

PAPELES DEL PSICÓLOGO

PSYCHOLOGIST PAPERS

LA PSICOLOGÍA FORENSE EN ESPAÑA



BUENAS PRÁCTICAS DE INTERVENCIÓN EN DESAPARECIDOS · SALUD MENTAL Y ATENCIÓN A ADOLESCENTES TRANSGÉNERO · INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS PARENTALES · INNOVACIONES BASADAS EN APRENDIZAJE POR DESCUBRIMIENTO · IMPACTO DEL COVID-19 EN LA TERCERA EDAD.

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

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

Sumario Contents

REVISTA DEL CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA
JOURNAL OF THE SPANISH PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

Artículos

- 119.** La Psicología Forense en España: Razones para su Reconocimiento como Especialidad Oficial
José Manuel Muñoz Vicente, Laura González Guerrero, Antonio Andrés Pueyo, José Luis Graña Gómez, Virginia Barber Rioja, y Enrique Echeburúa Odriozola
- 128.** Buenas Prácticas en la Atención a Familiares y Allegados en Casos de Desaparición de Personas. La Importancia del Profesional de la Psicología Especializado en Desapariciones
Ana Isabel Álvarez Aparicio, José María Martínez Fernández, María Patricia Acinas Acinas, y Elena Herráez Collado
- 136.** Salud Mental y Atención Sanitaria de Adolescentes Transgénero y no Conformes con el Género: Una Revisión Sistemática
Lorena Sánchez-Reyes, Rocío Anguita-Martínez y María José Castro Alija
- 146.** Instrumentos de Evaluación de Competencias Parentales: una Revisión Narrativa de Aspectos de Intervención Social
Daniel Cañero y Noemí Pereda
- 155.** Anatomía de las Innovaciones Docentes Basadas en el Aprendizaje por Descubrimiento en la Educación Superior
Pablo Ruisoto, Israel Contador, Esperanza Quintero, Juan Carlos López-García, Beatriz Álvarez-Díaz, Raúl Cacho, y Bernardino Fernández-Calvo
- 164.** Impacto de la Covid-19 en la Salud Mental de las Personas de la Tercera Edad
Yeimy Mayumi Bravo Carhuachin, Nancy Elena Cueva Torres, Regina Zarela Saez Berrocal, María Rosario Palomino Tarazona y Abel Alejandro Tasayco Jala

Cartas al Director

- 172.** Ampliación del Informe de Sanidad: Evidencia sobre la Seguridad y Eficacia del Entrenamiento Autógeno
Juan M. Guiole, Miguel Ángel Vallejo Pareja y Blanca Mas

Articles

- 119.** Forensic Psychology in Spain: Reasons for its Recognition as an Official Specialty
José Manuel Muñoz Vicente, Laura González Guerrero, Antonio Andrés Pueyo, José Luis Graña Gómez, Virginia Barber Rioja, and Enrique Echeburúa Odriozola
- 128.** Good Practices in Attention to Families and Relatives in Cases of Disappearance of Persons. The Importance of the Psychology Professional Specialized in Disappearances
Ana Isabel Álvarez Aparicio, José María Martínez Fernández, María Patricia Acinas Acinas, and Elena Herráez Collado
- 136.** Mental Health in Transgender and Gender Nonconforming Adolescents
Lorena Sánchez-Reyes, Rocío Anguita-Martínez and María José Castro Alija
- 146.** Parenting Skills Assessment Instruments: A Narrative Review of Social Intervention Aspects
Daniel Cañero and Noemí Pereda
- 155.** Anatomy of Educational Innovations Based on Learning by Discovery in Higher Education
Pablo Ruisoto, Israel Contador, Esperanza Quintero, Juan Carlos López-García, Beatriz Álvarez-Díaz, Raúl Cacho, and Bernardino Fernández-Calvo
- 164.** Impact of COVID-19 on the Mental Health of the Elderly
Yeimy Mayumi Bravo Carhuachin, Nancy Elena Cueva Torres, Regina Zarela Saez Berrocal, María Rosario Palomino Tarazona and Abel Alejandro Tasayco Jala

Letters to the Editor

- 172.** Evidence on the Safety and Efficacy of Autogenic Training: Expanded Spanish Health Ministry's Report
Juan M. Guiole, Miguel Ángel Vallejo Pareja and Blanca Mas

Edita / Publisher

Consejo General de la Psicología de España

Director / Editor

Serafin Lemos Giráldez (Univ. de Oviedo)

Directores asociados / Associated Editors

Paula Elosua (Univ. del País Vasco), Eduardo Fonseca Pedrero (Univ. de la Rioja), Alba González de la Roz (Univ. de Oviedo), José Antonio Luengo (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid) y Marina Romeo Delgado (Univ. de Barcelona).

Consejo Editorial / Editorial Board

Mario Álvarez Jiménez (Univ. de Melbourne, Australia); Imanol Amayra Caro (Univ. de Deusto); Antonio Andrés Pueyo (Univ. de Barcelona); Neus Barrantes Vidal (Univ. Autónoma de Barcelona); Adalgisa Battistelli (Univ. de Bordeaux, Francia); Elisardo Becoña (Univ. de Santiago de Compostela); Amalio Blanco (Academia de Psicología de España); Carmen Bragado (Univ. Complutense de Madrid); Gualberto Buena (Univ. de Granada); Esther Calvete (Univ. de Deusto); Antonio Cano (Univ. Complutense de Madrid); Enrique Cantón (Univ. de Valencia); Pilar Carrera (Univ. Autónoma de Madrid); Juan Luis Castejón (Univ. de Alicante); Okey Alex Cohen (Louisiana State University, USA); María Crespo (Univ. Complutense de Madrid); Martin Debbané (Université de Genève, Suiza); José Pedro Espada (Univ. Miguel Hernández); Lourdes Ezpeleta (Univ. Autónoma de Barcelona); José Ramón Fernández Hermida (Univ. de Oviedo); Jorge Fernández del Valle (Univ. de Oviedo); Raquel Fidalgo (Univ. de León); Franco Fraccaroli (Univ. de Trento, Italia); Maite Garaigordobil (Univ. del País Vasco); José Manuel García Montes (Univ. de Almería); César González-Blanch Bosch (Hospital Universitario 'Marqués de Valdecilla', Santander); Ana María González Menéndez (Univ. de Oviedo); Joan Guardia Olmos (Univ. de Barcelona); José Gutiérrez Maldonado (Univ. de Barcelona); Juan Herrero Olaizola (Univ. de Oviedo); M^o Dolores Hidalgo (Univ. de Murcia); Cándido J. Inglés Saura (Univ. Miguel Hernández); Juan E. Jiménez (Univ. de La Laguna); Barbara Kozusznik (Univ. de Silésia, Polonia); Francisco Labrador (Academia de Psicología de España); Concha López Soler (Univ. de Murcia);

Nigel V. Marsh (James Cook University, Singapore); Emiliano Martín (Dept. de Familia, Ayuntamiento de Madrid); Vicente Martínez Tur (Univ. de Valencia); Carlos Montes Piñeiro (Univ. de Santiago); Luis Montoro (Univ. de Valencia); José Muñoz (Universidad Nebrija); José Carlos Núñez Pérez (Univ. de Oviedo); José María Peiró Silla (Univ. de Valencia); Marino Pérez (Academia de Psicología de España); Salvador Perona (Univ. de Sevilla); José Ramos (Univ. de Valencia); Georgios Sideridis (Harvard Medical School, USA); Ana Somoza (Univ. de Valencia); M^o Carmen Tabernero (Univ. de Salamanca); Antonio Valle Arias (Univ. de A Coruña); Miguel Ángel Vallejo (UNED); Oscar Vallina (Hospital Sierrallana de Torrelavega); Carmelo Vázquez (Univ. Complutense de Madrid); Antonio Verdejo (Monash University, Australia); Miguel Ángel Verdugo (Univ. de Salamanca).

Consejo General de la Psicología de España

C/ Conde de Peñalver, 45-3^a planta
28006 Madrid - España
Tels.: 91 444 90 20 - Fax: 91 309 56 15
Web: <http://www.papelesdel psicologo.es>
E-mail: papeles@cop.es

Depósito Legal

M-27453-1981 / ISSN 0214-7823

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

Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers está incluida en las bases de datos:
WoS Impact Factor 2022: 1.1 (Emerging Sources Citation Index), Redalyc, PsycINFO, ScELO, Psycodoc, In-RECS, ISOC (Psedisoc), DOAJ (Directory of Open Access Journals), Google Scholar, SCOPUS, IBECS, EBSCO y Dialnet; y también se puede consultar en la página WEB del Consejo General de la Psicología de España:
<https://www.cop.es>



Artículo

La Psicología Forense en España: Razones Para su Reconocimiento Como Especialidad Oficial

José Manuel Muñoz Vicente¹ , Laura González Guerrero¹ , Antonio Andrés Pueyo² ,
José Luís Graña Gómez³ , Virginia Barber Rioja⁴  y Enrique Echeburúa Odriozola⁵ 

¹ Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Madrid, España

² Universidad de Barcelona, España

³ Universidad Complutense de Madrid, España

⁴ Universidad de Columbia, Nueva York, Estados Unidos de América

⁵ Universidad del País Vasco, España

INFORMACIÓN

Recibido: Enero 25, 2024
Aceptado: Mayo 21, 2024

Palabras clave

Psicología forense
Especialización
Competencias sanitarias

RESUMEN

El asesoramiento que realizan los profesionales de la Psicología Forense a jueces y tribunales en materias relacionadas con derechos y libertades fundamentales o de seguridad pública requiere de una enorme especialización profesional. Paradójicamente, en España no existe un reconocimiento oficial de la Psicología Forense a pesar de que como disciplina científica se ha desarrollado exponencialmente en las últimas décadas. En este artículo se exponen hasta diez argumentos que apoyarían la urgente creación de la especialidad de la Psicología Forense. El específico marco legal español que regula las competencias necesarias para realizar valoraciones en el campo de la salud mental y las importantes repercusiones legales asociadas a los trastornos mentales obliga a que dicha especialidad incluya competencias sanitarias para los profesionales de la Psicología Forense.

Forensic Psychology in Spain: Reasons for its Recognition as an Official Specialty

ABSTRACT

The advice provided by forensic psychology professionals to judges and courts on matters related to fundamental rights and freedoms or public security requires enormous professional specialization. Paradoxically, in Spain forensic psychology is not officially recognized despite the fact that as a scientific discipline it has developed exponentially in recent decades. This article presents up to ten arguments to support the urgent creation of the specialty of Forensic Psychology. The specific Spanish legal framework that regulates the skills necessary to carry out assessments in the field of mental health, along with the important legal repercussions associated with mental disorders, requires that this specialty include health skills for forensic psychology professionals.

Keywords

Forensic psychology
Specialization
Health competencies

Cómo citar: Muñoz, J. M., González, L., Andrés, A., Graña, J. L., Barber, V. y Echeburúa, E. (2024). La Psicología Forense en España: razones para su reconocimiento como especialidad oficial. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 45(3), 118-126. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3040>

Autor de correspondencia: José Manuel Muñoz Vicente jmvforensic@yahoo.es 

Introducción

Un análisis de las organizaciones profesionales de la Psicología a nivel internacional muestra la existencia de distintas especialidades, con amplia diversidad en el número de ellas y en los requisitos exigidos para su obtención dependiendo del país. Esto se debe a que dichas especialidades se establecen por consenso y reflejan diferentes realidades profesionales (Neto et al., 2020).

En España, el Consejo General de la Psicología (CGP) reconoce once divisiones profesionales: Psicología Académica; Psicología de la Actividad Física y el Deporte; Psicología del Trabajo, de las Organizaciones y de los Recursos Humanos; Psicología Educativa; Psicología Jurídica; Psicología de la Intervención Social; Psicología Clínica y de la Salud; Psicoterapia; Psicología del Tráfico y de la Seguridad; Psicología de la Salud; Neuropsicología Clínica. Además, dentro de las áreas de intervención profesional, se señalan otras que no contarían con una división específica, como el área de nuevas tecnologías aplicadas a la Psicología, el área de intervención psicológica en emergencias y catástrofes y el área de igualdad de género. Las divisiones profesionales tienen la condición de órganos internos asesores del CGP y se configuran como agrupaciones en las que se estructura la organización de la actividad sectorial de los distintos ámbitos de especialización y campos de intervención psicológica (CGP, 2022).

Respecto al reconocimiento de una especialidad dentro de la Psicología, en España existen dos vías: la oficial, que implica un reconocimiento de las distintas administraciones públicas y, por tanto, tiene consecuencias legales, es decir, su posesión es un requisito exigible para el desempeño de las funciones profesionales; o la acreditación profesional, por parte del CGP, que no supone un reconocimiento por las administraciones públicas ni conlleva una repercusión legal, es decir, únicamente supone un reconocimiento por el órgano colegial (Jarne et al., 2012).

A nivel oficial únicamente está regulada la práctica de la psicología en el ámbito sanitario con dos figuras profesionales: el psicólogo especialista en psicología clínica, vía programa psicólogo interno residente (PIR), y el psicólogo general sanitario, vía Máster Oficial en Psicología General Sanitaria (Jarne y Pérez-González, 2020). Ambas fórmulas contaron con una vía transitoria de habilitación para aquellos profesionales con la suficiente experiencia y formación en el campo. Obviamente, esta restricción de regulación oficial es un gran inconveniente para una ciencia como la Psicología, con múltiples campos de intervención (Fernández-Hermida, 2017).

A través de la Comisión Nacional de Acreditación Profesional (CNAP), el CGP ha creado nueve acreditaciones profesionales bajo la fórmula de “psicólogo experto”, entre ellas la de Psicólogo Experto en Psicología Jurídica y /o Psicología forense.

El objetivo principal de una acreditación profesional es lograr una actuación profesional de calidad, a partir del requerimiento de una formación y experiencia suficiente en el campo, y de garantizar, con la renovación de la acreditación, la actualización y formación continua (Lin et al., 2017).

La propuesta de acreditación formulada desde la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (FEAP) nos parece bastante racional y acertada (ver figura 1). Esta propuesta distinguiría entre

la capacitación básica y los niveles más avanzados de competencia profesional, dentro de un formato secuencial y acumulativo (Sadoff y Dattilio, 2012).

El objetivo de este artículo es plantear la necesidad de crear en España la especialidad en Psicología Forense con reconocimiento oficial, dentro de un itinerario curricular que incluya competencias sanitarias. Procede aclarar que la regulación española respecto a las competencias sanitarias en Psicología no existe en el resto de los países de nuestro entorno (Fernández-Hermida, 2017). En este sentido, la alusión a “psicología clínica” internacionalmente no es equiparable a la concepción de psicología clínica de España (PIR). En el primer caso, la capacitación en materia de salud mental (evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento) no se realiza por un sistema de residencia, sino a través de la formación de posgrado (Máster o Doctorado).

La Situación de la Psicología Forense en España

La Psicología Forense es la rama de la Psicología Jurídica encargada de utilizar la investigación procedente de la psicología básica y aplicada, así como la practica científica profesional, para auxiliar a jueces y tribunales en su toma de decisiones, a través de la emisión de informes periciales (Neal, 2018). Aunque psicólogos clínicos y experimentales han participado como expertos en procedimientos judiciales desde principios del siglo XX, la psicología forense como especialidad no se iniciaría hasta finalizar la Segunda Guerra Mundial, en paralelo con el reconocimiento de la psicología clínica como profesión independiente dentro de la Salud Mental (Golding, 2016). En la actualidad, aunque su presencia ha crecido exponencialmente, quedan aspectos que mejorar y nuevos desafíos por afrontar (Liell et al., 2022; Neal et al., 2022; Shapiro, 2023).

En España la Psicología Forense entra en la Administración de Justicia en los años 80 de la mano de la Ley del Divorcio, y también ha crecido su demanda en las salas de justicia, tanto en su vertiente pública como privada. Ello gracias al reconocimiento que ha ido adquiriendo en los tribunales, la creciente judicialización de la sociedad española y el desarrollo legislativo (Chacón, 2008).

Sin embargo, la Psicología Forense en España únicamente cuenta con reconocimiento a nivel colegial. En junio de 2020 el CGP elaboró la acreditación en Psicología Jurídica y/o Forense,

Figura 1
Propuesta de Acreditación de la FEAP. Tomado de Neto et al., 2020



habilitando dos vías de acreditación: a) la ordinaria; y b) la extraordinaria, de carácter transitorio, para aquellos profesionales que poseen una dilatada experiencia y formación de posgrado específica. En la [tabla 1](#) se presentan los requisitos de la vía ordinaria de acreditación:

La renovación de la acreditación se realiza cada 7 años y requerirá: haber cursado 200 horas de formación continua y haber realizado 15 informes periciales durante ese tiempo. Mantener estas exigencias es necesario para que el proceso de acreditación no pierda valor ([Sadoff y Dattilio, 2012](#)).

Psicología Forense y Competencias Sanitarias

Hay dos razones principales por las que el itinerario de la futura especialidad de Psicología Forense debería realizarse dentro de las especialidades sanitarias ([Infocop, 2020](#)):

- a) El protagonismo que tiene la evaluación psicopatológica en los procesos judiciales (repercusiones forenses de los trastornos mentales). No existe un ámbito de intervención de la Psicología Forense donde el estado de salud mental de las personas evaluadas no sea un área de obligada exploración, tanto en el derecho penal (daño psicológico, capacidad para testificar, responsabilidad criminal, riesgo de reincidencia o capacidad procesal) como en el derecho civil (procedimientos de provisión de apoyos a personas con discapacidad, procedimientos relacionados con la capacidad para testificar, procedimientos judiciales por responsabilidad civil o los procedimientos de familia). Como señala la [APA \(2022\)](#) en su última guía de orientaciones para la evaluación psicológica forense en procedimientos de ruptura de familia contenciosos, la capacitación sanitaria, aunque no es suficiente, es necesaria para afrontar estas periciales. Incluso para intervenciones como la conducción de la prueba preconstituida los últimos protocolos aconsejan que los profesionales de la psicología forense cuenten, además, con capacitación sanitaria para el desarrollo de las labores de apoyo, asistencia y valoración de los resultados ([Soletto, Jullien y Escudero, 2022](#)).
- b) El específico marco legal español que regula las competencias sanitarias en Psicología y que únicamente se adquieren por

dos títulos con valor oficial: el título de Especialista en Psicología Clínica y el Máster de Psicología General Sanitaria ([Jarne y Pérez-González, 2020](#)). La evaluación psicopatológica y el psicodiagnóstico, fundamentales en Psicología Forense, son actividades que entran en el ámbito de la capacitación sanitaria por lo que los profesionales de esta área necesitan de estas competencias. Otros aspectos sanitarios también son de interés para determinadas periciales psicológicas: por ejemplo, conocer las terapias con apoyo empírico es importante para valorar la evolución de una lesión psicológica o el manejo de los factores de riesgo en psicopatología del desarrollo para valorar la relación de causalidad en casos de victimización infanto-juvenil. Por otro lado, conocer la clínica, curso y pronóstico de un cuadro psicopatológico es imprescindible para detectar indicadores de simulación o disimulación de síntomas, fenómenos habituales en el contexto forense. Algunas reformas legales, por ejemplo la Ley 8/2021, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, prioriza la intervención de profesionales sociales y sanitarios para la elaboración de estas periciales, lo que está dejando fuera la intervención de la Psicología Forense, al entenderse por jueces y tribunales que sanitario es el profesional de la Medicina y social el profesional del Trabajo Social, cuando, en realidad, la Psicología es una de las ciencias que más conocimiento y metodología ha desarrollado en el ámbito de la discapacidad ([Muñoz et al., 2023](#)).

Esta perspectiva clínico-forense también está presente en otros países como, por ejemplo, Estados Unidos, donde solo los psicólogos clínicos pueden realizar informes periciales ([DeMatteo y Scherr, 2023](#)), Canadá ([Hill y Demetrio, 2019](#)) y Australia ([Day y Tyler, 2012](#)).

Siguiendo el modelo jerárquico propuesto por la FEAP, se realiza la siguiente propuesta formativa para los profesionales de la Psicología Forense (ver [tabla 2](#)).

Esta propuesta se asemeja bastante a la regulación de la Psicología Forense en países donde existe una mayor tradición en su regulación (ver [tabla 3](#)).

Tabla 1
Vía Ordinaria de Acreditación. Elaboración Propia a Partir de [CGP \(2020\)](#)

Requisitos generales (3 requisitos excluyentes)
<ul style="list-style-type: none"> • Estar en posesión del título de licenciado o graduado en Psicología (o un título homologado o reconocido por el Ministerio de Educación). • Estar colegiado. • No estar inhabilitado o suspendido para el ejercicio profesional.
Requisitos de formación (2 requisitos alternativos)
<ul style="list-style-type: none"> • Haber cursado un posgrado de, al menos, 500 horas teórico-prácticas en el ámbito de la Psicología Forense en universidades o colegios oficiales de psicólogos. Esta formación debe incluir la evaluación, redacción y defensa del informe pericial y, al menos, 150 horas de práctica supervisada. • Estar en posesión del título de Doctor en Psicología en una línea de investigación doctoral desarrollada en el campo de la Psicología Forense.
Requisitos de experiencia
<ul style="list-style-type: none"> • Acreditar experiencia profesional con contrato al menos de 4 años en el ámbito de la psicología forense. • Acreditar la realización y defensa, de al menos, 12 informes en procedimientos judiciales reales.

Tabla 2
Propuesta Formativa en Psicología Forense

Itinerario curricular ámbito público
<ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 (capacitación básica): Grado o Licenciatura en Psicología. • Nivel 2 (Primer nivel avanzado de competencia): MPGS o habilitación sanitaria / PIR. • Nivel 3 (Segundo nivel avanzado de competencia): oposición con temario específico + curso selectivo en el Centro de Estudios Jurídicos, que incluya periodo de práctica supervisada con rotación por las distintas jurisdicciones. • Debería contemplarse una vía transitoria para los profesionales que, habiendo ya desarrollado una carrera profesional en el campo de la Psicología Forense dentro de la Administración de Justicia, puedan convalidar su experiencia y formación especializada con el itinerario propuesto.
Itinerario curricular ámbito privado
<ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 (capacitación básica): Grado o Licenciatura en Psicología. • Nivel 2 (Primer nivel avanzado de competencia): MPGS o habilitación sanitaria / PIR. • Nivel 3 (Segundo nivel avanzado de competencia): Máster en Psicología Forense que incluya prácticas supervisadas + acreditación por el CGP.

Tabla 3

Recorrido Formativo Necesario Para la Elaboración de Informes Psicológicos Forenses en Países con Mayor Tradición en Esta Área. Elaboración Propia a Partir de las Páginas web Consultadas

Estados Unidos*	Gran Bretaña	Australia
<ul style="list-style-type: none"> • Licenciatura en Psicología (4 años) • Grado avanzado: vía doctorado (4-8 años). • Prácticas supervisadas (la APA aconseja 4.000 horas de práctica supervisada acreditadas). • Examen para obtener la licencia en psicología clínica. • Acreditación en Psicología Forense (American Board of Forensic Psychology). 	<ul style="list-style-type: none"> • Grado en Psicología (3 años). • Máster (2 años) acreditado por la BPS. • Formación complementaria: vía práctica supervisada acreditada (mínimo 3 años), vía programa de doctorado acreditado por la Health & Care Professions Council –HCPC–). • Registro en la HCPC. 	<ul style="list-style-type: none"> • Licenciatura en Psicología (3 años). • Grado avanzado: vía Máster (2 años) o vía doctorado (4-5 años). • 1 año de práctica supervisada. • Registro en la Junta de Psicología (similar a nuestros COP).

*Nota: *El recorrido formativo varía según el estado. Esta información refleja los requisitos más comunes.*

Argumentos que Apoyan la Necesidad de Crear la Especialidad de Psicología Forense

La Enorme Repercusión que Tiene la Actividad del Psicólogo en el Contexto Forense y, por Ello, la Necesidad de Garantizar la Calidad de la Labor Pericial

Aunque las pruebas periciales no son el único elemento probatorio para los tribunales, está constatado la influencia que tiene el testimonio experto en las decisiones judiciales (Melton et al., 2018). En el caso del informe pericial psicológico, este adquiere un elevado protagonismo en casos como el abuso sexual infantil o las custodias infantiles, especialmente si proceden de peritos públicos. Por ejemplo, en España la investigación de Ruiz-Tejedor (2018) sobre abuso sexual infantil encontró un 88,2% de coincidencia entre las conclusiones del informe pericial psicológico, emitido por peritos públicos, y las sentencias judiciales en relación con la credibilidad del testimonio del menor. Por su parte, Rodríguez-Domínguez y Jane (2015) encontraron una concordancia entre el informe pericial oficial y la sentencia judicial del 84% cuando lo que se solicitaba era la mejor opción de custodia, y del 81,5% en informes sobre el régimen de visitas.

La labor pericial, por tanto, conlleva una gran responsabilidad que debe ir pareja a una actuación con los más altos estándares de calidad técnica y deontológica (Areh et al., 2022). Conseguir esa excelencia en la intervención precisa de una capacitación específica y especializada. La investigación empírica ha demostrado que cuanto más alto es el nivel de capacitación especializada, las opiniones de los psicólogos forenses alcanzan niveles más fiables (Guarnera et al., 2017).

El Perfil Profesional Claramente Delimitado que Supone la Psicología Forense en Relación con Otros Ámbitos de la Psicología Aplicada

Desde los inicios de la Psicología Forense, investigadores y profesionales entendieron que se trataba de un campo de aplicación de la Psicología con características propias y diferenciales de otros ámbitos de la Psicología (Grisso, 1987; Catalán y Domingo, 1987).

Aunque existen distintas formas de que profesionales de la Psicología puedan intervenir como expertos en la sala de justicia (i.e., un psicólogo clínico que ha tratado a una víctima de agresión sexual o un experto en psicología experimental que explica, de forma genérica, cómo se crea y se recupera una huella de memoria), únicamente el psicólogo forense con capacitación

sanitaria estará en condiciones de realizar valoraciones psico-legales sobre el caso concreto, es decir, de poner en relación variables psico(pato)lógicas con la cuestión legal que se está dirimiendo. Cuestiones como la relación con la persona evaluada y la robustez de las valoraciones realizadas marcan diferencias entre los distintos roles profesionales (Esbec y Echeburúa, 2016; Subijana y Echeburúa, 2022).

La Diversidad, Amplitud y Especificidad de los Conocimientos Necesarios Para el Ejercicio de la Psicología Forense que Deben Recogerse en Unos Programas Formativos Específicos

En España, como en el resto de los países, la Psicología Forense asesora a los tribunales en las distintas jurisdicciones, pero especialmente en el ámbito civil y penal (Zwartz, 2018). Esto supone que el profesional de la Psicología Forense va a tener que realizar consideraciones técnicas en asuntos psico-legales muy variados, que precisan de diseños de evaluación específicos (imputabilidad, peligrosidad, idoneidad de custodia, etc.). Precisarás entonces, además de un conocimiento del marco legal en el que va a desempeñar su función, de amplios conocimientos respecto a la aplicación de la Psicología a cuestiones legales. Entre otros campos, de la Psicología del Testimonio, Psicopatología Criminal y Forense, Psicología Forense de la Familia, Victimología Forense, Psicología de la Delincuencia o Neuropsicología forense.

