de los recursos existentes donde la variable tiempo debe jugar un papel importante como elemento de manejo de la relación y por los efectos benéficos que tiene en cuanto a la precipitación del momento de concluir para los profesionales y los sujetos atendidos (Lacan, 1998). Respeto como principio ético que supone tomar en consideración el malestar psíquico y social en sus diversas formas, índice de un sujeto al que le pedimos participación y corresponsabilidad. Finalmente, invención como estrategia de mejora y sobre todo como no renuncia a seguir siendo, en tanto profesionales, los autores y responsables de nuestros actos.

REFERENCIAS

- Bernard, C. (1976). *Introducción al estudio de la Medicina Experimental*. Barcelona: Fontanella.
- Black, A.D., Car, J., Pagliari, C., Anandan, C., Cresswell, K., Bokun, T., et al. (2011). The Impact of eHealth on the Quality and Safety of Health Care: A Systematic Overview. *PLoS Med* 8(1): e1000387. doi:10.1371/journal.pmed.1000387.
- Broggi Trias, M. (2003). Gestión de los valores «ocultos» en la relación clínica. *Medicina clínica*, 121 (18), 705-709.
- Chauviere, M. (2007). *Trop de gestion tue le social*. Paris: La Decouverte.
- De La Boétie, E. (2008). *Discurso de la servidumbre voluntaria*. Madrid: Trotta.
- Di Ciaccia, A. (2001). Una práctica al revés. En A. Guerrini, *Desarrollos actuales en la Investigación del Autismo y Psicosis infantil en el Área Mediterránea*, (73-92). Madrid: Ministerio Affari Esteri -Ambasciata d'Italia.
- Frances, A. (2010). Abriendo la caja de Pandora. Las 19 peores sugerencias del DSM5. *Psychiatric Times*, 11, Febrero. Consultable online en español: <http://www.wapol.org/es/articulos/Template.asp>.
- Gabbard, G. y Kay, J. (2002). Destino del tratamiento integrado: ¿qué fue del psiquiatra biopsicosocial? *The American Journal of Psychiatry* (ed.española), 5 (3), 129-136.
- González Pardo, H. y Pérez Álvarez, M. (2008). *La invención de los trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza Editorial.
- Kamata, S. (1993). *L'altra cara de la productivitat japonesa: Nissan, Toyota*. Barcelona: Col·lumna.
- Lacan, J. (1988). Conferencia de Ginebra. *Intervenciones y textos 2*, (125-126). Buenos Aires: Ed. Manantial.
- Lacan, J. (1998). El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma, en *Escritos 1*, (187-203). México: Siglo XXI.
- Leal, J. y A. Escuredo (coord.) (2006). *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental*. Madrid: AEN.
- Llovet, J. (2011). *Adiós a la Universidad. El eclipse de las humanidades*. Barcelona: Galàxia Gutenberg /Círculo de Lectores.
- Miller, J.A. (2004). *La experiencia de lo real en la cura analítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Morin, E. (1992). Sobre la Interdisciplinariedad. *Boletín del Centre International de Recherches et Etudes Transdisciplinaires*, 2, 7-12.
- Pérez Álvarez, M. (2011). El magnetismo de las neuroimágenes: moda, mito e ideología del cerebro. *Papeles del Psicólogo*, 32 (2), 98-112.
- Peteiro, J. (2010). *El autoritarismo científico*. Málaga: Miguel Gómez.
- Serra, C. (2010). La violencia en el trabajo en el sector sanitario. Servicio de Salud Laboral. *Ponencia Primeras Jornadas de Psicología Laboral OSALAN. Barakaldo, 28 y 29 de octubre del 2010*. Consultable online: <http://www.osalan.euskadi.net/s94-osalan/es/>
- Soares, A. (2010). *La qualité de vie au travail – La santé malade de la gestion*. Montreal : UQUAM.
- Tizón, J. (2009). Asistencia basada en pruebas y psicoterapia: ¿es evidente la evidencia? *Quaderns de Salut Mental*, 6, 8-40.
- Ubieto, J.R. (2009). *El trabajo en red. Usos posibles en educación, salud mental y servicios sociales*. Barcelona: Gedisa.
- Ubieto, J.R. (2010). ¿Vamos hacia un modelo de "tratamiento único" del malestar psíquico? *Revista del COPC*, 226, 9-13.
- Ubieto, J.R. (en prensa). *La construcción del caso en el trabajo en red*. Barcelona: Eddiuc.



EL PSICÓLOGO COMO PROFESIONAL SANITARIO: LA LETRA PEQUEÑA

Ramón Rizo

Escuela Facultativa Superior de la Guardia Civil

Los Estados llevan a efecto la regulación jurídica de las actividades de los ciudadanos con la finalidad de garantizar la prevalencia del Derecho. En España, la adscripción de algunas especialidades de la Psicología a las profesiones sanitarias supone la obtención de reconocimiento y la designación de áreas específicas de intervención. No obstante, también lleva aparejadas un conjunto de obligaciones derivadas de cuantas normas regulan la Sanidad tanto a nivel estatal como autonómico. Es necesario que los psicólogos sanitarios las conozcan con el objeto de poder cumplir con ellas adecuadamente. Sería recomendable introducir formación en áreas concretas del Derecho en el futuro master que conduzca a la obtención del título de Psicólogo General Sanitario.

Palabras clave: Profesional sanitario, Derecho, Legislación, Derechos paciente, Documentación clínica.

The State is attempting to regulate citizens' activities in order to guarantee the predomination of the law. In Spain, the ascription of some branches of psychology to the sanitary professions supposes the obtaining of recognition and the designation of specific areas of intervention. Nevertheless, they have also associated a collection of obligations derived from the law that to ordered the health care. It is necessary that the psychologists ascribed to the sanitary professions know them in order to comply with them. It would be advisable to introduce formation in concrete areas of the Law in the future master that he leads to the obtaining of the title of General Health Psychologist.

Key words: Health professional, Law, Legislation, Patient rights, Clinical files.

En los últimos años hemos asistido a una intensa movilización por parte del colectivo de psicólogos para demandar el reconocimiento de la Psicología como profesión sanitaria. Recientemente se ha alcanzado tal objetivo; no obstante, hablando con propiedad podríamos decir que únicamente se ha reconocido la actividad sanitaria a algunos psicólogos, concretamente aquéllos que acrediten poseer bien el título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (PEPC), bien el título de Psicólogo General Sanitario (PGS).

El debate sobre este tema ha gravitado en torno a dos cuestiones básicas, por una parte, la premisa de que la posesión del título de PEPC era y es necesaria para acceder al desempeño de las actividades relacionadas con la atención a la salud mental en puestos de trabajo de carácter público; por otra, a la necesidad imperiosa de poder acreditar por los psicólogos la condición de profesional sanitario, básicamente a efectos de la inscripción como centros sanitarios de las consultas de psicología o del desempeño de tareas en aquéllos, lo que se ha logrado mediante el título de PGS, pendiente de su materialización práctica y que, constituyendo un importante avance, atribuye a dichos profesionales un conjun-

to de competencias que les permitirán disponer de un importante campo de trabajo en relación con la atención de la salud mental.

No es propósito de este artículo abordar las diversas controversias que han surgido en torno al título de PEPC o que pueda suscitar la creación del de PGS, entendemos que unas ya están resueltas legalmente y las otras afortunadamente no han surgido y quizás no lo hagan.

Nuestro objetivo es llamar la atención sobre la "letra pequeña" del contrato que supone para los psicólogos tener la condición de profesionales sanitarios y por lo tanto de intervenir sobre la salud mental de otros ciudadanos. Dicha metáfora, está justificada porque al centrar nuestra atención lectora en aquellas partes de los documentos o textos que corroboran nuestras expectativas o nos conceden lo que deseamos, acostumbramos a prestar poca atención a ese conjunto de cláusulas que contienen los contratos, la "letra pequeña", que por el contrario suele hacerse evidente cuando surgen los problemas y que invariablemente contiene perfectamente descrito el problema que ahora nos preocupa, señala que era previsible que ocurriese y también que muchas veces la solución al mismo ya estaba igualmente prevista, resultando pues que esa lesión para nuestros intereses es acorde al Derecho y podría haber sido evitada.



A través de una trayectoria profesional que ha incluido una amplia formación en Derecho he adquirido conciencia de su importancia. España, el mundo en su conjunto se rige por leyes, normas, etc., nada puede hacerse sin tener en cuenta lo anterior. De hecho, tal y como se indica al inicio de este artículo, se ha reclamado que en las normas escritas se tomase en consideración a nuestra profesión y se la declarase como sanitaria. Era importante, pues, estar recogidos en la ley. No obstante, a través del contacto con otros profesionales he constatado que una mayoría no suele tener mucho interés por los aspectos puramente legales. Lo anterior se ha visto reiterado tras elaborar un manual junto con un experto en Derecho y recibir el feedback de algunos lectores, psicólogos, quienes habían entendido que existían dos partes del libro, una para psicólogos y otra para abogados, lo que en ningún caso era así.

Dicha circunstancia me invita a redactar este artículo, con el fin de poner de relevancia la importancia que tiene conocer el contexto jurídico que afecta a la profesión que desarrollamos, y más, cuando adquiere la condición de sanitaria. Es importante ser conscientes de que no cabe realizar una lectura o simplemente tomar nota de las normas y textos legislativos, centrándonos exclusivamente en aquellos aspectos que se circunscriben al reconocimiento de derechos; sino que es imprescindible extenderse a los que contienen las obligaciones derivadas de ellos.

A continuación, tomando como ejes articulares del discurso y aspectos esenciales a considerar cuatro cuestiones: la competencia profesional, los derechos del paciente, la documentación clínica y los establecimientos sanitarios, expondremos el entorno legislativo regulador de la actividad profesional del psicólogo como profesional sanitario. No obstante, ni tenemos, ni podríamos tener un propósito exhaustivo, por una parte debido a la propia extensión de la legislación a citar, por otra, debido a que la configuración del Estado y el hecho de que la sanidad sea competencia de las Administraciones Autonómicas, haría necesario dedicar un apartado diferencial a cada una de ellas. Nos fijaremos un objetivo mucho más modesto, tal como el despertar el interés de los lectores e indicarles las líneas maestras sobre las que deben centrar la búsqueda de cuanto a ellos les afecte.

COMPETENCIA PROFESIONAL

“La autoridad profesional del Psicólogo/a se fundamenta en su capacitación y cualificación para las tareas que desempeña. El/la Psicólogo/a ha de estar profesio-

nalmente preparado y especializado en la utilización de métodos, instrumentos, técnicas y procedimientos que adopte en su trabajo. Forma parte de su trabajo el esfuerzo continuado de actualización de su competencia profesional. Debe reconocer los límites de su competencia y las limitaciones de sus técnicas” (art. 17 Código Deontológico del Psicólogo).

La Constitución reconoce, en su art. 35.1, “la libre elección de profesión” y establece, en su art. 36, que “la ley regulará el ejercicio de las profesiones tituladas”. En cumplimiento de lo anterior mediante la Ley 43/1979, de 31 de diciembre, sobre creación del Colegio Oficial de Psicólogos, se determinó que integrarse en el mismo sería obligatorio para el ejercicio de la profesión de psicólogo (art. 2º). En aquellos primeros momentos, era requisito para poder hacerlo estar en posesión de alguna de las titulaciones referentes a la psicología. A día de hoy y por supuesto dentro de la actual estructura colegial, para solicitar la adscripción a uno de los colegios de psicólogos es requisito estar en posesión del título de Grado en Psicología, sin perjuicio de que también puedan realizarlo cuantos en otro momento disponían de la titulación requerida, inscripción que, por supuesto, sigue siendo obligatoria para el ejercicio profesional.

No se produjo una modificación de calado en cuanto a las competencias profesionales hasta la promulgación del Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre, por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, el cual venía a suponer una restricción en cuanto al uso de dicha denominación y para ocupar puestos de trabajo tanto públicos como privados con tal apelativo (art. 1). A, partir de ese momento existían, pues, dos ámbitos competenciales distintos y legalmente reconocidos, uno de índole especializada y otro general, mientras que hasta ese momento, únicamente existían psicólogos que libremente decidían en que área profesional querían desempeñar su actividad.

El segundo hito deviene con la promulgación de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), la cual viene a completar lo dispuesto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS), que únicamente se refiere al ejercicio libre de las profesiones sanitarias, sin afrontar su regulación, aunque prevé, como competencia del Estado, la homologación de programas de formación postgraduada, perfeccionamiento y especialización de personal sanitario, así como la homologación general de los puestos de trabajo de los servicios sanitarios.



En dicho texto, que es aplicable “tanto si la profesión se ejerce en los servicios sanitarios públicos como en el ámbito de la sanidad privada” (art. 1 LOPS), se determina que los psicólogos que dispongan del título de PEPC serán profesionales sanitarios de nivel licenciado (art. 6.3). También en el mismo punto y no con menor importancia se señala que “estos profesionales desarrollarán las funciones que correspondan con su respectiva titulación”.

Para completar lo anterior, debemos acudir a la Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. En su Anexo se definen las competencias profesionales del PECP en el ámbito clínico-asistencial de promoción, prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento; en el de la Dirección, Administración y Gestión; y en el de la docencia y la investigación. También la especialidad, su campo de acción, el perfil profesional y su inserción dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS).

En relación con ello, señalar que la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (LCCSNS), en su artículo 13, establece que la atención a la salud mental es una prestación especializada.

El último paso tuvo lugar con la promulgación de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (LGSP), la cual en su Disposición Adicional 7ª, y al amparo de lo establecido en el artículo 2.3 de la LOPS crea una nueva profesión sanitaria, denominada Psicólogo General Sanitario. Es importante también prestar atención a su apartado 3.a, ya que explícitamente dice que el título de Grado en Psicología, no habilitará, por sí mismo, para el ejercicio de la psicología en el sector sanitario.

Pero tal y como se ha señalado al principio, los mismos textos que otorgan tal condición también imponen obligaciones. De la lectura de la LOPS se deduce que el psicólogo que ostente la condición de profesional sanitario debe: cumplir rigurosamente con las obligaciones deontológicas, determinadas por las propias profesiones conforme a la legislación vigente, y de los criterios de normo-praxis o, en su caso, los usos generales propios de su profesión (art. 4.5); mantener un nivel de formación continuada y acreditar regularmente su competencia profesional (art. 4.6, 33 y 41.3); formalizar por escrito su trabajo en una historia clínica común para cada centro (art. 4.7.a); prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se

establecen en dicha ley y el resto de normas legales y deontológicas aplicables” (art. 5.1.a); y tanto él o ella, como los responsables de los centros sanitarios donde presten sus servicios deberán facilitar a sus pacientes el ejercicio del derecho a conocer el nombre, la titulación y la especialidad de los profesionales sanitarios que les atienden, así como a conocer la categoría y función de éstos, si así estuvieran definidas en su centro o institución” (art. 5.1.c).

Encontramos también en el Código Deontológico del Psicólogo (CDP) artículos concordantes con lo anterior; así, en cuanto a la necesidad de abstenerse de utilizar medios o procedimientos que no se hallen suficientemente contrastados, dentro de los límites del conocimiento científico vigente (art. 18).

Añadir que también la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (CP), contiene algunas disposiciones de interés para los psicólogos. El artículo 403, tipifica el delito de intrusismo profesional y al referirse no sólo a la posibilidad de que se ejerza una profesión sin título, sino a que dentro de la misma se carezca de “...un título oficial que acredite la capacitación necesaria y habilite legalmente para su ejercicio...” parece abrir la puerta al intrusismo entre especialidades.

También está tipificada de manera específica, en el artículo 196, la denegación de asistencia por profesional sanitario. En nuestro caso, habría que pensar en posibles actos suicidas o de violencia contra otras personas, que puedan entenderse ocurridos a consecuencia de una falta de atención o abandono de un paciente en crisis.

Igualmente, es pertinente tomar en consideración el concepto de imprudencia profesional, ligado a los delitos y faltas de daños, que viene a considerar aquellos casos en los que por parte de un profesional se actúa de manera negligente, vulnerando las normas de la *lex artis*. Dicho de otra manera, existe un descuido que previsiblemente puede dar lugar a unas consecuencias negativas, dicho concepto se basa en la falta de atención a las normas o de la diligencia debida.

DERECHOS DEL PACIENTE

En relación con el paciente, en primer lugar es imprescindible referirnos a cuantos derechos le confiere la legislación, especialmente a aquéllos que requieren un cuidado especial por parte del profesional sanitario que presta la atención, ya que devienen en obligaciones para él. Guardan relación principalmente con el derecho a recibir información y a que se gestione adecuadamente la documentación clínica relativa a su caso.



Para abordar este apartado, a nivel general hay que prestar atención a cuanto establece la LGS, especialmente su artículo 10 y también aquellos profesionales que desempeñen su labor en el sector público a la anteriormente citada LCCSNS.

No obstante, hay dos textos directamente relacionados con los derechos del paciente que teniendo el carácter de legislación básica estatal, resultan fundamentales. El primero es el Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (CDHB) hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. En el mismo, se señala entre otras cuestiones, que: a) la regla general es que toda intervención en el ámbito de la sanidad sólo puede efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento (art. 5), b) toda persona tendrá derecho a conocer toda información obtenida respecto a su salud (art. 10.2) y c) toda persona tiene derecho a que se respete su vida privada cuando se trate de informaciones relativas a su salud (art. 10.1).

La segunda, es la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LAP), cuyo ámbito de aplicación es todo lo amplio que pueda imaginarse, ya que "tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica". A dichos efectos la LAP, en el art. 3, define como "paciente" a "la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud".

En los siguientes apartados se hará mención expresa de las disposiciones comprendidas en estas normas ya que guardan relación con su contenido específico, aunque era necesario individualizarlas como derechos del paciente.

También en el CDP encontramos referencia a la obligación de informar adecuadamente al receptor de una intervención profesional (art. 25); de respetar la autonomía del paciente (art. 27) y de otros aspectos relacionados con la intervención a la que dedica su apartado III.

LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

La actividad profesional del psicólogo es inconcebible sin que entre sus métodos de trabajo se incluya la entre-

vista clínica y otros tendentes a la obtención de datos del paciente que hagan posible diagnosticar y posteriormente planificar y realizar un proceso psicoterapéutico. Obtenemos pues del propio sujeto información personal sobre diversos aspectos de su intimidad. Llegados a este punto, debemos señalar que nos estamos refiriendo a los clasificados como datos de salud.

Así, efectivamente, el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, en su artículo 5.1.g., establece que los datos de carácter personal relacionados con la salud son "las informaciones concernientes a la salud pasada, presente y futura, física o mental, de un individuo. En particular, se consideran datos relacionados con la salud de las personas los referidos a su porcentaje de discapacidad y a su información genética".

Sin obviar, que de la lectura de documentos elaborados por la propia AEPD, se deduce que hay otros profesionales de la Psicología que sin ser profesionales sanitarios manejan datos de salud (el informe del Gabinete Jurídico de la AEPD de 1999 en el que afirma "que los datos psicológicos deben ser considerados, a los efectos de la aplicación de la LOPD, como datos relativos a la salud de las personas" y al informe del mismo Gabinete 0445/2009, en el que afirma que la evaluación psicotécnica de aptitudes, características de personalidad y preferencias profesionales, y por lo tanto la "evaluación médico psicológica para determinar la aptitud o no de..., son datos relacionados con la salud de las personas") y que por lo tanto están a lo que dispone la legislación para ellos.

La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), en su artículo 8, establece que: "...las instituciones y los centros sanitarios públicos y privados y los profesionales correspondientes podrán proceder al tratamiento de los datos de carácter personal relativos a la salud de las personas que a ellos acudan o hayan de ser tratados en los mismos, de acuerdo con lo dispuesto en la legislación estatal o autonómica sobre sanidad".

No vamos a referirnos a cuanto dispone la LOPD sobre la creación e inscripción de ficheros, calidad de datos, medidas técnicas, derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, etc., puesto que la limitación del artículo así lo impone y por otra parte ya que constituyen el objeto de numerosos textos específicos.



En lo que nos interesa, la anteriormente mencionada LAP, aborda el tema de la información clínica diciendo que lo es: "todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla"; y de la historia clínica, diciendo que tiene tal consideración "el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial" (art. 3 LAP); y también al contenido de dicha historia (art. 15.2) que incluirá entre otros documentos: "las hojas de interconsultas" (art. 15.2.g) "los informes de exploraciones complementarias" (art. 15.2.h) y "el consentimiento informado" (art. 15.2.i).

Finalmente, señalar que tanto la LOPS como la LAP imponen obligaciones a los profesionales que intervienen en un proceso de atención sanitaria, en cuanto a diversos puntos relacionados con la documentación clínica. Así, dicen que serán responsables de la elaboración de la misma los profesionales sanitarios que asistan a cada paciente (arts. 15.3 LAP y 4.7.a LOPS), los cuales están obligados a cooperar "en la creación y el mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial de los pacientes" (art. 17.3 LAP), añadiendo que "todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente" (art. 2.6 LAP).

El CDP también dedica su apartado V, de la obtención y uso de la información, artículos 39 al 49, al tratamiento que debe darse a los datos que se obtienen en el curso de la intervención psicoterapéutica.

Referir, para concluir, la existencia del Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, que impone obligaciones a quienes atiendan entre otros a mutualistas en centros concertados.

La ordenada elaboración de la historia clínica es una garantía para todo profesional, el reflejo cronológico y adecuadamente documentado de todos los actos realizados sobre un paciente permitirá, por una parte, garantizar que se cumplen con las obligaciones anteriormente referidas, pero además, ante cualquier reclamación o demanda facilitarán confección de una adecuada línea de defensa y contestación a los hechos que se relaten en ella.

Por otra parte, hacer aunque sea una breve referencia a la siempre relevante polémica en torno a los límites de la confidencialidad, la posibilidad o la obligación de quebrantarla cuando con ello pueda evitarse un daño grave a terceros, cuestión que también requiere una profunda reflexión con apoyo jurídico y que en algunos casos enlazará directamente con el artículo 196 del CP, cuando se produzca un daño que pudiera haberse evitado de haber comunicado a terceros una circunstancia concreta de un paciente.

LOS CENTROS SANITARIOS

Lógicamente, la actividad profesional del psicólogo sanitario se desarrolla en establecimientos que deben cumplir un conjunto de requisitos legalmente señalados.

El documento básico sobre este tema es el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Éste regula las bases del procedimiento de autorización, con el objetivo de establecer una clasificación, denominación y definición común para todos ellos y crear un Registro y un Catálogo general de dichos centros, servicios y establecimientos, de conformidad con lo dispuesto en la LCCSNS, debiendo tomarse la clasificación, denominaciones y las definiciones en él contenidas, como los criterios generales para proceder posteriormente, en desarrollo del artículo 27.3 de la mencionada Ley 16/2003, a la determinación, con carácter básico, de las garantías mínimas y comunes de seguridad y calidad que deberán exigir a las comunidades autónomas para autorizar la apertura y puesta en funcionamiento de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

No persigue ordenar las profesiones sanitarias, ni limitar las actividades de los profesionales, sino sentar las bases para las garantías de seguridad y calidad de la atención sanitaria, tal y como figura en su artículo 1. Su artículo 2 contiene un conjunto de definiciones y considera centros, servicios y establecimientos sanitarios los que se recogen en la clasificación que figura como anexo I de dicho RD, figurando la definición de cada uno de ellos en el anexo II.

El RD 1277/2003 fue objeto de recurso ante el Tribunal Supremo por parte del Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya, dictando sentencia desestimatoria la Sala de lo Contencioso-administrativo de dicho Tribunal. Con la aparición de la LOPS, se produjo una modificación de este RD, mediante Orden SCO/1741/2006, de 29 de mayo, por la que se modifican los anexos del Real De-



creto 1277/2003 de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Esta Orden venía especialmente motivada por la inclusión de la Psicología Clínica entre las profesiones sanitarias, lo que obligaba a modificar alguna de las referencias de los anexos I y II. Esta última norma fue nuevamente objeto de recurso ante la Audiencia Nacional por parte del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. El 26 de septiembre de 2007, se dictó sentencia estimando en parte dicho recurso y declarando nulo el apartado cinco del artículo único y de la disposición adicional única, resolución que sería confirmada por el Tribunal Supremo. Con lo anterior, quedaba pues suprimida la denominada U.900 (Otras unidades asistenciales) con la que se quisieron suplir inconvenientes y habilitar la posibilidad de establecer unidades donde no se requiriese una titulación sanitaria.

En suma, actualmente, como unidad asistencial relacionada con el trabajo de los psicólogos existe la denominada "U.70 Psicología Clínica: unidad asistencial en la que un psicólogo especialista en Psicología clínica, es responsable de realizar el diagnóstico, evaluación, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, emocionales, relacionales y del comportamiento". Quedando, pues, como una cuestión pendiente, el regular una unidad asistencial propia del PGS.

Es cierto que existen al menos dos tipos de centros donde tendrían cabida las actividades de psicología dentro del ámbito sanitario: C.2.2 (Consultas de otros profesionales sanitarios) C.2.5.10 (Centros de reconocimiento) y C.2.5.11 (Centros de salud mental), pero la propia norma RD 1277/2003 señala en su artículo 3.2 "La autorización de funcionamiento será concedida para cada establecimiento y para cada centro sanitario, así como para cada uno de los servicios que constituyen su oferta asistencial, debiendo ser renovada, en su caso, con la periodicidad que determine cada comunidad autónoma". Y en el art. 6.1 "...tendrán en lugar visible un distintivo que permita a los usuarios conocer que han recibido dicha autorización y el tipo de centro, con su oferta asistencial". Por lo que sin lugar a dudas deberá establecerse como se ha señalado una oferta asistencial específica con las competencias que se le atribuyen en el apartado 1 de la Disposición Adicional 7ª de la LGSP: "... la realización de investigaciones, evaluaciones e intervenciones psicológicas sobre aquellos aspectos del comportamiento y la actividad de las personas que influyen en la promoción y mejora del estado general de su

salud, siempre que dichas actividades no requieran una atención especializada por parte de otros profesionales sanitarios".

También en la LOPS, se impone a los centros sanitarios y, por lo tanto, a los responsables de los mismos, la obligación de comprobar como mínimo cada tres años que los profesionales sanitarios de su plantilla cumplen los requisitos necesarios para ejercer la profesión conforme a lo previsto en esta ley y en las demás aplicables (art. 8.3).

CONCLUSIONES

No es infrecuente que los psicólogos crean que la única normativa reguladora de su praxis profesional es el Código Deontológico y que, por lo tanto, será en el Colegio correspondiente ante el que un paciente descontento tendrá que interponer una reclamación. En otros casos, que la disposición de un seguro de responsabilidad civil que cubra una posible indemnización económica es suficiente para evitar cualquier inconveniente profesional. Pero ambas cosas son inciertas.

Centrándonos de manera exclusiva en los psicólogos que ostenten la condición de profesional sanitario, observamos cómo la disposición adicional 8ª de la LOPS, dice: "A estos efectos, las infracciones de lo dispuesto en esta ley quedan sometidas al régimen de infracciones y sanciones establecido en el capítulo VI del título I de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, sin perjuicio, en su caso, de las responsabilidades civiles, penales, estatutarias y deontológicas, de acuerdo con lo previsto en el ordenamiento jurídico vigente".

Queda, pues, claro que los profesionales sanitarios deberán responder de cuanto les impone su condición ante la reclamación de un paciente que se considere objeto de una mala praxis o de cualquier otra lesión a sus derechos, y que ésta podría interponerse ante diversas autoridades, incluidos los tribunales de justicia.

A la vista de cuanto hemos expuesto anteriormente y puesto que el proyecto de desarrollo de la carrera profesional como psicólogo dentro del ámbito sanitario que se vislumbra en el futuro supone una progresión desde el de Grado en Psicología (que no habilita, por si mismo...) al Master (para la obtención del título de Psicólogo General Sanitario) y finalmente al PIR (para poder desempeñar...), sería deseable que en ese programa de Master, pendiente de desarrollar, se incluyese una asignatura que bajo el nombre de Derecho Sanitario incorporase al currículo formativo del futuro profesional



sanitario unas nociones básicas de Derecho y el conocimiento del conjunto de textos legislativos que regularán su futura actividad profesional.

Queda también por definir la formación continuada que recoge el capítulo IV de la LOPS, así como la carrera profesional.

Finalmente, un apunte sobre coherencia sintáctica. Con la promulgación en el año 2003 de la LOPS, se define el concepto de profesión sanitaria, como una denominación con un contenido semántico amplio que engloba a un conjunto de profesionales que, indistintamente de la disciplina académica de procedencia, se aglutinan en torno al objetivo profesional de la atención de la salud. Así, la expresión profesionales sanitarios, sin excluir de ninguna manera a los médicos hace extensiva tal condición entre otros a los PEPC y PGS.

Lógicamente existen numerosos textos previos en los que la terminología utilizaba como denominación referente del profesional que atiende a la salud el sustantivo médico (por ejemplo la LAP). No cabe duda que el espíritu y las disposiciones recogidas en dichas normas se hace hoy en día a todos los profesionales sanitarios. Por ello y con la finalidad de evitar confusiones y en algunos casos exclusiones, sería conveniente que, al igual que se hizo con los términos minusvalía y discapacidad, sustituyendo las referencias al primero por las mismas al segundo mediante el Real Decreto 1856/2009, de 4 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, y por el que se modifica el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de alguna manera se hiciera lo mismo con las referencias al término médico y profesional sanitario en aquellos casos en los que proceda hacerlo.

Tal y como dice el artículo 6 del Código Civil, la ignorancia de las leyes no excusa de su cumplimiento; sea mejor pues conocerlas y así saber cómo cumplirlas.

REFERENCIAS

Rizo Gómez, R. y Barrios Flores, F. (2012). *Salud Mental en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad: Desde la Psicología y el Derecho*. Madrid: Abalar Consultores.

NORMATIVA CITADA POR ORDEN CRONOLÓGICO

- ✓ Constitución Española (1978).
- ✓ Ley 43/1979, de 31 de diciembre, sobre creación del Colegio Oficial de Psicólogos (BOE 8-1-1980).
- ✓ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE 29-4-1986).
- ✓ Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Có-

digo Penal (BOE 24-11-1995) y sus modificaciones posteriores.

- ✓ Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre, por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (BOE 2-12-1998).
- ✓ Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997 (BOE 20-10-1999).
- ✓ Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE 14-12-1999).
- ✓ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE 16-11-2002).
- ✓ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE 29-5-2003).
- ✓ Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios (BOE 23-10-2003).
- ✓ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (BOE 22-11-2003).
- ✓ Orden SCO/1741/2006, de 29 de mayo, por la que se modifican los anexos del Real Decreto 1277/2003 de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios (BOE 6-6-2006).
- ✓ Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal (BOE 19-1-2008).
- ✓ Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica (BOE 17-6-2009).
- ✓ Real Decreto 1856/2009, de 4 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, y por el que se modifica el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre (BOE 26-9-2009).
- ✓ Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud (BOE 16-10-2010).
- ✓ Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (BOE 5-11-2011).



LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO. UNA REVISIÓN DEL ESTADO DEL ARTE

Xavier Roca Tutusaus¹, Joan Guàrdia Olmos² y Adolfo Jarne Esparcia³

¹Centre Penitenciari Brians. Departament de Justícia. Generalitat de Catalunya. ²Universitat de Barcelona. Institut de Recerca en Cervell, Cognició i Conducta IR3C. ³Universitat de Barcelona

Tradicionalmente, las conductas autolesivas han sido consideradas como síntomas de un trastorno; por lo que en la mayoría de los estudios, se han estudiado en relación con la presencia de trastornos a las que asociarlas. De este modo, son pocos los estudios que proponen el estudio de estas conductas en relación con el entorno y medio en el que ocurren (en el medio comunitario, prisión, institución psiquiátrica, etc.). El enfoque en el estudio de la conducta autolesiva ligada a la definición de algún trastorno con las que se las relaciona ha dificultado, en nuestra opinión, la comparación y la profundización de los rasgos definitorios de estas conductas, puesto que en la mayoría de los casos se han entendido desde la perspectiva del trastorno psicopatológico y no como una entidad propia. Así, en este trabajo se propone una exhaustiva revisión de las distintas definiciones de las conductas autolesivas, así como de los principales estudios tanto en el ámbito comunitario como en el penitenciario, centrando nuestra atención en las propiedades y variables identificadas a partir de esas definiciones.

Palabras clave: Autolesiones, Prisiones, Psicopatología.

Traditionally, self-injurious behaviors were considered as symptoms of a disorder which, in most studies, have been studied in relation to the presence of a disorder they associate. Similarly, there are few studies that suggest the study of these behaviors regarding the environment in which they occur (in the community context, prison, mental institution, etc.). This effort to focus the study of the self-injurious behaviour and the conceptual differences that have been proposed over them always linked to the definition of a disorder with which they are related has been difficult to compare and deepening of the traits that define these behaviors, as in most cases have been understood from the perspective of psychopathology and as a separate entity. Thus, this paper proposes a comprehensive review of the different definitions of self-injurious behavior and relationships with various disorders at both the community and in the prison, focusing our attention on the properties and variables identified on the basis of these definitions.

Key words: Self-injurious behavior, Prison, Psychopathology.

Los seres humanos han mostrado, a lo largo de su existencia, una amplia muestra de conductas agresivas ante distintas situaciones y con objetivos y motivaciones diferentes. Así, en situaciones de peligro, estas conductas tienen un elevado valor adaptativo de supervivencia mientras que en otras situaciones son valoradas en algunas ocasiones como desadaptativas e inaceptables en otras. En este último caso, cada sociedad ha determinado distintas respuestas para aislarlas, castigarlas y modificarlas. Sin embargo, hay un grupo de conductas agresivas, las autolíticas y las autolesivas, que resultan más difíciles de abordar debido a que no tienen una función adaptativa o de supervivencia. La di-

ficultad de entender este tipo de conductas ha conllevado la ausencia de modelos, tanto teóricos como prácticos, para su comprensión, intervención y evaluación a pesar de ser una de las conductas que más problemas genera en las unidades de urgencias de los hospitales (García Velasco y Martínez Cordero, 1994) y en las instituciones penitenciarias (Roca, 2009).

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS

La definición y la delimitación de lo que entendemos o de lo que se puede considerar una conducta autolesiva no es fácil. Para empezar existen, dentro de la literatura científica, diferentes palabras para describir estas conductas como automutilaciones, autolesiones, parasuicidios o intentos de suicidio, entre otros. Es evidente que todas estas expresiones hacen referencia o bien a los resultados de la conducta o bien a su intencionalidad independientemente del tipo de autolesión o de su gravedad. Así, cada autor ha realizado sus estudios

Correspondencia: Joan Guàrdia Olmos. Facultat de Psicologia. Departament de Metodologia de les Ciències del Comportament. Universitat de Barcelona. Passeig de la Vall d'Hebrón, 171. 08035 Barcelona. España. E-mail: jguardia@ub.edu

Parte de los autores de este trabajo pertenecen al Grup de Recerca Consolidat SGR 388 de la Generalitat de Catalunya.



con su propia definición, dificultando la comparación y la generalización de los resultados de los diferentes trabajos. Nos encontramos así con un número de estudios que, o bien se centran en una tipología muy concreta de autolesiones, o bien incluyen un abanico muy amplio de conductas (incluso las conductas suicidas); lo cual supone englobar en una misma categoría conductas muy heterogéneas sin disponer de estudios que justifiquen de manera clara el poder incluirla en una misma categoría de análisis.

EN RELACIÓN CON LA DEFINICIÓN DE CONDUCTA AUTOLESIVA

La definición más generalizada de autolesión es la de destrucción deliberada del tejido corporal sin intención suicida consciente (Chapman, Gratz, y Brown, 2006; Favazza, 1989; Favazza, Simeon, y Rosenthal, 1993; Pattison y Kahan, 1983; Winchel y Stanley, 1991). Esta definición, a pesar de ser la más citada, ha sido criticada por distintos aspectos. En primer lugar, define la autolesión por exclusión del suicidio, y esta exclusión se basa únicamente en la intencionalidad de la conducta, hecho totalmente interno al sujeto y, por lo tanto, difícilmente medible de manera fiable. Por otra parte, deja de lado todo un tipo de conductas autolesivas, como tragarse objetos extraños (pilas o clavos, por ejemplo) o la dislocación voluntaria de extremidades, por ejemplo (Barr, Leitner, y Thomas, 2007). Además, esta definición puede incluir otras conductas como los tatuajes o los *piercings* que tienen un componente cultural muy importante, cuya inclusión dentro de la categoría de autolesiones no puede traer más que confusión y dificultades de generalización de resultados (Suyemoto, 1998). Otra definición de autolesión es la que la refiere como autoagresión física directa y repetitiva que no pone en peligro la vida de la persona (Herpertz, 1995; Scharfetter, 1992). En casos de autolesiones graves el riesgo para la vida puede ser elevado, aunque no sea ésta la intención del sujeto y, por lo tanto, en la mayoría de trabajos no incluyen a estas personas que, a nivel cualitativo, son las que más importancia tienen ya que son las que mostrarían un mayor riesgo y, en consecuencia, el grupo de personas sobre los cuales se tendría que intervenir para evitar futuras autolesiones. Dentro de esta categoría se puede entender la conducta autolesiva como aquella conducta parasuicida que se realiza sin tener intención de causar la muerte (Chapman, et al., 2006; Kreitman, 1977). Otros auto-

res, como Babiker y Arnold (1997), destacan que lo que diferencia la conducta de suicidio de la conducta de autolesión es que la segunda permite que el sujeto continúe viviendo. También ha sido conceptualizada como un indicador de una estrategia de *coping* o afrontamiento de estrés (Haines y Williams, 1997), o como el hecho de dirigir la ira y el castigo hacia uno mismo (Favazza y Rosenthal, 1993).

Todos estos problemas con el concepto y la definición de la conducta autolesiva han comportado problemas para definir de manera más operativa qué conductas pueden ser consideradas como autolesivas y cuáles como intento de autólisis. Así, nos podemos encontrar estudios que incorporen como conducta autolesiva intentos de suicidio, o por el contrario, otros que consideren ciertas conductas autolesivas como intentos de suicidio y que por este motivo no las incluyan en su análisis. Esta dificultad se ve aumentada cuando estudiamos estas conductas en distintos medios o entornos. En este sentido, Bostock y Williams (1974) ya sugirieron que los sujetos que utilizan las conductas autolesivas para manipular su entorno tienen más tendencia a repetir estas conductas, ya que son conscientes del impacto de la misma y de sus consecuencias.

Así pues, y de manera resumida, los problemas de definición y de consenso alrededor del concepto de "conductas autolesivas" se centran en los siguientes aspectos concretos: a) la intencionalidad de la conducta, b) la gravedad de las heridas. c) la repetición de la conducta, d) la inclusión de las automutilaciones. Estos cuatro aspectos son los que determinan una parte importante de las diferencias entre la mayoría de los estudios. Nosotros proponemos la siguiente definición (Roca, 2009): entendemos como Autolesión toda herida o daño físico que se causa una misma persona sin tener la intención de perder la vida. Esta definición coincide con la propuesta por Isaccsson y Rich (2001). Consideramos que las autolesiones o automutilaciones que se realizan cuando la persona tiene la intención de perder la vida tendrían que ser estudiadas como intentos de suicidio o conductas parasuicidas. En el caso de personas que consiguen perder la vida y han dejado clara su intención (mediante carta, mensajes o cualquier otra manera), se tienen que categorizar como suicidas. Las personas que mueren sin haber dejado clara su intencionalidad se tendrían que estudiar como un grupo diferenciado del de personas suicidas dado que no podemos disponer de información respecto a la intencionalidad de su conducta. Por lo tan-



to, el concepto de Automutilación haría referencia a la pérdida voluntaria o expresa de una parte del propio cuerpo y, aunque serían un tipo de autolesiones tendríamos que estudiarlas de manera diferenciada hasta que se pudiera demostrar su similitud y congruencia con las autolesiones.

EN RELACIÓN CON LA CLASIFICACIÓN DE CONDUCTA AUTOLESIVA

Otra dificultad en la investigación en este campo es la amplia variedad de conductas que pueden clasificarse como autolesivas. Esta variedad, por un lado, obliga a hacer definiciones muy amplias y, por otro, es un indicador de que probablemente el fenómeno es mucho más amplio, más heterogéneo de lo que se ha supuesto hasta ahora. En muy pocas ocasiones se diferencian las conductas autolesivas en función de la extensión de la lesión, localización de la herida o gravedad de la misma (Rosen y Heard, 1995). Uno de los pocos intentos de sistematizar el fenómeno proviene de Favazza et al, que en 1993 establecieron tres subtipos. El primer grupo estaba formado por pacientes diagnosticados de esquizofrenia y suponía la existencia de autolesiones muy graves. El segundo grupo estaba relacionado con el consumo de estimulantes y retraso mental y presentaban autolesiones que se ejecutaban de una manera rítmica o estereotipada. El tercer grupo suponía la existencia de autolesiones superficiales o moderadas.

Un estudio realizado en nuestro país (Pérez de los Cobos, Trujols, Ribalta y Pinet, 2009) intentó clasificar a un grupo de 164 adictos a la heroína en función de las conductas autolesivas que habían realizado a lo largo de su vida. Los resultados apuntaban a una clasificación en tres grupos: El primero estaba formado por la mayoría de la muestra (98 sujetos, 59.7%) que los autores nombraron "Grupo de baja frecuencia de autolesiones" porque informaban de menos conductas autolesivas que el resto de la muestra. El segundo grupo ("Grupo de arrancarse las costras") y el tercer grupo ("Grupo de cortes y sangre") reportaban un número de cualquier tipo de conducta autolesiva superior al del primer grupo. El segundo grupo se diferenciaba del tercero por que se habían arrancado las costras más veces que los del tercer grupo y manifestaban menos cortes y autolesiones con sangre. En este estudio se desarrolló una escala con el fin de valorar, de manera retrospectiva, las autolesiones. Este instrumento tenía 15 categorías y el análisis factorial se acercaba mucho al encontrado por Favazza

y Simeon (1995) aunque en lugar de tres factores, Pérez de los Cobos, Pinet, Ribalta, Trujols, y Casas (1994) encontraban 4, que explicaban el 69.3% de la variancia. La solución factorial era la siguiente; Factor 1 Autolesión cutánea con objetos que explicaba el 27.3% de la variancia, Factor 2 Autolesión cutánea sin objeto con el 18.2% de la variancia, Factor 3 Autolesión por golpes, 12.3% de la variancia, Factor 4 Autolesión para arrancarse costras, 11.5 % de la variancia. El factor 4 era el único que Favazza y Simeon (1995) no habían descrito, mientras que el resto de factores eran casi idénticos. Otro de los aspectos que se abordaron en este trabajo de Perez de los Cobos et al. (2009) es el de los intentos de suicidio. En la muestra estudiada, 164 adictos a la heroína, se observó que los adictos que pertenecían al grupo tercero ("Grupo de cortes y de sangre") mostraban un mayor número de intentos de conducta autolítica, referenciada por los mismos adictos, que en los otros dos grupos. Por otra parte, estas diferencias no se daban en relación al número de sobredosis o con respecto a las variables relacionadas con el consumo de heroína. Estas diferencias apuntan la posibilidad de la existencia de un grupo de personas adictas que, con independencia de su consumo, son diferentes del resto de adictos en relación con su conducta autolesiva y autolítica, presentando mayor tendencia hacia estos comportamientos.

LA CONDUCTA AUTOLESIVA EN EL ÁMBITO COMUNITARIO Y EN PRISIÓN

Las conductas autolesivas dentro de las prisiones que más a menudo se describen son las de cortarse, quemarse y producirse abrasiones (Liebling y Krarup, 1993), aunque no existen estudios exhaustivos en este sentido. El estudio de Jackson (2000), realizado en un hospital de máxima seguridad, apunta la existencia de personas con un riesgo elevado; de su muestra de 127 pacientes, 5 acumulaban el 67% (de 122) de todos los incidentes relacionados con autolesiones.

Un estudio de Borrill, et al. (2003) realizado con un grupo de 301 mujeres encarceladas en prisiones inglesas planteaba, aunque no de forma concluyente, la idea de que la dependencia de las drogas podría ser un predictor de autolesiones en la población encarcelada de color. Con respecto a la población en general, y en un servicio de urgencias de un hospital en el que se registraron todos los actos autolesivos durante 2 años seguidos, se pudo observar que el método de autolesión más utilizado fue el de la ingesta de fármacos en un 72.6%



de los casos (Hidalgo, Santiago, García y González, 1994) mientras que el número de autolesiones graves fue de un 6.4% del total.

Dentro de las prisiones, las conductas autolesivas son un tipo de conducta que causa un número importante de problemas y que genera unos altos niveles de estrés, tanto entre los profesionales que trabajan, como entre los mismos internos. A menudo suponen una alteración del ritmo normal del funcionamiento del centro penitenciario que puede afectar a un número importante de actividades. Existen pocos estudios en nuestro país de autolesiones en prisión. En concreto, destacan los trabajos de Laliga, Mendaña, Traserra y Gómez (1991) y los estudios de Mohino et al. (2004). En el trabajo de Laliga et al. (1991) se registraron 73 conductas autolesivas que se dieron en 46 sujetos durante el año 1990 en una prisión de jóvenes. De estos 46 sujetos, 30 se autolesionaron 1 vez, 9 en dos ocasiones, 3 se autolesionaron tres veces y 4 internos lo hicieron en cuatro ocasiones. Las heridas fueron mayoritariamente en el brazo (un 64.4%) mientras un 11% fueron heridas en el vientre y un 8.2% se realizaron mediante la ingesta de un cuerpo extraño y 8,2% fueron ahorcamientos. El resto de tipologías de autolesiones suponían el 8.2%. Uno de los datos más relevantes que se obtuvieron fue el de constatar que de los 46 internos que se autolesionaron, el 84.7% eran consumidores de drogas por vía parenteral.

Además, el 45.65% de los participantes presentaban autolesiones desde antes del estudio y el 90.5% de éstos eran consumidores de drogas por vía parenteral. Este trabajo les permitió hacer una clasificación de 3 tipos de autolesiones que relacionadas con variables demográficas, clínicas y criminológicas les permitía proponer la existencia de dos patrones básicos de autolesiones: uno penitenciario y otro no penitenciario, que consideraban relevantes a la hora de establecer estrategias terapéuticas.

El estudio más reciente llevado a cabo por Mohino et al. (2004) comparó a una muestra de 26 internos con conductas autolesivas del Centro Penitenciario de Jóvenes de Catalunya con un grupo control de 81 internos del mismo centro que no presentaban estas conductas. En el trabajo no se observaron diferencias significativas entre variables sociodemográficas ni tampoco en variables penales o penitenciarías. Los resultados señalaban la importancia de síntomas como la ansiedad, depresión y consumo de alcohol en la conducta autolesiva. De hecho, los datos recogidos indicaban una mayor prevalencia de dependencia de alcohol que de otras drogas en estas personas. Con res-

pecto a los trastornos de personalidad, los resultados apuntaban que los internos que se autolesionaban tenían puntuaciones más elevadas en las escalas de trastorno de personalidad borderline, negativista y antisocial y que estas tres escalas eran suficientes para clasificar correctamente en el 92.6% de la muestra.

Otro motivo de interés para estudiar las autolesiones es la asociación entre esta conducta y el suicidio. Aunque esta asociación no está demostrada, algunos estudios plantean ambas conductas como síntomas de un mismo trastorno y/o un *continuum* en el tipo de comportamiento. De hecho, hay datos relevantes que señalan una mayor prevalencia de autolesiones entre internos que se suicidan que en la población general (Liebling, 1992). En esta línea, Hawton y Catalan (1987) señalan que los internos que se autolesionan tienen una tasa de suicidio más elevada, aproximadamente 100 veces superior a la población general. En este sentido, hay que señalar que, en entrevistas realizadas a internos en el ámbito penitenciario, es fácil observar cómo los internos diferencian sin ningún problema, y de manera clara, entre autolesiones sin intencionalidad y con intencionalidad de suicidio cuándo hablan de manera retrospectiva. Es un tema del que los internos pueden hablar fácilmente, dado que este tipo de conducta no implica ningún tipo de expediente disciplinario o de castigo por parte del Reglamento Penitenciario.

ANÁLISIS PSICOPATOLÓGICO DE LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS

Las conductas de los sujetos pueden variar en el tiempo por diferentes motivos y los factores culturales o sociales influyen de manera importante en estos cambios de comportamiento. Por ejemplo, en los años 90, a las personas que llevaban tatuajes se las relacionaba con subculturas muy marginales y/o delincuenciales hasta el punto de que hay trabajos en los que se encuentran correlaciones significativas entre la superficie de piel tatuada y el trastorno de personalidad antisocial (Aluja, 1991). Desde el punto de vista psicopatológico nos encontramos que dentro del DSM-IV la conducta autolesiva suele presentarse como síntoma o criterio diagnóstico en el trastorno límite de personalidad (en el eje II), y de manera indirecta en el trastorno ficticio del eje I (APA, 2000). Esta carencia nos indica que, conceptualmente, no está claro que la autolesión y/o automutilación pertenezcan a un grupo diagnóstico determinado. También se puede argumentar que esta conducta ha sido utilizada como un indicador o termó-



metro de un trastorno ya detectado y al que se le atribuye la responsabilidad de la conducta autolesiva. No deja de sorprender que una conducta que puede generar problemas sanitarios, especialmente de urgencias, sea conceptualizado como un indicador inespecífico y de segundo orden y no haya recibido más importancia en la línea de comprenderla y relacionarla con el resto de psicopatología. La experiencia clínica sugiere que las posibilidades diagnósticas son más amplias que las que sugieren los manuales. En la práctica clínica nos podemos encontrar pacientes con diferentes diagnósticos y que presentan, al mismo tiempo, conductos autolesivos de diferente importancia y consideración.

AUTOLESIÓN Y TRASTORNO DE PERSONALIDAD

En el criterio 5 del diagnóstico de trastorno límite de personalidad se hace referencia a la presencia de automutilación así como comportamientos, intentos o amenazas de suicidio (Tantam y Whittaker, 1992). En un sentido estricto tendríamos que dejar de lado la autolesión ya que existen diferencias lo bastante importantes entre la autolesión, automutilación y el intento de suicidio. Algunos estudios acerca del trastorno límite han encontrado resultados interesantes. Por ejemplo, Herpertz, Sass, y Favazza (1997) encontraron en una muestra de pacientes con autolesiones que en torno al 48% cumplían los criterios de trastorno límite y que, cuando el criterio de autolesión era excluido, la tasa bajaba al 28%. Rusch, Guastello y Mason (1992), hallaron en una muestra de 89 pacientes que cumplían los criterios diagnósticos de trastorno límite y dichos criterios mostraban una estructura factorial con tres factores: (I) Inestabilidad, compuesto por los criterios de ira inapropiada, relaciones inestables, y conducta impulsiva, (II) Autodestrucción / Impredecibilidad; compuesto por autolesiones e inestabilidad emocional, y (III) Trastorno de identidad.

El factor II lo presentaban 82 de los pacientes mientras que el factor I se hallaba presente en 25 pacientes y el factor III solamente en 21 pacientes. Rusch et al. (1992) creen que los datos sugieren que o bien la autolesión es el síntoma más relevante del trastorno límite de la personalidad o bien existe la tendencia a asignar esta categoría diagnóstica en todo paciente que manifiesta una conducta autolesiva. Un estudio de Hill, Rogers y Bickford (1996) intentó comprobar si el trastorno psicopático de la personalidad (evaluado por la escala PCL-SV) tenía alguna capacidad predictora tanto en relación con el suicidio, con las autolesiones, con agresiones y riesgo de

huida en una unidad psiquiátrica penitenciaria. Los datos obtenidos señalan que la puntuación en la escala de la PCL-SV sola puede predecir la conducta agresiva y el no cumplimiento de normas terapéuticas. Cuando se ha estudiado una muestra de 1986 militares (Klonsky, Oltmanns, y Turkheimer, 2003) los resultados que se obtienen es que solo un 4% de la muestra refiere antecedentes de autolesiones. Esta muestra del 4% destacaba del resto de la población por que obtenían puntuaciones más elevadas en relación con los síntomas de trastornos de personalidad límite, esquizotípico, dependiente y evitación.