Por otro lado, la especificidad y desarrollo de este campo de la Psicología ha propiciado la elaboración de guías y protocolos específicos para abordar periciales concretas, tales como la evaluación forense en custodias disputadas (Ramírez, 2022), la obtención y valoración del testimonio (González y Manzanero, 2018), la evaluación del riesgo de violencia de género grave en la pareja (Muñoz et al., 2022), la evaluación de supuestos de *mobbing* (Dujo et al., 2022), la evaluación en supuestos de violencia de género en la pareja (Muñoz y Echeburúa, 2016) y la evaluación del daño psíquico (Muñoz, 2013). Y también para otras intervenciones del psicólogo forense, como la conducción de la prueba preconstituída (Ministerio de Justicia, 2022).

Todo este amplio y específico conjunto de conocimientos deberían recogerse en programas de formación reglada, así como en el reconocimiento oficial de la especialidad en Psicología Forense (Day y Tyler, 2012). La situación actual de falta de regulación de este perfil profesional supone un importante riesgo de indefensión jurídica para los usuarios de la Administración de Justicia y de desprestigio para la profesión. (Guarnera et al., 2017).

La Complejidad del Contexto de la Exploración Forense y su Implicación en la Metodología de Evaluación Pericial Psicológica

Las características del contexto judicial hacen necesario que los profesionales de la psicología forense cuenten con conocimientos y habilidades específicas para el desempeño de su trabajo (Melton et al., 2018). La tendencia de las personas evaluadas a distorsionar la información que les es desfavorable hace necesario que los profesionales cuenten con entrenamiento en detección de fenómenos como la disimulación, simulación o sobresimulación (Walczyk et al., 2018), dispongan de conocimientos para seleccionar herramientas adecuadas (DeMatteo et al., 2020) o que sistematicen el contraste de información con terceros en su metodología de trabajo (Heilbrun et al., 2015).

La solidez de las valoraciones que exige el contexto forense obliga también a que los profesionales expliciten los fundamentos científicos de sus consideraciones (Cutler y Kovera, 2011). En este sentido, el uso de la tecnología de evaluación psicológica junto al juicio profesional estructurado evita introducir elementos de subjetividad, y, por ende, dota de mayor robustez a las consideraciones de los peritos psicólogos (Guarnera et al., 2017). Contar con escalas de control de respuesta y apropiadas bondades psicométricas serían criterios adecuados para seleccionar pruebas psicológicas en el contexto pericial (Heilbrun, 1992).

Areh et al. (2022) ponen su atención en la validez incremental. Las restricciones legales y la propia práctica pericial obligan al perito a obtener la mayor cantidad de información posible con el mínimo de intervención. Por otro lado, y atendiendo a esa exigencia de rigor científico que demanda el contexto pericial, el uso de pruebas proyectivas se considera inadecuado (Areh et al., 2022).

Aunque escasas, se han elaborado herramientas específicas para atender demandas propias del contexto de exploración forense (protocolos para obtener y valorar testimonios infantiles en supuestos de victimización sexual, para valorar la capacidad procesal, para valorar el riesgo de reincidencia, etc.), así como se han ido incorporando baremos forenses a las pruebas psicométricas clásicas (Edens y Boccaccini, 2017).

La entrevista, como instrumento vertebrador de toda evaluación psicológica, también requiere de adaptaciones a las características del contexto de la exploración forense (Davis, 2019).

Por último, también se requiere un uso adecuado de los datos procedentes de la investigación científica: distinguir los distintos niveles de evidencia y calidad científica e identificar el consenso y el desacuerdo de la comunidad científica en el asunto psico-legal que se está resolviendo (AFCC, 2018).

La Complejidad y Exigencia de la Intervención del Psicólogo en el Contexto Forense Precisan de Orientaciones Propias en la Aplicación de la Ética y Deontología Profesional

Las características del contexto de la exploración forense acentúan los dilemas éticos y deontológicos en la práctica de la Psicología y crean retos específicos y diferenciales de otros contextos de actuación del psicólogo (Areh et al., 2022). Además, el escrutinio al que está sometido el profesional de la psicología forense en su actuación aumenta el riesgo de denuncia deontológica (Arch et al., 2013). En este sentido, prestigiosas organizaciones profesionales de la

Psicología han elaborado directrices específicas para la aplicación del código deontológico del psicólogo a este campo profesional (APA, 2013; APS, 2019; FEAP, 2001; BPS, 2021). En general, estas especificidades deontológicas del contexto forense giran en torno a cinco cuestiones básicas: la objetividad, el conflicto de intereses, la obtención y el uso de la información, el consentimiento, la competencia profesional y la calidad de la intervención realizada.

El principio de contradicción que rige a toda prueba pericial en el contexto legal introduce otra práctica propia de los profesionales de la psicología forense: la realización de contrainformes, como instrumento de control de la calidad de la actividad científica que se aporta a un proceso judicial (Horcajo y Dujó, 2020). El riesgo de una utilización inadecuada de esta práctica forense, como estrategia de descrédito infundada del perito, obliga a su abordaje desde la ética y la deontología (COP-M, 2009).

La Importancia en la Forma de Comunicar los Resultados de la Evaluación Forense a los Distintos Operadores Jurídicos: Redacción y Defensa del Informe Psicológico Forense

El informe pericial psicológico es el elemento visible de la intervención del profesional de la psicología forense y por el que se valorará su trabajo. Por ello, la elaboración y redacción del informe pericial es una de sus competencias básicas (Zwartz, 2018). Esas competencias incluyen: fundamentar robustamente sus opiniones, contestar de forma clara y completa a la cuestión psicolegal planteada, organizar de forma coherente la información recogida, separar el dato de la inferencia, proporcionar explicaciones respecto a los razonamientos seguidos para llegar a las conclusiones y/o para desechar la información contradictoria, así como recoger las limitaciones de su exploración (DeMier, 2013).

Respecto a defensa del informe en el acto del juicio oral, el psicólogo forense debe tener habilidades que le permitan manejar interrogatorios hostiles que incluyen: realizar preguntas múltiples, repetitivas, del tipo sí o no, elevar el tono de voz al preguntar, citar autores o preguntar sobre datos o teorías psicológicas que el perito debería conocer (Urta, 2002).

En definitiva, los psicólogos forenses exponen los aspectos profesionales y académicos de la disciplina en entornos públicos y legales, estando expuestos al escrutinio legal, el debate y el contrainterrogatorio. Y aunque las teorías y los datos psicológicos están sujetos a revisión científica en entornos académicos y de investigación, surge un conjunto de diferentes reglas y problemas cuando el conocimiento y la metodología psicológica se admiten como prueba en el contexto judicial. Ello es así porque la disputa legal es significativamente diferente a la disputa científica, siendo fundamental que el perito psicólogo sepa argumentar y explicar con claridad los criterios científicos en el contexto legal (Subijana y Echeburúa, 2022).

Las Recomendaciones Surgidas Desde Distintos Estamentos

Instituciones como el Defensor del Pueblo, y su homólogo en Andalucía, destacan la importante labor de auxilio que realizan los psicólogos forenses públicos al servicio de la Administración de Justicia (dentro de los denominados Equipos Psicosociales). Sin embargo, denuncian la situación actual de su intervención, especialmente en los procedimientos de Familia. En concreto, reclaman la necesidad de especialización y formación continua por parte de estos profesionales, su regulación legal, que estén sometidos

al control deontológico y que sigan protocolos comunes de actuación (Defensor del Pueblo, 2017; Defensor del Pueblo Andaluz, 2018). En la misma línea se pronuncia la Asociación Española de Abogados de Familia (AEAFA, 2020) a partir de una encuesta realizada entre sus asociados, o la ONG Save The Children (2012), preocupada por las evaluaciones de menores en el contexto forense.

La Disparidad de los Procesos Seguidos Para Seleccionar a los Profesionales de la Psicología Forense que Desempeñan su Función en el Ambito Público

Desde que se transfirieron las competencias en materia de Justicia a las distintas Comunidades Autónomas, existe una enorme disparidad en los procesos selectivos que dan acceso a los puestos de psicología forense. En las Comunidades Autónomas que no tienen las competencias transferidas (Castilla-La Mancha, Castilla y León, Ceuta, Extremadura, Islas Baleares, Melilla y Región de Murcia) los temarios de la oposición son específicos para el ejercicio de la psicología forense. Sin embargo, en la mayoría de las Comunidades Autónomas con competencias transferidas se tiende a convocar estos puestos de trabajo dentro de ofertas de empleo público generales, con un temario inespecífico que no permite garantizar una capacitación de base en psicología forense. El riesgo de que estos profesionales realicen un asesoramiento judicial inadecuado es alto, con las graves repercusiones que ello puede conllevar (Garret y Neufeld, 2009).

El Cumplimiento con las Exigencias de Distintas Normas Legales

En los últimos años se han venido produciendo importantes reformas legales que, entre otros aspectos, pretenden ofrecer a los ciudadanos, y dentro de ellos a los más vulnerables, mejores garantías procesales y mayor eficacia de la Administración de Justicia. Reiteradamente se alude a la relevancia de disponer de profesionales especializados en materias tan sensibles como la valoración pericial de delitos sexuales, en violencia de género y doméstica, en discapacidad y necesidades de apoyo, etc. Así lo recogen normas como la Ley Orgánica 5/2000 reguladora de la responsabilidad penal de los menores, la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, la Ley Orgánica 4/2015 del Estatuto de la Víctima del Delito, la Ley Orgánica 8/2021 de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, la Ley 8/2021 por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica y la reciente Ley Orgánica 10/2022 de garantía integral de la libertad sexual, sin que a día de hoy se dé cumplimiento a dichos preceptos legales.

La Necesidad de que se Sigam Desarrollando las Líneas de Investigación de Interés Para la Psicología Forense y de que Esta Especialidad Profesional Siga Vinculada a la Investigación que Sustenta su Rigor y Garantía Científica

Aunque la Psicología Forense ha integrado cada vez más los datos procedentes de la investigación científica en la práctica profesional quedan todavía muchos retos por desarrollar para mejorar la práctica pericial. Grisso (2010) esbozó la nueva agenda de la disciplina, plenamente vigente en la actualidad (ver tabla 4).

Tabla 4
Agenda Futura de la Psicología Forense. Elaboración Propia a Partir de Grisso (2010)

En relación con la investigación
<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la colaboración entre investigadores y profesionales. • Promover la participación de los profesionales del Derecho en la investigación en Psicología Forense para centrar mejor las demandas de estos. • Diseñar estudios que permitan conocer el rendimiento de las pruebas de evaluación forense más allá del laboratorio. • Diseñar estudios para valorar la calidad de los diseños de evaluación forense seguidos por los profesionales.
En relación con los estándares de la práctica pericial
<ul style="list-style-type: none"> • Aclarar las diferencias entre el rol del psicólogo forense y el de otros psicólogos que pueden intervenir en los procesos judiciales. • Elaborar protocolos de buenas prácticas para los distintos tipos de periciales. • Mejorar los procesos de acreditación profesional.
En relación con la capacitación
<ul style="list-style-type: none"> • Homogenizar la formación de los profesionales de la psicología forense. • Facilitar un sistema de supervisión de casos para profesionales en ejercicio. • Buscar un equilibrio entre la profundidad y la amplitud en la capacitación forense.

La rápida evolución del conocimiento científico en Psicología Forense –se estima una vigencia de alrededor de 7 años (Neimeyer et al., 2014)– justifica también la creación de esa especialización que garantizaría la formación continua de los profesionales.

Contar con la especialidad permitiría dar continuidad a líneas de investigación propias de la Psicología Forense (i.e., elaboración de modelos conceptuales psicolegales o construcción y validación de pruebas específicas para este contexto), así como ampliar nuevas áreas de intervención (Shapiro, 2023). Además, contribuiría a realizar una práctica basada en la evidencia, fortaleciendo la figura profesional del psicólogo forense frente a otros profesionales. En definitiva, la credibilidad y la utilidad de la Psicología Forense en los tribunales españoles pasa por el reconocimiento de la especialidad (Andreu y Graña, 2005).

Conclusiones

La situación profesional de la Psicología Forense en España es preocupante. La falta de especialización, regulación y definición de las competencias de los profesionales de la Psicología Forense facilita el intrusismo profesional, subordina la Psicología Forense a la Medicina Legal en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses, invisibilizando la aportación, autoridad y autonomía de la ciencia psicológica y, por tanto, limita el avance de la profesión (Catalán, 2016).

En este artículo se han presentado distintos argumentos para apoyar la necesidad de crear la especialidad en Psicología Forense. Asesoramientos inadecuados a los tribunales que pueden conllevar sentencias erróneas de graves consecuencias para la vida de las personas se podrían evitar con la creación de esta especialidad.

También se ha propuesto un itinerario formativo en el que articular esta especialidad, siguiendo el modelo jerárquico, secuencial y acumulativo de la FEAP para el desarrollo de la carrera profesional. Aunque lo ideal, para los autores, sería que la capacitación de los profesionales de la Psicología Forense se realizara a través de un programa de posgrado específico en Psicología Jurídica (Muñoz et al., 2011), el protagonismo de la evaluación psicopatológica en el contexto forense y el específico marco legal español en cuanto a los profesionales competentes

para realizar consideraciones sobre el estado de salud mental de las personas evaluadas obligan a que la capacitación de los profesionales de la psicología forense les dote de competencias sanitarias. Los detractores de esta propuesta se apoyan en distintos argumentos: a) les inquieta que la Psicología Sanitaria puede fagocitar a la Psicología Forense, cuando el contexto y el objeto de la intervención marcan claras diferencias entre ambas especialidades (Thompson y Frumkin, 2023) y que prácticas propias del contexto sanitario se extrapolen de manera inadecuada al campo forense (ver, por ejemplo, Scott et al., 2014 para el tema de la victimización sexual infanto-juvenil). Sin embargo, desde nuestra propuesta, entendemos que se trata de una preocupación innecesaria, ya que será el segundo nivel de capacitación el que garantizará la formación y competencia en Psicología Forense, no habiendo riesgo de que se pierda la identidad de la especialidad; y b) piensan que la exigencia de tener que cursar el MPGS para ejercer la Psicología Forense alargaría innecesariamente la formación de los profesionales que quieren dedicarse a este campo de la Psicología aplicada. En este sentido, nuestra propuesta se ajusta al modelo de la FEAP, quedándose corta en relación con las exigencias en países como EE.UU., donde la Psicología Forense goza de un enorme prestigio profesional. No obstante, resulta coherente que la formación de los profesionales de la Psicología Forense sea proporcional a la responsabilidad derivada de su trabajo. Además, encontramos otros argumentos para apoyar esta propuesta: 1) a día de hoy, la adquisición de la capacitación sanitaria para los profesionales de la Psicología Forense a través de un programa de posgrado específico en Psicología Jurídica y, por tanto, fuera de las especialidades sanitarias, parece muy poco probable; 2) con este itinerario, además de adquirir un requisito legal para realizar consideraciones en el campo de la salud mental, nos aseguramos de que los futuros profesionales de la psicología forense afronten la capacitación específica en el campo con unos conocimientos básicos en Psicopatología, Evaluación Psicológica o Psicodiagnóstico, que se han visto sustancialmente mermados tras la reconversión de la Licenciatura en Grado, y que son un requisito imprescindible para afrontar el segundo grado de capacitación; y 3) se refuerza la figura del profesional de la Psicología Forense, reduciendo el riesgo de que las consideraciones en el campo de la salud mental que puedan realizar estos profesionales sean cuestionadas en la sala de justicia por carecer de las competencias sanitarias o que directamente no se cuente con ellos para realizar valoraciones en este campo, siendo asumidas, al menos en el ámbito público, por los profesionales de la medicina forense (pérdida de campos de actuación anteriormente conquistados).

Esperamos que este artículo sirva para abordar el debate sobre el itinerario formativo de la Psicología Forense y que las asociaciones científicas y profesionales del ramo (Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense –SEPJF–, Asociación de Psicología Forense de la Administración de Justicia –APF– y Asociación Iberoamericana de Psicología Jurídica –AIPJ–), junto con la División de Psicología Jurídica (PsiJur) del CGP, trabajen para llegar a un consenso que facilite el urgente reconocimiento oficial de la especialidad de Psicología Forense. Al margen de las distintas perspectivas con las que sabemos que se aborda este debate, estamos convencidos de que todos queremos el mejor desarrollo de la Psicología Forense. Hagamos, por ello, un esfuerzo

de cohesión y de trabajo conjunto para conseguirlo, y para evitar que la inexistencia de una regulación oficial siga minando en nuestro país lo que desde la investigación y la práctica profesional tanto se ha logrado y tanto ha costado conseguir.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

- American Psychological Association (2013). Specialty Guidelines for Forensic Psychology. *American Psychologist*, 68(1), 7-19. <https://doi.org/10.1037/a0029889>
- American Psychological Association (2022). *Guidelines for Child Custody Evaluations in Family Law Proceedings*. Recuperado de: <https://www.apa.org/about/policy/child-custody-evaluations.pdf>
- Andreu, J. M. y Graña, J. L. (2005). Evaluación en psicología forense. En V. del Barrio (Coord.), *Evaluación psicológica aplicada a los diferentes contextos* (pp. 217-255). Madrid: UNED.
- Arch, M., Cartil, C., Solè, P., Lerroux, V., Calderer, N. y Pérez-González, A. (2013). Deontología profesional en Psicología: estudio descriptivo de las denuncias atendidas por la comisión deontológica del COPC. *Papeles de Psicólogo*, 34(3), 182-189.
- Areh, I., Verkamp, F. y Allan, A. (2022). Critical review of the use of the Rorschach in European courts. *Psychiatry, Psychology and Law*, 29(2), 183-205. <https://doi.org/10.1080/13218719.2021.1894260>.
- Asociación Española de Abogados de Familia (AEFA) (2020). Equipos Psicosociales. Recuperado de: <https://www.aeafa.es/files/noticias/iioleadaobservatorio-equipospsicosociales-20204.pdf>
- Association of Family and Conciliation Courts (2018). Guidelines for the use of social science research in family law. Recuperado de: [https://www.afccnet.org/Portals/0/PDF/AFCC%20Guidelines%20for%20the%20Use%20of%20Social%20Science%20Research%20in%20Family%20Law%20\(1\).pdf?ver=GO_nGCdSK6NYfKiCGGkpg%3D%3D](https://www.afccnet.org/Portals/0/PDF/AFCC%20Guidelines%20for%20the%20Use%20of%20Social%20Science%20Research%20in%20Family%20Law%20(1).pdf?ver=GO_nGCdSK6NYfKiCGGkpg%3D%3D)
- Australian Psychological Society (2019). Ethical guidelines for psychological practice in forensic contexts. Recuperado de: <https://psychology.org.au/for-members/resource-finder/resources/ethics/ethical-guidelines-psychological-practice-forensic>
- Catalán, M^a. J. y Domingo, J. (1987). La necesidad de incluir la Psicología Jurídica dentro de los planes de estudio de la Psicología. *Papeles del Psicólogo*, 30.
- Catalán, M^a. J. (2016). Es imprescindible que quede regulada la labor de la psicología forense. Infocop. Recuperado de: https://www.infocop.es/view_article.asp?id=6143.
- Chacón, F. (2008), Presentación. En B. Vázquez y M^a. J. Catalán, *Casos prácticos en Psicología Forense* (pp. 9-12). Madrid: EOS.
- Colegio Oficial de la Psicología de Madrid (2009). Consideraciones preliminares a la valoración deontológica de un contrainforme. *Guía del Psicólogo*, 293, 17-18. Recuperado de: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/gp2009n293a11.pdf>.
- Consejo General de la Psicología de España (2022). Reglamento marco de las Divisiones Profesionales. Recuperado de: <https://www.cop.es/pdf/ReglamentoMarcoDivProfesionales.pdf>
- Consejo General de la Psicología de España (2020). Acreditación Nacional de Psicólogo/a Experto/a en Psicología Jurídica y/o Psicología Forense. Recuperado de: <https://www.acreditaciones.cop.es/pdf/APJuridicayForense.pdf>.

- Cutler, B. L. y Kovera, M. B. (2011). Expert psychological testimony. *Psychological Science*, 20(1), 53-57. <https://doi.org/10.1177/0963721410388802>
- Davis, J. (2019). Developing a model for evidence-based clinical forensic interviewing. *International Journal of Forensic Mental Health*, 18(1), 3-11. <https://doi.org/10.1080/14999013.2018.1508096>
- Day, A. y Tyler, R. (2012). Professional training in applied psychology: towards a signatura pedagogy for forensic psychology training. *Australian Psychologist*, 47, 183-189. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9544.2011.00044.x>
- Defensor del Pueblo (2017). Equipos Psicosociales en Juzgados de Familia. Aceptadas recomendaciones para mejorar la situación de los Equipos Psicosociales en los Juzgados de Familias en Cataluña, Andalucía y Aragón. Recuperado de: <https://www.defensordelpueblo.es/noticias/equipos-psicosociales-juzgados-familia-aragon-cataluna-andalucia/>
- Defensor del Pueblo Andaluz (2018). Los Equipos Psico-sociales de Andalucía al servicio de la Administración de Justicia. Recuperado de: <https://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/informe-equipos-psicosociales/pdfs/InformePsicosocial.pdf>
- DeMatteo, D., Fishel, S. y Tansey, A. (2020). Expert evidence: the (unfulfilled) promise of Daubert. *Psychological Science in the Public Interest*, 20(3), 129-134. <https://doi.org/10.1177/1529100619894336>
- DeMatteo, D. y Scherr, K. C. (2023). Training for careers in Psychology-Law. En D. DeMatteo y K. C. Scherr (Eds.), *The Oxford Handbook of Psychology and Law* (pp. 3-15). Oxford Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780197649138.013.1>
- DeMier, R. (2013). Forensic report writing. En R. Otto (Ed.), *Forensic Psychology* (pp. 75-98). 2ª Edición. Hoboken, N J: Wiley.
- Dujo, V., González-Trijuque, D. y Graña, J. L. (2022). *Manual de psicología forense en el ámbito laboral. Conceptos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Edens, J. F. y Boccaccini, M. T. (2017). Taking forensic mental health assessment “out of the lab” and in to “the real world”: Introduction to the special issue on the field utility of forensic assessment instruments and procedures. *Psychological Assessment*, 29(6), 599-610. <https://doi.org/10.1037/pas0000475>
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2016). Mala praxis en psicología clínica y forense a la luz de los tribunales de justicia españoles: un estudio exploratorio. *Behavioral Psychology*, 24(1), 177-194.
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (2001). El psicólogos europeo en el trabajo forense y como perito. En *Comisión Deontológica Estatal. Ética y deontología para psicólogos* (pp. 120-125). Colegio Oficial de Psicólogos de España.
- Fernández-Hermida, J. R. (2017). Cambiar para avanzar. Un análisis del debate sobre el itinerario formativo de la Psicología Clínica en España. *Papeles del Psicólogo*, 38(2), 81-93.
- Garret, B. L. y Neufeld, P. (2009). Invalid forensic science testimony and wrongful convictions. *Virginia Law Review*, 95(1), 1-97. Recuperado de: <https://www.virginialawreview.org/wp-content/uploads/2020/12/1-2.pdf>.
- Golding, S. L. (2016). *Forensic psychiatry and forensic psychology: psychology education, training and certification. Encyclopedia of forensic and legal Medicine. Volumen 2* (pp. 621-626). Elsevier.
- González, J. L. y Manzanero, A. L. (2018). *Obtención y valoración del testimonio. Protocolo holístico de evaluación de la prueba testifical (HELP)*. Madrid: Pirámide .
- Grisso, T. (1987). The economic and scientific future of forensic psychological assessment. *American Psychologist*, 42, 831-839. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.42.9.831>
- Grisso, T. (2010). Revising the future of forensic psychological assessment: A 20 year check-up. Discurso al recibir el premio Beth Clark de la AAFP, 20 de marzo de 2010. Recuperado de: <https://aafpforensic.org/wp-content/uploads/2019/01/Grisso.pdf>
- Guarnera, L. A., Murrie, D. C., & Boccaccini, M. T. (2017). Why do forensic experts disagree? Sources of unreliability and bias in forensic psychology evaluations. *Translational Issues in Psychological Science*, 3(2), 143-152. <https://doi.org/10.1037/tps0000114>
- Heilbrun, K. (1992). The role of psychological testing in forensic assessment. *Law and Human Behavior*, 16(3), 257-272. <https://doi.org/10.1007/BF01044769>
- Heilbrun, K., NeMoyer, A., King, C. y Galloway, M. (2015). Using third-party information in forensic mental-health assessment: A critical review. *Court Review: The Journal of the American Judges Association*, 51. Recuperado de: <https://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1498&context=ajacourtreview>
- Hill, D. y Demetriooff, S. (2019). Clinical-forensic psychology in Canada: A survey of paritioner characteristics, attitudes, and psychological assessment practices. *Canadian Psychology*, 60(1), 55-63. <https://doi.org/10.1037/cap0000152>
- Horcajo, P. J. y Dujo, V. (2020). Contrainforme psicológico pericial: Conceptualización y caso práctico en un supuesto de guarda y custodia. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 20, 53-71.
- Infocop (2020). La importancia de crear nuevas especialidades en Psicología para dar respuesta a las demandas y necesidades actuales en salud mental. Recuperado de: https://www.infocop.es/view_article.asp?id=15143
- Jarne, A., Vilalta, R. J., Arch, M., Guardia, J. y Pérez, A. (2012). Especialidades y acreditaciones en Psicología. *Papeles del Psicólogo*, 33(2), 90-100.
- Jarne, A. y Pérez-González, A. (2020). Recorridos de formación en Psicología Clínica y de la Salud en España. *Revista de Psicoterapia*, 31, 77-85. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.407>
- Liell, G. C., Fisher, M. J. y Jones, L. F. (2022). *Challenging bias in forensic psychological assessment and testing: Theoretical and practical approaches to working with diverse populations*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003230977>
- Lin, L., Christidis, P. y Stamm, K. (2017). Datapoint: A look at psychologists' specialty áreas: News from APA's Center for Workforce Studies. *Monit. Psychol.*, 48(8), 15. Recuperado de: <https://www.apa.org/monitor/2017/09/datapoint>
- Melton, G. B., Petrila, J., Poythress, J. y Slobogin, C., Poythress, N. G., Slobogin, C., Otto, R. K., Mossman, D. y Condie, L. O. (2018). *Psychological evaluations for the courts: A handbook for mental health professionals and lawyers*. 4th. Edición. New York: Guilford.
- Ministerio de Justicia (2022). Guía de buenas prácticas para la declaración en el proceso penal de menores y personas con discapacidad necesitadas de especial protección: intervención desde la psicología forense, en particular en la prueba preconstituida. Ministerio de Justicia. Secretaría General Técnica.
- Muñoz, J. M. (2013). La evaluación psicológica forense del daño psíquico: propuesta de un protocolo de actuación pericial. *Anuario de Psicología Jurídica*, 23, 61-69. <https://doi.org/10.5093/aj2013a10>
- Muñoz, J. M., Nagore, A., Luis, P. de, González-Guerrero, L. y Esteban, S. (2023). Guía para la evaluación pericial psicológica en los procedimientos de provisión de apoyos para personas con discapacidad. Guía de Práctica Forense. Asociación de Psicología Forense de la Administración de Justicia. Recuperado de: <https://www.psicologosforenses.org/wp-content/uploads/2023/06/Guia-para-la-Evaluacion-Pericial-Psicologica-en-los-Procedimientos-de-Provision-de-Apoyos-para-Personas-con-Discapacidad-MAYO2023.pdf>

- Muñoz, J. M., Manzanero, A. L., Alcázar, M. A., González, J. L., Pérez, M^a. L. y Yela, M. (2011). Psicología Jurídica en España: Delimitación conceptual, campos de investigación e intervención y propuesta formativa dentro de la enseñanza oficial. *Anuario de Psicología Jurídica*, 21, 3-14. <https://doi.org/10.5093/jr2011v21a1>
- Muñoz, J. M. y Echeburúa, E. (2016). Diferentes modalidades de violencia en las relaciones de pareja: implicaciones para la evaluación psicológica forense en el contexto legal español. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26, 2-12. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2015.10.001>
- Muñoz, J. M., Nagore, A., Campo, M. del, Domènech, M^a. C., Rincón, M., Savall, F., Quintero, M. V. y Jiménez, A. (2022). Guía para la evaluación psicológica forense del riesgo de violencia de género en la pareja grave o letal. Asociación de Psicología Forense de la Administración de Justicia.
- Neal, T. (2018). Forensic psychology and correctional psychology: Distinct but related subfields of psychological science and practice. *American Psychologist*, 73(5), 651-652. <https://doi.org/10.1037/amp0000227>
- Neal, T., Martine, K. A., Johan, J. L., Mathers, E. M. y Otto, R. K. (2022). The law meets psychological expertise. Eight best practices to improve forensic psychological assessment. *Annual Review of Law and Social Science*, 18, 1-24. <https://doi.org/10.1146/annurev-lawsocsci-050420-010148>
- Neimeyer, G. J., Taylor, J. M., Rozensky, R. H. y Cox, D. R. (2014). The diminishing durability of knowledge in professional psychology: A second look at specializations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(2), 92-98. <https://doi.org/10.1037/a0036176>
- Neto, D. D., Figueiredo, S., Biscaia, C., Barros, M. J., Barroso, R. y Fernandes, F. (2020). Routes for specialization in Psychology throughout Europe. *Behav. Sci.*, 10(1), 7. <https://doi.org/10.3390/bs10010007>
- Ramírez, M. (2022). *Evaluación psicológica de las custodias infantiles*. Madrid: Pirámide.
- Rodríguez-Domínguez, C. y Jane, A. (2015). Valoración del informe pericial sobre custodia de menores en sentencias judiciales: estudio comparativo entre informes privados y oficiales. *Escritos de Psicología*, 8(3), 11-19.
- Ruiz-Tejedor, M^a. P. (2018). Falsas alegaciones de abuso sexual infantiles en contextos forenses: análisis de su asociación con distintos indicadores periciales [Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio Institucional de la UCM: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/46719/1/T39648.pdf>
- Sadoff, R. L. y Dattilio, F. M. (2012). Formal training in forensic mental health: psychiatry and psychology. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35, 343-347. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2012.09.010>
- Save the Children (2012). *Infancia y justicia. Una cuestión de derechos*. Save the Children.
- Scott, M^a J., Manzanero, A. L., Muñoz, J. M. y Köhnken, G. (2014). Admisibilidad en contextos forenses de indicadores clínicos para la detección del abuso sexual infantil. *Anuario de Psicología Jurídica*, 24, 57-63. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2014.08.001>
- Shapiro, D. L. (2023). Special issue on forensic practice. *Practice Innovations*, 8(3), 163. <https://doi.org/10.1037/pri0000220>
- Soletto, H., Jullien, J. y Escudero, I. (2022). *Protocolo de Referencia. Bélgica, Estonia, Grecia, Italia y España*. Proyecto ENCLAVE. Recuperado de: https://enclaveproject.eu/wp-content/uploads/2023/01/Enclave_BenchmarkProtocol_SP.pdf
- Subijana, I. J. y Echeburúa, E. (2022). El conflicto de roles con respecto a la prueba pericial psicológica en el proceso judicial. *Anuario de Psicología Jurídica*, 32, 107-114. <https://doi.org/10.5093/apj2021a22>
- The British Psychological Society (2021). Psychologists as expert witnesses. Best practice guidelines for psychologists. <https://www.bps.org.uk/node/1300>
- Thompson, D. W. y Frumkin, I. (2023). Recommendations for establishing or expanding a successful forensic psychology practice. *Practice Innovations*, 8(3), 209-220. <https://doi.org/10.1037/pri0000203>
- Urra, J. (2002). La ética en los distintos momentos del procedimiento judicial, incluida la "ziskinización". En J. Urra (Comp.), *Tratado de psicología forense* (pp. 611-620). Madrid: Siglo XXI.
- Walczyk, J. J., Sewell, N. y DiBenedetto, M. B. (2018). A review of approaches to detecting malingered in forensic contexts and promising cognitive load-inducing lie detection techniques. *Front. Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00700>
- Zwartz, M. (2018). Report writing in the forensic context: Recurring problems and the use of a checklist to address them. *Psychiatry, Psychology and Law*, 25(4), 578-582. <https://doi.org/10.1080/13218719.2018.1473172>

Artículo

Buenas Prácticas en la Atención a Familiares y Allegados en Casos de Desaparición de Personas. La Importancia del Profesional de la Psicología Especializado en Desapariciones

Ana Isabel Álvarez-Aparicio , José María Martínez Fernández , María Patricia Acinas Acinas  y Elena Herráez-Collado 

Grupo de Trabajo de Intervención Psicológica en Desapariciones del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid (GIPD-COPM), España

INFORMACIÓN

Recibido: Febrero 6, 2024

Aceptado: Julio 2, 2024

Palabras clave

Personas desaparecidas
Desapariciones
Buenas prácticas
Intervención psicológica
Intervinientes

Keywords

Missing persons
Disappearances
Best practices
Psychological intervention
Responders

RESUMEN

Cada año, se interponen una media de 23.000 denuncias por desaparición de personas en España. Aunque la mayor parte de ellas se resuelve en los primeros días, un número importante de personas permanece durante años en las bases de datos. El impacto que una desaparición supone a todos los niveles, no se limita al entorno más cercano de la persona, sino que se extiende a diversos estratos: profesionales, comunidad y sociedad, con especial calado en familiares y allegados. Unas buenas prácticas en la atención a estos últimos se hace imprescindible por sus beneficios asociados. El papel del profesional de la psicología, con especialización en materia de desapariciones, resulta esencial tanto en el ámbito de la prevención, como de la intervención y posventa.

Good Practices in Attention to Families and Relatives in Cases of Disappearance of Persons. The Importance of the Psychology Professional Specialized in Disappearances

ABSTRACT

Each year, an average of 23,000 missing persons reports are filed in Spain. Although most of them are resolved in the first few days, a significant number of people remain in the databases for years. The impact of a disappearance at all levels is not limited to the missing person's immediate environment but extends to different groups-professionals, community, and society-with a particular impact on family members and relatives. Best practices in the assistance provided to the latter are crucial due to the associated benefits. The role of the psychology professional, specialized in disappearances, is essential in the areas of prevention, intervention, and postvention.

Cómo citar: Álvarez-Aparicio, A. I., Martínez, J. M., Acinas, M. P. y Herráez-Collado, E. (2024). Buenas prácticas en la atención a familiares y allegados en casos de desaparición de personas. La importancia del profesional de la psicología especializado en desapariciones. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 45(3), 127-135. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3041>

Autor de correspondencia: Grupo de Intervención Psicológica en Desapariciones. Colegio Oficial de la Psicología de Madrid gipd@cop.es 

La Problemática de las Personas Desaparecidas en España

Cada año se interponen en España una media de 23.000 denuncias por desaparición de personas. Desde que se tienen registros en el actual Sistema de Personas Desaparecidas y Restos Humanos (PDyRH), un sistema dinámico en constante actualización que comenzó su funcionamiento en el año 2010 y del que se extraen las estadísticas oficiales por ser el más específico para ello (López et al., 2022); se habrían interpuesto un total de 270.093 denuncias. De ellas, 6.192 permanecerán activas, por no haber sido resueltas (López et al., 2023).

Una desaparición supone un impacto en diferentes ámbitos (económico, legal, social, psicológico...) y a muy diversos niveles. Desde el entorno más cercano de la persona desaparecida, o la propia persona si no se ha ausentado de manera voluntaria, hasta los profesionales de la intervención, que pese a los esfuerzos se ven incapaces de lograr una resolución favorable de la situación; la comunidad de pertenencia de la persona desaparecida, que toma conciencia de lo injusto que puede ser el mundo y de la vulnerabilidad del ser humano; o la sociedad, que a pesar de los recursos materiales y humanos invertidos no logran proporcionar respuestas a lo ocurrido (Álvarez-Aparicio, 2018a, 2018b).

Las desapariciones son una problemática común a todas las sociedades y culturas, con independencia del sexo, la edad o la condición socioeconómica de la persona (Ministerio del Interior, 2017). Los familiares y allegados que experimentan esta problemática, suelen presentar multitud de emociones desasosegantes, transitando por una total incertidumbre que les hace deambular entre la esperanza de encontrar a su ser querido cuanto antes, el temor a hacerlo en condiciones desfavorables y el deseo de que esa situación, en la que el tiempo parece congelado, tenga un final, aunque esto suponga una resolución fatal para la persona ausente. Emociones y reacciones se suceden ante la falta de respuestas. Culpa, por acción u omisión, frustración, impotencia o tristeza, pueden darse con frecuencia (Álvarez-Aparicio, 2018a, 2018b). También puede aparecer la ira hacia la persona en paradero desconocido, hacia ellos mismos por no haberlo sabido o podido evitar o bien ante la idea hipotética de actuar de otro modo una vez constatada la ausencia; pero también puede manifestarse esta emoción ante una *entidad superior* por no interceder, o dirigirse a los profesionales de la intervención, instituciones y autoridades a cargo de la investigación, por considerar que el trato recibido no es correcto y el tiempo y recursos dedicados no son adecuados o suficientes (Álvarez-Aparicio, 2018a; De Vicente y Santamaría, 2020).

Diferentes estudios muestran que la desaparición de personas tiene una idiosincrasia propia basada en la incertidumbre, que dificulta notablemente el proceso de adaptación a la situación por parte de familiares y allegados (De Vicente y Santamaría, 2020; García-Ledesma y Suárez, 2007), en los que con el tiempo pueden observarse, dentro de las reacciones más frecuentes: duelo prolongado, depresión y estrés postraumático de manera diferenciada a la vivencia de otras pérdidas (Barakovic et al., 2013, 2014; Huang y Habermas, 2019; Isuru et al., 2019; Pérez Bambó, 2021; Powell et al., 2010). La convivencia de la ausencia física de la persona desaparecida con la total presencia psicológica de la misma, en lo que ha venido a denominarse *pérdida ambigua*, es una constante que genera un total agotamiento físico y emocional (Boss, 2001).

Cuando se produce una desaparición, los datos dicen que su entorno comenzará una incansable búsqueda de respuestas y soluciones (Álvarez-Aparicio, 2018a). Unas buenas prácticas en la atención dispensada, resultan de vital importancia tanto por los beneficios para familiares y allegados, como para intervinientes y la propia investigación en curso (Álvarez-Aparicio et al., 2023).

Si bien, (a) la *Comisión Especial para el estudio de la problemática de las personas desaparecidas sin causa aparente*, constituida en 2013 por acuerdo del Pleno del Senado, en su informe de conclusiones señala claramente la necesidad de abordar de manera prioritaria la problemática de las personas desaparecidas de manera global, abarcando tanto los aspectos técnicos y legislativos, como los humanitarios; (b) diferentes autores muestran la necesidad de un marco teórico propio sobre el que dispensar una atención psicológica especializada también en el ámbito de la psicología (De Puelles, 2018; García-Ledesma y Suárez, 2007) y (c) a nivel internacional, en materia policial, se está trabajando en establecer unas buenas prácticas de actuación en estos casos (Vinuesa, 2023); la realidad es que aún queda mucho por hacer.

Beneficios de Unas Buenas Prácticas en la Atención a Familiares y Allegados de Personas Desaparecidas

En la aproximación al fenómeno de las desapariciones de personas en España, integrando los datos existentes sobre esta realidad en territorio estatal y el conocimiento aportado por la escasa literatura científica producida tanto a nivel nacional como internacional; resulta acreditado que es una realidad que puede comprometer gravemente el bienestar y la salud mental de las personas afectadas, así como de los profesionales implicados en la resolución de estas situaciones (Álvarez-Aparicio, 2015; Fernández y Cuervo, 2021; Pérez Bambó, 2021).

Diferentes autores han constatado que la desaparición de un ser querido tiene un impacto devastador en el entorno cercano y presenta particularidades en comparación con otros sucesos traumáticos, que hace más probable el desajuste personal y familiar respecto al hecho (De Vicente y Santamaría, 2020). La carencia de certezas que dificultan el proceso de adaptación y afrontamiento de la situación y la ausencia de ritos que limitan la validación emocional y el soporte social, hacen particularmente compleja y dolorosa esta situación (Boss, 2001; Comité Internacional de Cruz Roja [CICR], 2014; De Castro, 2019; De Puelles, 2018).

En consecuencia, diferentes investigaciones muestran que las reacciones de duelo prolongado, depresión y estrés postraumático son las más frecuentes en personas que han sufrido la desaparición de un ser querido, presentando incluso mayor alteración y presencia de patología que en los casos de fallecimiento (Pérez Bambó, 2021). Una revisión sistemática llevada a cabo por esta autora, señala la sintomatología asociada al trauma (94%) como la más frecuente ante esta problemática (Pérez Bambó, 2021, p. 18). En nuestro país, De Vicente y Santamaría (2020), en un estudio con familiares de personas desaparecidas mediante el Cuestionario del Impacto del Trauma (CIT), concluyen que: “de los 29 indicadores de malestar psicológico e impacto psicosocial, las familias con personas desaparecidas presentan puntuaciones muy elevadas en 26 de ellos, siendo muy superiores a las puntuaciones de la población general en 20 de ellos” (p. 2). Varona et al. (2015), manifiestan que, como ocurre en otras situaciones de carácter imprevisto, en el entorno más

próximo, el sentimiento de seguridad propio y familiar se quiebra de forma imprevista e incontrolada.

Con cierta frecuencia las familias de personas desaparecidas sienten que la respuesta y recursos por parte de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (FFCCS) y otras instituciones son insuficientes para la búsqueda efectiva de sus familiares, y que el trato que reciben no es el más adecuado, lo que provoca un agravamiento de su sufrimiento, estigmatización y la consiguiente victimización secundaria (De Vicente y Santamaría, 2020; Fernández y Cuervo, 2021).

Los beneficios que pueden obtener las familias y allegados de personas desaparecidas tienen que ver principalmente con la adopción de medidas dirigidas a paliar los efectos del estrés y prevenir su complicación y/o cronificación, facilitar una atención inmediata y especializada desde los primeros momentos, o la promoción de cambios a nivel institucional y organizacional para evitar situaciones que generen victimización secundaria, como promover una formación especializada y actualizada de los profesionales.

Respecto a los profesionales de la salud, seguridad y emergencias, se sabe que el contacto con el sufrimiento humano es lo que genera mayores niveles de ansiedad y estrés (Kroes et al., 1974). Según la literatura, muchas de las actividades que los profesionales implicados en la intervención en desapariciones de personas tienen que realizar, se encuentran entre las situaciones que más impacto psicológico y emocional pueden generar en un experto de la seguridad y emergencia (Fernández Millán, 2020; Mitchell y Bray, 1990; Parada, 2008).

Para paliar estos efectos, los profesionales desarrollan una serie de comportamientos que les ayudan en el día a día, como mantenerse ocupados y orientados a la tarea, suprimir las emociones o sentimientos experimentados, prolongar la sensación de irrealidad o negar el impacto que les produce (Parada, 2008). Estos comportamientos, aunque adaptativos inicialmente para los profesionales, pueden tener su propia contrapartida e influir negativamente en su salud mental y en la propia intervención profesional. Pueden generar miedos y/o actitudes disfuncionales como distanciamiento emocional, deshumanización, paternalismo... y comportamientos inadecuados como excesiva premura o derivación precoz a otros profesionales, que influyen negativamente en la investigación (Álvarez-Aparicio, 2015).

Los beneficios de implementar unas buenas prácticas pueden concretarse en una mejora en la calidad del trabajo desarrollado y en una reducción marcada del impacto negativo que estas situaciones pueden tener sobre el interviniente, en ámbitos personal y profesional. Para ello, siguiendo lo planteado en la *Comisión Especial para el estudio de la problemática de las personas desaparecidas sin causa aparente* (2013), se precisa, entre otras cuestiones, del desarrollo de medidas de prevención, como formación especializada en el área, que promueva estrategias de intervención apropiadas en la interacción con el entorno del desaparecido, en el aut manejo emocional del estrés y variables asociadas, que suponen un caso de este tipo (Álvarez-Aparicio, 2015); aspectos que han venido a plasmarse en el *I Plan Estratégico en Materia de Personas Desaparecidas* (Ministerio del Interior, 2022).

Estas medidas repercutirían también en beneficios para la propia investigación, ya que en las desapariciones de personas la entrevista policial es una de las herramientas fundamentales.

Desde un punto de vista policial, todas aquellas personas con las que haya tenido contacto la persona desaparecida constituyen una fuente esencial de información que facilita pistas, datos o referencias que enfocan o dirigen las demás actuaciones policiales. En muchos casos, además, solo se cuenta con esta información, por no existir otro tipo de indicios (Galán, 2018). Por tanto, una adecuada realización de la entrevista policial resulta fundamental para la obtención de testimonios de aquellas personas que puedan aportar información o tengan conocimiento del hecho (González, 2013).

Según Fernández y Cuervo (2021, p. 12), “el factor revictimizante de mayor impacto es el desamparo institucional al que se ve expuesto el grupo familiar al no reconocerse, por el Estatuto de la víctima del delito, la condición de víctima indirecta a los familiares, salvo en aquellos supuestos en los que la desaparición es de tipo criminal”, lo cual resulta coincidente con las opiniones de familiares y allegados de personas desaparecidas que demandan una atención integral humanizada, individualizada y adaptada a las singularidades de cada perfil de caso de desaparición (Fundación QSD Global, 2015, 2018, 2019). Debe considerarse que, “si bien la prioridad de las familias es la pronta localización del ser querido, diversos estudios empíricos respaldan los efectos positivos de una atención empática con las víctimas para la minoración de los efectos de la victimización secundaria” (Varona et al., 2015, como se citó en Fernández y Cuervo, 2021, p. 13).

Buenas Prácticas Psicológicas en la Atención a Familiares y Allegados en Casos de Desaparición de Personas

Entendiendo una desaparición como una situación potencialmente traumática que ancla a la persona afectada en el pasado arrebatando las cuestiones positivas del presente y afectando a su potencial futuro (Maté y Maté, 2022), se puede señalar que es fundamental la implementación de unas buenas prácticas psicológicas en la atención a familiares y allegados en estos casos.

Siguiendo a organismos internacionales como la *Food and Agriculture Organization of the United Nations* (FAO, 2024), se puede definir una *buena práctica* como “una experiencia positiva, probada y replicada en contextos diversos y que, por consiguiente, puede ser recomendada como modelo”. Su evolución comporta cuatro pasos, (1) *innovación, experiencia*, que puede parecer tener resultados mínimos; (2) *práctica prometedora*, tras experimentarla varias veces en un determinado contexto; (3) *buena práctica*, cuando haya arrojado resultados positivos en diversas réplicas y contextos, siendo plausible de ser compartida ampliamente para que otros puedan adaptarla y adoptarla y (4) *política, principio, norma*, en aquellos casos en que la buena práctica evoluciona pudiendo sustentar una nueva política o norma. Como se puede observar, el objetivo final de un proceso de buenas prácticas no es solo publicarlas y compartirlas sino generar cambios por medio de la adopción, adaptación y ampliación de esas buenas prácticas.

A pesar de que la búsqueda sobre buenas prácticas en desapariciones, usando palabras clave, no arroja resultados específicos en el sentido estricto del término y en bases de datos indexadas de carácter científico; en diferentes ámbitos se han recogido experiencias que podrían servir de referencia, como es el caso de víctimas de: (a) violencia género; (b) delitos en procesos judiciales; (c) terrorismo; (d) trata de personas y (e) gestión de

voluntariado, mediante el trabajo de entidades sociales (Fundación la Caixa, 2007).

Cuando alguien desaparece no se suelen escatimar medios para encontrarle, teniendo en cuenta los aspectos culturales y emocionales presentes. La atención debe ser cercana y empática (Martín y Muñoz, 2009). Quien interviene debe escuchar el mensaje completo de la víctima y dedicarle toda la atención (Nicolás et al., 2000, p. 155).

Los profesionales tienen la oportunidad de influir positivamente en el proceso de ayuda y en el afrontamiento funcional de lo que la persona está viviendo, como familiar, allegado u otros roles (Parada, 2008, p. 142). Asimismo, las acciones que se lleven a cabo deben tener una base de humanización, cuya profundización y acotación es compleja en el mundo actual, lo que se puede convertir en un problema bioético fundamental (Bermejo, 2014).

Por todo esto, se considera conveniente hacer una propuesta de protocolo en ámbitos de aplicabilidad de buenas prácticas, incluyendo todas las instancias implicadas en el puzle de una desaparición.

Propuesta de Ámbitos de Aplicación de Buenas Prácticas en Relación a Personas Desaparecidas, Familiares y Allegados

Aplicando las buenas prácticas a las desapariciones y con las evidencias constatadas en diversas áreas psicológicas, se establece la siguiente propuesta en el desarrollo de este aspecto (Tabla 1):

Buenas Prácticas con las Personas Desaparecidas

Con Personas que no han Aparecido. Se tendrá en cuenta qué hacer con sus objetos personales: los que sirvan para la investigación, los que se pueden entregar a la familia, los encontrados durante la búsqueda, los solicitados a familiares y allegados...

Se debe evitar ser intrusivo al reconstruir los últimos movimientos de la persona ausente y tratar con cuidado los datos personales de esta y sus familiares y allegados.

Aunque las bases de esta recomendación se asentaron con la derogada Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, actualmente se fundamenta en la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. En las desapariciones debe asignarse un “portavoz único”, para colaborar con los medios de comunicación (Muñoz,

2000 y Muñoz y Álvarez, 2000) y con la familia y/o allegados (Acinas, 2007).

Si la Persona Aparece sin Vida. Uno de los objetivos es el respeto a la imagen de la persona desaparecida, sin su exposición incontrolada en medios de comunicación (Acinas, 2008) y el respeto a su dignidad, sin tergiversar lo sucedido y sus motivaciones (Consejo Audiovisual de Andalucía, 2017).

Si la Persona aparece con Vida. Debe velarse por sus derechos, respetar la decisión de volver a su entorno o de permanecer en el anonimato (informando a la familia de su estado y sus deseos, garantizando confidencialidad).

Para canalizar la situación potencialmente traumática, debe facilitarse asistencia psicológica en los diversos momentos, escenarios y roles hacia las distintas poblaciones y colectivos (Martín y Muñoz, 2009; Pacheco, 2012; Robles y Medina, 2002).

Buenas Prácticas con Familiares y Allegados de Personas Desaparecidas

Es donde más cuidado debe depositarse, sobre todo en las denominadas “desapariciones de larga duración”. Puede evidenciarse lo que Martínez-Tur et al. (2001) llaman la “falta de conexión directa con la satisfacción y la calidad del servicio” (p. 155), cuando se distancia demasiado el contacto con la familia de la persona desaparecida.

Ante Avances en la Investigación. Se debe valorar qué se transmite, cómo, cuándo, por quién, para qué... Mantenerles informados, sin afectar al curso de la investigación y, si hubiera sospechas de criminalidad, cuidar la información para no interferir en la misma, evitar malentendidos, así como conflictos en la búsqueda y posteriormente (Lorente, 2008).

Ante la Comunicación de Malas Noticias - CMN. En cuestiones que no están siendo eficaces, pistas o líneas de investigación no exitosas o infructuosas, o la localización de la persona fallecida, o bien viva, pero que no desea tener contacto con la familia; la información debe ser adecuada, suficiente y efectiva (Acinas, 2007). Realizar un buen contacto psicológico ante posibles conflictos familiares, permite reducir tensiones y dar calma a la situación (Slaikeu, 2000, p. 257).

Ante Desapariciones de Larga Duración. Hay que saber manejar el malestar emocional de las familias sin que se sientan

Tabla 1
Propuesta de Ámbitos de Aplicación de Buenas Prácticas en Relación con Desapariciones

A. Buenas prácticas con personas desaparecidas	B. Buenas prácticas con familiares y allegados en desapariciones
Personas desaparecidas que no han aparecido	Ante avances en la investigación
Personas desaparecidas que aparecen sin vida	Ante Comunicación de Malas Noticias (CMN)
Personas desaparecidas que aparecen con vida	Ante desapariciones de larga duración
	Cuando se confirma fallecimiento o hay indicios suficientes
	Para la derivación efectiva a recursos
C. Buenas prácticas con intervinientes en desapariciones	D. Buenas prácticas dentro de la gestión operativa e informativa de la desaparición
Sobre autocuidado de FFCCS y otros intervinientes	En la gestión de la desaparición
Para la flexibilidad del desempeño de su trabajo	En la coordinación entre instituciones y organismos
Sobre el trabajo coordinado entre profesionales	En la relación con medios de comunicación
E. Buenas prácticas adaptando las actuaciones al tipo de desaparición	F. Otras ámbitos de buenas prácticas
Según el tipo de desaparición	Aplicables a colectivos específicos
Según la causa de la desaparición y/o elementos añadidos	Sobre uso de la tecnología
Según edad o características de la persona desaparecida	Nuevas buenas prácticas que puedan surgir en el futuro

Nota. Elaboración propia.

dañadas, así como explicar convenientemente la toma de decisiones, incluyendo si implican que deben limitarse los recursos dedicados a la investigación.

Cuando se Confirma el Fallecimiento o hay Indicios suficientes. Ayudar a cerrar procesos a todos los niveles (emocional, administrativo...), facilitando las gestiones pertinentes y potenciando un afrontamiento resiliente y compasivo.

Derivación Efectiva a Recursos Asistenciales. Ante detección de necesidades o petición expresa de familiares de acudir a profesionales (de la justicia, la sanidad...).

Buenas Prácticas con los Profesionales que Atienden a las Familias

Se deben tener habilidades personales entrenadas y competencias psicológicas que favorezcan el trato con las familias (Álvarez-Aparicio et al., 2024). Alles (2005, p. 99), indica que el profesional debe identificarse adecuadamente y, si fuera necesario, apuntar alguna particularidad por área o posición del profesional, hacerla constar.