Por otra parte, un estudio de Engström Alsén, Gustavsson, Schalling y Träskman-Bendz (1996) en el que intentaban analizar si existen diferencias de temperamento y/o de personalidad en sujetos que han intentado suicidarse observaron que existe una heterogeneidad muy importante y, por lo tanto, no hay una "personalidad suicida"

AUTOLESIÓN Y TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO

Las autolesiones son utilizadas a menudo como mecanismos de regulación de la tensión experimentada en situaciones estresantes, por lo que en personas con trastornos del estado de ánimo pueden convertirse en una estrategia muy fácil para regular el estado de ánimo o para afrontar situaciones o sensaciones de distress psicológico. Por este motivo, el diagnóstico de estos trastornos en pacientes que manifiestan conductas autolesivas tiene que ser hecho con mucho cuidado y contrastar la información que nos da el paciente con la que puede aportar la familia. Los datos del estudio de Klonsky et al. (2003) señalan que la muestra de militares con antecedentes de autolesión, que compararon con el resto de militares sin antecedentes presentan puntuaciones más elevadas en relación a los síntomas de ansiedad y de depresión. En otro estudio (Haw, Houston, Townsend, y Hawton, 2002) se señaló que la depresión era el diagnóstico más habitual entre los pacientes que presentan autolesiones e intentos de suicidio. A pesar de estos datos, hay otros trabajos que no encuentran esta relación. En concreto, en los estudios de Herpertz, Steinmeyer, Marx, Oidtmann, y Sass (1995); Simeon, et al. (1992) no se encuentran diferencias en las puntuaciones del Beck Depression Inventory (Beck, Ward, Mendelson, Mock, y Erbaugh, 1961) entre sujetos que se autolesionaban y los que no (muestra control ajustada a varias variables) en el primer trabajo y entre diferentes sujetos que se autolesionaban de manera impulsiva o intencionada en el caso del segundo trabajo.



AUTOLESIÓN Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Existen algunos estudios que señalan cierta relación entre las conductas autolesivas y los trastornos alimenticios. Favazza (1996) señala que tanto la anorexia como la bulimia pueden ser utilizadas por los niños o adolescentes con el fin de hacer enfadar o de manipular a sus padres (igual que con las autolesiones). Es evidente, sin embargo, que las autolesiones son uno de los mecanismos más utilizados para abordar la tensión interna que experimenta un paciente o para solucionar un conflicto con otra persona y, por lo tanto, se puede dar el caso de que las autolesiones sirvan para resolver los sentimientos de culpa relacionados con episodios de bulimia. El estudio de Welch y Fairburn (1996) señala esta dirección. Estudiaron las autolesiones en una muestra de pacientes bulímicas. Este grupo de pacientes obtuvo unas puntuaciones similares al grupo control en relación al consumo de alcohol, pero presentaban un consumo más importante de otras drogas y una tasa superior de autolesiones que el grupo control. Existen diferentes trabajos que demuestran cómo la conducta alimentaria (en concreto, la bulimia) mejora con el tratamiento de naltrexona (Jonas y Gold, 1986, 1988), que a su vez es utilizada también en el abordaje de las conductas autolesivas (Barrett, Feinstein, y Hole, 1989; Bernstein, Hughes, Mitchell, y Thompson, 1987). El trabajo de Pérez de los Cobos et al. (1994), con un grupo de pacientes adictos en tratamiento con naltrexona, encontró que existían tres subgrupos diferentes, de los cuales uno estaría compuesto por personas con graves déficits de control de impulsos (trastornos de bulimia incluidos), un segundo grupo compuesto por sujetos que en el momento que inician la abstinencia en opiáceos inician también las conductas bulímicas y un tercer grupo que se caracteriza por realizar conductas bulímicas cuando está consumiendo pero que desaparecen cuando se mantiene abstinentemente.

AUTOLESIÓN Y TRASTORNO DEL CONTROL DE IMPULSOS

El DSM-IV (APA, 2000) utiliza unos criterios (especialmente en lo que hace referencia al Trastorno de Control de Impulsos no especificado) que se ajusta en muchas de las descripciones que hacen los pacientes de los episodios de autolesiones, y por este motivo, es uno de los diagnósticos más utilizados con una persona con conductas autolesivas. También se tiene que destacar, como hacen Dawes, Tarter, y Kirisci (1997), las altas relaciones entre impulsividad y consumo de drogas. En su estudio, estos autores encontraron que los hijos de

padres con problemas de drogas tenían puntuaciones más altas en diferentes pruebas relacionadas tanto con la impulsividad como con el trastorno por déficit de atención. Por otra parte, los criterios que se utilizan en relación al consumo de drogas por el DSM-IV se caracterizan por reflejar cierto comportamiento impulsivo. Por ejemplo, tomar cada vez más sustancias y durante más tiempo de lo que el paciente quería, el deseo continuado de querer disminuir el consumo o que la sustancia se consuma a pesar del conocimiento de las consecuencias derivadas de su consumo. Existen diferentes trabajos en relación con la comorbilidad entre trastornos por/para el control de impulsos y de conductas adictivas (Brady, Myrick, y McElroy, 1998). En estos trabajos se expone que los delincuentes con conductas impulsivas tienen una prevalencia de abuso de drogas entre el 20 y el 100%. Esta relación tan alta ha hecho que algunos autores entiendan el estudio de la impulsividad en función del número de conductas diferentes en las que el sujeto tenga un déficit de control más que la falta de control en una conducta determinada (Stanford y Barratt, 1992).

La estrecha relación entre conductas agresivas, impulsividad y consumo de drogas podría tener su razón de ser en una posible alteración del sistema opioide, hecho que podría explicar porque algunos toxicómanos mejoran su control conductual (a nivel de agresividad y de conductas bulímicas) con la administración de antagonistas opiáceos, como la naltrexona (Pérez de los Cobos et al., 1994; Rosen y Heard, 1995). El estudio de Herpertz, et al. (1995), en el que estudiaba sujetos que se autolesionan de manera impulsiva y sujetos que se autolesionan de manera planeada, encontraban que los primeros tienen puntuaciones más altas en las escalas de impulsividad de Barratt pero no en las escalas de agresividad (STAXI) y de depresión (Beck Depression Inventory). Hay que señalar la necesidad de disponer de instrumentos específicos de impulsividad para la población penitenciaria ya que los existentes actualmente no tienen capacidad discriminativa suficiente.

AUTOLESIONES Y SUICIDIOS

No se sabe mucho de la relación entre las autolesiones y el suicidio, y en una situación tan especial como prisión, es posible que las motivaciones que generan una conducta u otra sean muy diferentes en relación con las conductas del mismo sujeto cuando se encuentra en libertad (Dooley, 1990). De hecho, la mayoría de estu-



dios están realizados mediante metodología de caso único o bien estudian únicamente a una población muy específica (Wilkins y Coid, 1990). También en la mayoría de los estudios se observa la dificultad de medir de manera fiable y válida los conceptos de autolesión y de intento de suicidio, debido a que las definiciones operativas utilizadas no diferencian de manera clara ambas conductas (Kreitman, 1977; Ennis, 1983). Fulwiler, Forbes, Santangelo y Folstein (1997) realizaron un estudio para intentar diferenciar internos que se automutilaban y los que intentaban suicidarse. Aunque la muestra no era demasiado importante (16 automutiladores y 15 internos que intentaron suicidarse) su trabajo señalaba que el suicidio estaba asociado con algún trastorno afectivo (86.6%) mientras que no pasaba lo mismo con los automutiladores (solo un 12.5% manifestaron un trastorno afectivo). También se observó que un 75% de los automutiladores tenían una historia de hiperactividad infantil mientras que esta característica solo se daba en un 6.67% de los internos con un intento de suicidio (Fulwiler et al., 1997).

Franklin (1988) obtiene, en su estudio en la prisión central de Raleigh, unos resultados que sugieren que en torno al 50% de los internos en centros penitenciarios que se autolesionan reconocen que su objetivo es el de la manipulación, mientras que para Power y Spencer (1987) el porcentaje oscila alrededor del 28%. Estos dos estudios confirman lo que muchos de los autores señalan: que la mayoría de las autolesiones en los centros penitenciarios lo son con la intención de manipular, lo que da apoyo a la idea de que cualquier conducta con bajo riesgo para la vida se tiene que interpretar como con finalidades manipuladoras (Haycock, 1989a; Liebling, 1992). A pesar de ello, McDonald y Thomson (1993) encontraron que había un riesgo de suicidio mucho más importante en situaciones de custodia policial que en personas de la población general, calculando que el incremento del riesgo se sitúa en 3 veces por encima del observado en la población normal (Tuskan y Thasse, 1983). Dear, Thomson y Hills (2000), encontraron en su estudio que no se podía diferenciar entre los manipuladores (sujetos que se autolesionaban) y los que intentaban hacer un suicidio. De 81 internos que se estudiaron habiendo hecho una autolesión los tres días anteriores, dos de cada tres que habían hecho algún intento manipulador tenían, al menos, un intento de suicidio de grado moderado, y de cada 6 con autolesiones uno tenía al menos algún riesgo para la vida. Uno de los crite-

rios más operativos con el fin de poder diferenciar ambos comportamientos es el de la intencionalidad. Algunos sujetos pueden llegar a hacer una autolesión muy grave con la que se pueden situar en riesgo de morir, aunque su intencionalidad no fuera esa (Velamoor y Cernovsky, 1992). Por otra parte, podemos encontrar intentos de suicidio con muy poca consistencia y que supongan un bajo riesgo de muerte o peligrosidad. Las tasas estimadas de suicidio en este medio, sin embargo, son altas, especialmente entre internos jóvenes (Thronton, 1990; Zamble y Porporino, 1988).

El dolor también ha demostrado tener su importancia. Así, Theodoulou y Harris (2005), señalan que en una muestra de personas que se autolesionaban, en el 4% de los casos, la experiencia de sentir dolor estaba asociada con las autolesiones pero también obtenían puntuaciones más altas en el índice de deseo de suicidio así como tasas bajas de trastorno psiquiátrico o de consumo de drogas. Algunos estudios también han revisado la relación entre riesgo para la vida y el intento de autólisis. Así, mientras algunos autores encontraban una relación entre ambas conductas (automutilación y autólisis) con el método utilizado (Hamdi, Amin y Mattar, 1991; Pierce, 1977), otros no la encuentran (Power, y Spencer, 1987). Liebling (1992) no encuentra ninguna relación entre el riesgo para la vida e intentos de suicidio en su muestra de internos jóvenes.

Un trabajo de Fanous, Prescott, y Kendler (2004) intentó predecir la ideación suicida en una población de 2164 mujeres gemelas, mediante técnicas multivariantes y Event History Analysis. A pesar del tamaño de la muestra y de las técnicas estadísticas utilizadas los autores no consiguen predecir de manera satisfactoria ninguna de ambas conductas. Un estudio reciente (Barr, et al., 2007) estudió las diferencias a lo largo de 5 años de seguimiento entre los pacientes que se presentaban en un servicio de urgencias que dejaban una nota de suicidio y los que no. Los datos apuntaban que los pacientes que dejaban una nota tenían más riesgo de volver a intentar un suicidio que aquellos que no habían dejado ninguna nota. Brent (1997) destaca la importancia de evaluar y definir estrategias de manejo de los jóvenes con autolesiones con el fin de evitar y disminuir los posibles riesgos de suicidio así como de poder detectar y tratar psicopatología concomitante y establecer un tratamiento que facilite a los pacientes desarrollar habilidades sociales y de resolución de problemas.



Se ha estudiado también la influencia de la étnia. El estudio ya mencionado de Borrill et al. (2003) con mujeres, ya señalaba la posible relación entre la conducta autolesiva y el intento de autolisis, especialmente si se tenía en cuenta la etnia de la población. En hombres encarcelados también se ha encontrado una cierta relación en el sentido que los internos de origen africano podrían presentar una tasa de suicidios menores que los hispánicos, europeos o de origen anglosajón (Haycock, 1989b).

Un dato que sí que resulta relevador para la predicción del suicidio es la de intentos de suicidio anteriores. Un estudio de Fruehwald, Frottier, Matschnig, y Eher (2003), en el que analizaron la historia clínica de 250 internos de prisiones australianas que se habían suicidado entre los años 1975 y 1999, encontró que el 50% de estos sujetos habían realizado algún intento anterior y que un 37% habían expresado ideas de suicidio antes de realizarlo. En este sentido, los autores también remarcan que en un estudio anterior del 2001 (Fruehwald, Frottier, Eher, Benda, y Ritter, 2001) ya habían apuntado la necesidad de que, dentro del ámbito penitenciario, cualquier interno que diera algún indicador de intento de suicidio, amenazara verbalmente o hiciera alguna autolesión tendría que suponer la derivación a consulta psiquiátrica. Otros datos relevantes vienen dados por la historia toxicológica. El estudio de Murphy, Rousanville, Eyre, y Kleber (1983) encuentra que, en una muestra de 533 adictos, las variables que diferencian entre sujetos con antecedentes de suicidio y los que no era el número de problemas relacionados con el alcohol, el uso importante de anfetaminas, tranquilizantes e inhalantes, así como un uso más suave de marihuana entre aquellos sujetos con intentos de suicidio. Los adictos con más riesgo de suicidio tenían un perfil caracterizado por menos recursos personales y menos habilidades. Carter, Reith, Whyte y McPherson (2005) encontraron en una muestra de 31 pacientes que se habían suicidado, en comparación con un grupo control de 93 pacientes que sólo habían realizado intentos de suicidio, que las variables que indicaban un mayor riesgo de suicidio eran las relacionadas con el área toxicológica (número de sustancias, incremento de las dosis y de la frecuencia del consumo). Finalmente, se añaden como variables relevantes: un diagnóstico reciente de seropositividad al VIH, antecedentes psiquiátricos y antecedentes de autolesiones (Gala et al., 1992).

AUTOLESIÓN Y TOXICOMANÍAS

Podríamos extender esta exposición a un largo listado de trastornos psicopatológicos a los que se ha vinculado la conducta autolesiva, con mayor o menor intensidad. Así, por ejemplo, se ha vinculado la conducta autolesiva con la tricotilomania propia del trastorno obsesivo y más específicamente cuando forma parte del ritual compulsivo (Yaryura-Tobias, Neziroglu, y Kaplan, 1995). Algo parecido sucede con lo que Herman (1992) denomina "trastorno complejo de estrés postraumático" que plantea la conducta autolesiva como un regulador emocional en la respuesta de estrés. Trabajos como los de Leonard, Brann, y Tiller (2005) o Orbach (1994) señalan una tímida relación entre la conducta autolesiva y el trastorno disociativo aunque la califican de poco específica o la más conocida utilización de la autolesión como estrategia de *coping* en situaciones de trastorno de ansiedad. Finalmente, este listado de relaciones debe incluir el trabajo de Haw, Hawton, Sutton, Sinclair, y Deeks (2005) que mediante un meta-análisis de 14 estudios muestra una cierta relación entre algunos factores propios de los trastornos psicóticos y la presencia de autolesiones, interpretando estas últimas como un indicador de severidad del trastorno.

Sin embargo, muchas de ellas son de carácter muy débil y, en consecuencia, con escasa aportación empírica acerca de una cierta estabilidad de esas relaciones. Caso contrario sucede en el caso de las toxicomanías en las que se da una ocurrencia de conducta adictiva y de autolesión que nos permiten pensar en una mucho más estrecha relación entre esas dos entidades, de acuerdo con las propuestas de diversos trabajos como en Lacey y Evans (1986); Linehan, Oldham y Silk (1995); Haines, Williams y Brain (1995); Kennerley (1996); Burgess et al. (2001); Coll, Law, Tobias, Hawton y Tomas (2001); Ros, Peris y Gracia (2004) o Martínez et al. (2005).

La importancia de tal estructura y de su estudio viene dada por una serie de argumentos y observaciones que a continuación detallamos. En primer lugar las conductas autolesivas no han sido estudiadas de manera correcta en este perfil de la población, a pesar de haberse señalado repetidamente el vínculo entre ambas conductas (Borrillet et al., 2003; Brooke, Taylor, Gunn y Maden, 2000; Schwartz y Cohen, 1989). Por otra parte, el consumo de drogas puede entenderse como una conducta autolesiva en sí misma (Favazza, et al., 1993; Murphy, et al., 1983; Pattison y Kahan, 1983), de manera que a veces se ha utilizado el concepto de adicción para defi-



nir y entender la conducta autolesiva (Favazza, et al., 1993; Faye, 1995). Además, los pacientes toxicómanos que se autolesionan producen problemas en las salas de urgencias por su riesgo en relación en el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (García Velasco y Martínez Cordero, 1994; Hidalgo Rodrigo, et al., 1994). De todo ello se deduce la estrecha relación entre ambos fenómenos en el medio carcelario.

Así, en el estudio de Laliga et al. (1991) se encontró una importante relación entre el consumo de drogas y las conductas autolesivas. Un 84.7% de los sujetos que hicieron alguna conducta autolesiva eran consumidores de drogas por vía parenteral mientras que la población del centro estaba formada sólo por un 57.3% de consumidores de drogas por vía parenteral. Si tenemos en cuenta las autolesiones anteriores al ingreso en la prisión se encontró que 21 de los 46 internos tenían antecedentes y de éstos 21 un 90.5% eran consumidores de drogas por vía parenteral. Otro estudio de Stocks y Scott (1991), llevado a cabo durante 5 años en un centro de emergencias de Edimburgo encontró que el 87% de las admisiones debidas a autolesiones estaban relacionadas con sobredosis y un 75% de los pacientes tenían como mínimo una condena.

A nivel teórico y según Faye (1995), son tres los puntos de semejanza entre conducta adictiva y conducta autolesiva: 1) ambas conductas presentan un tipo igual en las emociones experimentadas, en las estructuras familiares, en su origen y en la repetición de las respuestas de tensión y relajación; 2) ambas conductas presentan dificultades similares en su abordaje: la conducta se ejecuta habitualmente en privado y en soledad, así como la falta de información y la poca conciencia de enfermedad y 3) los clínicos pueden utilizar estrategias muy parecidas con el fin de abordar las necesidades de estos pacientes.

A pesar de estas semejanzas, Faye (1995) no explica de manera clara las diferencias importantes que se observan entre los pacientes que se autolesionan. Esta observación hace que sea necesario primero establecer las diferentes tipologías de conductas autolesivas, si es que las hay. En este sentido, el trabajo de Murphy et al. (1983) señala que la asociación entre sobredosis e intentos de suicidio sugiere la idea de que una sobredosis no letal puede representar un tipo de conducta suicida. Existen otros intentos de encontrar subgrupos de toxicómanos entre pacientes con patología dual. Una de las hipótesis es que los sujetos con dependencia de

estimulantes, cocaína o anfetamina tendrían que manifestar más problemas relacionados con la violencia, autolesiones y mayor número de ingresos hospitalarios (Miles et al., 2003).

COMENTARIO FINAL

Algunos autores, como Favazza y Rosenthal (1993) y Alderman (1997), proponen considerar la conducta autolesiva como un trastorno y no como un síntoma de un trastorno. Su propuesta incluye la consideración de situar este trastorno dentro del eje I del sistema DSM y proponen el nombre de "Trastorno de Autolesión Repetitivo". Argumentan esta propuesta aduciendo que, en algunos casos, la conducta autolesiva se mantiene a pesar de que hayan desaparecido otros síntomas o trastornos y que, en otros casos, esta conducta aparece sin que exista algún otro tipo de trastorno. Otros autores, como Tantom y Whittaker (1992), han señalado que el hecho de autolesionarse puede tener como objetivo coaccionar a otras personas y aliviar el distress experimentado. Por este motivo consideran que a las personas que se autolesionan de manera repetida tendrían que considerarse como personas que presentan una conducta adictiva en lugar de interpretarlo como un síntoma de un trastorno más amplio.

En resumen, en el estudio de los comportamientos autolesivos existe una gran diversidad de trabajos centrados en la relación de estas conductas con trastornos. La heterogeneidad de las tipologías de las conductas autolesivas, la dificultad de relacionar de manera clara la asociación entre la conducta suicida y autolesiva, si es que existe, hacen necesario establecer un análisis más profundo de la tipología de las conductas autolesivas, la relación entre estas y los mecanismos y procesos psicológicos que subyacen.

Ahora bien, esta diversidad de enfoques y concepciones puede verse algo aliviada si nos centramos en el análisis de la conducta autolesiva en prisión, es decir, en un contexto muy determinado y específico que puede prestarse a abordajes más concretos y facilitadores de información mucho más precisa. Trabajos recientes muestran algunas aportaciones interesantes que deseamos esquematizar para concluir este trabajo (Fagan, Cox, Helfand, y Aufderheide, 2010; Gunter, Chibnall, Antoniak, Philibert, y Hollenbeck, 2011; Lanes, 2009a; 2009b). En esencia la presencia de conducta autolesivas en el medio prisión debe considerarse no tanto como una entidad propia sino como un indicador de psicopa-



tología y su presencia debe tratarse como entidad compleja vinculada con severidad de trastorno y con dificultades de pronóstico. Los estudios citados muestran que en porcentajes muy elevados las conductas anómalas han descendido como efecto recurrente a la intervención psicológica y como consecuencia del propio proceso terapéutico sin que se establecieran diagnósticos específicos y planteamientos terapéuticos exclusivos. Del mismo modo, los resultados terapéuticos han sido moderados con muchas y diversas técnicas pero existe una gran regularidad en que, independientemente del enfoque terapéutico, las conductas autolesivas descienden ante la intervención más global. Por otro lado, esos datos señalan una segunda característica a tener en cuenta en el medio prisión y se centra en el hecho de que más del 65% de los casos con conductas autolesivas se asocia dicho síntoma con trastorno severo y, por tanto, esa concepción de las autolesiones como indicador de severidad no es nada despreciable. Resumiendo, la presencia de autolesiones es un indicador robusto de enfermedad mental severa y escasamente se da en trastornos neuróticos más comunes. Finalmente, buscando algunos aspectos más aplicados de lo anteriormente mostrado, parece existir una amplia coincidencia en que, sea cual sea la forma de analizar las conductas autolesivas en prisión, la intervención urgente es precisa. No solo, que también, por las cuestiones obvias de seguridad, sino por que ese papel de indicador de severidad conlleva que la función de incremento de autolesiones es muy rápido y veloz de manera que no admite muchas demoras en el abordaje clínico. Los trabajos recién citados indican que en la mayoría de los casos en los que aparecieron autolesiones en prisión, la aparición de respuestas patológicas mucho más desestructurado se produjo en un tiempo relativamente breve y de forma especialmente violenta. De este modo parece necesario que más allá de lo que científicamente sepamos sobre las conductas autolesivas en prisión y sea cual sea la posición teórica o fenomenológica desde las que se aborden, es absolutamente importante la intervención clínica en el nivel que se asuma necesario, ya sea de forma específica como un trastorno concreto o de forma más general, como síntoma de estructuras patológicas más complejas.

REFERENCIAS

- Alderman, T. (1997). *The Sacred Soul: Understanding and ending self-inflicted violence*. Oakland: New Harbinger.
- Aluja, A. (1991). *Personalidad desinhibida, agresividad y conducta antisocial*. Barcelona: PPU.
- APA (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.* Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Babiker, G., y Arnold, L. (1997). *The language of injury: Comprehending self-mutilation*. Leicester: The British Psychological Society.
- Barr, W., Leitner, M., y Thomas, J. (2007). Self-harm or attempted suicide? Do suicide notes help us decide the level of intent in those who survive? *Accident and emergency nursing, 15* (3), 122-127.
- Barrett, R. P., Feinstein, C., y Hole, W. T. (1989). Effects of naloxone and naltrexone on self-injury: a double blind, placebo-controlled analysis. *American Journal of Mental Retard, 93*, 644-651.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.
- Bernstein, G. A., Hughes, J. R., Mitchell, J. E., y Thompson, T. (1987). Effect of narcotic antagonists on self-injurious behavior: a single case study. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry, 26*, 886-889.
- Borrill, J., Burnett, R., Atkins, R., Miller, S., Briggs, D., Weaver, T., y Maden, A., (2003). Patterns of self-harm and attempted suicide among white and black/mixed race female prisoners. *Criminal Behavior Mental Health, 13*(4), 229-240.
- Bostock, T., y Williams, C. (1974). Attempted suicide and operant behavior. *Archives of General Psychiatry, 31*, 482-486.
- Brady, K. T., Myrick, H., y McElroy, S. (1998). The relationship between substance use disorders, impulsive control disorders and pathological aggression. *American Journal of Addiction, 7*, 221-230.
- Brent, D. A. (1997). The aftercare of adolescents with deliberate self-harm. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*(3), 277-286.
- Brooke, D., Taylor, C., Gunn, J., y Maden, A. (2000). Substance misuse as a marker of vulnerability among male prisoners on remand. *British Journal of Psychiatry, 177*, 248-251.
- Burgess, S., Geddes, J., Hawton, K., Townsend, E., Jamiison, K., y Goodwin, G. (2001). Lithium for maintenance treatment of mood disorders. *Cochrane Database Systemic Review, 3*, CD003013.
- Carter, G., Reith, D. M., Whyte, I. M., y McPherson, M. (2005). Repeated self-poisoning: increasing severity



- os self-harm as a predictor of subsequent suicide. *British Journal of Psychiatry*, 186, 253-257.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., y Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 371-394.
- Coll, X., Law, F., Tobias, A., Hawton, K., Tomas, J. (2001). Abuse and deliberate self-poisoning in women: a matched case-control study. *Child Abuse Neglect*, 25(10), 1291-302.
- Dawes, M. A., Tarter, R. E., y Kirisci, L. (1997). Behavioral self-regulation: correlates and 2 year follow-ups for boys at risk for substance abuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 45, 165-176.
- Dear, G. E., Thomson, D. M., y Hills, A. M. (2000). Self-harm in prison. *Criminal Justice and Behavior*, 27(2), 160-175.
- Dooley, R. (1990). Prison suicide in England and Wales, 1972 - 1982. *British Journal of Psychiatry*, 156, 40-45.
- Engström, G., Alsén, M., Gustavsson, P., Schalling, D., y Träskman-Bendz, L. (1996). Classification of suicide attempters by cluster analysis: A study of the temperamental heterogeneity in suicidal patients. *Personality and Individual Differences*, 21(5), 687-695.
- Ennis, J. (1983). Self-harm: 2. Deliberate nonfatal self-harm. *Canadian Medical Association Journal*, 129(2), 121-125.
- Fagan, T.J., Cox, J., Helfand, S.J., y Aufderheide, D.F. (2010). Self-Injurious Behavior in Correctional Settings. *Journal of Correctional Health Care*, 16 (1), 48-66.
- Fanous, A. H., Prescott, C. A., y Kendler, K. S. (2004). The prediction of thoughts of death or self-harm in a population-based sample of female twins. *Psychological Medicine*, 34(2), 301-312.
- Favazza, A. R. (1989). Why Patients Mutilate Themselves. *Hospital and Community Psychiatry*, 40(2), 137-145.
- Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry* (2nd ed). Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Favazza, A. R., y Rosenthal, R.J. (1993). "Diagnostic issues in self-mutilation." *Hospital and Community Psychiatry*, 44(2): 134-140.
- Favazza, A. R., y Simeon, D. (1995). *Self-mutilation*. En A. H. D. J. Stein (Ed.), *Impulsivity and aggression* (pp. 185-200). Chichester: John Wiley y Sons.
- Favazza, A. R., Simeon, D., y Rosenthal, R. J. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital and Community Psychiatry*, 4, 134-140.
- Faye, P. (1995). Addictive Characteristics of the Behavior of Self-Mutilation. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 33(6), 36-39.
- Franklin, R. K. (1988). Deliberate Self-harm. Self-injurious behavior within a Correctional Mental Health Population. *Criminal Justice and Behavior*, 15(2), 210-218.
- Fruehwald, S., Frottier, P., Matschnig, T., y Eher, R. (2003). The relevance of suicidal behaviour in jail and prison suicides. *European Psychiatry*, 18(4), 161-165.
- Fruhwald, S., Frottier, P., Eher, R., Benda, N., y Ritter, K. (2001). Did suicidal behavior have relevance for prison suicide? *Psychiatric Praxis*, 28(7), 326-329.
- Fulwiler, C., Forbes, C., Santangelo, S. L., y Folstein, M. (1997). Self mutilation and suicide attempt: Distinguishing features in prison. *Journal of Academy of Psychiatry Law*, 25(1), 1994.
- Gala, C., Pergami, A., Catalan, J., Riccio, M., Durban, F., Musicco, M., Baldeweg, T., y Invernizzi, G. (1992). Risk of deliberate self-harm and factors associated with suicidal behavior among asymptomatic individuals with human immunodeficiency virus infection. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86(1), 70-75.
- García Velasco, G., y Martínez Cordero, A. (1994). Urgencias hospitalarias desde un centro penitenciario. *Atención Primaria*, 13(2), 65.
- Gunter, T.D.; Chibnall, T.J., Antoniak, S.K., Philibert, R.A., y Hollenbeck, N. (2011). Predictors of suicidal ideation, suicide attempts, and self-harm without lethal intent in a community corrections sample. *Journal of Criminal Justice*, 39(3), 238-245.
- Haines, J., y Williams, C.L. (1997). Coping and problem solving of self-mutilators. *Journal of Clinical Psychology*, 53(2), 177-186.
- Haines, J., Williams, C. L., y Brain, K. L. (1995). The psychopathology of incarcerated self-mutilators. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40(9), 514-522.
- Hamdi, E., Amin, Y., y Mattar, T. (1991). Clinical correlates of intent in attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 406-411.
- Haw, C., Hawton, K, Sutton, L., Sinclair, J. I. y Deeks, J. (2005). Schizophrenia and deliberate self-harm: a systematic review of risk factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(1): 50-62.



- Haw, C., Houston, K., Townsend, E., y Hawton, K. (2002). Deliberate self-harm patients with depressive disorders: treatment and outcome. *Journal of Affective Disorder*, 70(1), 57-65.
- Hawton, K., y Catalan, J. (1987). *Attempted Suicide: A practical Guide to its Nature and Management*. (2nd edn.). Oxford: Oxford University Press.
- Haycock, J. (1989a). Manipulation and suicide attempts in jails and prisons. *Psychiatric Quarterly*, 60(1), 85-98.
- Haycock, J. (1989b). Race and suicide in jails and prisons. *Journal of National Medicine Association*, 81(4), 405-411.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: BasicBooks.
- Herpertz, S. (1995). Self-injurious behavior. Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 91, 57-68.
- Herpertz, S., Sass, H., y Favazza, A. R. (1997). Impulsivity in self-mutilative behavior: psychometric and biological findings. *Journal of Psychiatric Research*, 31(4), 451-465.
- Herpertz, S., Steinmeyer, S. M., Marx, D., Oidtmann, H., y Sass, H. (1995). The significance of Aggression and Impulsivity for Self-mutilative behavior. *Pharmacopsychiatric*, 28 (Supplement), 64-72.
- Hidalgo Rodrigo, M. I., Santiago Cuervos, M., García Serna, B., y González Manjavacas, C. (1994). Las Conductas Autoagresivas en el Servicio de Urgencias. *Atención Primaria*, 13(1), 25-30.
- Hill, C. D., Rogers, R., y Bickford, M. E. (1996). Predicting aggressive and socially disruptive behavior in a maximum security forensic psychiatric hospital. *Journal of Forensic Science*, 41(1), 56-59.
- Isacsson, G., y Rich, C. L. (2001). Management of patients who deliberately harm themselves. *British Journal of Psychiatry*, 322, 213-215.
- Jackson, N. (2000). The Prevalence and Frequency of Deliberate Self-harm among male Patients in a Maximum Secure Hospital. *Criminal Behavior and Mental Health*, 10, 21-28.
- Jonas, J. M., y Gold, M. S. (1986). Naltrexone reverses bulimic symptoms. *Lancet*, 1, 807.
- Jonas, J. M., y Gold, M. S. (1988). The use of opiate antagonists in treating bulimia: a study of low-dose versus high-dose naltrexone. *Psychiatry Research*, 24, 195-199.
- Kennerley, H. (1996). Cognitive therapy of dissociative symptoms associated with trauma. *British Journal of Clinical Psychology*, 35 (3), 325-340.
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., y Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1501-1508.
- Kreitman, N. (1977). *Parasuicide*. London: Wiley.
- Lacey, J. H., y Evans, C. D. H. (1986). The impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *British Journal of Addiction*, 81, 641-649.
- Laliga, A., Mendaña, F., Traserra, G., y Gómez, A. (1991). Autolesiones en el Centro Penitenciario de Jóvenes de Barcelona durante el año 1990. Estudios de sus Características. *IV Simposium Europeo Regional de la AIDSM*, 257-259.
- Lanes, E. (2009a). Identification of Risk Factors for Self-Injurious Behavior in Male Prisoners. *Journal of Forensic Sciences*, 54(3), 692-698.
- Lanes, E. (2009b). The Association of Administrative Segregation Placement and Other Risk Factors with the Self-Injury-Free Time of Male Prisoners. *Journal of Offender Rehabilitation*, 48(6), 529-546.
- Leonard, D., Brann, S., y Tiller, J. (2005). Dissociative disorders: pathways to diagnosis, clinician attitudes and their impact. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(10), 940-946.
- Liebling, A. (1992). *Suicides in Prison*. New York: Routledge.
- Liebling, A., y Krarup, H. (1993). *Suicide attempts in male prisons*. London: Home Office.
- Linehan, M. M., Oldham, J., y Silk, K. (1995). Dx: Personality disorder — now that? *Patient Care*, 29(11), 75-83.
- Martinez, C., Rietbrock, S., Wise, L., Ashby, D., Chick, J., Moseley, J., et al. (2005). Antidepressant treatment and the risk of fatal and non-fatal self harm in first episode depression: nested case-control study. *British Medicine Journal*, 330(7488), 389.
- McDonald, D., y Thomson, N. J. (1993). Australian deaths in custody, 1980-1989. *The Medical Journal of Australia*, 159, 581-585.
- Miles, H., Johnson, S., Amponsah-Afuwape, S., Finch, E., Leese, M., y Thornicroft, G. (2003). Characteristics of subgroups of individuals with psychotic illness and a comorbid substance use disorder. *Psychiatry Services*, 54(4), 554-561.



- Mohino, S., Ortega-Monasterio, L., Planchat, L. M., Cuquerella, A., Talon, T., y Macho, L. J. (2004). Discriminating deliberate self-harm in young prison inmates through personality disorder. *Journal of Forensic Science*, 49(1), 137-140.
- Murphy, S. L., Rousanville, B. J., Eyre, S., y Kleber, H. D. (1983). Suicide attempts in treated opiate addicts. *Comprehensive Psychiatry*, 24(1), 79-89.
- Orbach, I. (1994). Dissociation, physical pain, and suicide: a hypothesis. *Suicide Life Threatment Behavior*, 24(1), 68-79.
- Pattison, E. M., y Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 140, 867-872.
- Pérez de los Cobos, J., Pinet, C., Ribalta, E., Trujols, J., y Casas, M. (1994). Conductas impulsivas en sujetos dependientes de opiáceos tratados con naltrexona. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 22(6), 254-260.
- Pérez de los Cobos, J., Trujols, J., Ribalta, E., y Pinet, C. (2009). A typology of heroin-dependent patients based on their history of self-injurious behaviours. *Psychiatry Research*, 167(1-2), 169-177.
- Pierce, D. (1977). Suicidal intents in self-injury. *British Journal of Psychiatry*, 130, 377-385.
- Power, K. G., y Spencer, A.P. (1987). Parasuicidal behavior of detained Scottish young offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 31(3), 227-235.
- Roca, X. (2009). *Estudi de les conductes autolesives en una mostra de subjectes drogoaddictes a les presons*. Tesis Doctoral. Universitat de Barcelona
- Ros, S., Peris, M.D. y Gracia, R. (2004). *Impulsividad*. Barcelona, Ars Medica.
- Rosen, P. M., y Heard, K.V. (1995). A method for reporting Self-harm according to level of injury and location on the body. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 25(3): 381-385.
- Rusch, K. M., Guastello, S. J., y Mason, P. T. (1992). Differentiating symptom clusters of borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 48(6), 730-738.
- Scharfetter, C. (1992). Selbstchädigung [Self-harming]. *TW Neurol Psychiatrie*, 6, 763-766.
- Schwartz, R. H., y Cohen, P. (1989). Self-harm behaviors (carving) in female adolescent drug abusers. *Clinical Pediatrics (Phila)*, 28(8), 340-346.
- Simeon, D., Stanley, B., Frances, A., Mann, J. J., Winchel, R. M., y Stanley, M. (1992). Self-Mutilation in Personality disorders: Psychological and Biological Correlates. *American Journal of Psychiatry*, 149(2), 221-226.
- Stanford, M. S., y Barratt, E. S. (1992). Impulsivity and the multi-impulsive personality disorder. *Personality and Individual Differences*, 7, 831-834.
- Stocks, R., y Scott, A. I. (1991). What happens to patients who frequently harm themselves? A retrospective one-year outcome study. *British Journal of Psychiatry*, 158, 375-378.
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of Self-Mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531-554.
- Tantam, D., y Whittaker, J. (1992). Personality disorder and self-wounding. *British Journal of Psychiatry*, 161, 451-464.
- Theodoulou, M., y Harris, L. (2005). Pain and deliberate self-harm. An important association. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(4), 317-320.
- Thronton, D. (1990). Self-Injury and attempted suicide amongst the YOI population. In N. L. Fludger, Simmons, I.P. (Ed.), *Proceedings of the prison Psychologists Conference* (Vol. 1:34, pp. 47-55).
- Tuskan, J. J., y Thasse, M. E. (1983). Suicides in jails and prisons. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health*, 21, 224-237.
- Velamoor, V. R., y Cernovsky, Z. Z. (1992). Suicide with the motive "to die" or "not to die" and its socio-anamnestic correlates. *Social Behavior and Personality*, 20, 193-198.
- Welch, S. L., y Fairburn, C. G. (1996). Impulsivity or comorbidity in bulimia nerviosa. A controlled study of deliberate self-harm and alcohol and drug misuse in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 169(4), 451-458.
- Wilkins, J., y Coid, J. (1990). *Self-Mutilation in female remand prisoners: 1. An indicator of severe psychopathology*. Unpublished manuscript.
- Winchel, R. M., y Stanley, M. (1991). Self-injurious behavior: A review of the behavior and biology of self-mutilation. *American Journal of Psychiatry*, 148, 306-317.
- Yaryura-Tobias, J. A., Neziroglu, F.A., y Kaplan, S. (1995). Self-mutilation, anorexia, and dysmenorrhea in obsessive compulsive disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 17(1), 33-38.
- Zamble, E., y Porporino, F. J. (1988). *Coping, Behavior and adaptation in prison inmates*. New York: Springer-Verlag.



LA IMPORTANCIA DE RECUPERARSE DEL TRABAJO: UNA REVISIÓN DEL DÓNDE, CÓMO Y POR QUÉ

Valeria Colombo y Eva Cifre Gallego

Universitat Jaume I de Castellón

El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión de la literatura científica de la recuperación del trabajo destacando, desde una perspectiva psicológica, su importancia para el bienestar psicosocial de las personas. La recuperación del trabajo es el proceso por el cual la persona disminuye sus niveles de estrés y renueva sus recursos y energías perdidas en la situación laboral. En esta revisión argumentamos que una adecuada recuperación diaria del estrés laboral es crucial para el mantenimiento del bienestar psicosocial de las personas. Iniciaremos, presentando la definición y las teorías psicológicas que pueden ayudar a explicar el proceso de recuperación. Seguidamente, expondremos las perspectivas desde las cuales se ha estudiado este constructo: escenarios, procesos y resultados. Por último, reflexionaremos sobre las implicaciones teóricas y prácticas de la recuperación del trabajo que nos animen, como psicólogos, al desarrollo de futuros estudios e intervenciones al respecto.

Palabras clave: Recuperación de trabajo, Escenarios de la recuperación, Procesos de recuperación, Resultados de la recuperación.

The aim of this paper is to review the scientific literature highlighting the recovery work, from a psychological perspective, its importance for psychosocial well-being of people. Recovery from work refers to the process by which a person reduces their stress levels and renews its resources and energies lost during work situation. In this review we argue that an adequate daily recovery from work stress is crucial for the maintenance of well-being. We start establishing the recovery definition and theories that help us to understand the process of recovery. Subsequently, we discuss the perspectives from which recovery can be assessed: scenarios, processes and outcomes. Finally, we reflect on theoretical and practical implications of recovery from work in order to promote, as psychologists, the development of future research and interventions grounded on the psychological perspective.

Key words: Recovery from work, Recovery settings, Recovery experiences, Recovery outcomes.

“Los ratos de ocio son la mejor de todas las adquisiciones.”

Sócrates (469-399 a. de C.), filósofo griego.

Las nuevas prácticas laborales destinadas a mejorar la productividad y la calidad, impuestas por unos mercados progresivamente globalizados en lo económico, aumentan las posibilidades de que surjan nuevos riesgos para la salud y la seguridad, o que algunos de los peligros existentes se vuelvan mayores. La incorporación de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en las organizaciones, puede ser un claro ejemplo de estas nuevas prácticas que permiten a las personas trabajar “en cualquier momento y en cualquier lugar”, haciendo que gran parte de ellos formen parte de los denominados trabajadores 24/7 (disponibles para el trabajo 24 horas los 7 días de la semana). Según un estudio realizado en el primer trimes-

tres del 2012 por la Consultora de Recursos Humanos Randstad, mientras que un 39% de profesionales afirma que su empresa espera de él disponibilidad absoluta ante su puesto de trabajo, un 56% de los empleados reconoce que trabaja en su tiempo personal. En el caso español, un 64% de españoles reconoce que realiza tareas profesionales en su tiempo de ocio, ocho puntos por encima de la media. El uso de tecnología que ofrece la posibilidad de estar accesible y conectado las 24 horas del día amenaza con borrar definitivamente los límites entre la vida laboral y la vida privada.

Cuando los trabajadores perciben que cuentan con pocos o sin recursos para gestionar situaciones demandantes, como la disponibilidad 24/7, en ellos se produce un estado de tensión. El desajuste entre estas demandas y los recursos percibidos por el trabajador contribuyen al sentimiento físico y psíquico de sentirse fatigado, estresado o hasta “quemado por el trabajo” (*burnout*). Según los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE 2011), en España el estrés laboral afecta a más del 40% de las personas asalariadas y en torno al 50% de los empresarios generando la pérdida de más del 10% del producto interior bruto (PIB). Además, según la última en-

Correspondencia: Valeria Colombo. Personal Investigador del Equipo Wont Prevenció Psicosocial de la Universitat Jaume I de Castellón. Dpto Psicología Social. Avenida Sos Baynat s/n. 12071 castellon de la plana. España.
E-mail: valeria.colombo@uji.es



cuesta europea sobre riesgos nuevos y emergentes en las empresas, la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA 2011), mientras que entre el 50% y el 60% de las ausencias al trabajo que se producen al año están ocasionadas por estrés, sólo el 26% de las empresas europeas han adoptado medidas para reducir el estrés laboral. En este contexto, los riesgos psicosociales ocupan un lugar destacados considerados uno de los principales desafíos para la seguridad y la salud laboral al que se enfrentan las organizaciones en el ámbito de la Unión Europea (AESST, 2007).

Numerosas investigaciones en el ámbito de la Psicología han estudiado los efectos negativos que el estrés laboral, que ha demostrado ser un fuerte predictor de la alteración del bienestar, absentismo por enfermedad, accidentes laborales, bajo desempeño, alta rotación de empleados y conflictos interpersonales (de Croon, Sluiter, Blonk, Broersen, y Frings-Dresen, 2004; Geurts, Kompier, Roxburgh, y Houtman, 2003; Meijman y Mulder, 1998; Maslach, Schaufeli, y Leiter, 2001; Peiró y Rodríguez, 2008). Es por todo esto, que el estudio de procesos psicológicos positivos que disminuyen estas consecuencias negativas del estrés, como la recuperación del trabajo, resulta de interés científico y social. La recuperación del trabajo es un proceso psico-fisiológico que permite a los trabajadores mantener y recuperar sus energías y recursos (Sonnetag y Geurts, 2009). El sentirse recuperado y con energías, aumenta las posibilidades de satisfacer exitosamente las demandas laborales y extra-laborales. Es por ello que el objetivo del presente artículo es realizar una revisión de la literatura científica de la recuperación del trabajo destacando, desde una perspectiva psicológica, su importancia para el bienestar psicosocial de las personas. Para ello, comenzamos con la presentación de la definición y teorías básicas de recuperación. Seguidamente exponemos las perspectivas desde las cuales se ha estudiado este constructo: escenarios, procesos y resultados. Por último, reflexionamos sobre las implicaciones teóricas y prácticas de la recuperación del trabajo que nos animen, como psicólogos, al desarrollo de futuros estudios e intervenciones al respecto.

RECUPERACIÓN DEL TRABAJO. DEFINICIÓN Y TEORÍAS

La recuperación del trabajo ha sido definida de varias maneras (ver Demerouti, Bakker, Geurts, y Taris, 2009). Estas diversas definiciones coinciden en que la recuperación del trabajo tiene lugar cuando las demandas o estresores no están presentes. Por medio de la recuperación,

el sistema funcional de las personas, que ha sido expuesto a una experiencia estresante, retoma los niveles de pre-estrés en el que se encontraba (Meijman y Mulder, 1998). Es por ello, que la recuperación del trabajo puede ser entendida como un proceso opuesto al de activación psicofisiológica que ocurre bajo condiciones estresantes (Sonnetag y Natter, 2004). Desde una perspectiva fisiológica, la recuperación reduce y previene la acumulación de fatiga y estrés que conlleva al deterioro de la salud (Sonnetag y Geurts, 2009). Desde una perspectiva psicológica, permite al individuo prepararse para sus actuales o nueva demandas laborales.

Los estudios en recuperación del trabajo, se han referido a dos modelos teóricos para explicar este proceso: el modelo de esfuerzo-recuperación y la teoría de conservación de los recursos.

Modelo esfuerzo-recuperación (ER)

Meijman y Mulder (1998) entienden que aquellas situaciones laborales que requieren de esfuerzo, activan el eje Simpático-Adrenal-Medula (SAM) que regula la actividad cardiovascular. Asimismo, se activa el eje Hipotálamo-Pituitario-Adrenal (HPA), que prepara al cuerpo para enfrentarse a situaciones de estrés. En condiciones de altas demandas laborales (e.g., trabajo bajo presión, largas horas de trabajo), la activación fisiológica tiende a ser sostenida y los trabajadores tienen que movilizar esfuerzos compensatorios para cumplir con sus responsabilidades laborales. Este esfuerzo invertido repetidamente o sostenido se traduce en aumento de los niveles de fatiga, activación neuroendocrinológica, y disminución de la recuperación cardiovascular que desencadena problemas crónicos de salud. Cuando los estresores no están presentes, puede ocurrir la recuperación y los niveles de estrés del trabajador disminuyen y vuelve a línea de base previo a la situación de estrés.

Teoría de conservación de los recursos

La teoría de conservación de los recursos (COR, Hobfoll, 1998) asume que la gente tiene una motivación básica para conservar, fomentar y proteger sus recursos. Frente una situación laboral demandante, el trabajador percibe como éstos (e.g., vigor, energía) se pierden o se ven amenazados generando estrés. Esta teoría sugiere que la recuperación se produce cuando los recursos se recuperan mediante la elaboración de nuevos recursos, o mediante la restauración de los recursos amenazados o perdidos (e.g., autoeficacia).



ENFOQUES EN EL ESTUDIO DE LA RECUPERACIÓN DEL TRABAJO

La recuperación del trabajo como fenómeno puede ser abordado desde diferentes perspectivas: escenarios o marcos recuperación, la recuperación como un proceso y, como resultado de dicho proceso (Sonnentag y Geurts, 2009).

Escenarios de recuperación: ¿Dónde me recupero?

Geurts y Sonnentag (2006) entienden que la recuperación puede ocurrir en el contexto laboral, lo que denominan recuperación interna, o bien fuera del mismo, recuperación externa.

La *recuperación interna* se consigue por medio de descansos formales e informales durante la jornada laboral. Investigaciones que han estudiado la frecuencia, lo oportuno del descanso y la duración, plantean que dichos descansos pueden ser estrategias efectivas contra la fatiga que pueden aumentar la productividad (Boucsein y Thum, 1997; Dababneh, Swanson, y Shell, 2001; Lisper y Eriksson, 1980). Sin embargo, hasta lo que conocemos, un solo estudio se ha referido a las actividades de recuperación durante la jornada laboral (Trogakos, Beal, Green, y Weiss, 2008). Este estudio encontró que aquellos empleados del sector de servicios que participaban en más actividades de descanso laborales diarios, experimentaban mayores niveles de emociones positivas y menores niveles de emociones negativas durante estos descansos. También, tenían mayores manifestaciones afectivas positivas después de los descansos. Si bien, estos resultados sugieren que disfrutar de actividades descanso durante el trabajo proporcionan una mayor recuperación, más estudios al respecto son necesarios.

La *recuperación externa*, es aquella que puede tener lugar después del trabajo, los fines de semana, o durante períodos más largos como las vacaciones. Realizar actividades de recuperación, tales como actividades sociales y físicas, durante las tardes después del trabajo o los fines de semanas, tienen un efecto positivo sobre el bienestar, contrariamente a realizar actividades laborales que incrementan la fatiga y el deterioro del bienestar (Sonnentag, 2001; Sonnentag y Natter, 2004; Sonnentag y Zijlstra, 2006). Fritz y Sonnentag (2006) encontraron que durante las vacaciones las quejas de salud y el agotamiento disminuían significativamente, y que después de las vacaciones los trabajadores cumplían con sus responsabilidades laborales diarias con menos es-

fuerzo. Sin embargo, según otros estudios los efectos saludables de las vacaciones desaparecen rápidamente (De Bloom, et al., 2008). Es por ello, que la recuperación que tiene lugar diariamente o durante los fines de semana puede ser más importante para mantener y proteger el bienestar (Sonnentag, 2001).

La recuperación como un proceso: ¿Cómo me recupero?

De acuerdo con Sonnentag y Geurts (2009), estudiar la recuperación como un proceso se refiere al estudio de los mecanismos que subyacen a la ocurrencia de recuperación. Con mecanismos las autoras se refieren a las *actividades* que realiza una persona durante su tiempo libre, así como a los procesos psicológicos relacionados con estas actividades. De este modo, tal y como Sonnentag y Fritz (2007) argumentan, es posible que no sea una actividad específica en sí misma la que ayuda a recuperar, sino los procesos y mecanismos psicológicos detrás de él (e.g., la relajación). Las autoras denominan estos procesos *experiencias de recuperación*.

Actividades fuera del trabajo

No todo tiempo fuera del trabajo puede ser equiparable a "tiempo libre" o tiempo de ocio, ya que este tiempo puede no estar completamente abocado a la recuperación de recursos y energía. Por un lado, las personas destinan una porción sustancial de su tiempo libre en dormir, comer o en higiene personal. Por otro lado, actividades como las tareas domésticas, cuidado de niños y actividades vinculadas al trabajo, insumen recursos similares a los ya invertidos durante la jornada laboral (Craig y Cooper, 1992) inhibiendo las posibilidades de recuperación. Estudios previos han confirmado, por ejemplo, que realizar actividades relacionadas con el trabajo durante el tiempo libre, se relaciona positivamente con altos niveles de fatiga, con la necesidad de recuperación (Sonnentag y Zijlstra, 2006) y bajos niveles de bienestar antes de ir a dormir (Sonnentag, 2001).

Si bien las actividades domésticas y de cuidado de niños requieren esfuerzo y pueden resultar particularmente agotadoras (Bekker, de Jonge, Zijlstra, y van Landeghem, 2000; Frone, Russell y Cooper, 1997), en estudios realizados por Sonnentag y Zijlstra (2006) no encontraron asociaciones entre dichas actividades y la necesidad de recuperación. Los autores infieren que realizando estas actividades, los trabajadores pueden desconectar de las exigencias laborales y recuperarse, por lo que también tendrían su lado positivo.



Existen las actividades más típicas del tiempo de ocio y que son potencialmente más propicias para recuperarse. Las *actividades de bajo esfuerzo* como ver televisión, leer una revista o simplemente relajarse en un sofá, son actividades pasivas, poco o nada demandantes que facilitan al sistema fisiológico volver a su nivel pre-estrés y recuperarse (Sonnetag, 2001).