Sobre el Autocuidado de los Profesionales. Estos mantienen un elevado nivel de alerta y estrés al recibir información de las familias, la propia persona desaparecida y sus superiores. Hay riesgo de no descansar lo recomendado para poder retomar las tareas necesarias cuando aparecen nuevos aspectos en los que focalizar los esfuerzos. El fomento del autocuidado es importante para no desgastarse psicológicamente y dosificar esfuerzos, para evitar el *burnout* y el desgaste por empatía (Acinas, 2012; Álvarez-Aparicio, 2015; Álvarez-Aparicio et al., 2024).

Sobre la Flexibilidad del Desempeño del Trabajo. Se debe buscar compatibilizar disponibilidad, cuando se precise, y descanso, si se ha tenido una jornada intensa y ya no es necesario seguir a corto plazo. Es esencial proporcionar formación general y especializada sobre manejo del estrés (Álvarez-Aparicio, 2015).

Sobre el Trabajo Coordinado Entre Profesionales. Entre FFCCS (estatales, autonómicas, locales), entidades colaboradoras y otros profesionales, es deseable una coordinación para situaciones en que se compartan competencias. Así se maximiza la calidad del trabajo desarrollado y se minimiza el impacto negativo sobre el interviniente en el ámbito personal y profesional (Álvarez-Aparicio, 2015). Un ejemplo es el protocolo desarrollado por el Centro Nacional de Desaparecidos (CNDES) sobre actuación de FFCCS ante desapariciones (Cereceda Fernández-Oruña y Touris López, 2019).

Buenas Prácticas Dentro de la Gestión Operativa e Informativa de la Desaparición

En la Gestión de la Desaparición. Es necesario aplicar la legislación vigente en Protección de Datos Personales (Ley Orgánica 3/2018), confidencialidad, transparencia institucional (Ley 19/2013 y Ley 10/2019) y buscar el equilibrio entre intereses de todas las partes.

En la Coordinación Entre Instituciones y Organismos. Debe ser fluida, concreta y rápida entre secciones de la misma institución, cuando se requieran actuaciones múltiples de un organismo. Su ausencia puede retrasar cuestiones muy importantes o vitales.

En la Relación con Medios de Comunicación. Son necesarias buenas prácticas para favorecer la resolución de la situación en

beneficio de todos, especialmente de los más vulnerables. Puede haber errores que enmendar o lecciones aprendidas para posteriores casos.

Buenas Prácticas en Actuaciones Adaptadas al Tipo de Desaparición

Cuando esta se produce, se establece una relación de ayuda con las personas afectadas diferente a otras, con unos objetivos concretos y unos límites apropiados. Okun (2001, p. 46), indica que la diferencia es que una buena relación de ayuda contiene ingredientes como: confianza, empatía, autenticidad, preocupación, respeto, tolerancia, aceptación, sinceridad y el compromiso con la relación.

En la Actuación Según el Tipo de Desaparición (Voluntaria, Involuntaria, Forzosa). Debe estar acorde con el momento de la misma y las necesidades que surjan. Es fundamental en la gestión operativa de la desaparición, la sectorización y despliegue pertinente de los intervinientes (Álvarez Leiva, 2005).

Por la Causa de la Desaparición y/o Elementos Añadidos. Habría que focalizar en las peculiaridades de la desaparición: situaciones de suicidio, delitos como secuestro, lugares con conflictos armados, desapariciones de ciudadanos captados por redes de tráfico de personas, accidentes de diversos tipos con dificultades de accesibilidad...

Según la Edad o Características de la Persona Desaparecida. Tener flexibilidad y minuciosidad en la atención en casos de menores, personas mayores, con discapacidad o con enfermedad mental (moderada, grave o no controlada), concurrencia de violencia de género, si está implicada alguna persona extranjera, si se detecta trata de personas (en nuestro país o en otro de procedencia del desaparecido), situaciones de petición de asilo o protección internacional...

Otros Ámbitos de Buenas Prácticas (Otros Colectivos, Desarrollos Futuros...)

Hay otros aspectos relacionados con ámbitos de aplicación que afectan a la relación de ayuda en momentos tan delicados como una desaparición y deben tenerse en cuenta: valores personales de quien actúa, aspectos bioéticos, problemas y dificultades que pueden presentarse en la relación de manera más o menos imprevista... (Okun, 2001, p. 339).

La Importancia del Profesional de la Psicología Especializado en Desapariciones

Debido a la complejidad y las características de la problemática de las desapariciones, estas “requieren un abordaje también complejo” (Álvarez-Aparicio, 2018b, p. 23), desde la perspectiva del comportamiento humano y valorando no solo la interacción entre los procesos biológicos, ambientales y sociológicos, sino también psicológicos (García-Barceló et al., 2019).

El profesional de la psicología en la desaparición de una persona debe tener un papel centrado en la prevención, en la intervención propiamente dicha durante el proceso de la desaparición y en la posvención tras su resolución (Álvarez-Aparicio, 2023, 2024). Como se ha visto, una desaparición es una situación brusca e

imprevista que supone un gran impacto a diferentes niveles y, por tanto, pueden verse afectados muchos actores. Esta perspectiva refleja la necesidad de contar con una estrategia de intervención psicológica holística, especializada y eficiente, que integre y beneficie a todas las personas implicadas en cada nivel (Álvarez-Aparicio, 2018b).

Importancia del Profesional de la Psicología Especializado en Desapariciones: Ámbito de la Prevención

De acuerdo con la Ley 17/2015, de 9 de julio, del Sistema Nacional de Protección Civil, en situaciones de emergencia, como lo pueden ser las desapariciones de manera inicial, el profesional de la psicología especializado en este ámbito tendrá la función de “desarrollar medidas y acciones encaminadas a evitar que se produzcan estas situaciones o mitigar los posibles efectos adversos y riesgos derivados”. Para ello, teniendo en cuenta la contribución de los diferentes actores implicados en estas situaciones, se podrán realizar actuaciones dirigidas al sistema educativo, al conjunto de la sociedad y a otros colectivos específicos (Dirección General de Protección Civil, 2023), como son los profesionales de la intervención y los medios de comunicación.

Herramientas como las elaboradas por el Grupo de Trabajo en Intervención Psicológica en Desapariciones del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid (GIPD), alineadas con este objetivo, serán fundamentales en los primeros momentos; pues (a) facilitan la gestión emocional y toma de decisiones (Colegio Oficial de la Psicología de Madrid [COPM], 2019) y (b) permiten un conocimiento ajustado a la realidad y una mayor sensibilidad hacia esta problemática y posibles motivaciones subyacentes, como las relacionadas con la conducta suicida (COPM, 2023), pudiendo ser determinantes para una resolución favorable.

Importancia del Profesional de la Psicología Especializado en Desapariciones: Ámbito de la Intervención

En este ámbito, Álvarez-Aparicio (2023, 2024) destaca que se debe contemplar el impacto de las desapariciones en las diferentes fases, teniendo en cuenta cada uno de los niveles de afectación especificados anteriormente y entendiendo estos sucesos como “procesos dinámicos que van a ir evolucionando en el tiempo conforme se modifican las circunstancias que las envuelven y su consiguiente investigación, con las implicaciones que puedan derivarse de la misma” (p. 39). Por ello, esta autora pone de relevancia la necesidad de que el profesional de la psicología esté debidamente capacitado y especializado en el abordaje de esta problemática.

En esta misma línea, De Puelles (2018) hace referencia a tres fases en el abordaje psicológico de las desapariciones en las que pueden manifestarse diferentes respuestas psicológicas, como las descritas anteriormente: (a) el descubrimiento de la desaparición, (b) la búsqueda del ser querido y (c) su localización.

El descubrimiento de la desaparición o toma de conciencia se caracteriza por una reacción de alarma y sobresalto que puede constituir una primera experiencia traumática. En este momento, el profesional de la psicología además de facilitar el afrontamiento de las gestiones relativas al proceso de denuncia, realizará una primera intervención que promueva en las personas un buen manejo

emocional y la sensación de control sobre la situación (De Puelles, 2018; Pérez-Santana, 2013).

Seguidamente, la fase de búsqueda va a estar caracterizada principalmente por el malestar generado por la ausencia de respuestas y un sufrimiento que dirige a las personas afectadas a la necesidad de cierre de esta situación. La tarea principal en este momento será facilitar a los familiares la gestión de esa incertidumbre y la ambivalencia emocional que conlleva. No se trata de empezar a elaborar un duelo sin certezas, sino de aprender a convivir con la situación de manera que la afectación en su funcionamiento cotidiano y en sus relaciones interpersonales sea la menor posible (Álvarez-Aparicio, 2018b). A su vez, el paso del tiempo implica una desorganización en la familia que puede suponer el cuestionamiento y la reasignación de roles. También pueden surgir tensiones y discusiones en el grupo familiar, agotamiento físico y emocional y la necesidad de retomar progresivamente las correspondientes rutinas (Álvarez-Aparicio, 2015; Pérez-Santana, 2013). El profesional de la psicología será el encargado de mediar entre las distintas personas para facilitar la resolución de conflictos, toma de decisiones y la reorganización en las tareas cotidianas.

Importancia del Profesional de la Psicología Especializado en Desapariciones: Ámbito de la Posversión

La localización del ser querido implica el cierre del proceso emocional asociado a la incertidumbre y puede iniciar un proceso de duelo y/o suponer la necesidad de readaptación del grupo familiar (De Puelles, 2018). Si la persona es localizada sin vida, la intervención psicológica inicial se centrará principalmente en facilitar tanto la comunicación como el afrontamiento de la mala noticia, promoviendo la adopción de estrategias adaptativas que permitan gestionar el dolor provocado por la certeza de la pérdida. Seguidamente, hay personas que pueden necesitar acudir a una terapia estructurada que les ayude en este proceso. En ambos supuestos, debido a las peculiaridades de la situación, es fundamental que el profesional de la psicología cuente con una formación especializada para poder adecuar y personalizar su intervención. Por otra parte, la persona puede aparecer con vida y es importante tener en cuenta que, generalmente, la reorganización y diferencias en el grupo familiar serán mayores a mayor tiempo transcurrido desde la desaparición (De Puelles, 2018).

Puede darse la circunstancia de que la búsqueda se prolongue en el tiempo y la persona no aparezca, aumentando la incertidumbre y la necesidad de clausura, ante una ausencia que puede suponer conflictos en la estructura familiar y las relaciones interpersonales y estar ligada a reacciones de ansiedad y depresión (Boss, 2001). En estos casos no se debe intervenir desde la terapia de duelo, debido a que, tal y como recoge De Puelles (2018, p. 156) sobre este concepto, en base al testimonio del fundador de QSD Global y el sentimiento de algunas personas que experimentan la desaparición de un ser querido, “aceptar la existencia de un duelo, es aceptar la pérdida definitiva de la persona buscada”. Por otra parte, esta misma autora señala que en determinadas circunstancias “también puede iniciarse un duelo anticipado, es decir, una sensación de pérdida definitiva del ser querido basada en criterios de riesgo/supervivencia, en datos estadísticos o en la confianza de la experiencia de expertos” (p. 166), delimitando así cuando podría ser recomendable o no hablar de duelo. El papel del profesional de la psicología en esta

fase consiste en facilitar el reconocimiento de la ausencia para su integración y afrontamiento adaptativo, promoviendo momentos de interacción social y vinculación con el entorno, la reorganización de roles y rutinas y la realización de rituales que den soporte a esa ausencia para aprender a vivir sin la persona desaparecida.

En consecuencia, los objetivos de la intervención psicológica serán facilitar la investigación del suceso y cada una de las tareas correspondientes para ello, además de promover un buen manejo de los efectos psicológicos derivados de la desaparición, que les permita integrar el suceso y adaptarse a la situación siendo capaces de continuar al mismo tiempo con la búsqueda y con sus rutinas cotidianas (Álvarez-Aparicio, 2018b, 2024). Asimismo, es especialmente relevante durante todo el proceso de la desaparición, preparar a la familia para todos los trámites legales que deberán afrontar.

Finalmente, es importante destacar que los organismos competentes en la materia manifiestan la importancia, tanto de prevenir la desaparición de personas, como de minimizar el sufrimiento que este hecho produce en los familiares y allegados (Ministerio del Interior, 2022), convirtiendo la atención emocional a las víctimas en uno de sus principales objetivos en la actualidad (López et al., 2023). Atención que, como se ha planteado a lo largo del presente artículo, debe recaer en profesionales de la psicología debidamente especializados en la intervención psicológica en desapariciones, con el fin de dotar de calidad y rigurosidad al proceso terapéutico, en el beneficio de las familias y otros actores que puedan también demandarla.

Conclusiones

La desaparición de un ser querido, común a todas las sociedades y culturas, es quizá una de las experiencias más dolorosas y desestabilizadoras que puede sufrir una persona. Pese a la preocupación y alarma social que estos casos generan cuando se producen, por sus implicaciones y consecuencias, aún hoy en nuestro país no se le ha dado la importancia que requieren y la asignación de recursos que se precisan para un abordaje global, sensible a cada aspecto y situación. Necesidad que quedó expuesta en la *Comisión Especial para el estudio de la problemática de las personas desaparecidas sin causa aparente*, hace ya una década.

Aunque son muchos los niveles de afectación que puede suponer la ocurrencia de un evento de carácter brusco, repentino e imprevisible, como es una desaparición, la literatura coincide en que familiares y allegados son de los más impactados por la misma. Consecuentemente y a tenor de lo expuesto, se puede señalar la importancia de desarrollar buenas prácticas en relación a su atención, no solo por los beneficios que pueden suponer para ellos, sino también para los profesionales de la intervención y la propia investigación.

En este sentido, aunque actualmente no hay experiencias de buenas prácticas específicas en materia de personas desaparecidas, se pueden empezar a crear basándose en las que han surgido para otros colectivos. Así, los expertos indican que poseer buenas prácticas, garantiza la calidad del servicio prestado y la satisfacción de todas las partes y agentes implicados, algo esencial en relación a desapariciones.

Implementar buenas prácticas supone tener consideración hacia la persona desaparecida, a su memoria y al derecho a un recuerdo positivo y equilibrado de la misma por parte de sus familiares y

allegados. Se estima esencial el respeto a cualquiera de las víctimas presentes en una desaparición, teniendo en cuenta sus necesidades y deseos.

Es esencial considerar las aportaciones que se pueden hacer desde la ciencia psicológica para la atención a víctimas y la génesis de buenas prácticas en este sector, desde el asesoramiento a FFCCS, hasta el acompañamiento a familiares en el proceso (especialmente en desapariciones de larga duración o con mucha incertidumbre asociada) y en la ayuda a la integración de la propia historia y elaboración de suceso (Reddeman, 2003).

Es clave confiar en el *saber experto* tanto de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, entrenados en este tipo de situaciones y con experiencia demostrable, como en el de las familias de las personas desaparecidas que conocen a sus seres queridos y que pueden dar pistas fundamentales para resolver la ausencia lo más exitosamente posible. Por ello hay que escucharlos, tenerlos en cuenta, cuando desean aportar algo.

Del mismo modo, es fundamental la preparación y especialización del psicólogo que trabaje en el ámbito de desapariciones, tanto en el acompañamiento a familiares y allegados como en la colaboración con Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

Podemos por tanto concluir, que el papel del profesional de la psicología especializado en desapariciones es relevante en el abordaje complejo de esta problemática, tanto en el campo de la prevención, como de la intervención y la posversión. Cada vez más, las instituciones referentes en la materia demandan su necesidad con el fin de facilitar, tanto la propia investigación, como una adecuada gestión emocional y de las circunstancias asociadas a la misma; no solo con los familiares y allegados de las personas desaparecidas, sino también con el resto de actores implicados en el suceso.

Financiación

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Referencias

- Acinas, M. P. (2007). Información a la población en situaciones de emergencia y riesgo colectivo. *Intervención Psicosocial*, 16(3), 303-321. <https://doi.org/10.4321/s1132-05592007000300002>
- Acinas, M. P. (12 de junio de 2008). ¿Cómo dar información a la población en situaciones de emergencia? Infocop online. http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1902&cat=38
- Acinas, M. P. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de Cuidados Paliativos. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(4), 1-22. https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Burnout_en_cuidados_paliativos.pdf
- Alles, M. (2005). *Dirección estratégica de Recursos Humanos. Gestión por competencias. Casos*. Granica.
- Álvarez-Aparicio, A. I. (2015). El efecto de las desapariciones en los profesionales de la intervención. Su efecto en los profesionales de las FF.CC.SS del Estado. *Ciencia Policial. Revista Técnica del Cuerpo Nacional de Policía*, 128, 9-24.

- Álvarez-Aparicio, A. I. (2018a). Intervención psicológica en desapariciones, pautas básicas de actuación policial. *Revista Ciencia Policial. Revista Técnica del Cuerpo Nacional de Policía*, 150, 7-27. Ministerio del Interior. Dirección General de la Policía. Instituto de Estudios de la Policía. <https://www.policia.es/miscelanea/publicaciones/pdf/cp150.pdf>
- Álvarez-Aparicio, A. I. (2018b). El papel del psicólogo en los casos de desapariciones de personas. *Cuadernos de Crisis*, 17(2), 20-27. https://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2018/numero17vol2_2018_2_Papel_del_psicologo_ana_isabel.pdf
- Álvarez-Aparicio, A. I. (21 de noviembre de 2023). Violencia de Género y Desapariciones en España. *Blog de Psicología del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid*. <https://blogpsicologia.copmadrid.org/violencia-de-genero-y-desapariciones-en-espana/>
- Álvarez-Aparicio, A. I. (2024). Situación actual de la problemática de las desapariciones en posibles contextos de violencia de género en España. La importancia de profesionales de la psicología en su abordaje. *Cuadernos de Crisis*, 23(1), 31-49. https://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2024/_Article_D_24_1_23.pdf
- Álvarez-Aparicio, A. I., Martínez-Fernández, J. M. y Acinas-Acinas, M. P. (25-26 de octubre de 2023). *Buenas prácticas en la atención a familiares y allegados en casos de desaparición de personas por parte de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad* [Conferencia]. Reunión Presidencia Española del Consejo de la Unión Europea 2023 en Materia de Personas Desaparecidas, Madrid, España.
- Álvarez-Aparicio, A. I., Martínez Fernández, J. M. y Herráez-Collado, E. (2024). Habilidades prácticas de actuación policial en la atención a familiares y allegados de personas desaparecidas. *Ciencia Policial*, 182, 173-229. <https://doi.org/10.14201/cp.31941>
- Álvarez Leiva, C. (2005). *Manual de atención a Múltiples Víctimas y Catástrofes*. SEMECA. Sociedad Española de Medicina de Catástrofes. Arán.
- Barakovic, D., Avdibegovic, E. y Sinanovic, O. (2013). Depression, Anxiety and Somatization in Women with War Missing Family Members. *Materia Socio Medica*, 25(3), 199-202. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24167436/>
- Barakovic, D., Avdibegović, E. y Sinanović, O. (2014). Posttraumatic stress disorder in women with war missing family members. *Psychiatria Danubina*, 26(4), 340-346. https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol26_no4/dnb_vol26_no4_340.pdf
- Bermejo, J. C. (2014). *Humanizar la asistencia sanitaria*. Colección Serendipity. Desclée de Brouwer.
- Boss, P. (2001). *La pérdida ambigua. Cómo aprender a vivir con un duelo no terminado*. Gedisa.
- Castro, S. de (2019). Un imposible duelo. *Affectio Societatis (Medellin)*, 16(30), 208-221. <https://doi.org/10.17533/udea.affs.v16n30a11>
- Cereceda Fernández-Oruña, J. y Touris López, R. M. (2019). *Protocolo de actuación de las fuerzas y cuerpos de seguridad ante casos de personas desaparecidas: versión 2019*. Ministerio del interior. CNDES. <https://www.qsdglobal.com/wp-content/uploads/2019/04/Protocolo-de-Actuaci%C3%B3n-FCCSS-ante-desapariciones.pdf>
- Colegio Oficial de la Psicología de Madrid (2019). *Primeros momentos ante la desaparición de una persona. Decálogo de actuación*. Grupo de Trabajo en Intervención Psicológica en Desapariciones (GIPD). https://www.copmadrid.org/web/img_db/publicaciones/decalogodesapariciones-pdf-5c8621ab79f39.pdf
- Colegio Oficial de la Psicología de Madrid (2023). *Guía de consulta ante una desaparición motivada por una posible conducta suicida*. Grupo de Trabajo en Intervención Psicológica en Desapariciones (GIPD). https://www.copmadrid.org/web/img_db/publicaciones/guia-de-consulta-ante-una-desaparicion-motivada-por-una-posible-conducta-suicida-650af57c87769.pdf
- Comisión Especial para el estudio de la problemática de las personas desaparecidas sin causa aparente, en su sesión celebrada el día 18 de diciembre de 2013. *Boletín Oficial de las Cortes Generales, Senado*, 290, de 23 de diciembre de 2013. https://www.senado.es/legis10/publicaciones/pdf/senado/bocg/BOCG_D_10_290_2172.PDF
- Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) (2014). *Acompañar a los familiares de las personas desaparecidas*. CICR. <https://www.icrc.org/es/doc/assets/files/publications/icrc-003-4110.pdf>
- Consejo Audiovisual de Andalucía (2017). *Guía de Buenas Prácticas para el Tratamiento Informativo de las Desapariciones*. https://periodistasandalucia.es/wp-content/uploads/2017/06/guia_tratamiento_desapariciones.pdf
- Dirección General de Protección Civil (2023). *Plan Nacional de Reducción del Riesgo de Desastres. Horizonte 2035*. Ministerio del Interior, Gobierno de España. <https://www.proteccioncivil.es/documents/20121/0/PlanHorizonte2035-Cast-Ing.pdf/378fe885-fbc7-f69c-5ec7-3895eae6d6f8>
- Fernández Millán, J. M. (2020). *Psicología aplicada a la ayuda en situaciones de emergencia y catástrofe*. Pirámide.
- Fernández, K. F. y Cuervo, A. L. (2021). Las víctimas indirectas de las desapariciones. Un estudio cualitativo. *La ley penal: revista de derecho penal, procesal y penitenciario*, 2(149), 1-18. https://www.researchgate.net/publication/351515930_Criminologia_Las_victimas_indirectas_de_las_desapariciones_Un_estudio_cualitativo_Por_Koldo_FERNANDEZ_MARTINEZ_Subinspector_de_la_Policia_Foral_de_Navarra
- Food and Agriculture Organization of the United Nations, FAO (2024) *Cómo captar e intercambiar buenas prácticas para generar cambios*. <https://www.fao.org/capacity-development/resources/practical-tools/como-captar-e-intercambiar-buenas-practicas-para-generar-cambios/es/>
- Fundación Europea por las Personas Desaparecidas QSD Global (28 de noviembre de 2015). *I Carta de derechos y demandas urgentes*. QSDGlobal. <https://www.qsdglobal.com/wp-content/uploads/2017/03/Carta-de-demandas-urgentes.pdf>
- Fundación Europea por las Personas Desaparecidas QSD Global (1 de julio de 2018). *II Carta de derechos y demandas urgentes*. QSDGlobal. <https://www.qsdglobal.com/wp-content/uploads/2019/02/Carta-de-Derechos-y-Demandas-URGENTES-2018v2.pdf>
- Fundación Europea por las Personas Desaparecidas QSD Global (15 de noviembre de 2019). *III Carta de derechos y demandas urgentes*. QSDGlobal. https://www.qsdglobal.com/wp-content/uploads/2019/12/III-Carta-de-Derechos-y-Demandas-URGENTES-2019_1.pdf
- Fundación La Caixa (2007). *Buenas prácticas en la gestión del voluntariado. Observatorio del Tercer sector*. Obra social de la Fundación La Caixa.
- Galán, A. (2018). *Introducción a la investigación de desaparecidos*. Galán.
- García-Barceló, N., Touris, R. M. y González, J. L. (2019). Personas desaparecidas: conveniencia de fomentar la investigación científica en España. *Boletín Criminológico*, 25, 183. <https://doi.org/10.24310/boletin-criminologico.2019.v25i2019.6833>
- García-Ledesma, R. I. y Suárez, M. (2007). La Pérdida Ambigua: Una prolongada aflicción de la familia. *Psicología y Ciencia Social*, 9(2), 32-41. <https://www.redalyc.org/pdf/314/31414787004.pdf>
- González, J. L. (2013). *La entrevista policial*. Universidad Autónoma de Madrid.