Las *actividades sociales*, como asistir a una fiesta, salir a cenar con los demás, o llamar por teléfono a otras personas, promueven la recuperación por dos tipos de mecanismos (Sonnetag, 2001). Primero, porque ofrecen la oportunidad de apoyo social, que es un importante recurso externo que ayuda a restaurar los recursos perdidos o amenazados o generar nuevos recursos, como el estado de ánimo positivo (Bakker, Demerouti, y Euwema, 2005; Hobfoll, 1998; Sonnetag 2001). Segundo, durante las actividades sociales, no se demandan recursos similares a los invertidos durante el trabajo. Incluso en empleados con una alta demanda de interacción social en el trabajo (e.g., atención al cliente), la actividad social durante el tiempo libre puede ser beneficiosa ya que se supone que durante la actividad social privada, el individuo tiende a regular menos las emociones que durante las interacciones sociales en el trabajo (Sonnetag y Bayer, 2005).

Las *actividades físicas*, incluyendo deportes, ejercicio, entrenamiento físico, etc., si bien requieren esfuerzo, recurren a recursos distintos de los necesarios en la mayoría de puestos de trabajo. Las actividades físicas estimulan los procesos fisiológicos y psicológicos (e.g., el estado de ánimo positivo), que mejoran no sólo la salud física del individuo, sino también la salud mental (Brown, 1990; McAuley, Kramer, y Colcombe, 2004). Desde una perspectiva fisiológica, los niveles de endorfinas se elevan durante el ejercicio (Grossman, Bouloux, Price, Drury, Lam, Turner, y Sutton, 1984). y puede aumentar el buen humor. Además, estas actividades aumentan la secreción de serotonina, lanoradrenalina, y la dopamina, que tienen un efecto antidepresivo (Cox, 2002). Desde una perspectiva psicológica, muchas de las actividades físicas facilitan la distracción mental de las demandas laborales (Yeung, 1996). Además, la realización de una actividad, como el deporte de riesgo, provoca una sensación de dominio y aumenta los niveles de autoeficacia, que puede facilitar la recuperación (Demerouti et al, 2009; Sonnetag y Jelden, 2009). Sonnetag (2001) indicó que el tiempo dedicado a actividades físicas tiene un impacto positivo en el bienestar antes de ir a

dormir. Sonnetag y Natter (2004) en un estudio realizado con azafatas, encontraron que aunque el promedio de tiempo dedicado a actividades físicas era muy baja, particularmente comparado con el tiempo promedio dedicado a actividades de bajo esfuerzo, esta pequeña porción de tiempo invertida en actividades físicas resultó ser lo suficientemente efectiva para mejorar el bienestar de las trabajadoras.

Finalmente, investigadoras del Equipo WoNT de la Universitat Jaume I de Castelló, estudiaron las actividades de recuperación emprendidas por trabajadores con tecnologías de información y comunicación (TICs), encontrando una nueva categoría de actividades: *actividades de retos cognitivos*. Éstas hacen referencias a aquellas actividades que utilizan recursos cognitivos vinculados a la búsqueda de retos y de oportunidades de aprendizaje (Colombo, Cifre y Salanova, 2011). Estas actividades pueden contribuir a la creación de nuevos recursos personales, como habilidades, competencias y autoeficacia (Bandura, 1997; Hobfoll, 1998), a mejorar el estado de ánimo positivo (Parkinson y Totterdell, 1999) y pueden estar acompañadas de sentimientos de competencia y capacidad (Fritz y Sonnetag, 2005, Ruderman, Ohlott, Panzar y King, 2002). Ejemplos de estas actividades son desarrollar programas informáticos (juegos, software), jugar videojuegos y/o de ordenador, asistir de formación o capacitación (aprender un nuevo idioma y/o habilidad). Estos resultados aportan evidencia a los resultados encontrados por Reinecke (2009) en su estudio en el uso de los video juegos y ordenador para recuperase del estrés. Entre otros interesantes resultados, encontró que el nivel de fatiga por el trabajo de los participantes se relacionaba negativamente con el uso de video-juegos para la recuperación.

Procesos psicológicos: las experiencias de recuperación

Aun cuando estas actividades fuera del trabajo pueden tener su influencia en la recuperación, los mecanismos psicológicos subyacentes pueden desempeñar un papel importante (Sonnetag y Fritz, 2007). Es posible que los individuos difieran de las actividades específicas que realizan para recuperarse, pero los procesos psicológicos detrás de estas actividades pueden ser similares entre sí. Sonnetag y Fritz (2007) llaman a estos procesos subyacentes *experiencias de recuperación*, y consisten en el distanciamiento psicológico del trabajo, la relajación, la búsqueda de reto y control del tiempo libre.



Las dos primeras experiencias tienen sus raíces en el modelo ER (Meijman y Mulder 1998), y los dos últimos en la teoría COR (Hobfoll, 1998). De acuerdo con el modelo ER, el *distanciamiento psicológico* y la *relajación* permiten que los sistemas funcionales (e.g., los sistemas neuroendocrino y cardiovascular) y los recursos personales (e.g., la autorregulación) utilizados en el trabajo, no estén expuestos a las demandas laborales. De acuerdo con la teoría COR, la *búsqueda de retos* y el *control del tiempo libre*, ayudan a restaurar recursos amenazados y generar recursos (e.g., sentimientos de control) y energía..

Distanciarse psicológicamente del trabajo implica no solo estar físicamente ausente del lugar del trabajo y que las personas se abstengan de realizar tareas relacionadas con el trabajo, sino también, dejar de pensar o rumiar en asuntos laborales. Si una persona no desconecta del trabajo durante su tiempo de ocio, estos pensamientos continúan consumiendo los recursos dificultando la recuperación. En cambio, si una persona consigue desconectar del trabajo, los estresores dejan de estar presentes en el sistema psicofisiológico y consigue recuperarse (Sonnetag y Fritz, 2007). Existe evidencia científica que sugiere que el distanciamiento psicológico es beneficioso para la recuperación del trabajo. Sonnetag y Fritz (2007) demostraron que esta experiencia se relacionaba negativamente con problemas de salud, agotamiento emocional, síntomas depresivos, necesidad de recuperación, y problemas de sueño. Además, muchos estudios de diario mostraron que las personas que experimentaron distanciamiento psicológico del trabajo durante el tiempo libre reportaron un mejor estado de ánimo y menos fatiga durante la noche y a la mañana siguiente (Sonnetag y Bayer, 2005; Sonnetag, Binnewies, y Mojza, 2008). Igualmente, se ha demostrado que el distanciamiento psicológico durante el fin de semana, se relaciona positivamente con el estado de sentirse recuperado (la sensación de estar renovado y descansado) al comienzo de la semana laboral (Binnewies, Sonnetag, y Mojza, 2010).

Es posible pensar que aquellas personas que no se distancian psicológicamente de su trabajo podrían padecer de adicción al trabajo. Sin embargo, son conceptos distintos. La adicción al trabajo se refiere a trabajar excesivamente duro y la existencia de un fuerte e irresistible impulso de hacerlo (McMillan, O'Driscoll, y Burke, 2003), mientras que la ausencia de distanciamiento psi-

cológico significa permanecer cognitivamente ocupado con eventos estresantes experimentados en el trabajo sin necesariamente estar trabajando (Etzion, Eden, y Lapidot, 1998). En esta situación, la persona deberá invertir esfuerzos extras para recuperarse.

La *relajación* no requiere ningún tipo de esfuerzo por parte de la persona: por el contrario reduce la activación simpática (e.g., disminución del ritmo cardíaco, la tensión muscular) y aumenta el afecto positivo, por lo que facilita la recuperación (ver Sonnetag y Fritz, 2007). La relajación puede ser el resultado de actividades que se consideran relajantes como la meditación (Sonnetag y Geurts, 2009), una caminata ligera en un bello entorno natural, leer una novela o escuchar música (Hartig, Evans, Jamner, Davis, y Gärling, 2003; Pelletier, 2004). Sonnetag y Fritz (2007) demostraron que la relajación se relacionaba negativamente con la necesidad de recuperación, problemas de salud, cansancio emocional, y problemas de sueño. Además, Sonnetag et al. (2008) mostraron que la relajación por la noche se relacionaba positivamente con la serenidad por la mañana. Otro estudio, encontró que la relajación durante el fin de semana se relacionaba positivamente con un estado de sentirse recuperado en la mañana del lunes (Binnewies et al., 2010).

La *búsqueda de retos*, hace referencia a los sentimientos de competencia y capacidad como resultado de aprender cosas nuevas, ampliar horizontes, realizar actividades como nuevos deportes, nuevo hobby o comprometerse con trabajos de voluntariados (Sonnetag y Fritz, 2007; Sonnetag y Geurts, 2009). Este tipo de experiencias desafían a la persona sin agotar sus recursos, experimentando la percepción de ser capaces de realizar la actividad y sintiendo conformidad con el desempeño de la misma. La experiencia de búsqueda de retos facilita la recuperación porque ayuda a crear nuevos recursos personales, tales como habilidades, competencias, autoeficacia y un estado de ánimo positivo (Sonnetag y Fritz, 2007). La evidencia científica disponible hasta el momento sugiere que la búsqueda de retos se relaciona negativamente con la necesidad de recuperación, el agotamiento emocional, y síntomas depresivos (Sonnetag y Fritz, 2007), y se relaciona positivamente con la activación positiva de la mañana siguiente (Sonnetag et al., 2008). Además, Fritz y Sonnetag (2006) estudiaron que las personas con altos niveles de búsqueda de retos durante las vacaciones presentaban menores niveles de agotamiento al regresar al trabajo.



Finalmente, el *control sobre el tiempo libre* hace referencia al grado de decisión que tiene un individuo para elegir realizar una actividad en su tiempo libre, así como decidir cuándo y cómo realizarla. Debido a que la experiencia de control puede aumentar la autoeficacia y los sentimientos de competencia por la satisfacción del deseo general de la persona de controlar los acontecimientos en su vida (Sonnetag y Fritz, 2007), puede ser un recurso externo que promueva la recuperación. Sonnetag y Fritz (2007) encontraron que el control se relacionaba negativamente con la necesidad de la recuperación, problemas de salud, agotamiento emocional, síntomas depresivos, y problemas para dormir y, positivamente con la satisfacción con la vida.

Como expusimos anteriormente, los resultados de numerosos estudios apoyan la funcionalidad de las experiencias de recuperación en el proceso de recuperación. Sin embargo, probablemente existan otras experiencias útiles para la recuperación, como la experiencia de placer (Sonnetag y Geurts, 2009), el humor, la risa asociada (Demerouti et al., 2009), y sentirse feliz (Oerlemans, Bakker, y Demerouti, 2011, véase también Oerlemans, Bakker, y Veenhoven, 2011). Aquí hemos presentado las cuatro experiencias de recuperación propuestas por Sonnetag y Fritz (2007), objetos de estudio de numerosas investigaciones.

La recuperación como resultado: ¿Cómo me siento?

Además de estudiar la recuperación en términos de escenarios y procesos, puede ser estudiada como un resultado del proceso satisfactorio o defectuoso de recuperación. Sonnetag y Geurts (2009) distinguen tres tipos de resultados que son posibles de medir: *psicológicos* (e.g., la fatiga), *fisiológicos* (e.g., niveles de cortisol, la actividad cardiovascular) y *de comportamiento* (e.g., el rendimiento). Como hemos presentado en el apartado anterior, existe evidencia científica respecto los resultados del proceso de recuperación. En su mayoría, los estudios de este constructo, han sido estudios de diarios con medidas a nivel individual, cuyos resultados son en términos de sentirse recuperado, niveles de fatiga, estados afectivos (Sonnetag y Bayer, 2005; Sonnetag, et al., 2008, Sonnetag y Fritz, 2007), calidad del sueño (Sonnetag y Geurts, 2009; Tucker, Dahlgren, Akerstedt, y Waterhouse, 2008), niveles de *engagement* (Sonnetag, 2003; Sonnetag y Natter, 2004; Sonnetag, Mojza, Binnewies, y Scholl, 2008), y niveles de desempeño (Binnewies, et al. 2010; Fritz y Sonnetag, 2005), entre otras variables.

Por ejemplo Fritz, Sonnetag, Spector, y McInroe (2010) a través de un estudio de diario que 229 maestras/maestros de preescolar completaron antes, durante y después del fin de semana, encontraron que las experiencias de recuperación estaban asociadas a estados afectivos positivos y negativos al finalizar el fin de semana y durante la siguiente semana laboral. Los resultados de un estudio de diario, cumplimentado dos veces al día durante una semana laboral por 111 trabajadores de distintos sectores laborales, sugieren que la recuperación se relaciona positivamente con el *engagement* en el trabajo que a su vez previene la pérdida de los niveles de recuperación durante todo el día, especialmente cuando los estresores situacionales son bajos. Estos estresores situacionales parecen interrumpir los procesos recíprocos entre la recuperación y el *engagement* (Sonnetag, Mojza, Demerouti, y Bakker, en prensa).

En los estudios mencionados, los investigadores han combinado las diferentes perspectivas (escenarios, procesos y resultados) en diferentes estudios. En la vida real, estas perspectivas están íntimamente ligadas, por lo que es importante diferenciar bien cada una de ellas y no confundir escenarios con procesos o, procesos con resultados.

Y NOSOTROS COMO PSICÓLOGOS, ¿QUÉ PODEMOS HACER? CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PRÁCTICAS

El objetivo de este artículo era realizar una revisión de la literatura científica de la recuperación del trabajo destacando, desde una perspectiva psicológica, su importancia para el bienestar psicosocial de las personas r y en contra del estrés laboral. Las oportunidades de recuperación, donde los estresores no están presentes, permiten a la persona reducir los síntomas del estrés y recobrar su energía y recursos. Son los procesos de recuperación los que pueden actuar como mediadores o moderadores entre las características psicosociales del trabajo y el bienestar laboral y general, restaurando los recursos perdidos y generando otros nuevos.

El estudio de este constructo positivo desde sus diferentes perspectivas, es de interés social y científico por sus implicaciones teóricas y prácticas. Desde una perspectiva teórica, podemos ampliar los modelos actuales de salud ocupacional incorporando la recuperación como variable antecedente, mediadora y/o resultado, pudiendo así tener un papel clave en la creación de espirales de bienestar.



Desde una perspectiva práctica, como psicólogos tenemos un papel fundamental incorporando la variable de recuperación en la prevención de los riesgos psicosociales. En este sentido, a nivel individual y clínico podemos identificar no solo los factores de riesgo que acompañan a una recuperación deficiente de una persona, sino también sus oportunidades de recuperación, durante y después de su jornada laboral, así como también a encontrar sus preferencias personales en actividades que les generen experiencias de recuperación.

A nivel organizacional, como promotores de la salud podemos basarnos en la evidencia científica para generar conciencia en gerentes y directores sobre la importancia del tiempo de descanso fuera y dentro del trabajo para el mantenimiento del bienestar laboral de sus empleados. Asimismo, podemos elaborar estrategias orientadas al (re)diseño de los tiempos y espacios de descansos, propuestas de actividades de recuperación dentro de las organizaciones, políticas y pautas para las posibles horas extras, para el trabajo y la disponibilidad (vía teléfono o e-mail) fuera del horario laboral.

Con todo ello, esperamos que la lectura del artículo fomente, no solo en campo de la Psicología Social y del Trabajo y las Organizaciones, sino también en distintos contextos y especialidades, a continuar estudiando e indagando en los procesos de recuperación del trabajo que promuevan que las personas puedan conseguir ese tan ansiado estado de completo bienestar psicológico, físico y social (definición de "salud" de la OMS, 1968).

REFERENCIAS

- AESST-Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (2007): *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., y Euwema, M. C. (2005). Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 170–180.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman. New York.
- Bekker, M. H. J., de Jong, P. F., Zijlstra, F. R. H., y van Landeghem, B. A. J. (2000). Combining care and work: Health, mood states, cognitive functioning and stress in male and female academics. *International Journal for Behavioral Medicine*, 7, 28–43.
- Binnewies, C., Sonnentag, S., y Mojza, E. J. (2009). Daily performance at work: Feeling recovered in the morning as a predictor of day-level job performance. *Journal of Organizational Behavior*, 30, 67–93.
- Binnewies, C., Sonnentag, S., y Mojza, E. J. (2010). Recovery during the weekend and fluctuations in weekly job performance: A four-week longitudinal study examining intra-individual relationships. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83, 419–441.
- Boucsein, W., y Thum, M. (1997). Design of work/rest schedules for computer work based on psychophysiological recovery measures. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 20, 51–57.
- Brown, D. R. (1990). Exercise, fitness, and mental health. En C. Bouchard, R. J. Shephard, T. Stephens, J. S. Sutton, y B. D. McPherson (Eds.), *Exercise, fitness, and health: A consensus of current knowledge* (pp. 607–626). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Colombo, V., Cifre, E. y Salanova, M. (Mayo, 2011) *Can Information and Communication Technology workers can recover although...?* Presentado en la conferencia de European Association of Work and Organizational Psychology, Maastricht, Holanda.
- Cox, R. C. (2002). Exercise psychology. En R. C. Cox (Ed.), *Sports psychology, concepts and applications* (5th ed, pp. 366–389). Boston: McGraw Hill.
- Craig, A., y Cooper, R. E. (1992). Symptoms of acute and chronic fatigue. En A. P. Smith y D. M. Jones (Eds.), *Handbook of human performance*. Vol. 3, pp. 289–339. London, England: Academic Press.
- Dababneh, A.J, Swanson, N., y Shell, R.L. (2001). Impact of added rest breaks on the productivity and well being of workers. *Ergonomics*, 44, p. 164–74.
- De Bloom, J., Kompier, M., Geurts, S., De Weerth, C., Taris, T. y Sonnentag, S. (2009). Do we recover from vacation? Meta-analysis of vacation effects on health and well-being. *Journal of Occupational Health*, 51, 13-25.
- de Croon, E. M., Sluiter, J. K., Frings-Dresen, M. H. W. (2006). Psychometric properties of the need for recovery after work scale: test-retest reliability and sensitivity to detect change. *Journal of Occupational Environmental Medicine*, 63, 202–206.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Geurts, S. A. E., y Taris, T. W., (2009) Daily Recovery from Work -related effort during non-work time. En S. Sonnentag, P. L. Perrewé, y D. C. Ganster (Eds.), *Current perspectives on job-*



- stress recovery. *Research in occupational stress and well-being* (Vol. 7, pp. 85–123). United Kingdom: Emerald.
- Etzion, D., Eden, D., y Lapidot, Y. (1998). Relief from job stressors and burnout: Reserve service as a respite. *Journal of Applied Psychology*, 83, 577-585.
- European Agency for Safety and Health at Work (2011) Pan-European poll on occupational health and safety for EU-OSHA. http://osha.europa.eu/en/safety-health-in-figures/index_html.
- Fritz, C. y Sonnentag, S. (2005). Recovery, health, and job performance: Effects of weekend experiences. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 187-199.
- Fritz, C. y Sonnentag, S. (2006) Recovery, well-being, and performance-related outcomes: The role of work load and vacation experiences. *Journal of Applied Psychology*, 91, 936-945.
- Fritz, C., Sonnentag, S., Spector, P. E., y McInroe, J. (2010). The weekend matters: Relationships between stress recovery and affective experiences. *Journal of Organizational Behavior*, 31, 1137–1162.
- Frone, M. R., Russell, M., y Cooper, M. L. (1997). Relation of work–family conflict to health outcomes: A four-year longitudinal study of employed parents. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 70, 325–335.
- Geurts, S. A. E., Kompier, M. A. J., Roxburgh, S. y Houtman, I. L. D. (2003). Does work-home interference mediate the relationship between workload and well-being? *Journal of Vocational Behavior*, 63, 532-559.
- Geurts, S. A. E., y Sonnentag, S. (2006). Recovery as an explanatory mechanism in the relation between acute stress reactions and chronic health impairment. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 32, 482–492.
- Grossman, A., Bouloux, P., Price, P., Drury, P. L., Lam, K. S., Turner, T., y Sutton, J. (1984). The role of opioid peptides in the hormonal responses to acute exercise in man. *Clinical Science*, 67, 483–491.
- Hartig, T., Evans, G.W., Jamner, L.J., Davis, D.S. y Gärling, T. (2003) 'Tracking restoration in natural and urban field settings', in *Journal of Environmental Psychology*, 23, 109-123.
- Hobfoll, S. E. (1998). *Stress, culture, and community: The psychology and physiology of stress*. New York: Plenum Press.
- Lisper, H., y Eriksson, B. (1980). Effects of the length of a rest break and food intake on subsidiary reaction-time performance in an 8-hour driving task. *Journal of Applied Psychology*, 65, 117–122.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., y Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422.
- McAuley, E., Kramer, A. F., y Colcombe, S. J. (2004). Cardiovascular fitness and neurocognitive function in older adults: A brief review. *Brain, Behavior, & Immunity*, 18, 214–220.
- McMillan, L.H.W., O' Driscoll, M.P. y Burke, R. J. (2003). Workaholism: A review of theory, research and new directions. En C.L. Cooper y I.T. Robertson (eds.) *International Review of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 167-190). New York: John Wiley.
- Meijman, Th. F., y Mulder, G. (1998). Psychological aspects of workload. En P. J. D. Drenth y H. Thierry (Eds.), *Handbook of work and organizational psychology: Vol. 2. Work psychology* (pp. 5–33). Hove, England: Psychology Press.
- Oerlemans, W. G. M., Bakker, A. B., y Demerouti, E. (2011.) *How feeling happy helps to successfully recover from work: a day reconstruction study*. Conference presentation in the 15 th Conference of the European Association of Work and Organizational Psychology. Maastricht, The Netherlands.
- Oerlemans, W. G. M., Bakker, A. B., y Veenhoven, R. (2011). Finding the key to happy aging: a day reconstruction study of happiness. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 10.1093/geronb/gbr040.
- Paracelsus, P. (1567). On the Miners' Sickness and other Miners' Diseases. En HE Sigerist (ed). *Four Treatises of Paracelsus*. Baltimore: Johns Hopkins Press (1941).
- Parkinson, B., y Totterdell, P. (1999). Classifying affect-regulation strategies. *Cognition and Emotion*, 13, 277–303.
- Peiró, J. M, y Rodríguez, I. (2008). Estrés laboral, liderazgo y Salud organizacional. *Papeles de Psicólogo*, 29, (1), 68-82.
- Pelletier, C. L. (2004). The effect of music on decreasing arousal due to stress: A meta-analysis. *Journal of Music Therapy*, 41, 192–214.
- Raglin, J. S., y Morgan, W. P. (1985). Influence of vigorous exercise on mood state. *Behavior Therapy*, 8, 179–183.
- Randstad (2012). Las tecnologías destruyen las fronteras entre vida privada y laboral. <http://www.randstad.es/content/aboutrandstad/noticias-eventos/noticias/candidate/2012/vida-privada-laboral.xml>.



- Reinecke, L. (2009). Games at work: The recreational use of computer games during work hours. *Cyberpsychology & Behavior*, 12 (4), 461-465.
- Ruderman, M. N., Ohlott, P. J., Panzer, K., y King, S. N. (2002). Benefit of multiple roles for managerial women. *Academy of Management Journal*, 45, 369-386.
- Sonnentag, S. (2001). Work, recovery activities, and individual well-being: A diary study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6, 196 - 210.
- Sonnentag, S. y Bayer, U. (2005). Switching off mentally: Predictors and consequences of psychological detachment from work during off-job time. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 393 - 414.
- Sonnentag, S. y Natter, E. (2004). Flight attendants' daily recovery from work: Is there no place like home? *International Journal of Stress Management*, 11, 366-391.
- Sonnentag, S., Binnewies, C., y Mojza, E. J. (2008). "Did you have a nice evening?" A day-level study on recovery experiences, sleep, and affect. *Journal of Applied Psychology*, 93, 674-684.
- Sonnentag, S., Mojza, E. J., Binnewies, C., y Scholl, A. (2008). Being engaged at work and detached at home: A week-level study on work engagement, psychological detachment, and affect. *Work y Stress*, 22, 257-276.
- Sonnentag, S., Mojza, E. J., Demerouti, E., y Bakker, A. B. (in press). Reciprocal relations between recovery and work engagement: The moderating role of job stressors. *Journal of Applied Psychology*.
- Sonnentag, S., y Fritz, C. (2007). The recovery experience questionnaire: Development and validation of a measure for assessing recuperation and unwinding from work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12, 204- 221.
- Sonnentag, S., y Geurts, S. A. E. (2009). Methodological issues in recovery research. En S. Sonnentag, P. Perrewé, y D. Ganster (Eds.), *Currents perspectives on job-stress recovery* (pp. 1-36). Bingley, UK: Emerald.
- Sonnentag, S., y Jelden, S. (2009). Job stressors and the pursuit of sport activities: A day-level perspective. *Journal of Occupational Health Psychology*, 14, 165-181.
- Sonnentag, S., y Zijlstra, F. R. H. (2006). Job characteristics and off-job time activities as predictors for need for recovery, well-being, and fatigue. *Journal of Applied Psychology*, 91, 123 - 142.
- Trougakos, J.P., Beal, D.J., Green, S.G., y Weiss, H.M. (2008). Making the break count: An episodic examination of recovery, activities, emotional experiences, and positive affective displays. *Academy of Management Journal*, 51, p. 131-146.
- Tucker, P., Dahlgren, A., Akerstedt, T., y Waterhouse, J. (2008). The impact of free-time activities on sleep, recovery, and well-being. *Applied Ergonomics*, 39, 653-662.
- Yeung, R. R. (1996). The acute effects of exercise on mood state. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 123-141.



ROL DEL SERVICIO DE ORIENTACIÓN EN UNIVERSIDADES DE FRANCIA, EE.UU., CANADÁ, REINO UNIDO Y ESPAÑA

Raquel Flores Buils, José Manuel Gil Beltrán y Antonio Caballer Miedes

Universitat Jaume I

Con la implantación del nuevo modelo universitario del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), los Servicios de Orientación en la Etapa Terciaria son imprescindibles como apoyo a los estudiantes en aspectos académicos, personales, toma de decisiones, itinerarios y salidas profesionales. Este estudio se ha llevado a cabo a través del análisis cualitativo de la información que ofrece la página Web de estos servicios en universidades de España, Francia, Estados Unidos, Canadá y Reino Unido. Para ello, se ha diseñado una rejilla de evaluación que consta de una parte general (visibilidad, navegación, enlaces, etc.) y otra específica relativa al campo de la orientación (futuros estudiantes, familia, alumni, etc.). Los resultados obtenidos nos permiten conocer cuáles son los aspectos importantes que se deben contemplar en todo Servicio de Orientación Universitario, así como generar un modelo de Servicio de Orientación para las Universidades españolas.

Palabras clave: Educación terciaria, Servicios de orientación universitarios, TIC, Orientador universitario.

With the introduction of the new European Higher Education Area (EHEA) university model, Guidance Services in Tertiary Education are essential to support students in academic, personal, decision-making aspects and for professional journeys and stays. This study was based on qualitatively analysing the information offered about these services on the web sites of universities in Spain, France, the United States, Canada and the United Kingdom. For this purpose, a repertory grid was designed, which comprises a general part (overview, browser, links, etc.) and a more specific one relating to the field of guidance (future students, family, alumni, etc.). The results obtained allow us to know not only the important aspects that must be considered in all University Guidance Services, but also how to construct a Guidance Service Model for Spanish universities.

Key words: Higher education, University guidance services, ICTs, University counsellor.

En la educación superior, la orientación a los estudiantes debe ser entendida como aquellas funciones planificadas en un sistema institucional de orientación y apoyo al estudiante. En el análisis de diversas propuestas organizativas de este sistema destaca la coincidencia de ciertos elementos organizativos básicos: el análisis previo de las necesidades de la institución, el carácter evolutivo de las funciones de orientación (antes, durante y después de los estudios) y la atención a diversos ámbitos (académico, profesional y personal-asistencial). Además, la mayoría de las propuestas coinciden en señalar el carácter eminentemente preventivo al que atiende la orientación.

A la hora de dar una respuesta orientadora a una transición de naturaleza compleja, donde toma máxima validez el principio de aprender a aprender y la necesidad de un profundo conocimiento de la trayectoria personal y profesional del alumnado, y la necesidad de apostar por una formación básica y por el desarrollo de habili-

dades de liderazgo, comunicación y creatividad, además de la necesidad de adaptación al cambio, es necesario tener en cuenta la nueva realidad de la educación universitaria. Álvarez y Fita (2005) señalan las siguientes características del nuevo escenario: a) Una mayor diversidad del alumnado universitario, b) Máxima validez del principio de aprender a aprender, c) Implantación de nuevas formas-vías de aprendizaje, d) Incremento de la optatividad de los planes de estudio, e) La educación a lo largo de la vida, f) La necesidad de la actualización de conocimientos profesionales, g) Trayectorias educativas menos lineales, h) La caducidad de los conocimientos tecnológicos, i) Necesidad de innovar y de adaptación al cambio, j) Necesidad de integrar nuestro sistema universitario en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES).

Este nuevo escenario educativo, garantizará al alumnado unos conocimientos profesionales suficientes y actualizados, además de proporcionarle una formación que le prepare para la vida. Para ello, el alumnado necesitará de un apoyo para integrarse socialmente al nuevo contexto educativo, identificarse con la institución, afrontar las nuevas exigencias académicas, etc., lo cual le reque-

Correspondencia: Raquel Flores Buils. Universitat Jaume I. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. 12071 Castellón. España.
E-mail: flores@psi.uji.es



rirá la ayuda de todos los agentes implicados para definir su proyecto personal y profesional.

Es importante la cooperación y coordinación con las instituciones de Secundaria para que desde un plano preventivo, se facilite la adaptación a la vida universitaria y se desarrollen en los estudiantes las competencias necesarias que van a necesitar en esta etapa educativa. Así, el desarrollo de la tutoría y el papel del tutor universitario son considerados elementos clave en el desarrollo integral del sujeto. Ahora bien, para llevar a cabo una buena orientación es necesaria la cualificación profesional del orientador.

En realidad, el paso por la universidad puede ser considerado como una de las transiciones con mayores consecuencias para el desarrollo profesional, social, personal y emocional de los alumnos. Éstos necesitan que la universidad les preste su ayuda para poder afrontar esta transición y les capacite para futuras transiciones a las que deberán hacer frente a lo largo de su vida (Rodríguez Moreno, 2002). Tanto la variedad del alumnado como los cambios de los sistemas de educación superior, implican la necesidad de orientación e información actualizada en un formato adaptado a las necesidades concretas de los diferentes colectivos de estudiantes.

La importancia del Servicio de Orientación Universitario en nuestro país viene actualmente avalado por su implicación para dar respuesta a lo planteado en el estatuto del Estudiante (Real Decreto 1791/2010 de 30 de diciembre), ya que en el capítulo XV "Atención al universitario", en su artículo 65 "Servicio de atención al estudiante", se hace mención explícita a dicho Servicio.

A nivel Europeo, se considera que los Servicios de Orientación son muy importantes como apoyo a los estudiantes, especialmente para el buen desarrollo del EEES, con el fin de prestar apoyo en los aspectos académicos, toma de decisiones, itinerarios y salidas profesionales. Todo ello desde la perspectiva de la prevención.

Estos servicios son clave en una sociedad democrática y ofrecen un feedback en cuanto a la calidad y desarrollo de dicha sociedad. Son muy importantes en la educación Terciaria, y especialmente en la internacionalización del estudiantado, es decir, en todo lo referente a la movilidad de los mismos.

Estos servicios en Europa, en esta etapa educativa, según el informe Trend V, cubren en las universidades europeas los siguientes aspectos: Información de estudios (74%), Orientación Académica (85), Aprendizaje de Idiomas (85) y Orientación Vocacional (66).

En la conferencia de Lisboa se puso de manifiesto la importancia de la Orientación Vocacional en el proceso de transición entre la Educación Secundaria y la Universidad, así como de ésta al mundo laboral. Así mismo se constata como el asesoramiento es especialmente importante en lo relativo al *aprendizaje a lo largo de la vida* y en la *atención a la diversidad*, con el fin de no generar desigualdades sociales.

Por otro lado en la conferencia de Bergen, se hizo especial hincapié en que los gobiernos dotasen a las Universidades de estos servicios para atender a los estudiantes. En definitiva, los Servicios de Orientación habría que extenderlos al Tercer Ciclo y que tuviesen también como uno de sus objetivos favorecer la empleabilidad.

Con el fin de obtener una visión lo más general posible de cómo se encuentra organizado el Servicio de Orientación Universitario, optamos por llevar a cabo un estudio a través de las universidades de distintos países: Francia, Estados Unidos, Canadá, Reino Unido y España.

MÉTODO

Participantes

Las universidades analizadas de cada país son:

- ✓ *Universidades de Francia*: París 3; París 12; Lyon 2; Montpellier 1
- ✓ *Universidades de EEUU*: Oklahoma; The Shawnee State (Ohio); Minnesota; Illinois
- ✓ *Universidades de Canadá*: Montreal; Toronto; Vancouver; Saskatchewan
- ✓ *Universidades de Reino Unido*: Manchester; Queen Mary (Londres); Newcastle; Oxford
- ✓ *Universidades de España*: Universidad de Alicante, Universidad de Almería, Universidad de Barcelona, Universidad de Extremadura, Universitat Jaume I, Universidad de La Laguna, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Universidad de Oviedo, Universidad Politécnica de Valencia, Universidad Ramón Llull, Universidad de Valencia y Universidad de Valladolid

Para la selección de las universidades de Francia, Estados Unidos, Canadá y Reino Unido, tuvimos en cuenta la información recogida a través de diversos informes de la Comisión Europea, FEDORA (*Forum Européen de l'Orientalion Académique*), así como de artículos de revistas que hacían especial mención a estas universidades en relación al buen funcionamiento de sus Servicios de Orientación, citándolas como ejemplos de buenas prácticas.



Para la selección de las universidades españolas utilizamos como referencia las universidades participantes en el Grupo de Investigación de Asesoramiento vocacional / profesional universitario –GIAVPU- (Mora, 2008), así como el conocimiento de la realidad universitaria a través de nuestra propia experiencia profesional.

Instrumentos

De cada universidad, llevamos un análisis del citado servicio a través de la información que ofrecía la Web en cuestión.

Para el estudio descriptivo de dicha Web diseñamos una rejilla de evaluación con una serie de indicadores, que nos dieran una información lo más aproximada posible de las funciones que el servicio de orientación ofrece. La rejilla consta de dos partes, una general, en la que aparecen aspectos tales como:

- ✓ Visibilidad del servicio dentro de la Web de la Universidad
- ✓ Navegación
- ✓ Denominación del servicio
- ✓ Identificación de funciones, tales como asesoramiento, consejo clínico, empleo, etc.
- ✓ Identificación personal de los profesionales del servicio, como son su fotografía y curriculum adecuado a su trabajo
- ✓ Búsqueda de datos dentro de la Web
- ✓ Existencia de enlaces de interés
- ✓ Ubicación física del servicio en el campus

Y, otra específica de Orientación, en la que analizamos la información referente a:

- ✓ Futuros estudiantes
- ✓ Familia / padres
- ✓ Antiguos alumnos / amigos de la universidad
- ✓ Orientación durante el periodo universitario:
 - a) estudiantes de primer curso
 - b) Orientación personal
 - c) Presentación on-line
 - d) recursos
 - e) Tutorías
 - f) *Counselling*
- ✓ Empleo
- ✓ Centro de documentación

RESULTADOS

Universidades francesas

Respecto a los aspectos generales, la visibilidad dentro de la Web es muy buena, ya que es muy fácil identificar

el servicio de orientación, ya que posee el mismo nombre para todas las universidades francesas: *Service Commun universitaire d'information, d'orientation et d'insertion professionnelle (SCUIO-IP)*.

Su navegación interna es muy fácil, ya que se encuentran agrupadas todas sus funciones en bloques, siendo los enlaces muy útiles a la hora de ampliar o concretar más la información.

El personal que atiende el servicio, viene personalizado con una foto y una pequeña descripción sobre el área que atienden (orientación vocacional, académica, empleo, etc.), además aparecen sus correos electrónicos, teléfonos, fax y ubicación en el campus del responsable del servicio.

Las personas que atienden en este servicio, son especialistas en orientación, consejo (clínico), empleo y apoyo administrativo de técnicos de información.

Hay un buscador en la Web de estas universidades que permite acceder directamente a los diferentes servicios.

Respecto a los aspectos específicos:

- ✓ Futuros estudiantes: Todas las universidades mantienen relación con los estudiantes de secundaria. El *Service Commun universitaire d'information, d'orientation et d'insertion professionnelle (SCUIO-IP)*, trabaja conjuntamente con los servicios de orientación de los institutos, con los que se llevan a cabo acciones de puertas abiertas, visitas, sesiones informativas, etc., atendiendo tanto a estudiantes, como a orientadores, profesores y/o padres.
- ✓ No hemos encontrado ninguna referencia a la figura del antiguo estudiante / amigo de la universidad.

En cuanto a la orientación durante el periodo universitario tenemos:

- ✓ Ofrecen especial atención a los estudiantes de primer curso de carrera, para facilitarles su adaptación y prevenir su fracaso académico.
- ✓ Permite asesoramiento personal a través de entrevistas individualizadas.
- ✓ Existe orientación on-line a través de programas específicos como: Inforizon; y fundamentalmente, a través de Le CyberSCUIO.
- ✓ Recursos informáticos como: Pass Avenir.
- ✓ Tutoría: tiene gran importancia la tutoría por pares
- ✓ Hay una clara diferencia entre los orientadores vocacionales y los clínicos: *Counsellors d'orientation Psychologues (COP)*.
- ✓ Tiene un gran peso dentro del servicio el área de Empleo, tratando ampliamente la temática de la Inserción Profesional.
- ✓ Poseen un centro de Documentación muy bien dotado, tanto de consulta directa como on-line.



Universidades americanas

Respecto a los aspectos generales, la visibilidad de las Webs del servicio es muy buena, añadiendo una importante información gráfica (fotografías, vídeos, etc.), tanto del servicio de orientación (localización dentro del campus y servicios que posee), como de la universidad.

Tanto la navegación como la identificación personal de los miembros de estos servicios, siguen las mismas pautas que las páginas Web de las universidades francesas que hemos visto anteriormente.

La denominación de estos servicios en las diferentes universidades no es única (*Career Services*, *Career*, Web de la universidad seguida de *Orient*), sin embargo tienen todas un buscador que a través de "Career", nos localiza todos los servicios de orientación.

Los enlaces, son muchos y muy interesantes, especialmente los que hacen con servicios estatales, industria, asociaciones, etc.

Respecto a los aspectos específicos:

- ✓ Futuros estudiantes: dan gran importancia a este tema, siendo muy común la incorporación de una visita virtual al campus. Se relacionan con los centros de Bachillerato. La visita real al campus, suele llevarse a cabo los fines de semana (a lo largo de todo el año), con la participación de los orientadores de la universidad y alumnos universitarios de cursos posteriores. Tienen diseñado un programa específico de orientación dirigido tanto a los estudiantes que quieren acceder a la universidad como a sus padres.
- ✓ Familia y padres: desde antes de iniciar estudios universitarios ya hemos apreciado como a la familia se le presta especial atención como parte importante de la elección de estudios de sus hijos.
En la etapa universitaria, los padres tienen dentro de la Web de la universidad (en la barra de herramientas) un bloque exclusivo para ellos, donde se les ofrece toda la información que ellos necesitan así como un enlace al servicio de orientación de dicha universidad. Así mismo adquiere gran importancia y tienen mucha influencia dentro de la universidad las asociaciones de padres. Finalmente, hay programas específicos de orientación dirigidos tanto a los padres de alumnos de primero de carrera y su continuidad a lo largo de este periodo educativo.
- ✓ Antiguos alumnos / amigos de la universidad: son una parte muy importante de la organización de la universidad, juegan un papel muy activo y también tienen en la barra de herramientas un bloque dedicado a ellos.

Su papel es muy apreciado como dinamizador de la vida universitaria, ahora bien, si nos ceñimos al ámbito de la orientación, sus acciones se centran en: como tutores de alumnos universitarios; mentores de prácticas; papel activo en la inserción laboral; influencia de sus asociaciones en el ámbito político y social relacionado con la universidad; participación en sesiones de información y finalmente, como alumno embajador cuando se van a vivir a otro Estado o bien a otro país. En cuanto a la orientación durante el periodo universitario tenemos:

- ✓ Atención especial a los alumnos de primero de carrera.
- ✓ La orientación personal a través de entrevistas individuales (es muy utilizada por los estudiantes), que son muy fáciles de acceder por parte de los estudiantes, ya que los orientadores se encuentran distribuidos, dentro del campus en: servicios centrales y en las distintas facultades. Ello es posible debido a que estos servicios son contratados a empresas externas a la universidad.
- ✓ Adquiere gran importancia la orientación *on-line*, utilizando diversos instrumentos como: DISCOVER, SIGI-3, FOCUS, OKCIS.
- ✓ Los recursos informáticos también son muy utilizados en la orientación vocacional; fundamentalmente test en línea como: *Strong*, MBTI, SDS, etc. Por otro lado, aparece la utilización de las redes sociales como el *twitter* y *facebook*, en las tareas de orientación e información.
- ✓ La tutoría es llevada a cabo por: estudiantes de cursos superiores, profesores, orientadores. Hay que destacar que en alguna universidad empieza a ponerse en funcionamiento la tutoría *on-line* de 24 horas.
- ✓ El campo clínico (*counselling*) adquiere gran importancia y está más desarrollado que el de Orientación Vocacional. Se presta gran atención a los posibles problemas que el estudiante puede presentar, habiendo mucha documentación preventiva *on-line*, y el apoyo de consejeros clínicos especialistas según la problemática planteada (suicidio, sexual, alcohol, etc.). Asimismo suelen tener un teléfono de emergencia 24 horas, que se anuncia en los foros en que generalmente el estudiante universitario participa.
- ✓ Empleo: el área de empleo está muy bien estructurada y desarrollada y es una de las características que "vende" la universidad como indicador de calidad. De ahí el apoyo de fundaciones de antiguos alumnos y



amigos de la universidad. Aquí la orientación *on-line* es la que predomina, adquiriendo especial relevancia el programa "Explora tu futuro".

- ✓ Centro de Documentación: los recursos documentales son muy amplios, teniendo un servicio central (generalmente con muchos ordenadores) que permiten al estudiante acceder a un elevado número de lugares para conseguir la información que necesita.

En muchos casos estos servicios suelen ser gratuitos para los estudiantes, por lo que el único requisito es el acceso a través de las contraseñas de alumnos que les da la universidad. En otros, se tiene que pagar para poder acceder a determinados enlaces.

Universidades canadienses

Respecto a los aspectos generales, las universidades canadienses siguen la misma línea que las citadas anteriormente (francesas y americanas). La diferencia se encuentra en la denominación, ya que hay que ver el área de procedencia, así las francófonas utilizan la denominación de *Orientation Scolaire et Professionnel*, mientras que las anglófonas, utilizan *Career Counsellors*.

La ubicación de estos servicios en el campus, es muy visible y destaca por la información que se ofrece tanto a los estudiantes como a los padres. Así mismo, aparece un calendario con las acciones más importantes.

Respecto a los aspectos específicos:

- ✓ Futuros estudiantes: se les presta una gran atención, ya que también en la barra del menú de la universidad se les dedica un bloque. Llevan a cabo talleres, seminarios de orientación, visitas y sesiones informativas. Trabajan con los orientadores de secundaria y llevan a cabo una semana de orientación. Como aporte interesante, aparece la figura del alumno embajador en secundaria, como parte de las actividades que realiza la asociación de alumnos de la propia universidad; así este alumno embajador tiene una atención horaria de lunes a jueves de 17:00 a 21:00 horas a través de Internet.
- ✓ Antiguos alumnos / amigos de la universidad: prestan especial apoyo a la inserción laboral de los egresados de su universidad a través de sus asociaciones. Así mismo colaboran en la semana de la orientación. También prestan apoyo a los estudiantes durante su estancia en la universidad.

Un aspecto a destacar respecto a los otros países, es que dentro de las universidades hay una acción dirigida a los antiguos alumnos que implica la formación permanente de estos.

En cuanto a la orientación durante el periodo universitario tenemos:

- ✓ Acciones de apoyo, información y orientación dirigidas a los estudiantes de primer curso.
- ✓ Orientación personalizada a través de profesionales de manera individual a través de entrevistas. Cuentan así mismo con programas de "planificación de la carrera".
- ✓ Poseen programas de orientación *on-line* al que el estudiante puede acceder, como por ejemplo "aprende a conocerte".
- ✓ Los recursos informáticos son muy parecidos a los utilizados por las universidades americanas, ya que utilizan pruebas de intereses, cuestionarios, test de personalidad, etc. Así mismo también aplican el *twitter*, *facebook*, como elementos de información y orientación.
- ✓ La tutoría que llevan a cabo es a través de alumnos de cursos superiores y es fundamentalmente académica, ya que se desarrolla a través de cada titulación.
- ✓ El área de *counselling*, adquiere al igual que en las universidades americanas mucha relevancia.
- ✓ Empleo: el área de empleo es una de las más importantes en el conjunto de servicios que ofrece la universidad, jugando un papel importante los antiguos alumnos. Hay una relación directa entre la propia universidad y diversas organizaciones y empresas para facilitar la inserción laboral de sus egresados. Así, uno de los proyectos más interesantes que están desarrollando las universidades en este campo es "proyecto Telémaco".
- ✓ Centro de Documentación: suelen poseer un centro de recursos general y otros por facultades. El acceso a estos recursos suele ser principalmente *on-line* y se habilitan grandes salas con ordenadores para el uso de los estudiantes.

Universidades del Reino Unido

Respecto a los aspectos generales, a diferencia de los países anteriores las universidades inglesas que hemos consultado, se aprecia que su visibilidad dentro de la Web no es muy buena, teniendo dificultad el encontrar los servicios de orientación. Al mismo tiempo el buscador de la propia Web te lleva a *google* y no a la Intranet.

Una vez localizado el Servicio, su navegación suele ser fácil, aunque la organización de la información suele llevar a diferentes pantallas, por lo que se pierde la visión global de aquello que estamos buscando.



En cuanto a la denominación del servicio de orientación universitario, podemos decir que varía en cada universidad, por lo que tenemos que recurrir al término genérico "Career" y a partir de ahí, analizar los diversos servicios que hay y centrarnos en el de orientación. Por lo que respecta a su ubicación en el campus, no suele aparecer, ni tampoco el perfil de los profesionales que lo integran.

En definitiva, este análisis general, pone de manifiesto una clara diferencia con respecto a las universidades de los países analizados anteriormente, ya que, ni en lo visual, gráfico, ubicación, etc., se encuentran al mismo nivel que aquellas. Es decir, la Web de estos servicios debería mejorarse para facilitar su consulta.

Respecto a los aspectos específicos:

✓ Futuros estudiantes: respecto a éstos, el servicio de orientación universitaria, elabora abundante documentación informativa de modo on-line, permitiendo el acceso a la misma tanto a los futuros estudiantes como a sus padres, como a orientadores de centros de secundaria. Suelen llevar a cabo seminarios, siendo las visitas una parte importante de las acciones dirigidas a ellos. Éstas las realizan los estudiantes de cursos superiores. Así mismo también hay un alumno embajador de la propia universidad con su centro de secundaria de procedencia.

✓ Familia/padres: prácticamente siguen las mismas prácticas que en los estudios anteriores, si bien tenemos que hacer especial hincapié en las guías que específicamente se elaboran para los padres.

Un aspecto interesante que queremos resaltar, es la acción que llevan a cabo en la Universidad de Londres. Aquí las familias de antiguos alumnos albergan durante un fin de semana a una familia de un alumno de nuevo ingreso.

✓ Antiguos alumnos/amigos de la universidad: en las universidades inglesas es ya tradicional el apoyo que e implicación que los antiguos alumnos tienen hacia su universidad. En ellas el directorio de antiguos alumnos juega un papel importante en la sociedad, tanto para la inserción laboral de los egresados como el apoyo a la familia, así como ser mentor de los estudiantes durante su vida universitaria.

En cuanto a la orientación durante el periodo universitario tenemos:

✓ Tal como hemos venido apreciando a lo largo de este estudio, también las universidades del Reino Unido prestan especial atención al alumno de primero, especialmente en dos aspectos: en lo referente al rendi-

miento académico y por otra parte en cuanto a la orientación y toma de decisiones de sus opciones de elección de carrera.

✓ La orientación es muy personal a través de entrevistas individuales. Se tiende más a este tipo de acciones y no tanto a acciones de orientación grupal u on-line.

✓ Respecto a la orientación on-line se están desarrollando algunos programas para llevarla a cabo, si bien se encuentra en un estado incipiente. Al respecto, podemos citar el programa "Live Guidance System" como uno de los más aceptados en este campo.

✓ Los recursos informáticos se centran fundamentalmente en los test de personalidad y programas como el *Compass*. Así mismo se está empezando a utilizar el *twitter* y el *facebook* con las mismas funciones descritas anteriormente.

✓ Respecto a la tutoría, ésta suele ser llevada a cabo por alumnos de cursos superiores. Así en relación con los alumnos de primero la tutoría está más dirigida a facilitar la adaptación y el conocimiento de lo que es la vida universitaria. Mientras que en los últimos años, la tutoría suele ser más académica, al tiempo que aparece la figura del mentor (antiguo alumno) que le ofrece apoyo respecto a su futuro laboral.

✓ En cuanto al "Counselling", se encuentra al mismo nivel que las universidades estudiadas anteriormente. Sin embargo queremos resaltar que en las universidades inglesas aparece un número muy elevado de programas de autoayuda.

✓ Empleo: tienen un portal Web de empleo muy bien estructurado, en el que las asociaciones de antiguos alumnos y amigos de la universidad juegan un papel muy importante. Así mismo, se destaca una atención muy personalizada para ayudar al estudiante a conseguir su inserción laboral. Hay bastante documentación on-line y muchos enlaces.

✓ Centro de Documentación: poseen centros de documentación con muchos recursos tanto escritos como on-line, etc. En algunas universidades encontramos personal específico de ayuda, para que el estudiante pueda obtener un máximo rendimiento de estos recursos.

La documentación del centro está agrupada respecto a alumnos, padres y orientadores.

Universidades españolas

En España, la falta de legislación en el ámbito universitario en materia de orientación y la proliferación rápida



de servicios de atención al estudiante, ha ocasionado que la organización de la orientación en las universidades se aleje del concepto de sistema institucionalizado.

No obstante, la ausencia de un marco legislativo no ha sido óbice para iniciar el proceso de institucionalización de la orientación universitaria que comenzó a finales de los sesenta con actividades orientadoras de corte psicotécnico. En la década de los noventa, la puesta en marcha en España de planes institucionales de evaluación de la calidad de las universidades promovió el inicio de acciones de mejora relacionadas con la acción tutorial en el ámbito institucional.

Tal como se constata en varias investigaciones, la práctica real de la orientación universitaria en nuestro contexto se caracteriza por constituir una realidad muy heterogénea de servicios, por tanto, el panorama de la orientación universitaria se muestra disperso, poco estructurado y escasamente sistematizado (Álvarez Rojo et al, 2000).

De las investigaciones que abordan esta temática destacamos:

- 1) Los resultados del estudio realizado por Vidal, Díez y Vieira (2001) muestran que se da una clara tendencia a informar (96%) y orientar (81%). No obstante, se han detectado otro tipo de objetivos que se dan en menor proporción, pero a los que se debe atribuir una presencia importante. Estos son: gestionar (57%), formar (41%), diagnosticar (12%), investigar (7%) y evaluar (6%). La presencia de estos objetivos nos muestra que en los servicios se están ampliando las líneas de actuación.
- 2) En el informe realizado recientemente por el Ministerio de Educación y Ciencia "Análisis de los servicios de información, orientación y apoyo proporcionados por las universidades y utilización de los mismos por los universitarios" (Proyecto EA2007- 0235, 2008) se muestra el catálogo de servicios prestados en las universidades en cuanto a la información, orientación, apoyo y/o asesoramiento a los universitarios.