- Huang, M. y Habermas, T. (2019). The ambiguity of loss affects some, but not all autobiographical memories: redemption and contamination, agency and communion. *Memory*, 27(10), 1352-1361. <https://doi.org/10.1080/09658211.2019.1655579>
- Isuru, A., Hewage, S. N., Bandumithra, P. y Williams, S. S. (2019). Unconfirmed death as a predictor of psychological morbidity in family members of disappeared persons. *Psychological Medicine*, 49(16), 2764-2771. <https://doi.org/10.1017/S0033291718003793>
- Kroes, W. H., Margolis, B. L. y Hurrell, J. J. (1974). Job stress in policemen. *Journal of Police Science and Administration*, 2(2), 145-155.
- Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno. *Boletín Oficial del Estado*, 295, de 10 de diciembre de 2013. <https://www.boe.es/eli/es/l/2013/12/09/19/con>
- Ley 17/2015, de 9 de julio, del Sistema Nacional de Protección Civil. *Boletín Oficial del Estado*, 164, de 10 de julio de 2015. <https://www.boe.es/eli/es/l/2015/07/09/17/con>
- Ley 10/2019, de 10 de abril, de Transparencia y de Participación de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*, 94, de 22 de abril de 2019, *Boletín Oficial del Estado*, 163, de 9 de julio de 2019. <https://www.boe.es/eli/es-md/l/2019/04/10/10/con>
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. *Boletín Oficial del Estado*, 298, de 14 de diciembre de 1999. <https://www.boe.es/eli/es/lo/1999/12/13/15/con>
- Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. *Boletín Oficial del Estado*, 294, de 6 de diciembre de 2018. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3/con>
- López, J., Bravo, M., Martín, M., Pavón, J., Gómez, F., Carrasco, T., Rodríguez, F., Prieto, I. y Guisado, A. (2022). *Informe Anual Personas Desaparecidas durante el año 2021*. España: Centro Nacional de Desaparecidos (CNDES), Ministerio del Interior. <https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/prensa/balances-e-informes/2022/Informe-Personas-Desaparecidas-en-Espana-2022.pdf>
- López, J., Bravo, M., Vinuesa, N., Pavón, J., Romero, L. J., Gómez, F., Carrasco, T., Rodríguez, F., Prieto, I., García, M. y Guisado, A. (2023). *Informe Anual Personas Desaparecidas durante el año 2022*. España: Centro Nacional de Desaparecidos (CNDES), Ministerio del Interior. <https://www.interior.gob.es/opencms/export/sites/default/.galleries/galeria-de-prensa/documentos-y-multimedia/balances-e-informes/2023/Informe-anual-personas-desaparecidas-2023.pdf>
- Lorente, F. (2008). *Asistencia psicológica a Víctimas. Psicología para bomberos y profesionales de la emergencia*. Arán.
- Martín, L. y Muñoz, M. (2009). *Primeros Auxilios Psicológicos*. Síntesis.
- Martínez-Tur, V., Peiró-Silla, J. M. y Ramos, J. (2001). *Calidad del servicio y satisfacción del cliente*. Colección Psicología Social. Síntesis. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=163598>
- Maté, G. y Maté, D. (2022). *El mito de la normalidad. Trauma, enfermedades y curación en una cultura tóxica*. Tendencias.
- Ministerio del Interior (2017). *Informe sobre Personas Desaparecidas en España*. Gobierno de España. https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/prensa/balances-e-informes/2017/Informe_Desaparecidos_Espana_2017.pdf
- Ministerio del Interior (2022). *I Plan Estratégico en Materia de Personas Desaparecidas 2022-2024*. Gobierno de España. https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/interior/Documents/2022/090322_I_Plan_Estrategico_Personas_Desaparecidas_22-24.pdf
- Mitchell, J. T. y Bray, G. (1990). *Emergency services stress*. Prentice Hall.
- Muñoz, F. A. (2000). Aspectos psicosociales, de la información a la población en emergencias. *Revista Intervención Psicosocial*, 9(3), 371-377. <https://www.redalyc.org/pdf/1798/179818254008.pdf>
- Muñoz, F. A. y Álvarez, A. J. (2000). Programa de intervención psico-social para la información a la población en emergencias masivas y catástrofes. *Emergencias*, (12), 42-46. <https://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=IBECS&lang=e&nextAction=lnk&exprSearch=21964&indexSearch=ID>
- Nicolás, L., Artetxe, A. I., Jáuregui, A., López, S. (2000). *Intervención Psicológica en situaciones de emergencia y desastres*. Eusko Jaurlaritzako Gobierno Vasco. Servicio Central de Publicaciones.
- Okun, B. F. (2001). *Ayudar de forma efectiva (counselling): técnicas de terapia y entrevista*. Paidós Ibérica.
- Pacheco, T. (2012). *Atención psicosocial en emergencias*. Síntesis.
- Parada, E. (coord.) (2008). *Psicología y emergencia. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia*. Desclée de Brouwer.
- Pérez Bambó, I. (2021). *Efectos Psicológicos de la Pérdida de un ser Querido por Desaparición: Recomendaciones para el Tratamiento de los Familiares* [Trabajo Fin de Máster, Universidad a Distancia de Madrid]. https://udimundus.udima.es/bitstream/handle/20.500.12226/1178/TFM_Isabel%20Pe%cc%81rez%20Bambo%cc%81.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pérez-Santana, D. A. (2013). Guía de intervención familiar en situaciones de personas adultas desaparecidas. *Cuadernos de Crisis*, 12(2). <https://www.cop.es/uploads/PDF/GUIA-INTERVENCION-FAMILIAR-SITUACIONES-PERSONAS-ADULTAS-DESAPARECIDAS.pdf>
- Powell, S., Butollo, W. y Hagl, M. (2010). Missing or Killed. *European Psychologist*, 15(3), 185-192. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000018>
- Puelles, M. C. de (2018). Afrontamiento resiliente de la desaparición de un ser querido. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 18(1), 151-175. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7165691>
- Reddeman, L. (2003). *La imaginación como fuerza curativa. Cómo tratar las secuelas de un trauma a partir de los recursos personales*. Herder.
- Robles, J. I. y Medina, J. L. (2002). *Intervención psicológica en las catástrofes*. Síntesis.
- Slaikue, K. A. (2000). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación (2ª edición)*. El Manual Moderno.
- Varona, G., Cuesta, J. L. de la, Mayordomo, V. y Pérez, A. I. (2015). *Victimología: un acercamiento a través de sus conceptos fundamentales como herramientas de comprensión e intervención* [Archivo PDF]. <https://www.ehu.es/documents/1736829/2010409/Manual+de+Victimologi%CC%81a+2015.pdf>
- Vicente, A. de y Santamaría, P. (2020). *Evaluación de Sintomatología Postraumática. Familiares de personas desaparecidas*. TEA Ediciones.
- Vinuesa, N. (25-26 de octubre de 2023). *Prevención y Sensibilización del fenómeno y tercer sector social* [Conferencia]. Reunión Presidencia Española del Consejo de la Unión Europea 2023 en Materia de Personas Desaparecidas, Madrid, España.

Artículo

Salud Mental y Atención Sanitaria de Adolescentes Transgénero y no Conformes con el Género: Una Revisión Sistemática

Lorena Sánchez-Reyes , Rocío Anguita-Martínez  y María José Castro-Alija 

Universidad de Valladolid, España

INFORMACIÓN

Recibido: Diciembre 10, 2023

Aceptado: Abril 2, 2024

Palabras clave

Disforia de género
Transgénero
Adolescentes
Revisión
Salud mental

Keywords

Gender dysphoria
Transgender
Adolescents
Review
Mental health

RESUMEN

Cada vez son más los jóvenes transgénero que solicitan atención sanitaria para la afirmación del género. El objetivo de este trabajo es realizar una revisión sistemática sobre la salud mental de los adolescentes transgénero y la atención asistencial sanitaria, para la afirmación del género a la que tienen acceso. Esta revisión sistemática llevó a cabo una revisión de la literatura internacional siguiendo las directrices PRISMA, para revisiones sistemáticas científicas. Las búsquedas se realizaron en las bases de datos MEDLINE, SciELO, Psycodoc, PsycINFO y PubMed. Un total de 24 artículos cumplieron con los criterios de inclusión. Los resultados indican que los adolescentes transgénero y de género no conforme, es una población especialmente vulnerable al manifestar altas tasas de problemas de salud mental en comparación con sus pares cisgénero. La terapia hormonal para la afirmación del género, apunta a posibles beneficios psicológicos en dicha población. En conclusión, los adolescentes transgénero y de género no conforme, pueden presentar problemas de salud mental asociados a la discriminación, rechazo o acoso experimentado en el ámbito social, sanitario y educativo, por lo que urge la necesidad de un cambio social, que promueva la aceptación y normalización de las identidades y expresiones de género no normativas.

Mental Health and Health Care for Transgender and Gender Nonconforming Adolescents: A Systematic Review

ABSTRACT

With increased frequency there are more transgender youths who request and require health care for issues regarding gender identity. The aim of this paper is to conduct a systematic review on the mental health of transgender adolescents and health care to which they have access regarding their discovery of transgender issues. This systematic review was undertaken by analysing international literature following PRISMA guidelines for systematic scientific reviews. The searches were conducted in the following databases: MEDLINE, SciELO, Psycodoc, PsycINFO and PubMed. A total of 24 articles complied with the inclusion criteria. The results indicate that transgender and non-conforming gender adolescents are an especially vulnerable group because they display high rates of mental health problems when compared to their cisgender peers. Hormone therapy for gender affirmation points to possible psychological benefits for this population group. In conclusion, transgender and non-conforming gender adolescents may exhibit mental health problems associated with the discrimination, rejection/repudiation, or bullying/harassment experienced in their corresponding social, health, and educational environments. This demands the need for a social change that promotes the acceptance and normalization of non-normative identities and genders.

Cómo citar: Sánchez-Reyes, L., Anguita-Martínez, R. y Castro-Alija, M. J. (2024). Salud mental y atención sanitaria de adolescentes transgénero y no conformes con el género: una revisión sistemática. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 45(3), 136-145. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3042>

Autor de correspondencia: Lorena Sánchez-Reyes lorenasanchez@cop.es 

Durante la última década se ha producido un aumento en la demanda de los servicios de salud de familias con adolescentes *Transgénero y No Conformes con el Género* (siglas en inglés TGNC), es decir, personas cuya identidad o expresión de género no coincide con el sexo asignado al nacer, que solicitan asistencia sanitaria por cuestiones relacionadas con la identidad de género. Dicho aumento puede ser debido al cambio sociocultural experimentado en las últimas décadas, que promueve tanto la visibilidad de la diversidad de género en niños, niñas y adolescentes, como de los recursos sanitarios disponibles para la afirmación del género (Bloom et al., 2021; Kyriakou et al., 2020; Miranda, 2022, Riaño et al., 2018).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia comprende desde los 10 a los 19 años, período en el que acontecen importantes cambios a nivel cognitivo, físico y social. Además, se estima que uno de cada siete adolescentes (14%), padece algún trastorno mental y no todos ellos reciben la identificación y tratamiento adecuados (OMS, 2022). A su vez, la incongruencia de género cobra especial importancia durante esta etapa evolutiva, ya que comienzan a hacerse visibles los caracteres sexuales secundarios (desarrollo del vello, de las mamas, cambios en el tono de voz etc.) que afectan en el desarrollo de la identidad personal, las relaciones sociales y la salud mental de los adolescentes transgénero.

Por ello, el presente estudio realizado se centra en adolescentes transgénero, al considerarse una población especialmente vulnerable debido a la doble transición a la que se han de enfrentar: por un lado, el tránsito de la niñez a la adultez y, por otro, la transición hacia la identidad de género manifestada.

En relación a los adolescentes TGNC, históricamente no se han podido proporcionar estimaciones fiables sobre la incidencia y prevalencia, de aquellos que manifiestan incongruencia de género o disforia de género, debido a la escasez de estudios epidemiológicos formales y a la estigmatización social de la transexualidad. Por incongruencia o inconformidad de género, se entiende la condición en la que la identidad de género de una persona no coincide con el asignado al nacer (Grinten et al., 2021). Por lo tanto, las personas con incongruencia de género, podrán identificarse como transgénero, transexual, género no binario, género fluido, *queer* u otro, pudiendo manifestarse desde los 2 o 3 años de edad (Castilla, 2018; Sevilla et al., 2019).

Actualmente, los resultados de estudios nacionales e internacionales, informan de tasas más altas de incongruencia de género en jóvenes TGNC que en adultos. Igualmente, estudios recientes con muestras generales de población adolescente, estiman que entre el 1,2% y el 4,1% manifiesta incongruencia de género (Bloom et al., 2021; Bonifacio et al., 2019; Clark et al., 2014; Eisenberg et al., 2017; Shields et al., 2013; Sumia et al., 2017).

Asimismo, se debe de poner de manifiesto, por la importancia y trascendencia del fenómeno que las investigaciones contemporáneas reflejan, la “*Disforia de Género de Inicio Rápido*” (siglas en inglés ROGD) entre la población adolescente. Ésta se caracteriza por la aparición repentina de la disforia de género durante o después de la pubertad, sin que previamente se hubieran manifestado síntomas durante la niñez. Los estudios informan como posibles factores de su aparición en este grupo demográfico, las relaciones sociales (pertenencia a un grupo de iguales), así como la

influencia de las redes sociales (Bauer et al., 2022; Kyriakou et al., 2020; Littman, 2018; Mahfouda et al., 2017).

En relación al tema objeto de estudio y su despatologización en el campo de la salud, en los últimos años se han producido cambios en la conceptualización y terminología en las taxonomías diagnósticas de alcance internacional, como son el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades para Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad (CIE). En concreto, en lo relativo a la *disforia de género*, cuyo término diagnóstico incluido en el DSM-5, hace referencia al malestar o angustia que algunos niños, adolescentes o adultos pueden experimentar, al no corresponder su identidad de género con su sexo asignado al nacer (APA, 2014).

Por otro lado, desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) con la publicación de la CIE-11 en 2018, se procede a la exclusión de la disforia de género de las enfermedades mentales y la incorpora al apartado “Condiciones relacionadas con la salud sexual” bajo el término Discordancia de Género (OMS, 2018). No obstante, se debe destacar que no todas las personas con incongruencia de género experimentan disforia de género, ya que no es una patología mental, simplemente forma parte de la diversidad humana.

Los objetivos de esta revisión sistemática son: a) explorar la salud mental de la población adolescente transgénero, b) describir la atención asistencial sanitaria para la afirmación del género a la que pueden acceder, y c) establecer unas directrices generales que ayuden a los profesionales sanitarios a mejorar la calidad asistencial de la población de estudio.

Método

Para lograr los objetivos planteados, se ha llevado a cabo una revisión sistemática siguiendo las directrices de la declaración Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses PRISMA (Page et al., 2021) con el fin de preservar un desarrollo y una planificación metódica.

Estrategias de Búsqueda

La búsqueda inicial se realizó entre los meses de marzo y abril de 2022. Se utilizó las bases de datos MEDLINE, SciELO, Psycodoc, PsycINFO y PubMed. También se llevó a cabo una segunda búsqueda, antes de la elaboración final del artículo, entre septiembre y noviembre de 2022, para incorporar nuevas investigaciones publicadas durante este período.

Se comenzó combinando los términos *adolescentes transgénero* y *salud mental*, así como, *adolescentes transgénero*, *atención sanitaria* en todas las bases de datos citadas. Posteriormente se amplió la búsqueda añadiendo los términos *jóvenes transgénero*, *disforia de género*, *transexualidad*, *adolescencia*, *tratamiento médico*, *atención psicológica*, *abordaje clínico* y *afirmación del género*, y se emplearon los operadores booleanos *AND* y *OR*, según conviniera, de los términos anteriores. Para su búsqueda en título, resumen y palabras clave. Se decidió emplear el truncamiento (*) en los siguientes términos *disforia de género**, *tratamiento médico**, *afirmación del género**, con el fin de obtener un mayor número de registros sobre la temática. Las combinaciones de términos que se utilizaron en las bases de datos que dieron mejores resultados, fueron:

1) “Adolescentes transgénero” OR “jóvenes transgénero” AND “salud mental” OR “disforia de género*” OR “atención sanitaria” OR “tratamiento médico*” OR “afirmación del género*” OR “atención psicológica” OR “abordaje clínico”.

2) “Adolescencia” AND “transexualidad” OR “transgénero” OR “afirmación del género*”.

Asimismo, dichos términos han sido establecidos en la búsqueda de las bases de datos en inglés:

3) “Transgender adolescents” OR “Transgender youth” AND “mental health” OR “gender dysphoria*” OR “health care” OR “medical treatment*” OR “gender affirmation*” OR “psychological care” OR “clinical approach”.

4) “Adolescence” AND “transsexuality” OR “transgender” OR “gender affirming*”.

Crterios de Inclusión y Exclusión

Los criterios de inclusión de los estudios fueron los siguientes: estudios empíricos, análisis de la salud mental en adolescentes transgénero, abordaje de la atención sanitaria a la que tienen acceso los adolescentes transgénero para la afirmación del género, publicaciones realizadas entre enero de 2012 y diciembre de 2022 (abordaje sólo de la última década para la obtención de una visión actualizada del tema, en relación a cambios terminológicos producidos, evolución de los criterios diagnósticos y atención sanitaria para la afirmación del género), artículos a texto completo y estudios en español e inglés.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes: revisiones teóricas, estudios de caso único, metaanálisis, recensiones, reflexiones críticas, investigaciones que no incluyan población adolescente transgénero o cuyo tema no estuviera relacionado con los objetivos planteados, y los artículos que no permitieran el acceso al texto completo.

Selección de los Estudios

Las búsquedas iniciales arrojaron 595 artículos en las bases de datos, utilizando las palabras clave anteriores. En primer lugar, fueron excluidos los artículos duplicados indexados en más de una base de datos ($n=164$). En segundo lugar, se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión a los 431 resúmenes restantes, de los cuales se excluyeron 331 artículos. En tercer lugar, se procedió con la lectura del texto completo de los 100 estudios empíricos restantes. Tras su lectura, 76 artículos fueron excluidos por las siguientes razones: no incluir a población adolescente transgénero (por ejemplo: incluir únicamente a población adulta transexual o transgénero) ($n=15$), el tema no estaba relacionado con los objetivos planteados (por ejemplo: analizar la salud mental de otras diversidades sexuales LGBTI (lesbiana, gay, bisexual, intersexual) ($n=34$), estudios de caso único ($n=6$) y otro tipo de investigaciones no empíricas ($n=21$). Finalmente, un total de 24 artículos cumplieron con todos los criterios de inclusión y exclusión. La [Figura 1](#) muestra el procedimiento de búsqueda, cribado y selección de los artículos.

Con el fin de registrar y sistematizar la información más relevante de los artículos seleccionados, se elaboró una tabla que recogiera autor/es, muestra, país, diseño de estudio y objetivos, ver [Tabla 1](#).

Resultados

Del total de los 24 estudios empíricos incluidos en esta revisión sistemática, fueron clasificados 3 (12,5%) como estudios retrospectivos, 3 (12,5%) de cohorte retrospectivo, 9 (37,5%) como empíricos, 1 (4%) como observacional, 1 (4%) como retrospectivo descriptivo, 1 (4%) como transversal, 1 (4%) como analítico prospectivo, 1 (4%) como transversal retrospectivo, 3 (12,5%) como observacional prospectivo y 1(4%) como cualitativo. Todos ellos se publicaron entre el periodo de tiempo comprendido entre los años 2012 y 2022. La mayoría de los estudios fueron escritos en inglés (80%). La mayoría de los estudios provienen principalmente de Estados Unidos (54%), España (21%), Canadá (8,3%), Reino Unido (4,1%), China (4,1%), Finlandia (4,1%) y Países Bajos (4,1%).

Los 24 estudios empíricos contaron con muestras de sujetos que oscilaban entre los 3 y los 35 años de edad, en 23 estudios participaron sujetos de 16 años de edad y tan sólo 1 estudio contó con sujetos menores de 14 años. Los tamaños de las muestras presentaron un amplio rango en los estudios analizados ([Tabla 1](#)). Un total de 16 estudios contaron con muestras de $n=101$ a $n=120.617$ sujetos y 8 estudios tenían muestras de $n=12$ a $n=95$ sujetos ($Me=128,5$).

En todos los estudios participaron adolescentes que se identificaban como transgénero, siendo los adolescentes transmasculinos mayoritarios frente a las adolescentes transfemeninas. Así mismo, en los estudios participaron sujetos que se identificaban como no binarios o cisgénero.

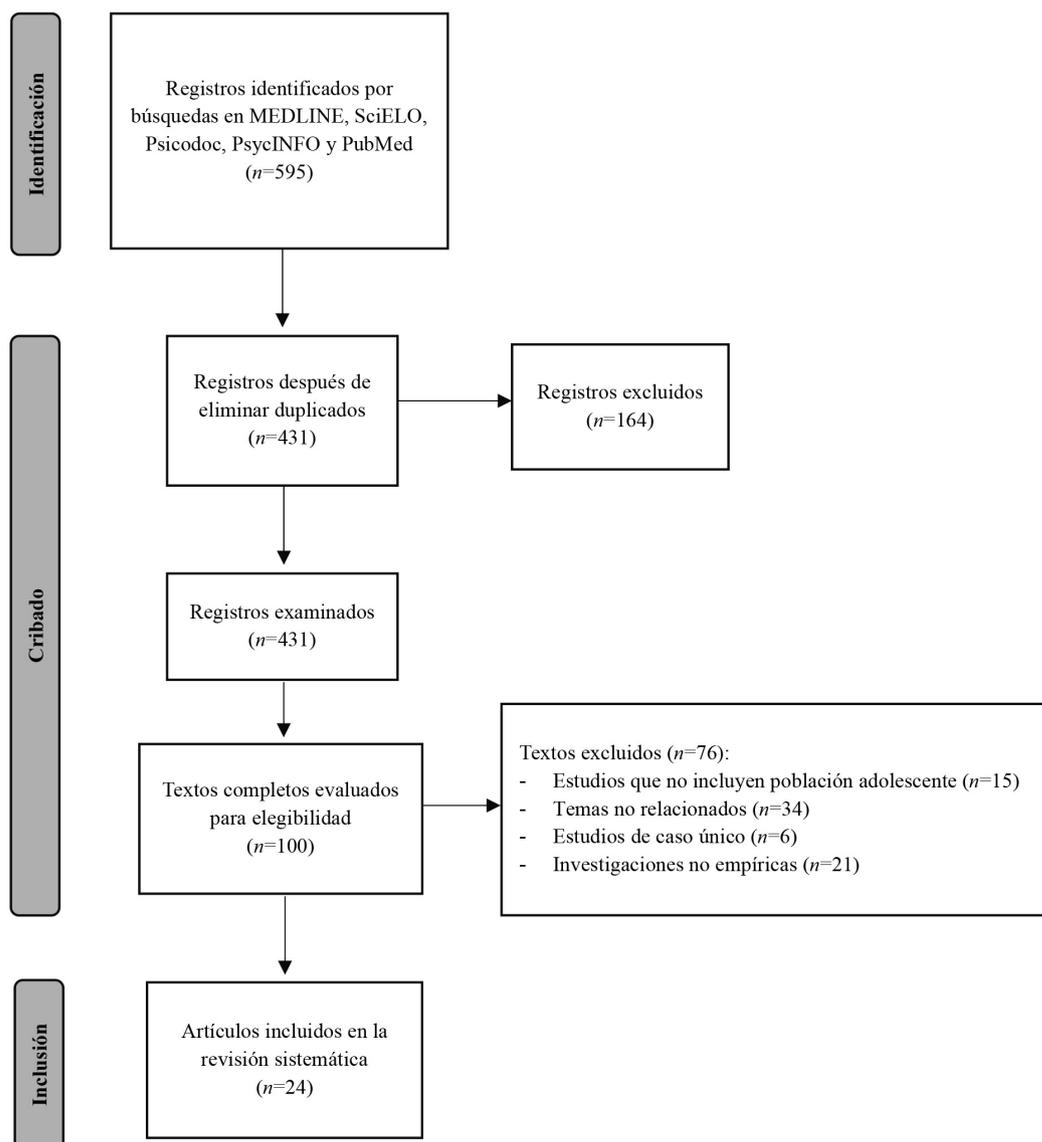
Salud Mental Adolescentes Transgénero y de Género no Conforme

Un total de 11 estudios evaluaron la salud mental de los adolescentes transgénero en comparación con sus pares cisgénero. Los autores [Kingsbury et al. \(2022\)](#) indicaron que los adolescentes transgénero y de minorías sexuales tienen un riesgo 5 veces mayor de padecer ideación suicida en comparación con sus pares cisgénero heterosexuales (58% vs. 10%) y 7 veces mayor el riesgo de intento de suicidio (40% vs. 5%). En la misma línea, [Reisner et al. \(2015\)](#) afirmaron que los jóvenes TGNC tienen un riesgo 2 o 3 mayor de padecer depresión, trastorno de ansiedad, ideación suicida, intento de suicidio, autolesiones sin intento de suicidio y tratamiento de salud mental tanto hospitalario como ambulatorio en comparación con los jóvenes cisgénero.

Además, según los autores [Modrego et al. \(2021\)](#), los jóvenes TGNC menores de 20 años, presentaron una persistencia significativamente mayor en tendencias suicidas en comparación con los adultos jóvenes (43% vs. 25 %).

Un total de 3 estudios, evaluaron la salud mental del grupo de jóvenes TGNC, especificando concretamente sus resultados en quienes se autodefinen como transmasculinos (TM), transfemeninos (TF) y de género no binario (GNB). Sus resultados informaron que los adolescentes transmasculinos de Canadá, son más propensos que los adolescentes transfemeninos a informar acerca de síntomas depresivos con un 21,2% frente al 10,8%, y de síntomas de ansiedad el 66,6% frente al 33,3% ([Bauer et al., 2021](#)). Igualmente, el estudio [Becerra et al. \(2018\)](#) contó con la participación 1.333 niños y adolescentes transgénero (745 TM y 558 TF) de EEUU, informando

Figura 1
Diagrama de Flujo Para Revisiones Sistemáticas (PRISMA)



que los diagnósticos más comunes para niños y adolescentes transgénero fueron trastorno por déficit de atención (TM 16% y TF 15%) y trastornos depresivos (62% TM frente a 49% TF). Sin embargo, el estudio de [Toomey et al. \(2018\)](#) que contó con una cohorte de 120.617 adolescentes de entre 11 y los 19 años de edad, indicó que los adolescentes TF son los que presentaron mayores intentos de suicidio (51%), seguidos de los adolescentes GNB (41,8%) y los adolescentes TM (29,9%).

De igual modo, en el primer estudio nacional integral de China ([Peng et al., 2019](#)), participaron un total de 385 adolescentes TGNC: 109 TM, 167 TF y 109 GNB de 12 a 18 años de edad. En dicho estudio, se pusieron de manifiesto las altas tasas de una pobre salud mental, estando el 44,9% de la muestra en riesgo de sufrir trastorno depresivo mayor y el 38,4% ansiedad. Asimismo, el 76,6% informó de haber sufrido abuso o intimidación en la escuela por su identidad de género, por parte de maestros o compañeros de clase, estando

estos índices asociados de manera significativa a la ideación suicida. En esta misma línea, estudios de diferentes autores manifiestan dificultades asociadas a la población adolescente TGNC, que afectan a su desarrollo psicosocial entre las que se encuentran el acoso escolar, bajo estado de ánimo, depresión, autolesiones, ideación suicida, intentos de suicidio, TDAH, psicosis y trastornos de la alimentación ([Chodzen et al., 2018](#); [Holt et al., 2016](#); [Olson et al., 2015](#); [Rider et al., 2018](#); [Thoma et al., 2019](#)).

Por último, en el estudio de Jóvenes Trans de color (TRUTH) de Estados Unidos ([Rusow et al., 2022](#)), cuya muestra estaba conformada sólo por jóvenes transgénero (TG) de color, reflejó altas tasas de una pobre salud mental donde el 85% de sujetos informó haber deseado o necesitado asesoramiento sobre su salud mental en los últimos 12 meses. Asimismo, sus participantes informaron de su limitado acceso a la atención médica por falta de cobertura en sus seguros médicos.