En dicho informe se aprecia que de los servicios menos extendidos entre las universidades estudiadas se encuentra el de orientación psicopedagógica. Según el informe sólo el 69% de las universidades prestan ese servicio. Es también, de los servicios menos conocidos. Sólo el 9.55% de los universitarios encuestados conoce la existencia de servicios de orientación psicopedagógica en su universidad. No obstante, pese al desconocimiento de tal servicio y

utilización del mismo, se encuentra entre los servicios más valorados entre los universitarios, con una puntuación de 7 sobre 10.

- 3) El Grupo de Investigación de Asesoramiento vocacional / profesional universitario –GIAVPU- (Mora, 2008), desarrolló un proyecto sobre conducta y asesoramiento preprofesional a estudiantes preuniversitarios. En la investigación participaron doce universidades españolas (las que figuran en nuestra muestra) y obtuvieron una amplia información sobre la situación de las universidades españolas que formaron parte de la investigación, respecto a los servicios de orientación universitaria y en cuanto a la creación de los mismos, su funcionamiento, los fines y objetivos que pretenden y, en su caso, los programas o actividades que desarrollan.
- 4) En una reciente revisión de servicios dedicados a la atención personal, psicopedagógica y psicológica, en todas las universidades españolas (Saúl, López, y Bermejo, 2009), se concluye que se encuentran servicios de este tipo en el 68,91% de las universidades de nuestro país y muestra una evolución muy rápida y positiva de implantación de los mismos en los últimos años.

Si bien los estudios expuestos anteriormente nos dan una información de cuál es la situación del Servicio de Orientación Universitario en nuestro país es interesante aplicar la rejilla de análisis utilizada en el estudio de las Web de las universidades de otros países:

Respecto a los aspectos generales:

- ✓ Poseen poca visibilidad, ya que se encuentra en niveles muy internos dentro de la página Web de la universidad
- ✓ La navegación es dificultosa, ya que se encuentra muy ligada a links administrativos que "oscurecen" la información sobre el área de Orientación
- ✓ La denominación es excesivamente variada: Unidad de Apoyo Educativo, Servicio de Información, Servicio de Orientación al alumnado, Servicio de Asesoramiento y promoción del estudiante, Gabinete de Orientación Universitaria, etc.
- ✓ La identificación de las funciones, generalmente no existe o bien es muy confusa. Hay una ausencia mayoritaria de un directorio con sus funciones
- ✓ La identificación personal: fotos, descripción de funciones, responsabilidades, no suele ser habitual
- ✓ Hay un excesivo número de enlaces que más que facilitar dificultan la información



- ✓ Los buscadores dentro de la Web pierden eficacia al tener cada universidad una denominación distinta para su servicio de orientación.

En definitiva, estos aspectos generales se encuentran en un nivel de eficiencia muy por debajo del resto de las universidades analizadas anteriormente. Incluso, la mayoría de las veces, la propia Web principal de la universidad, genera cierta dificultad a la hora de buscar aquello que queremos encontrar.

Respecto a los aspectos específicos:

- ✓ Futuros estudiantes: aparece como un elemento clave en la Web del servicio. Todas las universidades presentan acciones relativas a actuaciones en secundaria, sin embargo dejan en un segundo plano acciones dirigidas al acceso para mayores de 25, 40 y 45 años, y la formación profesional. Así mismo, la información suele referirse más a aspectos administrativos que a acciones orientadoras.
- ✓ Familia / padres: no tienen entidad propia y no aparecen en la barra del menú de la universidad.
- ✓ Antiguos alumnos / amigos de la universidad: se contempla únicamente como asociación y como beneficiarios de determinadas acciones, eventos, etc., que se llevan a cabo en la propia universidad donde realizaron sus estudios. No suelen tener una implicación directa ni en acciones de orientación ni en acciones de inserción laboral.

En cuanto a la orientación durante el periodo universitario tenemos:

- ✓ Respecto a los alumnos de primero, no suelen haber acciones específicas de orientación, centrándose la mayoría de universidades en la Jornada de Acogida.
- ✓ La orientación personal a través de consultas individuales es poco habitual; si bien suelen realizarse más consultas de tipo informativo.
- ✓ Respecto a la orientación on-line: no hemos encontrado ningún programa de este tipo. Es cierto que algunas universidades realizan ciertas acciones on-line que podrían integrarse en un programa de orientación universitaria.
- ✓ Recursos informáticos: los existentes se encuentran en el mercado y podrían ser utilizados bajo pago, como cuestionarios de intereses, personalidad, etc.
- ✓ Tutoría: no aparece de manera explícita en la Web del Servicio. Actualmente, y con motivo de la aprobación del Estatuto del Estudiante, las universidades deberán dar respuesta, no solamente a la tutoría académica sino también a otro tipo de tutoría que podríamos deno-

minar como tutoría para el desarrollo personal y profesional.

- ✓ El área clínica suele estar presente en todas las universidades españolas, bien dentro del servicio de salud de la universidad, o del servicio de asistencia psicológica.
- ✓ Empleo: no suele estar incluido dentro del servicio de orientación, más bien constituye un servicio específico dentro de la universidad, dependiendo muchas veces de la Fundación Universidad-Empleo. También aquí encontramos diferentes nombres que identifican esta área: Oficina de Inserción Laboral, Centro de Información al Empleo, Oficina de Colocación y Promoción al Empleo, Oficina de Promoción de la Ocupación, Centro de Orientación e Información de Empleo, Servicio Integrado para el Empleo, Servicio de Orientación y Planificación Profesional, etc.
- ✓ Centro de Documentación: no suele existir en nuestras universidades un centro de recursos dedicado al tema de la orientación vocacional. Sería interesante que dentro de las bibliotecas universitarias se dedicara un "córner" a este tipo de documentación. Así como hubiese un enlace dentro del servicio de orientación a una Web específica dentro de la universidad que fuese sobre recursos documentales en este campo.

Una vez analizados los Servicios de Orientación de las universidades citadas anteriormente, presentamos la Tabla 1 destacando aquellos aspectos más representativos, con el fin de obtener una visión global de la configuración de dichos servicios.

DISCUSIÓN

Del análisis descriptivo que hemos realizado sobre el Servicio de Orientación Universitaria en distintos países, ponemos de manifiesto las notables diferencias que hay entre los mismos, especialmente si hacemos referencia a la universidad española. Así, desde un punto de vista científico, podemos admitir que no es posible llevar a cabo una comparación entre ellos, ya que las diferencias culturales, sociales y de los propios sistemas educativos influyen de manera clara en la organización de dicho servicio. De ahí que una aportación importante de nuestro estudio es "conocer" lo que se está haciendo bien y poder implementarlo en las otras universidades, de manera que las mismas consigan un mejor desarrollo y aprovechamiento del servicio.

En estos últimos años, la Unión Europea da gran importancia al papel que el Servicio de Orientación Uni-



versitario tiene para poder desarrollar con éxito la formación académica y humana del estudiante.

Por nuestra parte, respecto a la universidad española, consideramos que el punto de partida debe ser que la identificación del Servicio de Orientación Universitario tenga la misma denominación en todas las universidades. Así proponemos "Servicio de Orientación Psicopedagógica y Profesional". Ello permitirá una rápida localización así como una mayor visibilidad dentro de la Web institucional.

En cuanto al contenido de la Web del Servicio de Orientación, proponemos que esta debería contemplar cinco áreas y sus respectivos campos. Ello constituiría la barra de herramientas de la página Web. Así tenemos: a) Asesoramiento a estudiantes, con los campos de: información, orientación (antes, durante y después del acceso a la Universidad), *counselling*, atención a la diversidad; b) Profesorado, con los campos de: formación a profesorado Novel, formación continua, atención a la diversidad; c) Empleabilidad, con los campos de: inserción laboral, yacimientos de empleo; d) Participación Social, con los campos de: alumni, familia, agentes sociales; e) Enlaces, con los campos de: Servicio de Orientación de Universidades españolas, Servicio de Orientación de Universidades de otros países, Servicios internos de la universidad, Servicios externos a la universidad, Bases de datos.

Ahora bien, para que el Servicio sea eficaz y eficiente es necesario que, por una parte la Web sea atractiva y fácil de navegar y por otra, que esté atendida por profesionales cualificados en el área de orientación, tales como psicólogos, pedagogos y psicopedagogos.

Por todo ello, no podemos quedarnos en el ámbito únicamente descriptivo, sino que el reto que la Sociedad del Siglo XXI nos presenta es ofrecer un Servicio de calidad. Al respecto, y teniendo en cuenta diversos informes de la Unión Europea, destacamos que el Servicio de Orientación en la universidad contemple una serie de directrices, tales como:

- ✓ Exigir a los profesionales que tengan las competencias necesarias para desempeñar las tareas de orientación.
- ✓ Definir claramente las normas que han de cumplir estos servicios, alguna forma de controlar si un servicio cumple con estas normas, y, cuando esto no ocurra, un procedimiento a seguir para lograr el cumplimiento de las normas vigentes.
- ✓ Asegurarse de que los materiales de orientación utilizados reúnen los criterios de calidad establecidos por técnicos especializados.
- ✓ Considerar qué normas se podrían utilizar para acreditar a los servicios de orientación.
- ✓ Mejorar la calidad de los servicios al exigir niveles más altos en la formación inicial y permanente del personal de los servicios de orientación.

Finalmente, somos conscientes que todas estas aportaciones se pueden llevar a cabo en la universidad española introduciéndolas de manera progresiva. Como ejemplo podemos citar a la Unidad de Apoyo Educativo (Universitat Jaume I) como Servicio que cumple muchas de las variables expuestas, además de cumplir con los estándares de calidad evaluados a través de Vieira (2008), en el que se tienen en cuenta los criterios de calidad de prestigiosas agencias de evaluación de EEUU y Reino Unido, entre otros.

TABLA 1
ASPECTOS MÁS RELEVANTES DE LOS SERVICIOS DE ORIENTACIÓN UNIVERSITARIOS

<i>Universidades/Aspectos</i>	<i>U. Francia</i>	<i>U. EEUU</i>	<i>U. Canadá</i>	<i>U. Reino Unido</i>	<i>U. España</i>
Visibilidad	Muy buena	Muy buena	Muy buena	Buena	Mala
Denominación	Común: SCUJO-IP	No común: Career...	Común: OSP CC	No común: Career...	No común:
Profesionales	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Orientación antes	Contacto Centros de Secundaria	Programa específico	Alumno embajador	Alumno embajador	Contacto Centros de Secundaria
Orientación durante	- Orientación on-line - Tutoría	- Orientación on-line - Tutoría	- Orientación on-line - Tutoría	- Orientación on-line - Tutoría	Predomina la información - Tutoría
Empleo	Muy bueno	Muy bueno	Muy bueno	Muy bueno	Regular
Alumni	No	Sí	Sí	Sí	No
Familia	No	Sí	Sí	Sí	No
Centro de documentación	Muy bueno	Muy bueno	Muy bueno	Muy bueno	Regular



REFERENCIAS

- Álvarez Rojo, V. et al. (2000). Orientación en los procesos de enseñanza-aprendizaje en la Universidad. En H. Salmerón y V. L. López (coord). *Orientación educativa en las Universidades*, (pp. 47-77). Granada: Editorial Universitario.
- Álvarez, M. y Fita. E. (2005). La intervención orientadora en la transición Bachillerato-Universidad. *Bordón*, 57 (1), 5-26.
- Blimling, G.S. (2000). Accountability for Student Affairs: Trends for the 21st Century. En: C. Johnson, & H. Cheatham (Eds.), *Higher Education trends for the next century: a research agenda for student success*. American College Personnel Association. Recuperado el 15 de enero de 2008 de www.acpa.ncheedu/se-iorscholars/trends/trends.htm.
- BOE (2010). Real Decreto 1791/2010, de 30 de diciembre, por el que se aprueba el Estatuto del Estudiante Universitario (nº 318).
- Comisión de las Comunidades Europeas (2005). *Propuesta de recomendación del Parlamento Europeo y del Consejo sobre las competencias clave para el aprendizaje permanente*. Bruselas, 10 de noviembre de 2005.
- Flores, R. (2010). *Psicología y Orientación Vocacional. Estudio Científico. Un reto en la Formación del Orientador Europeo del siglo XXI*. Tesis Doctoral (no publicada). Universitat Jaume I.
- Flores, R., Gil, J.M., Caballer, A. y Martínez, M.A. (2011). Propuesta de diseño de un portal Web Europeo de Orientación Vocacional: UJI-Orienta. Comunicación presentada en el VI Congreso Internacional de Psicología y Educación. *Educación, Aprendizaje y Desarrollo en una Sociedad Multicultural*, Valladolid, España.
- Gil, J.M. y Flores, R. (2009). La Universidad del S. XXI: el reto de la armonización europea. En: Gil, J.M., Lapeña, L., Flores, R. Experiencias d'aprenentatge. Formació de persones adultes i Universitat. pp (23-40). Publicacions de la Universitat Jaume I.
- Gil, J.M. y Flores, R. (2011). Los nuevos roles del Orientador en el siglo XXI. En: Sanchiz, M^ªL, Martí, M. y Cremades, I. *Orientación e intervención educativa. Retos para los Orientadores del Siglo XXI*, pp (47-69). Tirant lo Blanch: Valencia.
- Ministerio de Educación y Ciencia (2008). *Análisis de los servicios de información, orientación y apoyo proporcionados por las universidades y utilización de los mismos por los universitarios. Proyecto EA2007-0235*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Mora, R. (2008). *Conducta y Asesoramiento Vocacional/Preprofesional de los estudiantes universitarios: variables individuales del desarrollo de la carrera y servicios institucionales*. Tesis Doctoral (no publicada). Universidad de Valencia.
- Rodríguez Moreno, M.L. (2002). *Hacia una nueva orientación universitaria*. Barcelona: Ediciones Universidad de Barcelona.
- Sanz García, N. (2001). Orientación universitaria: asesoramiento académico personal. *Premios nacionales de investigación educativa 2000* (pp. 103-127). Madrid: Secretaria General Técnica.
- Saúl, L.A.; López, M.A. y Bermejo, B.G. (2009). La Orientación educativa en las Universidades españolas: de la Orientación laboral y vocacional a la atención psicológica. *Acción Psicológica*, 6 (1), 7-15.
- Vidal, J.; Díez, G. y Vieira, M^ª. J. (2001). *La oferta de los servicios de orientación en las universidades españolas: innovación y ajuste a las necesidades de la comunidad universitaria*. Dpto. Filosofía y Ciencias de la Educación. Universidad de León. Recuperado el 24 de marzo de 2009 de <http://www3.unileon.es/dp/amide/inves/publi/Servori.pdf>
- Vieira, M^ª. J. (2008). Criterios para la evaluación del sistema de apoyo y orientación al estudiante universitario: revisión y propuesta. *Revista de Educación*, 345, 399.



DESARROLLO DE UN INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN EN DANZA MOVIMIENTO TERAPIA (DMT)

Graciela Vella¹ y Elena Torres Solera²

¹Escuela de Formación. ²Gerencia de atención primaria de Mallorca

La danza movimiento terapia (DMT) se basa en el uso terapéutico del movimiento. Una de las problemáticas existentes es la escasez de herramientas para observar de manera objetiva las conductas emocionales del movimiento. Objetivo: desarrollar una pauta de observación en castellano que permita evaluar las conductas del movimiento relacionadas con la dimensión de relaciones interpersonales. Método: se hizo una revisión bibliográfica de los sistemas de codificación más empleados en DMT, la definición de las dimensiones, una construcción preliminar de la escala y por último, una evaluación piloto con un grupo de pacientes de salud mental. Resultados: se establecieron tres variables (relaciones interpersonales, utilización del espacio y la participación) con 29 ítems evaluados durante la sesión terapéutica que permiten su aplicación en grupo y con medida cualitativa y cuantitativa. Conclusiones: Este instrumento permite objetivar resultados, hacer una valoración inicial, durante y al final del tratamiento y la redacción de la memoria de cada sesión.

Palabras clave: Danza movimiento terapia, Instrumento de observación, Psicoterapia, Movimiento.

The dance movement therapy (DMT) is based on the therapeutic use of movement. One of the existing problems is the lack of objective evaluation tools to measure the emotional behaviors of the movement. Objective: to develop an observation tool in spanish to assess related movement behaviors evaluated in the different dimensions and items to consider in the psychotherapeutic work done with DMT. Method: a literature review of the coding systems used in DMT was done, the scale dimensions were defined, a preliminary construction of the observation tool and a preliminary evaluation with mental health patients was done. Results: three main outcomes were established: the observation of the interpersonal relationship, the space use and participation inside the therapeutic space with 29 items applicable to the group and with quantitative and qualitative measures. Conclusions: this observation tool allows an objective evaluation to make an initial assessment, during and after treatment and to write memory as a guide for each session.

Key words: Dance movement therapy, Observation tool, Psychotherapy, Movement.

La Danza Movimiento Terapia (DMT) es una psicoterapia integrada dentro de las artes creativas. Tiene como finalidad terapéutica la integración psicofísica del individuo basándose en el fundamento metodológico de las psicoterapias (Mee-kums, 2002; Rodríguez, 2009; ADMTE, 2001), las teorías de la comunicación no verbal, las teorías psicodinámicas, los sistemas de observación y en el análisis del movimiento (San Pedro Santana, 2009). Recurre a uno de los medios de expresión terapéuticos más antiguos del hombre: la danza y el movimiento expresivo (Cruz, 2006).

La premisa base de la DMT es la constante interacción entre el cuerpo y la mente. Su herramienta principal es el propio cuerpo y el lenguaje manifiesto del mismo (movimiento). Es decir, este enfoque determina el cuerpo como un medio de conexión con el mundo y el movimiento como comunicación y expresión fundamental de la volun-

tad interna de la persona, manifestación primaria de su vida (Cruz, 2006). Por tanto, esta técnica profundiza en la conexión entre movimiento y emoción (Reich, 1949; Bernstein, 1975; Navarre, 1982; Rossberg-Gemptom y Poole, 1992; Payne, 2006).

Se diferencia de otras terapias corporales en que no es una pedagogía, no enseña al paciente a modificar sus movimientos sino que trabaja a partir del movimiento espontáneo del individuo. Sugiere por medio de indicaciones, tanto corporales como verbales, la autoexploración (Saskia, 2007). Estimula la liberación de sentimientos, la comunicación, el contacto no verbal (Espenak, 1981). Se puede aplicar de manera individual o grupal a cualquier tipo de población (ADTA, 1999).

El movimiento es el medio de observación, análisis e intervención del profesional. Se produce de forma inmediata, en un tiempo breve, en el que intervienen multitud de factores. La observación como método es un registro sistemático, válido y confiable de anotación del comportamiento o conducta manifiesta que presenta una serie de ventajas.

Correspondencia: Elena Torres Solera. Gerencia de atención primaria de Mallorca. Reina Esclaramunda 9. 07003 Palma. España. E-mail:elenatorres@ibsalut.caib.es



La estructura general de la observación se caracteriza por la descripción de las conductas observables (criterios) y su posterior registro para su evaluación. La evaluación del paciente en el transcurso de esta psicoterapia debe ser un proceso continuo (dinámico) individual, mediante el cual el profesional se va configurando una valoración de la terapia, la evolución del paciente y de su situación personal. La evaluación debería poder registrarse desde la sala, teniendo como instrumento principal la observación directa "participante", entendiendo por este último un concepto que implica de manera activa y dinámica al psicoterapeuta (Labrador, 2004).

Uno de los objetivos de la evaluación es tener un reflejo escrito de la evolución individual de cada paciente para ir apreciando con mayor facilidad los cambios que se producen durante el proceso terapéutico.

Es así como, a partir de aquellos datos existirán, además, ciertas conductas características de cada variable. Es decir, segmentar la conducta en base a unos criterios concretos, demarcar sus unidades teniendo como referencia un lenguaje y códigos específicos y transcribir la interpretación de la realidad en un registro delimitado (Izquierdo, 2000).

Debido a su naturaleza como terapia artística hay una falta de sistematización en la evaluación en DMT. Esto incrementa la dificultad a la hora de demostrar resultados objetivos. La DMT presenta un predominio de investigaciones de carácter cualitativo, con muestras pequeñas o centradas en estudio de casos en las que los danzaterapeutas describen fenómenos observados dentro de un encuadre terapéutico sin utilizar herramientas observacionales específicas. Aunque existen pocos estudios cuantitativos (ninguno en España) que evalúen su eficacia (Xia, 2011; Ritter, 1996), la literatura sugiere que la DMT con pacientes con esquizofrenia u otros trastornos psicológicos graves incrementa la capacidad de comunicación, el contacto interpersonal y el placer por la actividad (Chace, 1953; Sandel, 1980; Saskia, 2007).

Estas dificultades, comunes en todas las psicoterapias basadas en el arte, han sido un punto de reflexión para diversos danzaterapeutas (Burton, 2009). Cincuenta años después de la aparición del primer sistema de análisis de movimiento con Laban, aún continúa siendo en nuestros días una de las problemáticas existentes: ¿Cómo observar de manera objetiva y específica las conductas emocionales del movimiento y describirlas con un vocabulario concreto? ¿Por qué los registros de observación más utilizados en DMT no se emplean para demos-

trar los avances de los pacientes y la eficacia de la psicoterapia?

Los sistemas existentes son amplios e incluyen muchas dimensiones a observar. Para ser utilizadas en su globalidad hay que implicar la colaboración de un observador externo o grabar las sesiones. Necesitan de un entrenamiento exhaustivo para poderse aplicar, por lo que no es extensible a cualquier profesional que desee observar las conductas del movimiento.

En este contexto, nos proponemos desarrollar una pauta de observación simple y en castellano, que permita evaluar las conductas del movimiento relacionadas con la dimensión de relaciones interpersonales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la elaboración de la pauta de observación o 'cuestionario de observación de DMT' se ha partido de un proceso escalonado que ha consistido en: 1) Una revisión bibliográfica de las escalas de observación más utilizadas en DMT 2) Definición de las dimensiones 3) Construcción preliminar del instrumento 4) Aplicación práctica con un grupo de pacientes con patología mental severa, principalmente esquizofrenia paranoide.

Revisión bibliográfica de las escalas/métodos de observación en DMT

Los sistemas de codificación para interpretar el movimiento corporal han sido creados en función de propósitos concretos.

Así, Rudolf von Laban desarrolló un sistema capaz de observar y analizar cualquier movimiento visible, el *Laban Movement Analysis LMA* (Método Laban de Análisis Corporal) basado en cuatro principios generales del movimiento: movilidad/estabilidad, funcionalidad/expressión, esfuerzo/recuperación, interior/exterior y cinco conceptos básicos: cuerpo (*body*), esfuerzo (*effort*), espacio (*space*), forma (*shape*) y la relación que se establece entre ellos (*BESS-R*). Incluye un lenguaje específico (Bárbara, 2008). Creó un sistema de símbolos (*Labanotation*), en lengua inglesa, aplicable a todas las poblaciones, para poder anotar los cambios que se producen en el movimiento y describirlos de manera cualitativa y cuantitativa (Laban, 2006).

Por otro lado, los Fundamentos Barthernieff se conocen como sistema de reeducación del cuerpo (*body re-education system*). Están basados en la teoría de Laban, la kinesiología y las fases del desarrollo motor. Barthernieff estableció sus fundamentos en función a nueve principios



básicos (la respiración, los apoyos básicos del cuerpo, intención espacial, cambio de peso, eje corporal, iniciación y secuencia de movimiento, patrones de desarrollo, articulaciones y esfuerzos). El principal objetivo es conseguir un uso adecuado del movimiento, trabajando la relación entre cuerpo y voz, para promover la salud física y mental a través de una variedad de ejercicios y movimientos físicos con el fin último de re-educar y re-diseñar el cuerpo al lugar donde estaba antes del trauma, lesión y/o dolor. Considera el movimiento como un proceso en continuo cambio que refleja la personalidad del individuo (Bárbara, 2008). No creó ninguna escala en la que se puedan representar gráficamente los resultados observados.

Posteriormente, Judith Kestenberg diseñó un instrumento aplicable a niños y adultos: el KMP (*Kestenberg movement profile*). El perfil de movimiento de Kestenberg combina una perspectiva psicoanalista y las características del análisis del movimiento de Laban. Evalúa los patrones de movimiento en relación a su dinámica natural como indicadores de la salud intrapsíquica. Contiene ocho categorías: ritmos del flujo de tensión; atributos del flujo de tensión; precursores de esfuerzo; esfuerzo; flujo de forma bipolar; flujo de forma unipolar; formación en direcciones; formación en planos (Loman, 2008) que representan dos líneas de desarrollo. El sistema I (*tension-flow/effort*), centrado en la evolución de los patrones en relación con la realidad interna del individuo. El sistema II, (*shape-flow/shaping*) una línea de desarrollo que explica la relación con el espacio y los objetos (Cruz y Kogh, 2004). El KMP se puede representar gráficamente. Incluyendo ambos sistemas pueden llegar a aparecer 120 factores de distintos movimientos (a través de 29 dimensiones polares). Son diagramas complicados de entender y de detallar debido a la multitud de dimensiones que aparecen.

Finalmente, otra de las herramientas enfocadas para la observación del movimiento es el MPI, *Movement Psychodiagnostic Inventory*, diseñada por Martha Davis para medir los trastornos de movimiento involuntario que se dan en pacientes con esquizofrenia u otros trastornos mentales. No está validada para población adulta sin patología ni para niños (Cruz y Kogh, 2004). El mapeo de observación es una línea continua entre ausencia de movimiento hasta movimiento excesivo. Por lo que, usando el MPI (Davis, 1991) se pueden distinguir y discriminar los patrones de movimiento característicos entre los pacientes con esquizofrenia y otros trastornos.

Definición de las dimensiones

Las dimensiones de la pauta de observación fueron creadas a partir de la revisión de los sistemas de observación más utilizados en DMT especificados en el apartado anterior, las características del trastorno de la esquizofrenia descritas en el DSM-IV, en algunos de los conceptos del análisis del movimiento de Laban y en la metodología de Marian Chace (Cruz y Kogh, 2004).

Las pautas de observación publicadas hasta ahora han sido construidas para describir el movimiento en su totalidad, con un amplio abanico de dimensiones y por tanto, se hace necesaria la presencia de un observador externo para poder completarlas y obliga a grabar las sesiones para poder analizarlas posteriormente.

Por otro lado, uno de los beneficios demostrados de la DMT es la mejora en las habilidades comunicativas, y una de las dificultades en el trastorno de la esquizofrenia son las relaciones interpersonales. Teniendo en cuenta estas dos premisas se acordó desarrollar un instrumento simple, centrado en una sola dimensión que el propio terapeuta pueda aplicar después de cada sesión terapéutica.

Así pues, la dimensión de relaciones interpersonales se desglosó en tres subdimensiones: a) relación con los otros en el espacio terapéutico b) utilización del espacio personal y social c) participación verbal y no verbal del individuo.

a) Relación con los otros entendida como participación del individuo dentro del grupo desde que llega hasta que se va del espacio terapéutico.

Cuerpo y movimiento son aspectos básicos para la estructuración del sujeto (Winnicott, 2002). La capacidad humana para moverse comienza cuando es un feto y está dentro del útero materno protegido del mundo exterior. Al nacer, su cuerpo desarrollará movimientos que le permitirán ir aflojando la forma esférica, comenzará a apartar las piernas y los brazos del centro del cuerpo hasta lograr estirarlo y comenzar a ver el mundo exterior. El ser humano pondrá en juego acciones corporales más amplias, complejas y definidas cuando logre una concepción clara del espacio, tenga conciencia de la gravedad y de la fuerza muscular. El crecimiento y desarrollo emocional está relacionado con la necesidad humana de ampliar y explorar el uso del cuerpo en el espacio (Anfusso, 2009).

En Danza Movimiento Terapia el profesional se involucra en el proceso posibilitando lo que Buber (1977) califica como un encuentro YO-TÚ, en una relación horizontal entre terapeuta y cliente.



La mirada entre profesional-paciente y paciente-grupo es uno de los puntos importantes en la DMT, ya que confirma la existencia del individuo. Como dice J.P. Sartre: "el contacto visual es lo que nos hace real y directamente conscientes de la presencia de otra persona como ser humano, que tiene consciencia e intenciones propias" (Davis, 1989). Tanto los ojos como la mirada constituyen un puente de comunicación y construcción vincular.

Las sesiones de Danza Movimiento Terapia se inician generalmente en círculo: un espacio potencial de interacción en el que todos comparten una tarea en común diferenciándose al mismo tiempo los unos de los otros.

El círculo constituye un sostén emocional que anima a los individuos a emprender sus primeras actividades exploratorias del movimiento como una forma de poner en marcha una curiosidad primitiva para conocer el mundo. El círculo es liderado por el profesional, quien motiva a la acción e interacción personal y grupal.

Todo lo que rodea a un nacimiento está signado por el contacto cuerpo a cuerpo. La situación se reedita en cualquier relación próxima entre personas, cada vez que aparecen el beso, el abrazo y la caricia para compartir sentimientos intensos de amor, alegría, miedo o dolor.

La mano es el instrumento primario del tacto. Contiene más corpúsculos táctiles que ninguna otra parte del cuerpo. Por tanto, tocar es principalmente función de la mano, pero no es una operación mecánica. Hablando en términos humanos, tocar es sentir el contacto con otra persona. "Entrar en contacto" significa tener relación con alguien (Stern, 1991).

b) Utilización del espacio: relación del individuo con el espacio personal y social.

El espacio es el entorno físico y real que rodea al individuo y que lo ubica en relación a donde está en el mundo exterior. La kinesfera determina el espacio personal de acción, pensamiento, sentimiento y movimiento de un individuo. Laban menciona: "Todo movimiento tiene lugar al trasladarse el cuerpo o partes del cuerpo de una posición espacial a otra. Sea que el cuerpo se mueva o esté detenido, lo rodea el espacio. Alrededor del cuerpo está la esfera de movimiento o kinesfera constituyendo el espacio personal del individuo. Fuera de los límites de esa esfera está el espacio social o general en el que el hombre sólo puede

entrar alejándose de la postura original" (Laban, 2006).

El individuo deberá transferir su propia kinesfera a otros espacios para descubrir el mundo social y vincular. Alejar las extremidades superiores del centro hacia la periferia del cuerpo es el inicio de la interacción con el medio ambiente. Al movernos creamos cambios de relaciones con alguna cosa: un objeto, una persona, o hasta partes de nuestro propio cuerpo, y se puede establecer contacto físico con cualquiera de ellas.

Las personas se expresan a través del movimiento, la voz, los ojos y las palabras. Bloqueando o interrumpiendo cualquiera de estos canales de expresión se debilita y desvanece la emoción.

c) Participación verbal y no verbal: expresión verbal y no verbal del individuo.

El lenguaje verbal tiene su raíz en la sensación propioceptiva, es decir, como dice Sandor Rado la base del habla es el lenguaje del cuerpo (Lowen, 1977). La comunicación es ante todo compartir con los otros las experiencias vividas y las reacciones que nuestro cuerpo tiene ante situaciones y acontecimientos de la vida. La expresión de uno mismo se proyecta al exterior a través de los gestos, posturas y movimientos. Nos pueden comunicar diversos estados emocionales: tristeza, alegría, vergüenza, apatía, desinterés, curiosidad.

Las palabras son el almacén de la experiencia. Sirven en un nivel cultural porque estudiar la historia sin la ayuda de palabras escritas o habladas sería una tarea sobrehumana. Las palabras desempeñan para el individuo la misma función que para la sociedad. La historia vivida de una persona está en su cuerpo pero su historia consciente está en sus palabras. Si no tiene memoria de sus experiencias, carecerá de palabras para describirlas. Pero, si las recuerda, las traducirá en palabras habladas o escritas, una vez que la memoria se traduce en palabras, cobra una realidad objetiva (Davis, 1989).

Pero son las experiencias no verbales las que pueden construir una memoria diferente sobre un mismo suceso.

Las palabras son un medio de intercambio y de nuevas posibilidades de estar con los otros pero no pueden reflejar la totalidad de nuestras experiencias, afectos y sentimientos. Sentir y experimentar son factores importantes porque sin ellos las palabras resultan vacías.



Construcción preliminar del instrumento

La pauta de recogida de datos se caracteriza en su generalidad por presentar un componente preliminar de observación y, seguidamente, otro de interpretación de los datos de acuerdo a diversas conductas que caracterizan las sesiones de DMT y el trabajo psicoterapéutico con pacientes con problemas de salud mental.

Para tener una lectura más clara se propusieron tres momentos diferenciados en los que se evalúan las distintas subdimensiones.

Nuestra propuesta de registro está basada en la estructura de sesión frecuentemente utilizada en psicoterapia. Específicamente, en relación a las teorías propias de la DMT, hemos tomado de referencia la estructura de sesión psicoterapéutica y la metodología de trabajo de Marian Chace (Cruz y Kogh, 2004). Esta precursora propuso un sistema de terapia grupal que utiliza el movimiento y la danza como modo predominante de interacción, comunicación y expresión, organizada en tres partes:

1. Un comienzo (denominado calentamiento o *caldeamiento*)
2. Un intermedio (o desarrollo del tema)
3. Un final (cierre)

De esta manera la pauta de observación se aplicará en estas etapas y se valorarán las tres dimensiones teniendo en cuenta el estilo de intervención y objetivos propios de cada una de ellas. Estas etapas que definen el momento

de evaluación se pueden detallar de forma amplia de la siguiente manera.

✓ **En la etapa de calentamiento** se observan los contactos iniciales, entendidos como la relación del individuo con el profesional y la participación e inclusión con el resto de los participantes. Esta etapa también incluye la formación inicial de un círculo (círculo comunal), momento en que se establecen los primeros movimientos formales de la sesión (verbales y corporales).

Esta etapa engloba como puntos clave para la observación todo lo referido a: el saludo, la inclusión en el círculo comunal y la participación en el círculo.

✓ **En la etapa del desarrollo de la sesión:** una vez iniciada la fase de calentamiento en la que se contacta directamente con el propio cuerpo, se continúa con las propuestas indicadas por el profesional. Variarán en función de los objetivos establecidos y el propio estado del grupo. Durante esta parte de la sesión puede darse únicamente un trabajo en el propio espacio (individual, sin interacción con otros, construyendo y manteniendo su propia kinesfera) o compartir espacios (comunicación con los otros).

En esta etapa las valoraciones se centran en todo lo referido al uso del espacio, a las interacciones interpersonales y a la permanencia en el espacio terapéutico.

✓ **El cierre de la sesión** incluye todo el proceso de finalización de la sesión psicoterapéutica. Se procede al cierre mediante una rueda de intervención y *feedback* (corporal y/o verbal) y un pequeño ritual de fin, despidiéndose hasta la sesión siguiente. En esta etapa es importante la evaluación de la participación, la comunicación verbal y la no verbal.

Por tanto, se hizo una construcción preliminar de la pauta, en la que identificamos las tres subdimensiones con sus ítems diferenciados a lo largo de las tres etapas de las sesiones de DMT. Aparece un resumen en la figura 1.

Aplicación práctica con un grupo de pacientes con patología mental severa

Se aplicó durante seis meses a un grupo de salud mental. Todos, adultos mayores de edad diagnosticados con enfermedad mental grave en fase estable. El grupo participó en una sesión semanal durante 21 sesiones. Todas las sesiones fueron grabadas para facilitar la validación de la pauta.

Se creó un cuaderno de recogida en el que cada hoja reflejaba: fecha, nº de sesión, los ítems a valorar y los





pacientes. Con el objetivo de comprobar la factibilidad, la danzaterapeuta, en cada sesión, tenía una copia con un apartado de observaciones que rellenaba al finalizar la sesión.

Durante el proceso de evaluación se contó con dos observadoras externas, una de ellas in situ y la otra revisando posteriormente la sesión. Las discrepancias entre ellas nos llevaron a definir mejor los ítems y a crear las notas aclaratorias. También se añadió en las tres etapas de evaluación el ítem “espacio terapéutico” ya que durante las sesiones los pacientes abandonaban sin previo aviso el espacio.

Los resultados de la aplicación práctica de la pauta de observación nos permitieron observar pequeños cambios en la evolución de los pacientes, sobre todo en la comunicación con el profesional (mirada y ampliación del saludo), los miembros del grupo (traslado de la kinesfera, uso de los distintos espacios, distancia corporal y aceptación de propuestas de interacción de tres o más) y la expresión verbal y no verbal en el momento del cierre de la sesión (participación ampliada).

Tras los resultados obtenidos y aclaradas las discrepancias, se mantuvieron las mismas subdimensiones con ítems más definidos para que el terapeuta pueda utilizar con cada paciente después de una sesión grupal. Ya que, de manera general, durante las sesiones de danza movimiento terapia no se hace ningún tipo de anotación por parte del profesional. De esta manera no sería necesaria la presencia de un observador externo para valorar las conductas, aunque sí preferible para evitar caer en la subjetividad. Siendo necesario que éste reciba un entrenamiento previo.

Por las características de la misma se pueden observar y anotar conductas del movimiento manifiestas en cualquier tipo de población. Al ser un instrumento simple, facilita, entre otras, la redacción de informes, justificar los avances o retrocesos de los pacientes de manera objetiva.

RESULTADOS

Esta pauta que hemos denominado DMT-inter parte de una serie de conductas observables (descritas en la hoja de registro) las cuales están clasificadas según estén presentes o no (SÍ/NO). Consta de 29 ítems, separados en 3 bloques, correspondientes a las partes de una sesión estándar de DMT. Cada etapa contiene bloques distintos que evalúan las tres subdimensiones. La DMT-inter junto con las aclaraciones aparece en la tabla 1.

La etapa de contactos iniciales consta de 5 bloques y 11 ítems:

Bloque I: Saludo. En este bloque (ítems del 1 al 5) se observa y valora la relación del individuo con el profesional. Los ítems incluidos en este apartado permiten valorar y analizar los primeros estadios de la comunicación y la interacción con los otros.

Bloque II: Inclusión. Se observa y valora la relación con los otros (ítems 6 y 7).

Bloque III: Participación. Se observa y valora la relación con los otros (ítems 8 y 9).

Bloque IV: Permanencia. Se observa y valora la relación con los otros (ítem 10). Observa y evalúa la permanencia voluntaria del individuo en el espacio terapéutico.

Bloque V: Valoración (ítem 11). De manera global se evalúan las respuestas de cada ítem y se cuentan: un aspecto facilitador o positivo donde las respuestas son las puntuadas con un *sí, espontáneamente y permanece* y otro negativo o dificultoso con respuestas de *no, con ayuda y abandona*.

La etapa del desarrollo de la sesión consta de 4 bloques y 12 ítems:

Bloque I: Espacio (ítem 12 al 16). Se observa y valora la relación con los otros en función de la utilización del espacio.

Bloque II: Interacción. Se observan y valoran las conductas hacia los otros en función de las propuestas de interacción (ítem del 17 al 21). Evalúa la iniciativa del individuo hacia los demás y las respuestas del individuo hacia las propuestas de interacción formuladas por el profesional.

Bloque III: Permanencia (ítem 22). Observa y evalúa la permanencia voluntaria del individuo en el espacio terapéutico.

Bloque IV: Valoración (ítem 23). Se evalúan las respuestas de cada ítem y se cuentan: un aspecto facilitador o positivo donde las respuestas son las puntuadas con una *sonrisa, mirada, gestos, movimientos, responde, no, de a dos, de a tres, más de tres, íntima, personal, social y permanece*. Otro negativo o dificultoso con respuestas de *sí, no responde y abandona*.

La etapa de cierre de la sesión consta de 3 bloques y 6 ítems.

Bloque I: Comunicación, participación y espacio (del ítem 24 al 27).

Bloque II: Permanencia (ítem 28). Observa y evalúa la permanencia voluntaria del individuo en el espacio terapéutico.



**TABLA 1.
PAUTA DE OBSERVACIÓN: DMT-INTER**

CONTACTOS INICIALES				
Bloque I: Saludo				
1. Saluda al profesional	Sí		No	
2. Saludo verbal	Sí		No	
3. Mantiene el contacto visual durante el saludo	Sí		No	
4. Responde a la ampliación del saludo	Sí		No	
5. Incluye el contacto corporal durante el saludo (*)	Sí		No	
Bloque II: Inclusión				
6. Se incluye en el círculo comunal	Sí		No	
7. Modo de inclusión (*)	Esponáneamente		Con ayuda	
Bloque III: Participación				
8. Manifiesta interés en la participación del círculo (*)	Sí		No	
9. Acepta el contacto con los otros a través de las manos (*)	Sí		No	
Bloque IV: Permanencia				
10. Espacio terapéutico (*)	Permanece		Abandona	
Bloque V: Valoración				
11. Valoración global	Nº respuestas positivas		Nº respuestas negativas	
DESARROLLO DE LA SESIÓN				
Bloque I: Espacio				
12. Se mantiene en su kinesfera	Sí		No	
13. Traslada su kinesfera (*)	Sí (poco/mucho)		No	
14. Obstaculiza el recorrido de los otros por el espacio (*)	Sí		No	
15. Deja invadir su espacio por los otros	Sí		No	
16. Uso de los distintos espacios en la sala (*)	1-2-3			
Bloque II: Interacción				
17. Inicia conductas hacia los demás	Sonrisa	Mirada	Gestos	Movimientos
18. No inicia conductas (*)	Responde		No responde	
19. Acepta o no propuestas de interacción (*)	De a dos	De a tres	Más de tres	
20. Se niega a las propuestas de interacción	Sí		No	
21. Distancia corporal (*)	Íntima	Personal	Social	
Bloque III: Permanencia				
22. Espacio terapéutico (*)	Permanece		Abandona	
Bloque IV: Valoración				
23. Valoración global	Nº respuestas positivas		Nº respuestas negativas	
CIERRE DE LA SESIÓN				
Bloque I: Comunicación, participación y espacio				
24. Tipo de cierre (*)	Verbal		Simbólico	Combinado
25. Ubicación dentro del círculo comunal (*)	Sí		No	
26. Permanencia en el círculo (*)	Sí		No	
27. Participación (*)	Reducida		Ampliada	No verbal
Bloque II: Permanencia				
28. Espacio terapéutico (*)	Permanece		Abandona	
Bloque III: Valoración				
29. Valoración global	Nº respuestas positivas		Nº respuestas negativas	
(*) notas aclaratorias				
(5) Saludo según costumbres españolas. Se considera contacto corporal uno/dos besos, abrazo o darse la mano.				
(7) Se considera ayuda la ofrecida por el profesional o los compañeros del grupo. No se tienen en cuenta las dificultades /limitaciones físicas sino la actitud del paciente por incluirse en un trabajo de grupo simbolizado en el círculo comunal. También se observa y valora si la ubicación provoca una ruptura del mismo, o si se ubica fuera de los límites del círculo: hacia el interior o el exterior. Si se ubica en el interior, es considerado como una invasión del espacio común e interpretado como una forma de no estar con los otros. Si la ubicación es en el exterior de los límites del círculo, es considerado e interpretado como una forma de mantenerse apartado.				
(8 y 9) Participación física del individuo (calentamiento) en relación a la aceptación o no del contacto físico a través de las manos sin importar el tiempo en que se sostenga este contacto.				
(10, 22 y 28) No se considera un abandono del <i>setting</i> terapéutico si el profesional ha sido previamente informado.				
(13) Si el individuo se relaciona o no con el espacio social pudiendo ser esta relación de forma reducida o ampliada.				
Ampliación reducida: el individuo se traslada poco desde los límites de su kinesfera o espacio personal.				
Relación ampliada (mucho): el individuo se incluye en el espacio social.				
(14) Sí: de manera intencionada; No: se aparta del lugar ocupado.				
(16) 1: central (inicio y cierre); 2: lateral o periférica; 3: otros espacios.				
(18) Sólo responde a las conductas iniciadas por otros o si no presenta ningún tipo de respuesta.				
(19) Sólo se evalúa cuando estas respuestas son aceptadas.				
(21) Íntima: < de 60cm; personal: 60 cm entre individuos; social: > de 60 cm.				
(24) Depende del estilo o intención del profesional. Sólo si se marca la opción verbal se valora el ítem 27.				
(25 y 26) Se observa inclusión, interés y participación del individuo en el círculo comunal en el cierre de la sesión.				
(27) Verbal reducida: se limita a contestar lo que se le pregunta; Verbal ampliada: añade información y amplía la conversación; no verbal: no emite palabras.				



Bloque III: Valoración (ítem 29). Se evalúan las respuestas de cada ítem y se cuentan: un aspecto facilitador o positivo donde las respuestas son las puntuadas con *sí, verbal ampliada y permanece*. Otro negativo o dificultoso con respuestas de *no, verbal reducida, no verbal y abandona*.

DISCUSIÓN

El movimiento es más que una suma de factores. Ha de comprenderse en su totalidad, como un conjunto de conductas que ocurren en un contexto variable. Observar el movimiento es una tarea que requiere una estructura y una sistematización para poder fotografiar momentos concretos y comparar la evolución en distintas fases del individuo.

En los últimos años se ha propuesto una serie de instrumentos específicos para utilizar en la danza movimiento terapia. Todos en lengua inglesa y teniendo como referencia la cultura y contextos anglosajones. En la actualidad no existe ninguna herramienta de observación validada en castellano para ser aplicada en sesiones de danza movimiento terapia. Esta pauta ha sido creada para poder ser utilizada en España por lo que se ha de tener en cuenta el contexto cultural del grupo o individuo si se toma como registro dicha pauta de observación.

Es el resultado de un análisis exhaustivo de uno de los puntos que componen el comportamiento humano y una de las dificultades que caracterizan el trastorno de la esquizofrenia: las relaciones interpersonales.

Pretende ser un instrumento facilitador para la observación, análisis y posterior intervención del profesional dentro de las sesiones terapéuticas; una guía para corroborar los avances y/o retrocesos durante la intervención, así como para mediar la tarea del profesional y enfocarse en la observación de dichas variables.

Al ser una herramienta nueva necesita de un entrenamiento previo por parte del profesional ya que algunos ítems pueden llevar a confusión si no se conoce el sistema de codificación. Sólo puede ser aplicado para la observación en intervenciones grupales en distintas poblaciones tanto en adultos como en niños, ambos con/sin patología. Hasta la fecha ha sido probada en un grupo en salud mental, hecho que ha permitido reestructurarla y mejorarla hasta su versión final, presentada en este artículo.

No es objetivo de esta investigación el análisis de la validez y fiabilidad del constructo. Sino que es necesario realizar otros estudios que permitan ampliar conoci-

tos acerca de los ítems descritos y su funcionamiento para posteriormente validarlo según un enfoque cuantitativo y cualitativo.

En relación a las ventajas que supone utilizar esta pauta podemos observar que permite, a parte de cuantificar la situación en la que se encuentra el sujeto, realizar un análisis global (valor diagnóstico) de una dimensión concreta, el individuo en relación a sí mismo y al grupo. Tiene un formato práctico que facilita la anotación y sirve de guión para el desarrollo posterior del informe.

Con las mediciones obtenidas podremos realizar seguimientos periódicos que nos permitan evaluar la evolución dinámica del paciente a lo largo del proceso psicoterapéutico, hecho que facilita el trazo de una línea de actuación a seguir.

Una de las limitaciones de esta pauta es la propia de la observación y la complejidad de la conducta humana. La limitación del lenguaje para poder expresar el comportamiento observable y la doble interpretación.

Con la creación de esta pauta ha quedado abierto el camino para que en un futuro se siga utilizando, tanto por danzaterapeutas como por otros profesionales que observen conductas emocionales del movimiento para poder validarla.

REFERENCIAS

- American Dance Therapy Association (ADTA). (1999). Disponible en: <http://www.adta.org>.
- Anfusso, A., De Souza, L. y Ojeda, J. (2009). De la elocuencia de los cuerpos. Seminarios de Psicomundo. Disponible en URL: www.edupsi.com [Consultado 16 de mayo de 2011].
- Asociación española de danza movimiento terapia (ADMTE). (2001). Disponible en: <http://www.danzamovimientoterapia.com>.
- Bárbara, A. (2008). *Actor Training. The Laban way. An integrated approach to voice, speech and movement*. New York: Allworth Press.
- Bernstein, P.L. (1975). *Theory and methods in dance-movement therapy* (2nd edition). Dubuque, IA: Kendall/Hunt.
- Buber, M. (1977). *Yo y tú*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Burton, A. (2009). Bringing arts-based therapies in from the scientific cold. *Lancet Neurology*, 8(9), 784-785.
- Chace, M. (1953). Dance as an adjunctive therapy with hospitalized mental patients. *Bulletin of Menninger Clinic*, 17, 219-225.
- Cruz, R.F. y Kogh, S.C. (2004). Issues of validity and re-



- liability in the use of movement observations and scales. En R.F. Cruz y C.F. Berrol (Eds), *Dance/ Movement therapists in action. A working guide to research options*, (pp.45-68). Illinois: Publisher LTD.
- Cruz, R.F. (2006). Assessment in dance/movement therapy. En L.B. Stephanie (Eds), *Creative arts therapies manual*, (pp 133-143). Illinois: C.C. Thomas.
- Davis, F. (1989). *La comunicación no verbal (14ªed)*. Madrid: Alianza.
- Davis, M. (1981). Movement characteristics of hospitalized psychiatric patients. *American Journal of Dance Therapy*, 4(1), 52-71.
- Espenak, L., Adler, A. y Lowen, A. (1981). *Dance therapy-theory and applications*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Fischman, D. (2005). *Danza movimiento terapia. Encarnizar, enraizar y empatizar. Construyendo los mundos en que vivimos*. I Congreso de Artes del movimiento IUNA (Instituto Universitario Nacional del Arte). Buenos Aires, Argentina.
- Hackney, M. E. y Earhart, G. M. (2010). Social partnered dance for people with serious and persistent mental illness. A pilot study. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(1), 76-78.
- Izquierdo, C. y Anguera, M.T. (2000). Hacia un alfabeto compartido en la codificación del movimiento corporal en estudios observacionales. *Psicothema*, 12(2), 311-314.
- Laban, R. (2006). *El Dominio del Movimiento (2ª Ed)*. Madrid: Fundamentos.
- Laban, R. (1991). *La Danza Educativa Moderna (2ªEd)*. México: Paidós.
- Loman, S. y Sossin, M. (2008). Introducción al perfil de movimiento de Kestenberg y la DMT. En H. Wengrower y S. Chaiklin. *La vida es danza: el arte y la ciencia de la danza movimiento terapia*, (pp 271-284). Barcelona: Gedisa.
- Lowen, A. (1977). *Bioenergética*. México: Diana.
- Meekums, B. (2002). *Dance Movement Therapy: a creative psychotherapeutic approach*. London: SAGE Publications.
- Meekums, B. (2008). Pioneering Dance Movement Therapy in Britain: Results of narrative research. *The Arts in Psychotherapy*, 35(2), 99-106.
- Ritter, M. y Low, K. (1996). Effects of dance/movement therapy: A meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*, 23(3), 249-260.
- Navarre, D. (1982). Posture sharing in dyadic interaction. *American Journal of Dance Therapy*, 5, 28-42.
- Payne, H. (2006). *Dance movement therapy-theory, research and practice (2ª Ed)*. Sussex: Routledge.
- Pernicone, A. La importancia del rostro materno en la obra de Winnicott. Seminarios de Psicomundo. Disponible en <http://www.edupsi.com> [Consultado 16 de mayo de 2011].
- Reich, W. (1949). *Character analysis*. New York: Simon & Schuster.
- Rodriguez, S. (2009). Danza movimiento terapia: cuerpo, psique y terapia. *Avances en Salud Mental Relacional*, 8(2), 1-20.
- Roosberg-Gempton, I. y Poole, G. (1992). The relationship between body movement and affect: from historical and current perspectives. *The Arts in Psychotherapy*, 19, 39-46.
- Salas-Calderón, S. (2007). Psicoterapia del movimiento: herramienta terapéutica con pacientes esquizofrénicos. *Actualidades en Psicología*, 21(108), 97-115.
- Sandel, S.L. (1980). Dance therapy in the psychiatric hospital. *Journal of the National Association of Private Psychiatric Hospitals*, 11, 20-26.
- San Pedro Santana, N (2009). El papel de la danza movimiento terapia en una institución de salud mental. *Avances de salud mental relacional*, 8 (3), 1-8.
- Stern, D. (1991): *El mundo interpersonal del infante: una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D.W. (2002). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.
- Xia, J. y Grant, T. J. (2009). Dance Therapy for schizophrenia (Review). *Cochrane Database System review*, 21(1).