Tabla 1
Características de los Estudios Incluidos en la Revisión Sistemática

Autor	Muestra	País	Diseño de Estudio	Objetivos
Asenjo et al. (2015)	n=45 Edad 15-17 años	España	Estudio empírico retrospectivo	Analizar la casuística de menores transgénero atendidos en la UIG del Hospital Ramón y Cajal de Madrid desde 2009 a 2013. Y la persistencia del diagnóstico de disforia de género en el tiempo.
Bauer et al. (2021)	n=174 137 TM 37 TF Edad 14-16 años	Canadá	Estudio empírico de cohorte prospectivo	Describir las características psicosociales de los jóvenes trans puberales y postpuberales de Canadá, que acuden a una clínica para la afirmación del género.
Becerra et al. (2018)	n=1.333 (588 TF y 745 TM) Edad 3-17 años	Estados Unidos	Estudio empírico	Identificar los problemas de salud mental en particular los que amenazan la vida, experimentados por jóvenes (TGNC), para una mejor gestión de dichas condiciones.
Chen et al. (2021)	n=95 GnrHA 316 GAH transgénero y no binarios) Edad 8-20 años	Estados Unidos	Estudio empírico observacional	Evaluar la salud mental, el bienestar y los parámetros metabólicos/fisiológicos de dos cohortes de jóvenes transgénero y no binarios que iniciar un tratamiento médico para la afirmación del género.
Chodzen et al. (2018)	n=109 Edad 12-18 años	Estados Unidos	Estudio empírico	Identificar los problemas de salud mental de adolescentes y jóvenes adultos (TGNC).
Fernández et al. (2018)	n=20 Edad < de 18 años	España	Estudio empírico de cohorte retrospectivo	Describir las características del proceso de atención médica y psicológica en adolescentes con DG en la UIG del Principado de Asturias (España).
Gordo et al. (2018)	n=12 (5 TF y 7 TM) Edad < de 14 años	España	Estudio empírico retrospectivo descriptivo	Definir la realidad de la demanda asistencial y el punto de vista de las familias sobre la atención a adolescentes con disforia de género.
Gridley et al. (2016)	n=65 (15 jóvenes transgénero y 50 cuidadores) Edad 14-22 años	Estados Unidos	Estudio empírico	Analizar las barreras a las que se enfrentan los jóvenes transgénero y sus familias para el acceso a la atención médica para la afirmación del género.
Holt et al. (2016)	n=218 37,2% TF 62,8% TM Edad 5- 17 años	Reino Unido	Estudio empírico transversal	Proporcionar una visión general de las características demográficas y las dificultades asociadas en niños y adolescentes con rasgos de disforia de género remitidos al Servicio de Desarrollo de la Identidad de género en Londres.
Kaltiala et al. (2020)	n=52 (11 TF y 41 TM) Edad 15-20 años	Finlandia	Estudio empírico retrospectivo	Evaluar el progreso del desarrollo del adolescente y cómo se desarrollan síntomas psiquiátricos en adolescentes transexuales después de iniciar el tratamiento hormonal cruzado.
Kingsbury et al. (2022)	n=6.800 (99,4 % cisgénero 0,6 % (50) transgénero) Edad 15 - 17 años	Canadá	Estudio empírico	Evaluar el riesgo de suicidio entre los adolescentes transgénero y minorías sexuales en Canadá.
Kuper et al. (2020)	n=148 (transgénero) Edad 9 - 18 años	Estados Unidos	Estudio empírico	Evaluar la salud mental (insatisfacción corporal, depresión y ansiedad) en adolescentes transgénero que están recibiendo terapia hormonal para la afirmación del género.
López et al. (2020)	n=53 (23 transgénero (16 TM y 7 TF) y 30 cisgénero) Edad 14-18 años	España	Estudio empírico analítico prospectivo	Evaluar el estado psicosocial de los pacientes adolescentes transgénero que acuden a una UIG pediátrica y establecer el impacto de la terapia hormonal cruzada.
Modrego et al. (2021)	n=200 110 TM 90 TF Edad 10-35 años	España	Estudio empírico transversal retrospectivo	Investigar la prevalencia de las autolesiones no suicidas y conductas suicidas en personas transexuales.
Nos et al. (2022)	n=434 (con disforia de género) Edad 10 - 17 años	Estados Unidos	Estudio empírico de cohorte retrospectivo	Investigar si existe algún tipo de asociación entre el uso de bloqueadores hormonales y el uso posterior de hormonas para la afirmación del género.
Olson et al. (2015)	n=101 (transgénero 50,5% TF) Edad 12-24 años)	Estados Unidos	Estudio empírico observacional prospectivo	Describir las características fisiológicas y psicosociales iniciales de jóvenes transgénero que buscan atención sanitaria por disforia de género.
Peng et al. (2019)	n=385 (109 TM, 167 transgénero TF y 109 no binarios NB) Edad 12-18 años	China	Estudio empírico retrospectivo	Evaluar las tasas de abuso, negligencia e intimidación y su asociación con una salud mental deficiente entre adolescentes chinos transgénero y de género no binario.
Reisner et al. (2015)	n=360 (180 transgénero y 180 cisgénero) 106 TM 74 TF Edad 12-29 años	Estados Unidos	Estudio empírico de cohorte retrospectivo	Comparar la salud mental de adolescentes y jóvenes adultos transgénero con jóvenes cisgénero que acceden a servicios clínicos comunitarios.

Autor	Muestra	País	Diseño de Estudio	Objetivos
Rider et al. (2018)	n=80.929 estudiantes (2.168 TGNC) Edad 16-18 años	Estados Unidos	Estudio empírico	Examinar las características de salud mental y física y la utilización de los servicios sanitarios entre los jóvenes TGNC y cisgénero.
Rusow et al. (2022)	n=108 (TG) Edad 16-24 años	Estados Unidos	Estudio empírico	Evaluar la prevalencia de comportamientos de salud sexual, problemas de salud mental, uso de sustancias y atención médica de jóvenes de color TG.
Thoma et al. (2019)	n=2.020 (1.148 TGA) Edad 14-18 años	Estados Unidos	Estudio empírico	Evaluar las tendencias suicidas a lo largo de la vida (deseo pasivo de muerte, ideación suicida, plan de suicidio, intento de suicidio e intento que requiere atención médica) y autolesiones no suicidas.
Toomey et al. (2018)	n=120.617 Edad 11-19 años	Estados Unidos	Estudio empírico	Examinar la prevalencia de la conducta suicida a través de 6 grupos de identidad de género (mujer, hombre, TF, TM, género no binario y cuestionamiento del género).
Tordoff et al. (2022)	n=104 (63 TM, 27 TF, 10 NB, 4 NS/NC) Edad 13-20 años	Estados Unidos	Estudio empírico de cohorte observacional prospectivo	Investigar cambios en la salud mental de jóvenes transgénero durante el primer año de recibir tratamiento con bloqueadores de la pubertad o tratamiento hormonal para la afirmación del género.
Vrouenraets et al. (2016)	n=13 Edad 13-18 años	Estados Unidos	Estudio empírico cualitativo	Exponer las consideraciones y opiniones de los adolescentes con disforia de género en los Países Bajos sobre el concepto de sexo y género, y el uso de tratamiento médico para la supresión de la pubertad.

Nota. ATG: adolescente transgénero, NB: no binario, TF: transfemininas, TM: transmasculinos, TG: transgénero, TGNC: transgénero y de género no conforme, UIG: Unidad Identidad de Género

Atención Sanitaria Para la Afirmación del Género en Adolescentes Transgénero y de Género no Conforme

Actualmente, los estándares asistenciales para la atención clínica de la disforia de género en adolescentes TGNC se fundamentan en el modelo holandés y en la aplicación de guías clínicas elaboradas por la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH, 2012) y la Endocrine Society (Hembree et al., 2018). Asimismo, la evaluación psicológica de los adolescentes TGNC, se realiza en la fase inicial del tratamiento médico para la afirmación del género, tanto para aquellos que deseen recibir tratamiento como para los que no. El abordaje clínico de estos adolescentes se basa en la triada terapéutica hormonal y quirúrgica, que consiste en la administración de bloqueadores hormonales para la supresión de la pubertad una vez alcanzado el estadio II de Tanner, la administración de tratamiento hormonal cruzado para masculinizar o feminizar el cuerpo al cumplir 16 años y una vez alcanzada la mayoría de edad poder llevar a cabo tratamiento quirúrgico para la afirmación del género (Fernández et al., 2018; Gordo et al., 2018; López et al., 2020; Vrouenraets et al., 2016).

Un total de 2 estudios, investigaron la existencia de algún tipo de asociación entre el uso de bloqueadores hormonales y el uso posterior de hormonas para la afirmación del género. La investigación de (Fernández et al., 2018) informó que la mayoría de jóvenes que solicita asistencia sanitaria para la afirmación de género, una vez que comienza tratamiento hormonal tras acompañamiento psicológico y evaluación endocrinológica, no abandona el proceso. Sin embargo, Nos et al. (2022), no encontraron una asociación significativa entre recibir tratamiento para bloquear la pubertad y el posterior inicio de tratamiento con hormonas de afirmación del género.

Un total de 6 estudios investigaron acerca de la posible relación entre la terapia hormonal para la afirmación del género y la salud mental en los adolescentes TGNC. Las investigaciones de Chen et al. (2021) y Tordoff et al. (2022), indicaron que el inicio del

tratamiento para la afirmación de género mediante bloqueadores hormonales o tratamiento hormonal reafirmante, apunta a posibles beneficios en la salud mental entre los jóvenes TNB durante un periodo corto de 12 meses. En esta misma línea, los hallazgos encontrados por López et al. (2020) revelaron, que existían diferencias significativas en los índices de ansiedad, distrés emocional y comportamental y sintomatología depresiva, así como, el sentimiento de disforia de género, entre el grupo de adolescentes transgénero antes de iniciar el tratamiento para la afirmación del género y el grupo control de adolescentes cisgénero. Y tras un año de terapia hormonal cruzada (THC) por parte de los adolescentes transgénero, los resultados en dichos índices se asemejaron al del grupo control no transexual. Así mismo, el estudio de Kingsbury et al. (2022) cuyo objetivo fue evaluar el riesgo de suicidio entre los adolescentes transgénero y minorías sexuales de Canadá, los hallazgos encontrados indicaron, que tanto los programas de prevención del suicidio dirigidos específicamente a adolescentes TGNC, como la atención para la afirmación de género para adolescentes transgénero, podían ayudar a reducir la carga de tendencias suicidas en este grupo.

Por otro lado, según Kuper et al. (2020) el tratamiento hormonal para la afirmación del género en adolescentes TGNC, evidencia ligeras mejoras en la salud mental durante el primer año de tratamiento, pero la mejora en insatisfacción corporal no se relacionó con el tipo de tratamiento. A su vez, Kaltiala et al. (2020) indicaron que el tratamiento hormonal para la afirmación de género no es suficiente para aliviar las comorbilidades psiquiátricas entre adolescentes con disforia de género.

Por otro lado, los adolescentes TGNC que manifiestan disforia de género, plantean dificultades en el abordaje clínico debido al propio periodo evolutivo caracterizado por el cambio y el desarrollo constante. Por ello, en ocasiones, se cuestiona la emisión de un diagnóstico persistente de disforia de género para el comienzo de un tratamiento médico para la afirmación del género. Los resultados hallados indican que la disforia de género en población adolescente

se mantiene después de la mayoría de edad en la mayoría de los casos (Asenjo et al., 2015). Asimismo, los adolescentes con disforia de género de los Países Bajos, manifestaron la necesidad de determinar el límite de edad apropiado para iniciar la supresión de la pubertad debido a la escasez de datos sobre los efectos a largo plazo. A pesar de ello, la mayoría afirmaron que no les impide ni les impedirá desear la supresión de la pubertad (Vrouenraets et al., 2016).

Asimismo, se observaron barreras que dificultan el acceso a la atención sanitaria para la afirmación del género en adolescentes TGNC, que repercuten negativamente sobre la salud. Entre las barreras percibidas se encuentran: la falta de capacitación en afirmación del género por parte de los profesionales, falta de protocolos aplicados consistentemente, uso inconsistente del nombre/pronombre elegido por el adolescente por parte de los profesionales sanitarios durante la atención, cuidado y vigilancia no coordinados, acceso limitado y retrasado al tratamiento hormonal para la afirmación del género y exclusiones de los tratamientos de los seguros médicos (Gridley et al., 2016).

Finalmente, la valoración de la atención sanitaria recibida para la afirmación del género por parte de familiares de adolescentes transgénero fue muy satisfactoria, aunque sugerían problemas de coordinación entre servicios y las instituciones (Gordo et al., 2018).

Discusión

Las investigaciones informan que los adolescentes TGNC tienen un alto riesgo de padecer otras comorbilidades psicopatológicas en relación con sus pares cisgénero, entre las que se encuentran síntomas de ansiedad, síntomas depresivos, ideación suicida, intentos de suicidio, trastornos de la alimentación, trastornos de la personalidad, Trastorno del Espectro Autista (TEA), Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), Trastornos de la Atención con Hiperactividad (TDAH) y abuso en consumo de sustancias (Bauer et al., 2021; Becerra et al., 2018; Bonifacio et al., 2019; Chen et al., 2021; Guss et al., 2015; Holt et al., 2016; Kaltiala et al., (2020); Kyriakou et al., 2020; Mahfouda et al., 2017; Modrego et al., 2021; Rider et al., 2018; Sevilla et al., 2019; Toomey et al., 2018).

La incongruencia de género se convierte en un factor de riesgo en adolescentes TGNC. Los resultados indicaron que la disforia de género, así como, otros problemas de salud mental asociados a la manifestación de la identidad de género, en la mayoría de los casos se debe a la discriminación, victimización, estigmatización, acoso y rechazo que experimentan tanto en el entorno familiar como en la escuela. (Bauer et al., 2022; Becerra et al., 2018; Chodzen et al., 2018; Holt et al., 2016; Modrego et al., 2021; Peng et al., 2019; Rider et al., 2018). Lo que pone de manifiesto la urgencia de cambios sociales que promuevan la aceptación, visibilidad, integración y seguridad de las personas con identidades y expresiones de género no normativas en todos sus contextos vitales.

La administración de tratamientos hormonales para la afirmación del género, así como, el apoyo familiar y profesional hacia la identidad de género manifestada, se convierten en factores protectores de la salud mental en adolescentes TGNC (Bonifacio et al., 2019; Gordo et al., 2018; Guss et al., 2015; López et al., 2020;

Vrouenraets et al., 2016). Sin embargo, ni la disforia de género, ni las dificultades psicosociales propias del desarrollo evolutivo de la adolescencia, ni otras comorbilidades psicológicas asociadas a la identidad de género desaparecen con el tratamiento hormonal para la afirmación del género (Kaltiala et al., 2020; Shumer et al., 2016; De Vries et al., 2011).

Los recursos que ofrece el sistema sanitario para la afirmación del género, parte de las premisas de que la variabilidad de género no es una patología, el género es fluctuante y en ocasiones es no binario. La afirmación del género se lleva a cabo con el objetivo promover la autoestima y permitir el apoyo de la familia y del grupo de iguales, creando espacios seguros en diferentes contextos vitales como el familiar y el escolar (Bonifacio et al., 2019; Edwards et al., 2016; López et al., 2020; Shumer et al., 2016).

El abordaje clínico de adolescentes TGNC ha de realizarse de manera individualizada, atendiendo a las necesidades de cada sujeto, respetando los tiempos en la toma de decisiones, bajo la supervisión de un equipo multidisciplinar formado por médicos, endocrinólogos, psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales entre otros (Asenjo et al., 2015; Castilla, 2018; Edwards et al., 2016; Grinten et al., 2021; Holt et al., 2016).

Actualmente, la atención sanitaria de la incongruencia de género a edades tempranas plantea dilemas éticos entre los profesionales de la salud, tanto para el establecimiento de un diagnóstico psicológico definitivo de disforia de género, como por los riesgos y efectos a largo plazo de la administración de tratamientos médicos para la afirmación del género. El consentimiento informado se convierte en una herramienta fundamental para solventar este tipo de cuestiones. Cobra un papel fundamental la familia (figuras parentales) para el apoyo, comprensión, aceptación y consentimiento, de los recursos sanitarios para la afirmación del género de sus hijos (Asenjo et al., 2015; Edwards et al., 2016; López y González, 2018; Mahfouda et al., 2017; Miranda, 2022; Riaño et al., 2018; Vrouenraets et al., 2016).

Para el abordaje psicológico de los adolescentes TGNC, no se han encontrado estudios que establezcan un procedimiento de intervención psicológica estandarizado, ya que la demanda psicológica puede estar relacionada con diferentes aspectos como disforia de género, bajo rendimiento académico, problemas psicológicos, problemas de desarrollo madurativos o de adaptación psicosocial.

Los estudios conciben la psicoterapia en la población adolescente transgénero como una intervención de apoyo, asesoramiento y acompañamiento tanto a los jóvenes como a sus familias. Para ello, se crea un espacio seguro y libre para la expresión de los sentimientos y vivencias del género y se informa sobre los riesgos y beneficios de las diferentes opciones legales y médicas para la transición de género (Asenjo et al., 2015; Fernández et al., 2018; Grinten et al., 2021).

Limitaciones

Los hallazgos encontrados en esta revisión sistemática, deben interpretarse a la luz de las siguientes limitaciones:

En primer lugar, debido a la variabilidad en las características de las muestras de los estudios empíricos seleccionados para esta revisión sistemática, la muestra puede no ser representativa y puede no ser apropiado generalizar los resultados obtenidos.

En segundo lugar, la mayoría de las muestras incluidas en los estudios son relativas a jóvenes TGNC extraídas en entornos clínicos, por lo que los sujetos que tienen dificultades en el acceso a la atención sanitaria para la afirmación del género o aquellos que por elección propia no la precisan, no estarían incluidos, por lo que la muestra podría no ser representativa.

En tercer lugar, al ser la identidad de género un constructo culturalmente establecido que difiere entre países, se puede haber obtenido muestras en las que exista variabilidad a la hora de definir a la persona transgénero o de género no conforme.

Conclusiones

Los hallazgos de este estudio ponen de manifiesto que los adolescentes TGNC, presentan mayores problemas de salud mental (síntomas depresivos, ansiedad, ideación e intento de suicidio), en comparación con sus pares cisgénero.

Asimismo, en relación a la atención sanitaria que reciben los adolescentes TGNC para la afirmación del género, los datos muestran que existen barreras que la dificultan entre las que se encuentran: la escasez de profesionales formados en el tema, la falta de protocolos específicos para la atención de la salud mental, el uso inconsistente del nombre/pronombre elegido por la persona TGNC por parte de los profesionales sanitarios que les atienden, y el retraso en el tratamiento hormonal para la afirmación del género.

Respecto al abordaje psicológico de los adolescentes TGNC para la afirmación del género, no se han encontrado procedimientos de intervención psicológica estandarizada, pero si se concibe la psicoterapia, como una intervención de apoyo, de asesoramiento y acompañamiento tanto en adolescentes TGNC como en sus familias.

Y, por último, en relación a la atención sanitaria para la afirmación del género en los adolescentes TGNC, se hace necesario implementar formación específica en diversidad sexual y de género para los profesionales sanitarios, con el fin de ofrecer una atención asistencial de calidad adecuada a las necesidades reales que presenta esta población.

Financiación

Este estudio no dispone de financiación.

Conflicto de Intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

Los artículos marcados con * corresponden a los incluidos en esta revisión sistemática.

American Psychiatric Association [APA]. (2014). Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5™. <https://www.eafit.edu.co/ninos/redde laspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

* Asenjo Araque, N., García Gibert, C., Rodríguez Molina, J. M., Becerra Fernández, A. y Lucio Pérez, M. J. y Grupo GIDSEEN. (2015). Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje, diagnóstico y persistencia. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2(1), 33-36. <https://www.revistapcna.com/sites/default/files/14-19.pdf>

- * Bauer, G. R., Pacaud, D., Couch, R., Metzger, D. L., Gale, L., Gotovac, S., Mokashi, A., Feder, S., Raiche, J., Nixon Speechley, K., Temple Newhook, J., Ghosh, S., Pullen Sansfaçon, A., Susset, F. y Lawson, M. L. et for the Trans Youth CAN! Research Team. (2021). Transgender youth referred to clinics for gender-affirming medical care in Canada. *Pediatrics*, 148(5), 1-13. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-047266>
- Bauer, G. R., Lawson, M. L. y Metzger, D. L. (2022). Do clinical data from transgender adolescents support the phenomenon of “rapid onset gender dysphoria”? *The Journal of Pediatrics*, 243, 224-227. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.11.020>
- * Becerra-Culqui, T. A., Liu, Y., Nash, R., Cromwell, L., Flanders, D., Getahun, D., Giammattei, S., Hunkeler, E., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V., Robinson, B., Roblin, D., Sandberg, D., Silverberg, M., Tangpricha, V. y Goodman, M. (2018). Mental health of transgender and gender nonconforming youth compared with their peers. *Pediatrics*, 141(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3845>
- Bloom, T. M., Nguyen, T. P., Lami, F., Pace, C. C., Poulakis, Z., Telfer, M., Taylor, A., Pang, K. C. y Tollit, M. A. (2021). Measurement tools for gender identity, gender expression, and gender dysphoria in transgender and gender-diverse children and adolescents: a systematic review. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 5(8), 582-588. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00098-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00098-5)
- Bonifacio, J. H., Maser, C., Stadelman, K. y Palmert, M. (2019). Management of gender dysphoria in adolescents in primary care. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 191(3), E69-E75. <https://doi.org/10.1503/cmaj.180672>
- Castilla Peón, M. F. (2018). Manejo médico de personas transgénero en la niñez y la adolescencia. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 75, 7-14. <http://dx.doi.org/10.24875/BMHIM.M18000003>
- * Chen, D., Abrams, M., Clark, L., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Chan, Y. M., Garofalo, R., Olson-Kennedy, J., Rosenthal, S. M. y Hidalgo, M. A. (2021). Psychosocial characteristics of transgender youth seeking gender-affirming medical treatment: baseline findings from the trans youth care study. *Journal of Adolescent Health*, 68(6), 1104-1111. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.033>
- * Chodzen, G., Hidalgo, M. A., Chen, D. y Garofalo, R. (2018). Minority stress factors associated with depression and anxiety among transgender and gender-nonconforming youth. *Journal of Adolescent Health*, 64(4), 467-471. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.07.006>
- Clark, T. C., Lucassen, M. F. y Bullen, P. et al. (2014). The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand Adolescent Health Survey (Youth'12). *Journal of Adolescent Health*, 55, 93-9. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008>
- Edwards-Leeper, L., Leibowitz, S. y Sangganjanavanich, V. F. (2016). Affirmative practice with transgender and gender nonconforming youth: expanding the model. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(2), 165-172. <https://doi.org/10.1037/sgd0000167>
- Eisenberg, M. E., Gower, A. L., McMorris, B. J., Rider, G. N., Shea, G. y Coleman, E. (2017). Risk and protective factors in the lives of transgender/gender nonconforming adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 61, 521-6. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.04.014>
- * Fernández, O., Ballester, R., Iglesias, P., Morell, V. y Gil, M. D. (2018). Transsexualidad y Adolescencia: Una revisión sistemática. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 91-104. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v2.1175>
- * Gordo, R., García, X. R., Álvarez, Y., Díaz, D. y Gándara, J. J. (2018). Disforia de género: realidad asistencial en psiquiatría del niño y el adolescente. *Psicosomática y Psiquiatría*, 7, 9-19. <https://raco.cat/index.php/PsicosomPsiquiatri/article/view/392531/485885>

- * Gridley, S. J., Crouch, J. M., Evans, Y., Eng, W., Antoon, E., Lyapustina, M., Schimmel-Bristow, A., Woodward, J., Dundon, K., Schaff, R., McCarty, C., Ahrens, K. y Breland, D. J. (2016). Youth and caregiver perspectives on barriers to gender-affirming health care for transgender youth. *Journal of Adolescent Health, 59*(3), 254-261. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.03.017>
- Grinten, H. C. van der, Verhaak, C., Steensma, T., Middelberb, T., Roeffen, J. y Klink, D. (2021). Gender incongruence and gender dysphoria in childhood and adolescence-current insights in diagnostics, management, and follow-up. *European Journal of Pediatrics, 180*, 1349-1357. <https://doi.org/10.1007/s00431-020-03906-y>
- Guss, C., Shumer, D. y Katz-Wise, S. L. (2015). Transgender and gender nonconforming adolescent care: psychosocial and medical considerations. *Current Opinion in Pediatrics, 27*(4), 421-426. <https://doi.org/10.1097/mop.0000000000000240>
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V. y T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 102*(11), 3869-3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658> Erratum in: (2018). *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 103*(7), 2758-2759. <https://doi.org/10.1210/jc.2018-01268>
- * Holt, V., Skagerberg, E. y Dunsford, M. (2016). Young people with features of gender dysphoria: demographics and associated difficulties. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 21*, 108-118. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359104514558431>
- * Kaltiala, R., Heino, E., Työläjärvi, M. y Suomalainen, L. (2020). Adolescent development and psychosocial functioning after starting cross-sex hormones for gender dysphoria. *Nordic Journal of Psychiatry, 74*(3), 213-219. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1691260>
- * Kingsbury, M., Hammond, N. G., Johnstone, F. y Colman, I. (2022). Suicidality among sexual minority and transgender adolescents: a nationally representative population-based study of youth in Canada. *Canadian Medical Association Journal, 194*(22), E767-E774. <https://doi.org/10.1503/cmaj.212054>
- * Kuper, L. E., Stewart, S., Preston, S., Lau, M. y Lopez, X. (2020). Body dissatisfaction and mental health outcomes of youth on gender-affirming hormone therapy. *Pediatrics, 145*(4), 1-9. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3006>
- Kyriakou, A., Nicolaidis, N. y Skordis, N. (2020). Current approach to the clinical care of adolescents with gender dysphoria. *Acta Biomed, 91*(1), 165-175. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i1.9244>
- Littman, L. (2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS ONE, 13*(8), 1-44. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>
- López, J. y González, C. (2018). Valoración de la supresión de la pubertad en menores con problemas de identidad de género. *Cuadernos de Bioética, 29*(97), 247-256. <http://aebioetica.org/revistas/2018/29/97/247.pdf>
- * López, D., Pérez, O., Cuellar, I., Pedreira, J. L., Campos, L., Cuesta, M. y Ramos, J. T. (2020). Evaluación psicosocial en adolescentes transgénero. *Anales de Pediatría, 93*(1), 41-48. <https://www.analesdepediatría.org/es-evaluacion-psicosocial-adolescentes-transgenero-articulo-S1695403320300424>
- Mahfouda, S., Moore, J. K., Siafarikas, A., Zepf, F. D. y Lin, A. (2017). Puberty suppression in transgender children and adolescents. *The Lancet Diabetes & Endocrinology, 5*(10), 816-826. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(17\)30099-2](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(17)30099-2)
- Miranda-Novoa, M. (2022). El Tratamiento de afirmación de género en menores con disforia de género y la validez del consentimiento informado. *Cuadernos de Bioética, 33*(107), 99-109. <http://aebioetica.org/revistas/2022/33/107/99.pdf>
- * Modrego Pardo, I., Gómez Balaguer, M., Hurtado Murillo, F., Cuiñat Navarro, E., Solá Izquierdo, E. y Morillas Ariño, C. (2021). Self-injurious and suicidal behaviour in a transsexual adolescent and young adult population, treated at a specialised gender identity unit in Spain. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición, 68*(5), 338-345. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2020.04.006>
- * Nos, A. L., Klein, D. A., Adirim, T. A., Schvey, N. A., Hisle-Gorman, E., Susi, A. y Roberts, C. M. (2022). Association of gonadotropin-releasing hormone analogue use with subsequent use of gender-affirming hormones among transgender adolescents. *JAMA Network Open, 5*(11). <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2798002>
- * Olson, J., Schrage, S. M., Belzer, M., Simons, L. K. y Clark, L. F. (2015). Baseline physiologic and psychosocial characteristics of transgender youth seeking care for gender dysphoria. *Journal of Adolescent Health, 57*(4), 374-380. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.04.027>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Mortality and Morbidity Statistics (CIE-11)*. Genève: OMS. Recovered from <https://icd.who.int/icd11refguide/en/index.html>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (25 de abril de 2022). *Salud mental del adolescente*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Journal, 372*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- * Peng, K., Zhu, X., Gillespie, A., Wang, Y., Gao, Y., Xin, Y., Qi, J., Ou, J., Zhong, S., Zhao, L., Liu, J., Wang, C. y Chen, R. (2019). Self-reported rates of abuse, neglect, and bullying experienced by transgender and gender-nonbinary adolescents in China. *JAMA Network Open, 2*(9). <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2749453>
- * Reisner, S. L., Veters, R., Leclerc, M., Zaslow, S., Wolftrum, S., Shumer, D. y Mimiaga, M. J. (2015). Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: A matched retrospective cohort study. *Journal of Adolescent Health, 56*(3), 274-279. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.264>
- Riño Galán, I., Río Pastoriza, I. del, Chueca Guindulain, M., Gabaldón Fraile, S. y Montalvo Jääskeläinen, F. de (2018). Statement by the Spanish Paediatric Association in relation to gender diversity in childhood and adolescence: Ethical and legal view from a multidisciplinary perspective. *Anales de Pediatría (Barcelona), 89*(2), 123.e1-123.e6. <https://www.analesdepediatría.org/en-statement-by-spanish-paediatric-association-articulo-S2341287918301224>
- * Rider, G. N., McMorris, B. J., Gower, A. L., Coleman, E. y Eisenberg, M. E. (2018). Health and care utilization of transgender and gender nonconforming youth: a population-based study. *Pediatrics, 141*(3), 1-8. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1683>
- * Rusow, J. A., Hidalgo, M. A., Calvetti, S., Quint, M., Wu, S., Bray, B. C. y Kipke, M. D. (2022). Health and service utilization among a sample of gender-diverse youth of color: the TRUTH study. *BMC Public Health, 22*(1):2312. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14585-9>

- Sevilla Rodríguez, A. J., Aparicio García, M. E. y Limiñana Gras, R. M. (2019). La salud de adolescentes y adultos transgénero: revisión sistemática desde la perspectiva de género. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica. (RIDEP)*, 50(1), 5-20. <https://doi.org/10.21865/RIDEP50.1.01>
- Shields, J. P., Cohen, R., Glassman, J. R., Whitaker, K., Franks, H. y Bertolini, I. (2013). Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in middle school. *Journal of Adolescent Health*, 52, 248-50. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.016>
- Shumer, D. E., Nokoff, N. y Spack, N. (2016). Advances in the care of transgender children and adolescents. *Advances in Pediatrics*, 63(1), 79-102. <https://doi.org/10.1016/j.yapd.2016.04.018>
- Sumia, M., Lindberg, N., Työläjäarvi, M. y Riittakerttu, K. H. (2017). Current and recalled childhood gender identity in community youth in comparison to referred adolescents seeking sex reassignment. *Journal of Adolescence*, 56, 34-9. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.01.006>
- * Thoma, B. C., Salk, R. H., Choukas-Bradley, S., Goldstein, T. R., Levine, M. D. y Mariscal, M. P. (2019). Suicidality disparities between transgender and cisgender adolescents. *Pediatrics*, 144(5), 1-9. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1183>
- * Toomey, R. B., Syvertsen, A. K. y Shramko, M. (2018). Transgender adolescent suicide behavior. *Pediatrics*, 142(4), 1-8. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-4218>
- * Tordoff, D. M., Wanta, J. W., Collin, A., Stepney, C., Inwards-Breland, D. J. y Ahrens, K. (2022). Mental health outcomes in transgender and nonbinary youths receiving gender-affirming care. *JAMA Network Open*, 5(2). <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2789423>
- Vries, A. L. de, Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. y Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*, 8, 2276-83. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x>
- * Vrouenraets, L. J. J. J., Fredriks, A. M., Hannema, S. E., Cohen-Kettenis, P. T. y Vries, M. C. de (2016). Perceptions of sex, gender, and puberty suppression: a qualitative analysis of transgender youth. *Archives of Sexual Behavior*, 45, 1697-1703. <https://dx.doi.org/10.1007%2Fs10508-016-0764-9>
- World Professional Association for Transgender Health (WPATH). (2012). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Non conforming People All rights reserved.* (7ª versión), pp. 1-124. https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Spanish.pdf

Artículo

Instrumentos de Evaluación de Competencias Parentales: una Revisión Narrativa de Aspectos de Intervención Social

Daniel Cañero  y Noemí Pereda 

Instituto de Neurociencias (UBNeuro), Universitat de Barcelona, España

INFORMACIÓN

Recibido: Noviembre 11, 2023

Aceptado: Febrero 29, 2024

Palabras clave

Evaluación de competencias parentales
Parentalidad positiva
Familias en riesgo
Intervención social
Revisión narrativa

RESUMEN

La evaluación de competencias parentales en los servicios sociales de atención a la infancia es una función imprescindible en la valoración de las situaciones de posible desamparo de niños, niñas y adolescentes. También es importante para los psicólogos forenses presentes en los juzgados de familia que elaboran informes periciales sobre regulación de guarda y custodia en casos de litigio entre los progenitores. Asimismo, es relevante en los procesos para la selección de familias adoptivas y de acogida. La presente revisión describe los principales instrumentos disponibles en lengua española publicados en los últimos 20 años. El estudio se centra en los instrumentos relevantes en contextos de riesgo social, a causa de la dificultad de evaluación de las figuras parentales en dichas situaciones y la importancia del proceso de valoración del que depende, en muchos casos, la permanencia o la separación del menor del núcleo familiar.

Parenting Skills Assessment Instruments: A Narrative Review of Social Intervention Aspects

ABSTRACT

The evaluation of parental competencies within child welfare social services is critical in assessing potential instances of neglect concerning children and adolescents. It is also of significant relevance for forensic psychologists operating within family courts, where they provide expert reports concerning custody arrangements in parental disputes. Moreover, these assessments play a pivotal role in the selection processes of adoptive and foster families. This review describes the main instruments that have been published in the Spanish language in the last 20 years. It emphasizes tools that are particularly pertinent in contexts characterized by social risk, given the intricacies associated with evaluating parental figures in such circumstances and the relevant role of the assessment process. These assessments often determine the decision of whether a child remains within the family unit or faces separation.

Keywords

Assessment of parental competence
Positive parenting
At-risk families
Social intervention
Narrative review

En las últimas décadas, se han experimentado intensos cambios sociales en las familias europeas y españolas, con una mayor diversidad de formas familiares, familias extensas más reducidas o una tendencia hacia valores más igualitarios y democráticos en los núcleos convivenciales, entre otros, que han llevado a que los escenarios familiares se hayan vuelto más complejos y que las familias perciban mayores retos para desarrollar sus funciones de crianza (Ayuso, 2019; Rodrigo et al., 2015; Rodrigo y Palacios, 1998).

A su vez, el Parlamento y el Consejo Europeo han establecido una serie de recomendaciones a los estados miembros para iniciar políticas de apoyo a las familias que incluyan prácticas de crianza y de educación responsables, especialmente en contextos de riesgo social, donde los progenitores se encuentran con más adversidades para llevar a cabo su importante tarea. Cabe destacar especialmente la Recomendación 2006/19 del Consejo de Europa donde define el término de parentalidad positiva como «el comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del menor, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación que incluyen el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del niño» (Consejo de Europa, 2006). En años posteriores, la Comisión Europea ha dado su aprobación a la Recomendación 2013/112, la cual se centra en prevenir la pobreza y fomentar el bienestar de los niños (Comisión Europea, 2013). Esta recomendación resalta la necesidad de fortalecer el respaldo a las familias y mejorar la calidad de las alternativas de cuidado disponibles; como el refuerzo a la protección a la infancia y los servicios sociales de infancia en el ámbito de la prevención. De la misma manera, se apuesta por dar apoyo a las familias en el desarrollo de sus habilidades parentales, sin estigmatizarlas y asegurando que los niños reciban una educación en un ambiente que satisfaga sus necesidades.

Existen distintos programas sobre competencias parentales desarrollados en los últimos años, tanto en Europa, como en Norte América y Asia, cuyos resultados, con el fin de promover estilos de vida saludables de los niños, son alentadores, aunque aún se requieran nuevas investigaciones para lograr consistencia en los cambios observados (véase la revisión de Ruiz et al., 2018). En esta línea, se han desarrollado en España programas de educación parental dirigidos a colectivos de servicios sociales con el objetivo de mejorar sus competencias parentales (Amorós et al., 2012; Jiménez et al., 2020; Martínez, 2009; Rodrigo et al., 2010). Un ajustado nivel de habilidades de crianza en los padres está correlacionado positivamente con una mayor funcionalidad adaptativa de los menores, así como a un mayor desarrollo de su bienestar y resiliencia (Rodríguez y Rodríguez, 2019; Rodríguez et al., 2020).

De la misma manera, la evaluación de las competencias parentales es un factor crucial en tres ámbitos concretos de la psicología de la intervención social en familia e infancia. En primer lugar, dentro de los procesos de valoración de posibles situaciones de desamparo de menores dentro del sistema de protección a la infancia y la adolescencia. También en contextos judiciales en los que se determina la guarda y custodia de los menores con sus progenitores en procesos de separación con litigio. Y, por último, en los procesos de idoneidad y selección de candidatos a familias de acogida y de adopción.

Las competencias parentales se definen como aquel conjunto de habilidades que permiten a los progenitores hacer frente, de modo

flexible y adaptativo, la tarea vital de ejercer la paternidad; contemplando las necesidades evolutivas y educativas de sus hijos e hijas, teniendo en cuenta los estándares considerados como aceptables por la sociedad y aprovechando todas las oportunidades y soportes que les ofrecen los sistemas de influencia de la familia y su contexto para desplegar dichas capacidades (Rodrigo et al., 2008; Rodrigo et al., 2009; Rodrigo y Byrne, 2011). Implica respuestas adaptativas al reto de la paternidad, teniendo en cuenta dimensiones afectivas, cognitivas, comunicativas y comportamentales en los diferentes contextos y escenarios vitales y de aprendizaje donde se desarrollan (Masten y Curtis, 2000). Así pues, un desempeño positivo y responsable de la parentalidad implica hacer uso de una crianza basada en el afecto, el soporte, la comunicación, la estimulación, la estructuración en rutinas, el establecimiento de límites, normas y consecuencias; sin olvidar la importancia de sostener una implicación y acompañamiento en la vida cotidiana de los hijos e hijas (Rodrigo et al., 2015).

A su vez, para realizar una correcta evaluación de las competencias parentales hay que tener en cuenta tres pilares básicos. En primer lugar, el contexto social en el que viven las figuras parentales (nivel formativo y socioeconómico de los padres, recursos comunitarios del territorio de la familia, etc.), ya que la parentalidad se desarrolla en un momento histórico, social y geográficos concreto que influye en la familia. A continuación, la propia historia de crianza de los padres y cómo estos han construido su contexto de crianza (estilos parentales, historias individuales de dificultades en las familias de origen, etc.). Y, por último, las propias características de los hijos o hijas (problemas en el desarrollo, discapacidad psíquica o sensorial, etc.) (White, 2005) (Ver Figura 1).

Tradicionalmente, los modelos explicativos de parentalidad se reducían al intento de determinar los estilos educativos empleados por los progenitores, es decir, estilo autoritario, permisivo o democrático (Baumrind, 1996), y en cómo estos tenían un impacto en el desarrollo de los hijos. Posteriormente, se han incorporado modelos que evalúan la percepción de los progenitores sobre su propia función y la visión que tienen las figuras parentales de los menores (Albanese et al., 2019; Bayot et al., 2005; Cabrera, 2013), así como la visión que tienen los hijos e hijas de sus propios padres (Cabrera, 2013; Richaud de Minzi, 2002). No se pueden obviar tampoco los modelos teóricos de parentalidad y cuidado de personas

Figura 1
Elementos a Valorar en la Evaluación de las Competencias Parentales



dependientes que han intentado desarrollar el constructo a partir de la evaluación de diferentes variables de personalidad de los cuidadores principales (flexibilidad, sociabilidad o capacidad para establecer apego, entre otros) (Bermejo et al., 2006).

A lo largo de los últimos años, siguiendo a Martín et al. (2013) e Hidalgo et al. (2020), inspirados en modelos ecológicos y contextuales, se han desarrollado escalas de evaluación del constructo mencionado que incorporan aspectos personales de las figuras parentales, así como de los contextos sociales más cercanos de la familia; superando de esta manera, paradigmas más reduccionistas que intentaban dar cuenta de la parentalidad a partir de los estilos educativos o de la personalidad de los progenitores y que resultaban más estáticos y deterministas. De esta manera se entiende que, en la sociedad actual, el desarrollo de la parentalidad implica diferentes planos que se deben atender adecuadamente: personal (como tarea evolutiva y de realización personal), parentalidad diádica (vinculación afectiva establecida con los hijos que ofrece confianza y seguridad), equipo parental (coparentalidad y parentalidad complementaria) y parentalidad social (redes sociales de apoyo y desarrollo en la comunidad) (Rodrigo et al., 2015).

Objetivo del Estudio

La revisión que se presenta pretende ofrecer un análisis de las ventajas y desventajas de una selección de los principales instrumentos disponibles en lengua española para la evaluación de las competencias parentales para los profesionales hispanoparlantes del ámbito de la intervención social en familias e infancia, especialmente para aquellos que trabajan en contextos de riesgo social, donde en los últimos años se han publicado herramientas de evaluación del constructo en cuestión que pueden resultar de gran interés y cuyo conocimiento y aplicación puede facilitar la toma de decisiones en este difícil campo de trabajo.

Método

La importancia de la parentalidad ha llevado a la realización de investigaciones en todo el mundo que buscan cómo intervenir y medir los diferentes aspectos de este constructo (Bruna et al., 2021; Rodríguez et al., 2021). A partir del trabajo de revisión de Bruna et al. (2021), se realizó una búsqueda en la base de datos Google Scholar con las palabras clave “competencias parentales”, “evaluación de competencias parentales” y “parentalidad” y se seleccionaron aquellos instrumentos disponibles en lengua española y publicados en los últimos 20 años (2003-2023). La importancia de incluir solo trabajos publicados en lengua española y para poblaciones hispanoparlantes radica en la proximidad geográfica y cultural del constructo en sí para evitar posibles sesgos interpretativos en la traducción del concepto. De hecho, en los últimos años el constructo de “parentalidad” se ha empleado en numerosas ciencias sociales y médicas, aunque se configura un valor universal en todas ellas, también se aprecian ligeras diferencias conceptuales (Danilova et al., 2019). Cabe recordar que, aunque se haya empleado ampliamente el concepto de “parentalidad” en el mundo académico en las últimas décadas, el *Diccionario de la Real Academia Española* todavía no lo incluye (Rodrigo et al., 2015).

Se ha llevado a cabo una revisión narrativa de la literatura con el objetivo de desarrollar una amplia descripción de los instrumentos

incluidos y sus aspectos clave (Popay et al., 2006). Se ha elegido el método de revisión narrativa por ser el que más se podía adaptar a los criterios de inclusión seleccionados, es decir, que fueran instrumentos importantes por el conocimiento de su uso experiencial que se da en contextos de evaluación llevados a cabo por instituciones públicas o privadas concertadas, herramientas aplicables a contextos de riesgo social, teniendo en cuentas las peculiaridades de dicha población y, por último, que incluyeran tanto el tiempo de administración como la formación necesaria previa de los profesionales, ya que se trata de ámbitos profesionales con una gran carga asistencial.

Resultados

Se han obtenido diez instrumentos, de los cuales cinco se llevaron a cabo en España, cuatro en Chile y uno en Argentina. La mayoría de ellos son autoadministrados, (70%), si bien el 30% son administrados por un profesional.

A continuación, se ofrece el resumen de los instrumentos analizados ordenados cronológicamente (Tabla 1):

La *Escala de Competencia Parental Percibida para Padres y Madres* (ECP-p. Bayot et al., 2005), elaborada por la Universidad de Castilla-La Mancha, a partir de una muestra de 1.074 padres y madres de hijos de 3 a 18 años, de diferentes provincias españolas, usuarios de servicios sociales o padres de alumnos de centros educativos. Está constituida por 22 ítems autoadministrados y con respuesta en una escala tipo Likert con puntuaciones que oscilan entre 1 (“*Nunca*”) y 4 (“*Siempre*”). Se evalúan cinco factores o áreas: implicación escolar, dedicación personal, ocio compartido, asesoramiento/orientación y asunción del rol de ser madre/padre (por ejemplo, *Felicito a mis hijos/as cada vez que hacen algo bien*).

El cuestionario *CUIDA* (*Cuestionario para la evaluación de familias, adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores*) (Bermejo et al., 2006; García et al., 2007) fue elaborado por el Equipo de Intervención y Valoración en la Adopción Internacional del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, sobre una muestra total de 720 sujetos, entre población general y adoptantes. Consta de 189 ítems autoadministrados con respuesta en una escala tipo Likert cuyo rango de puntuaciones va de 1 (“*En desacuerdo*”) a 4 (“*De acuerdo*”). Incluye la evaluación de 14 variables de personalidad de las personas cuidadoras: Altruismo, Apertura, Asertividad, Autoestima, Capacidad de resolver problemas, Empatía, Equilibrio emocional, Independencia, Flexibilidad, Reflexividad, Sociabilidad, Tolerancia a la frustración, Capacidad de establecer vínculos afectivos o de apego, Capacidad de resolución del duelo, 3 índices de validez y control de las respuestas y 4 puntuaciones de segundo orden: Cuidado responsable, Cuidado afectivo, Sensibilidad hacia los demás y Agresividad (por ejemplo, *Me gusta conocer gente nueva*).

La *Escala de Estilos Parentales e Inconsistencia Parental Percibida* (EPIP, De la Iglesia et al., 2010) fue elaborada por la Universidad de Buenos Aires a partir de una muestra de 373 estudiantes y tiene como objetivo medir la percepción de los estilos parentales en adultos jóvenes. La EPIP es un inventario autoadministrado que presenta 24 situaciones en las que los individuos evaluados deben responder en una escala tipo Likert, entre 1 (“*Nunca*”) y 4 (“*Siempre*”) en función de las reacciones que los progenitores de los sujetos evaluados pueden haber

experimentado durante la adolescencia de estos. Posteriormente, cada reactivo se complementa con una segunda pregunta de cada situación en la que el participante debe responder si la reacción de dicho agente educativo era la misma ante idénticas circunstancias. La respuesta asume un formato dicotómico de *Sí o No* (por ejemplo, *Si hacías esto en varias ocasiones, tu padre/madre ¿reaccionaba siempre de esa manera?*). La escala mide las respuestas parentales en función de seis subescalas: Afecto, Diálogo, Indiferencia, Coerción verbal, Coerción física y Prohibición. Asimismo, se agrupan en dos escalas mayores: respuesta y demanda (por ejemplo, *Mi progenitor se hubiera mostrado satisfecho/a si hubiese brindado ayuda sin que me la solicitara*).

La versión en lengua española de la *Escala de Evaluación Familiar de Carolina del Norte* (NCFAS, Reed, 1998) fue elaborada por la Pontificia Universidad Católica de Chile (Valencia y Gómez, 2010), a partir de una muestra de 528 participantes de diversos programas de intervención familiar para prevención del maltrato. Consta de 36 ítems administrados por los profesionales a partir de visitas a domicilio y entrevistas (por ejemplo, *Seguridad en la comunidad*) que deben puntuar entre +2 y -3 puntos. La Escala mide cinco dimensiones: Entorno, Competencias Parentales, Interacciones Familiares, Seguridad Familiar y Bienestar del Niño.

La *Escala de Competencia y Resiliencia Parental* (Martín et al. 2013) fue elaborada por la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria y la Universidad de la Laguna de España a partir de una muestra de 498 casos de familias en riesgo social. Consta de 63 ítems administrados por los profesionales en una escala tipo Likert de 5 respuestas entre 1 (“Nada”) y 4 (“Mucho”). La Escala mide 10 áreas competenciales: Agencia Parental, Promoción de la Salud, Organización Doméstica, Autonomía personal y búsqueda de soporte, Habilidades educativas, Desarrollo personal, Competencias cognitivas, Competencias emocionales, Relación con la comunidad y Actitud hacia el Servicio (por ejemplo, *Se siente eficaz y capaz como progenitor/a*).

La *Escala Parental Breve* (EPB, Cumsille y Loreto, 2014) ha sido elaborada por la Pontificia Universidad Católica de Chile, la Universidad de Valparaíso y el Oberlin College a partir de una muestra de 1.426 adolescentes chilenos. Consta de 12 ítems autoadministrables en los cuales los adolescentes deben responder sobre la percepción de las conductas parentales mediante una escala tipo Likert entre 1 (“Muy en desacuerdo”) y 5 (“Muy de acuerdo”). Se compone de 3 subescalas: dos de las escalas evalúan dimensiones del estilo parental (responsividad/calidez y demanda parental) y una evalúa la práctica parental de monitoreo (por ejemplo, *Puedo contar con su ayuda si tengo problemas*).

La *Escala de Parentalidad Positiva* (e2p, Gómez y Muñoz, 2015) ha sido elaborada por la Fundación Ideas para la Infancia de Chile, a partir de una muestra de la población general de 333 padres y madres y una muestra de 50 familias con dificultades graves en la crianza. Consta de 54 ítems autoadministrados que se deben responder mediante una escala tipo Likert entre 1 (“Casi nunca”) y 4 (“Siempre”). Se identifican las competencias parentales agrupadas en cuatro áreas: Vínculo, Formación, Protección y Reflexión (por ejemplo, *Me hago el tiempo para jugar y divertirnos con mi bebé*).

La *Entrevista de Evaluación de Competencias Parentales* (ECP-12; Hidalgo et al., 2020) fue elaborada por la Universidad de Sevilla y Cruz Roja Española a partir de una muestra de 496 familias.

Consta de 53 indicadores administrados por un profesional en el contexto de una entrevista semiestructurada cuyas puntuaciones oscilan entre 1 (“Nada”) y 5 (“Totalmente”). El instrumento evalúa 12 dimensiones: Estimulación y estructuración, Tiempo compartido en familia, Co-responsabilidad parental, Creencias y expectativas adecuadas sobre el desarrollo, Afecto, comunicación y aceptación, Implicación escolar, Normas y supervisión, Auto-regulación emocional, Percepción adecuada del rol parental, Afrontamiento de situaciones estresantes, Apoyo social y Gestión Económica (por ejemplo, *¿Cómo es un día en la vida de tu familia? ¿Qué hacen tus hijos/as desde que se levantan hasta que se acuestan?*).

La *Escala de Educación Familiar* (EEF; Reparaz et al., 2021) ha sido elaborada por la Universidad de Navarra a partir de una muestra de 2.459 estudiantes de 12 a 15 años de España, Perú, México y Chile. Consta de 35 ítems autoadministrados que deben responder los adolescentes sobre la percepción de sus progenitores, mediante una escala tipo Likert entre 1 (“Nada, Nunca”) y 5 (“Todo, Siempre”). Se identifican cuatro competencias parentales agrupadas: Exigencia parental, Afecto parental, Educación en la fortaleza y Educación en la Privacidad (por ejemplo, *Te dan ejemplo*).

La *Escala de Competencia Parental en el Ámbito de Urgencias Pediátricas Hospitalarias* (ECP-U; Montoro et al., 2023) ha sido elaborada por la Universidad de Alicante a partir de una muestra de 270 padres de niños de 0 a 14 años de un servicio de urgencias de Valencia. Consta de 18 ítems autoadministrados que deben responder los progenitores, mediante una escala tipo Likert entre 1 (“Totalmente en desacuerdo”) y 5 (“Totalmente de acuerdo”). Se identifican cinco competencias parentales agrupadas: Gestión y expresión emocional, Apoyo social pasivo, Agencia parental, Necesidades y cuidados básicos y Apoyo social activo (por ejemplo, *Cuando mi hijo/a está irritable, puedo identificar las causas (ej. me doy cuenta si está de mal genio porque está cansado/a, tiene hambre o está enfermo/a)*).

Discusión

En la presente revisión se ha realizado un resumen de los instrumentos de evaluación de competencias parentales publicados en los últimos veinte años en lengua española y que pueden resultar de interés para los profesionales en el ámbito de la intervención social con familias e infancia. Si bien existen otras revisiones recientes sobre instrumentos de evaluación de aspectos relacionados con la parentalidad, como la eficacia parental percibida (Wittkowski et al., 2017), o las actitudes y habilidades parentales (Hurley et al., 2014), no ha habido hasta el momento una revisión de instrumentos similares disponibles en lengua española.

En primer lugar, la mayoría de los instrumentos revisados se corresponden con escalas autoadministradas, cuyo propósito es que sean completadas por la persona de quien se quiere obtener la información. Sin embargo, los instrumentos de evaluación autoadministrados, basados exclusivamente en la percepción de los progenitores, y especialmente en contextos de riesgo social y judicial, pueden resultar sesgados por diversos motivos. En primer lugar, la autopercepción de la competencia parental en familias en riesgo social tiende a ser sobrevalorada, en cambio, en las familias normalizadas dichas competencias tienden a ser infravaloradas (Rodrigo et al., 2006). Además, las evaluaciones realizadas por el

Tabla 1
Resumen de los Instrumentos Revisados

Instrumento, autores y año	Muestra			Ítems	Consistencia interna	Tipo de administración	Constructos medidos
	País	Origen	n				
Escala de Competencia Parental Percibida para Padres y Madres (Bayot et al., 2005)	España	Progenitores de niños de 3 a 18 años, usuarios de servicios sociales o de centros educativos.	1.074	22	Alpha de Cronbach = 0,86	Autoadministrada	Implicación escolar, dedicación personal, ocio compartido, asesoramiento/orientación y asunción del rol de parental.
Cuestionario para la evaluación de familias adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores (CUIDA) (Bermejo et al., 2006)	España	Población general y candidatos a adopción.	720	189	Alpha de Cronbach = 0,74	Autoadministrada	Altruismo, apertura, asertividad, autoestima, capacidad de resolver problemas, empatía, equilibrio emocional, independencia, flexibilidad, reflexividad, sociabilidad, tolerancia a la frustración, capacidad de establecer vínculos afectivos o de apego, capacidad de resolución del duelo, índices de validez y control de las respuestas y puntuaciones de segundo orden: cuidado responsable, cuidado afectivo, sensibilidad hacia los demás y agresividad.
Escala de Estilos Parentales e Inconsistencia Parental Percibida (EPPIP) (De la Iglesia, 2010)	Argentina	Estudiantes universitarios entre los 19 y los 35 años.	373	24	Alpha de Cronbach = 0,66	Autoadministrada	Afecto, diálogo, indiferencia, coerción verbal, coerción física y prohibición. Asimismo, se agrupan en dos escalas mayores: respuesta y demanda.
Escala de Evaluación Familiar de Carolina del Norte (NCFAS) (Valencia y Gómez, 2010)	Chile	Familias usuarias del sistema de protección a la infancia con indicadores de alto riesgo de maltrato y/negligencia infantil.	528	36	Alpha de Cronbach entre 0,77 y 0,94	Heteroadministrada	Entorno, competencias parentales, interacciones familiares, seguridad familiar y bienestar del niño.
Escala de Competencia y Resiliencia Parental (Martín et al., 2013)	España	Familias usuarias de los servicios sociales municipales.	498	63	Alpha ordinal entre 0,68 y 0,97	Heteroadministrada	Agencia parental, promoción de la salud, organización doméstica, autonomía personal y búsqueda de soporte, habilidades educativas, desarrollo personal, competencias cognitivas, competencias emocionales, relación con la comunidad y actitud hacia el servicio.
Escala Parental Breve (EPB) (Cumsille y Loreto, 2014)	Chile	Adolescentes.	1.426	12	Alpha de Cronbach entre 0,75 y 0,88	Autoadministrada	Responsividad/calidez, demanda parental y práctica parental de monitoreo.
Escala de Parentalidad Positiva (e2p) (Gómez y Muñoz, 2015)	Chile	Población general, cuidadores de niños de 1 a 17 años y familias con maltrato y negligencia parental.	333+ 50	54	Alpha de Cronbach = 0,97	Autoadministrada	Vínculo, formación, protección y reflexión.
Entrevista de Evaluación de Competencias Parentales (ECP-12) (Hidalgo et al., 2020)	España	Padres y madres usuarias del programa de intervención familiar de Cruz Roja.	496	53	Alpha de Cronbach = 0,97	Heteroadministrada	Estimulación y estructuración, tiempo compartido en familia, co-responsabilidad parental, creencias y expectativas adecuadas sobre el desarrollo; afecto, comunicación y aceptación, implicación escolar, normas y supervisión, auto-regulación emocional, percepción adecuada del rol parental, afrontamiento de situaciones estresantes, apoyo social y gestión económica.
Escala de Educación Familiar (EEF) (Reparaz et al., 2021)	España, Perú, México y Chile	Estudiantes de 12 a 15 años.	2.459	35	Alpha de Cronbach entre 0,55 y 0,85	Autoadministrada	Exigencia parental, afecto parental, educación en la fortaleza y educación en la privacidad.
Escala de Competencia Parental en el Ámbito de Urgencias Pediátricas Hospitalarias (ECP-U) (Montoro et al., 2023)	España	Padres de niños de 0 a 14 años de un servicio de urgencias hospitalarias.	270	18	Alpha de Cronbach entre 0,74 y 0,92	Autoadministrada	Gestión y expresión emocional, apoyo social pasivo, agencia parental, necesidades y cuidados básicos y apoyo social activo.

sistema de protección o judicial no son voluntarias por parte de los padres evaluados. Los cuidadores asisten convocados de oficio por la administración en casi todas las situaciones (De Paul y Arruabarrena, 2007). Este hecho provoca una alta respuesta de desabilidad social por parte de los progenitores frente al temor existente a las conclusiones de dicha valoración (desde una modificación de la guarda y custodia de los hijos a un posible desamparo de los menores y separación del núcleo familiar). Por último, cabe recordar que las familias en riesgo social suelen tener niveles de estudios más bajos que la media poblacional y una mayor diversidad cultural que en perfiles normalizados (Save The Children, 2020) por lo que podrían tener dificultades de comprensión ante las preguntas de las escalas autoadministradas. Una forma de intentar evitar estos sesgos es agregar preguntas adicionales para evaluar la veracidad de las respuestas en relación con la propensión a ocultar información o a dar respuestas falsas. En la revisión efectuada, tan solo la Escala CUIDA (Bermejo et al., 2006) posee una escala de desabilidad social y dos índices de invalidez y de inconsistencia de las respuestas que permitirían calibrar la validez de las respuestas emitidas. No obstante, se trata de la escala más extensa de las investigadas, con un total de 189 ítems y, por consiguiente, la que requeriría un mayor tiempo de dedicación a la evaluación, lo cual debe ser tenido en cuenta.

Así pues, son los profesionales que intervienen en el núcleo familiar quienes pueden ofrecer una evaluación con mayor validez, ya que son estos los que deberán argumentar, en casos de oposición o recurso judicial a las posibles medidas planteadas, frente a las autoridades administrativas o judiciales, sus conclusiones y valoraciones. Sin embargo, cabe destacar que, de los diez instrumentos revisados, tan solo tres resultan ser escalas heteroadministradas. Las escalas heteroadministradas o “escalas del observador” (Bech et al., 1993) son cumplimentadas por un examinador externo que requiere de diferentes niveles de capacitación. En el caso de las familias en riesgo social, se necesita, además, de un conocimiento medio del entorno familiar y de las conductas parentales recogidas en diversos contextos (escolar, sanitario, ocio, etc.) para evitar sesgos en la observación y obtener una mayor validez en las respuestas registradas. Esto supone una importante inversión de tiempo en la formación de la persona evaluadora que no siempre va a ser posible. En este sentido, es importante tener en cuenta la gran presión asistencial a la que están sometidos los servicios de intervención social en familias e infancia a los cuales está dirigido el uso de dichos instrumentos. Por este motivo, el tiempo de formación previa de los profesionales para familiarizarse con la herramienta, así como el tiempo de administración de las pruebas y el análisis, deben ser tenidos en consideración antes de seleccionar uno de estos instrumentos. El objetivo siempre ha de ser el de no demorar, por ejemplo, medidas de protección en situaciones de desamparo infantil o adolescente o sentencias regulatorias de guardas y custodias desde el ámbito judicial, ya que dicho tiempo puede tener un impacto negativo en el desarrollo evolutivo de los menores objetivos de la intervención. Desgraciadamente, es habitual que las medidas de protección en el sistema de protección a la infancia se tomen tarde o una vez que el niño o adolescente ya presenta un alto malestar por las situaciones vividas en el contexto familiar (Rodrigo et al., 2008).

En relación con la variable de competencias parentales percibidas, tres de los instrumentos revisados (Bayot et al., 2005;

Cumsille y Loreto, 2014; De la Iglesia et al., 2010) constituyen escalas de conductas parentales percibidas por los hijos adolescentes o adultos jóvenes que responden sobre un recuerdo cercano de las conductas de sus padres. Esta vía de obtención de información, al proceder del propio relato del sujeto (autoreferencial y experiencial), activa procesos de memoria episódica y cómo tal puede estar sujeto a procesos de sugestionabilidad del contexto que deben ser tenidos en cuenta en la valoración de las competencias parentales (Juárez et al., 2023). Podría resultar de interés para futuras investigaciones una comparación entre las habilidades parentales percibidas por los propios progenitores y las reportadas por sus hijos para observar diferencias que, seguramente, en muchos casos serán significativas. A su vez, se debe tener en cuenta la existencia de un posible dinamismo en la percepción de las competencias parentales percibidas sobre los progenitores a lo largo de la vida. Autores clásicos de la literatura, como Oscar Wilde, han destacado en sus obras el cambio de percepción sobre las figuras parentales que se da en función de la etapa del ciclo vital en la que el sujeto se encuentra “los hijos comienzan la vida amando a sus padres; al hacerse mayores, los juzgan, y en ocasiones, hasta los perdonan.” (Wilde, 1890/2006, p. 28).

Finalmente, un factor no menor para tener en cuenta en la evaluación del constructo planteado es la disparidad entre las valoraciones internas (autoadministradas) y las valoraciones externas (heteroadministradas) que se pueden dar cuando en la *ecología parental* (Rodrigo et al., 2015) se registran situaciones de violencia, problemas graves de salud mental o de consumo de tóxicos. En dichas familias en las que existen sospechas de maltrato o de negligencias graves hacia los hijos son habituales las reacciones de negación o de minimización, por parte de los progenitores, de las situaciones compatibles con maltrato (Pereda y Almirall, 2004). Estas circunstancias derivan en problemáticas graves en el ejercicio de las competencias parentales. A su vez, la consciencia del problema es un aspecto clave para obtener un pronóstico positivo o negativo de recuperación de las habilidades parentales en los procesos de estudio de situaciones de desamparo infantil y adolescente (De Paul y Arruabarrena, 2007; Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco, 2017).

De las tres escalas heteroadministradas revisadas, cabe destacar, por su proximidad geográfica y cultural, la de Martín et al. (2013) y la de Hidalgo et al. (2020). Uno de los aspectos más interesante es que ambos instrumentos han incorporado en su construcción aspectos del entorno familiar, sin incidir tanto en las variables de personalidad o en la conducta propia de los padres. En los modelos ecosistémicos actuales se entiende que ciertas dificultades temperamentales en los progenitores pueden ser compensadas si existe un correcto uso de los recursos comunitarios y si los cuidadores aceptan las orientaciones y soportes que pueden recibir de sus redes de apoyo, tanto formales (recursos educativos o sanitarios) como informales (familiares, amigos o vecinos) (Barudy y Dantagnan, 2010; Cabrera, 2013; Rodrigo et al., 2015).

Ante la selección del instrumento más idóneo, cabe tener en cuenta que los psicólogos y profesionales del ámbito de la intervención social habitualmente ejercen sus funciones en administraciones públicas (locales o autonómicas) con gran presión asistencial (servicios sociales, servicios sociales especializados de protección a la infancia y la adolescencia o equipos técnicos de centros de acogida de urgencia, entre otros). La alta presión

asistencial implica un gran ejercicio de priorización de recursos humanos y de una correcta gestión del tiempo de intervención, es por ello por lo que resulta interesante la variable temporal de formación previa de los profesionales que se requiere para el uso de dichos instrumentos, así como el tiempo de administración de estos. En este caso, la escala de Martín y colaboradores (2013) es la que ofrece una proporción más ajustada y razonable, tanto del tiempo previo de familiarización con la herramienta, como de la propia administración y obtención de los datos. El instrumento de Hidalgo y colaboradores (2020), al tratarse de una entrevista semiestructurada, requiere de un tiempo mayor de formación y familiarización previa con las competencias descritas y posteriormente un tiempo también más extenso para analizar los resultados. A pesar de este inconveniente, la Escala ECP-12 ofrece un contexto de conversación natural y no intrusiva para con las familias evaluadas, así como ciertos soportes visuales que facilitan el abordaje de algunos contenidos. Al tratarse de una “evaluación compartida” entre el profesional y la familia, puede generar en el momento ya elementos de mejora y que orienten la intervención posterior, teniendo en cuenta el paradigma de la parentalidad positiva. A su vez, el modelo de entrevista semiestructurada permite el acercamiento entre profesionales y progenitores de culturas de origen diferentes, para de esta manera poder aclarar y relativizar, por parte de los primeros aspectos de la crianza para reducir la probabilidad de caer en sesgos culturales en la recogida de datos.

La escala heteroadministrada de Martín et al. (2013) y la entrevista semiestructurada de Hidalgo et al. (2020) serían, por tanto, las más recomendadas, tras la revisión efectuada, en los contextos de intervención social en familia e infancia, dado que permiten medir el complejo constructo de las competencias parentales desde los modelos ecológicos y contextuales actuales. Estas dos herramientas permiten evaluar las competencias parentales, teniendo en cuenta los recursos y fortalezas de las familias, y no solo los elementos de riesgo y de desprotección, enlazando así con las prácticas actuales de parentalidad positiva que, como se ha constatado, suponen importantes beneficios para los padres y sus hijos (Rodrigo, 2016).

Como limitaciones, respecto a la metodología de revisión narrativa y, si bien ha sido la seleccionada teniendo en cuenta la escasez de trabajos en lengua española disponibles, así como la necesidad de analizar desde una perspectiva crítica y experta las diferentes escalas existentes para acercar este análisis a los equipos profesionales que deben tomar una decisión altamente relevante para las familias, destacar la falta de sistematización en la inclusión de las mismas. Respecto a los contenidos incluidos, se echan en falta en los instrumentos seleccionados la disponibilidad de escalas complementarias que midan constructos propios de la experiencia vital en cuestión, como sería el estrés parental (Louie et al., 2017). Este, combinado con otros estresores vitales como puede ser la pobreza, la monoparentalidad, una separación conflictiva entre los progenitores, o los procesos de migración, aumenta las probabilidades de tener dificultades en el desarrollo de las competencias parentales (Cummings et al., 2005; Martins et al., 2023). A su vez, es necesario obtener muestras representativas de poblaciones de las diversas regiones del Estado español para poder ampliar las recogidas inicialmente (Islas Canarias y Andalucía). Esto proporcionaría más robustez a la escala de Martín et al. (2013) y a la entrevista de Hidalgo et al. (2020) y permitiría adaptarlas a

las diferentes lenguas cooficiales españolas (catalán, valenciano, euskera y gallego). Cabe recordar que las competencias en materia del sistema de protección infantil y adolescente están delegadas a las comunidades autónomas (Casas, 1994) y las lenguas cooficiales tienen un uso importante en los informes técnicos y en las valoraciones de cada región.

Conclusiones

En los últimos años, ya han aparecido instrumentos en lengua española que ofrecen niveles elevados de validez y fiabilidad en la valoración del constructo revisado, como se ha presentado en esta revisión, si bien siguen siendo escasamente empleados en los procesos técnicos de evaluación de situaciones familiares. En cambio, dichas valoraciones tienen un impacto directo sobre la vida de cientos de niños y niñas del Estado español y por este motivo debe ser tenida en cuenta la rigurosidad de los procedimientos realizados y contar con instrumentos debidamente validados y contrastados empíricamente. A su vez, las administraciones públicas y entidades que desempeñan funciones concertadas para los servicios públicos deben reservar espacios formativos que permitan a los diferentes profesionales del ámbito de la intervención social (del campo de la pedagogía, trabajo y educación social y psicología, entre otros) mejorar la rigurosidad de las evaluaciones de las competencias parentales mediante la capacitación y el entrenamiento en el uso de herramientas de evaluación. La gran presión asistencial a la que están sometidos estos servicios genera que el uso de dichos instrumentos no solo esté al alcance de los profesionales de la psicología, sino también de otros graduados universitarios de la intervención social que deberán haber realizado una formación y familiarización previa con dichas herramientas de evaluación. En todos los casos se deberán seguir las directrices éticas sobre el uso de estas pruebas, así como seguir las pertinentes guías disponibles para un correcto proceso de evaluación (Fernández-Ballesteros et al., 2003; Muñoz et al., 2015).

Conflicto de Intereses

Los autores declaran que no existe ningún potencial conflicto de interés relacionado con el artículo.

Referencias

- Albanese, A. M., Russo, G. R. y Geller, P. A. (2019). The role of parental self-efficacy in parent and child well-being: A systematic review of associated outcomes. *Child: Care, Health and Development.*, 45(3), 333-363. <https://doi.org/10.1111/cch.12661>
- Amorós, P., Rodrigo, M. J., Balsells, M. A., Fuentes, N., Mateos, A., Pastor, C., ... Guerra, M. (2012). *Programa Aprender juntos, crecer en familia*. Fundació “la Caixa”.
- Ayuso, L. (2019). Nuevas imágenes del cambio familiar en España. *Revista Española de Sociología*, 28(2), 269-287. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2018.72>
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Gedisa.
- Baumrind, D. (1996). The discipline controversy revisited. *Family Relations*, 45(4), 405-414. <https://doi.org/10.2307/585170>

- Bayot, A., Hernández, J. V. y Julián, L. F. de (2005). Análisis factorial exploratorio y propiedades psicométricas de la Escala de Competencia Parental Percibida. Versión para padres/madres. ECCP-p. *Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*, 11(2), 113-126. <https://doi.org/10.7203/relieve.11.2.4251>
- Bech, P., Malt, U. F., Dencker, S. J., Ahlfors, U. G., Elgen, K., Lewander, T., Lundell, A., Simpson, G. M. y Lingjmd, O. (1993). Scales for assessment of diagnosis and severity of mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(372), 87. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1993.tb05583.x>
- Bermejo, F. A., Estévez, I., García, M. I., García-Rubio, E., Lapastora, M., Letamendía, P., Cruz, J., Polo, A., Sueiro, M. J. y Velázquez de Castro, F. (2006). *CUIDA. Cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores*. TEA Ediciones.
- Bruna, B., Mazey, V., Rodríguez, M. V. y Calventus, J. (2021). Intervenciones en Competencias Parentales: Evaluación de eficacia del modelo PPF y Triple P. *Summa Psicológica UST*, 18(1), 1-7.
- Cabrera, C. E. (2013). *Construcción y validación de un sistema de evaluación de familias en riesgo psicosocial*. Servicios de Publicaciones. Universidad de la Laguna.
- Casas, F. (1994). *Decentralization of services for children: The Spanish experience*. UNICEF. Innocenti Occasional Papers, 1.
- Comisión Europea. (2013). Recomendación Rec (2013/112/UE) Invertir en la infancia: romper el ciclo de las desventajas. *Diario Oficial de la Unión Europea*.
- Consejo de Europa. (2006). *Recomendación Rec (2006)19 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre políticas de apoyo a la parentalidad positiva*. Consejo de Europa.
- Cummings, E. M., Keller, P. S. y Davies, P. T. (2005). Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 46(5), 479-489. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00368.x>
- Cumsille, P. y Loreto, M. (2014). Análisis psicométrico de la Escala Parental Breve (EPB): Invarianza demográfica y longitudinal en adolescentes chilenos. *Psykhé: Revista de la Escuela de Psicología*, 23(2), 1-14. <https://doi.org/10.7764/psykhe.23.2.665>
- Danilova, I. S., Shaidenko, N. A. y Orekhova, E. Y. (2019). The evolution of the concept "parentality": The comparative linguistic and pedagogical analysis. En S. Ivanova y I. Elkina (Eds.), *Cognitive - Social, and Behavioural Sciences-European Proceedings of Social and Behavioural Sciences* (pp. 49-56). Future Academy. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2019.02.02.7>
- Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco. (2017). *Actualización del BALORA. Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo y desamparo en los servicios sociales municipales y territoriales de atención y protección a la infancia y adolescencia en la Comunidad Autónoma Vasca*. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Fernández-Ballesteros, R., Bruyn, E. E. de, Godoy, A., Hornke, L., Ter Laak, J., Vizcarro, C., Westhoff, K., Westmeyer, H. y Zaccagnini, J. L. (2003). Guías para el proceso de evaluación (GAP): Una propuesta de discusión. *Papeles del Psicólogo*, 23(84), 58-70.
- García, M. I., Estévez, H. I. y Letamendía, P. (2007). El CUIDA como instrumento para la valoración de la personalidad en la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores. *Psychosocial Intervention*, 16(3), 393-407. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-05592007000300007>
- Gómez, E. y Muñoz, M. M. (2015). *Escala de Parentalidad Positiva e2p*. Fundación América por la Infancia.
- Hidalgo, V., Jiménez, L., Lorence, B. y Sánchez, M. (2020). *ECP-12. Entrevista para la evaluación de competencias parentales. Manual técnico*. Cruz Roja Española.
- Hurley, K. D., Huscroft-D'Angelo, J., Trout, A., Griffith, A. y Epstein, M. (2014). Assessing parenting skills and attitudes: A review of the psychometrics of parenting measures. *Journal of Child and Family Studies*, 23, 812-823. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9733-2>
- Iglesia, G. de la, Ongarato, P. y Fernández, M. (2010). Propiedades psicométricas de una Escala de Estilos Parentales e Inconsistencia Parental Percibida (EPIPP). *Evaluar*, 10, 32-52. <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v10.n1.455>
- Jiménez, L., Hidalgo, V., Lorence, B., Maya, J. y Miranda, C. (2020). *Intervenciones psicoeducativas para la promoción de parentalidad positiva. Guía para facilitar su incorporación en las actuaciones de apoyo familiar de Cruz Roja*. Cruz Roja Española.
- Juárez, J. R., Álvarez, F. y Catalán, M. (2023). *La prueba preconstituida. Modelos de entrevista psicológica forense*. Consejo General de la Psicología de España.
- Louie, A. D., Cromer, L. D. y Berry, J. O. (2017). Assessing parenting stress: Review of the use and interpretation of the Parental Stress Scale. *The Family Journal*, 25(4), 359-367. <https://doi.org/10.1177/1066480717731347>
- Martín, J. C., Cabrera, E., León, J. y Rodrigo, M. J. (2013). La Escala de Competencia y Resiliencia Parental para madres y padres en contextos de riesgo psicosocial. *Anales de Psicología*, 29(3), 886-896. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.150981>
- Martínez, R. A. (2009). *Programa-guía para el desarrollo de competencias emocionales, educativas y parentales*. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Martins, M., Pinto, R., Živković, M. y Jiménez, L. (2023). Parenting competences among migrant families living at psychosocial risk in Spain. *Journal of International Migration & Integration*, 25, 737-758. <https://doi.org/10.1007/s12134-023-01101-0>
- Masten, A. S. y Curtis, W. J. (2000). Integrating competence and psychopathology: Pathways toward a comprehensive science of adaption in development. *Development and Psychopathology*, 12(3), 529-550. <https://doi.org/10.1017/S095457940000314X>
- Montoro, N., Montejano, L., Escribano, S., Oliver-Roig, A., Juliá, R. y Richart, M. (2023). Development and validation of a parental competence questionnaire in the paediatric hospital emergency setting (ECP-U). *Journal of Pediatric Nursing*, 73, E54-E64. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.07.009>
- Muñiz, J., Hernández, A. y Ponsada, V. (2015). Nuevas directrices sobre el uso de los tests: investigación, control de calidad y seguridad. *Papeles del Psicólogo*, 36(3), 161-173.
- Paul, J. de y Arruabarrena, M. (2007). *Manual de protección infantil*. Masson.
- Pereda, N. y Almirall, N. (2004). Història del maltractament. En N. Almirall, R. Torné, M. Forns y G. Curt (Coord), *Maltractaments físics greus a nadons i menors de quatre anys ingressats en centres d'acolliment* (pp. 25-42). Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar i Família.
- Popay, J., Roberts, H., Sowden, A., Petticrew, M., Arai, L., Rodgers, M., Britten, N., Roen, K. y Duffy, S. (2006). *Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews. A product from the ESRC Methods Programme*. ESRC.
- Reed, K. B. (1998). *The reliability and validity of the North Carolina Family Assessment Scale*. Chapel Hill, NC: The University of North Carolina at Chapel Hill.

- Reparaz, C., Rivas, S., Osorio, A. y García, G. (2021). A Parental Competence Scale: Dimensions and Their Association With Adolescent Outcomes. *Front. Psychol*, 12(652884). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.652884>
- Richaud de Minzi, M. C. (2002). Inventario acerca de la percepción que tienen los niños y las niñas de las relaciones con sus padres y madres. Versión para 4 a 6 años. *Revista Interamericana de Psicología*, 36(1), 149-165.
- Rodrigo, M. J. (2016). Quality of implementation in evidence-based positive parenting programs in Spain: Introduction to the special issue. *Psychosocial Intervention*, 25(2), 63-68. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2016.02.004>
- Rodrigo, M. J. y Palacios, J. (1998). *Familia y desarrollo humano*. Alianza Editorial.
- Rodrigo, M. J. y Byrne, S. (2011). Social support and personal agency in at-risk mothers. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 13-24. <https://doi.org/10.5093/in2011v20n1a2>
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., Martín, J. C. y Rodríguez, B. (2015). *Manual práctico de parentalidad positiva*. Madrid: Síntesis.
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L. y Martín, J. C. (2010). *Parentalidad positiva y políticas locales de apoyo a las familias*. Publicaciones de la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP).
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., Correa, A. D., Martín, J. C. y Rodríguez, G. (2006). Outcome evaluation of a community center-based program for mothers at high psychosocial risk. *Child Abuse & Neglect*, 39, 1049-1064. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.03.004>
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., Martín, J. C. y Byrne, S. (2008). *Preservación Familiar: un enfoque positivo para la intervención con familias*. Pirámide.
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., Martín, J. C. y Rodríguez, B. (2015). *Manual práctico de parentalidad positiva*. Madrid: Síntesis.
- Rodrigo, M. J., Martín, J. C., Cabrera, E. y Máiquez, M. L. (2009). Las competencias parentales en contextos de riesgo psicosocial. *Intervención Psicosocial* (18), 113-120. <https://doi.org/10.5093/in2009v18n2a3>
- Rodríguez, J., Rodríguez, J. C. y Rodríguez, J. A. (2020). La inteligencia emocional como variable mediadora en la formación de estructuras familiares equilibradas. *Know and Share Psychology*, 1(4), 51-59. <https://doi.org/10.25115/kasp.v1i4.4337>
- Rodríguez, J., Rodríguez, J. C., Rodríguez, J. A. y Burgos, C. G. (2021). Instrumentos para evaluar las competencias parentales. En J. A. Martínez de San Vicente López, J. Rodríguez, J. Rodríguez y C. G. Burgos, *Educación siglo XXI: nuevos retos, nuevas soluciones. Volumen 1* (pp. 89-112). Dykinson. <http://dx.doi.org/10.2307/j.ctv282jpp1.10>
- Rodríguez, J. C. y Rodríguez Góngora, J. (2019). *Estilos educativos parentales y nivel de adaptación en menores*. GRIN Verlag.
- Ruiz, C., Serrano, I. y Mujika, A. (2018). Parental competence programs to promote positive parenting and healthy lifestyles in children: A systematic review. *Jornal de Pediatria*, 94, 238-250. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2017.07.019>
- Save The Children. (2020). *Families en risc. Annex Catalunya*. Save The Children.
- Valencia, E. y Gómez, E. (2010). Una escala de evaluación familiar eco-sistémica para programas sociales: confiabilidad y validez de la NCFAS en población de alto riesgo psicosocial. *Psyke*, 19(1), 89-103. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282010000100007>
- White, A. (2005). *Assessment of parenting capacity. Literature review*. Centre for Parenting and Research. Department of Community Services.
- Wilde, O. (1890/2006). *El retrato de Dorian Gray*. Biblioteca Virtual Universal.
- Wittkowski, A., Garrett, C., Calam, R. y Weisberg, D. (2017). Self-report measures of parental self-efficacy: A systematic review of the current literature. *Journal of Child and Family Studies*, 26, 2960-2978. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-017-0830-5>

Artículo

Impacto de la COVID-19 en la Salud Mental de las Personas de la Tercera Edad

Yeimy Mayumi Bravo Carhuachin¹ , Nancy Elena Cueva Torres² , Regina Zarela Saez Berrocal³ ,
María Rosario Palomino Tarazona²  y Abel Alejandro Tasayco Jala⁴ 

¹ Universidad Nacional Federico Villarreal, Perú

² Universidad César Vallejo, Perú

³ Universidad de San Martín de Porres, Perú

⁴ Universidad Autónoma de Ica, Perú

INFORMACIÓN

Recibido: Octubre 25, 2023

Aceptado: Abril 4, 2024

Palabras clave

Pandemia

COVID-19

Salud mental

Adulto mayor

RESUMEN

Las personas de la tercera edad siempre han sido consideradas personas de riesgo, debido a los diversos problemas de salud físicos y psicológicos que presentan. Sin embargo, durante esta época de pandemia estos problemas de salud se han exacerbado debido al aislamiento, las ideas negativas, las muertes de familiares, entre otros; generando episodios depresivos, ansiosos, insomnio, estrés e ideación suicida. De esta manera, el objetivo de la presente revisión es analizar cómo el virus del COVID-19 ha impactado en la salud mental del adulto mayor, a través de diversas publicaciones entre el 2020 y 2022. Luego de realizar una búsqueda en las bases de datos SCIELO, EBSCO, Pubmed, REDIB, Science direct, Redalyc, Proquest y Dialnet, se encontraron 18 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Finalmente, se halló que la pandemia del COVID-19 ha afectado negativamente en la salud mental de las personas de la tercera edad, motivo por el cual algunos autores plantean que es muy importante que los países del mundo cuenten con estrategias o programas de apoyo al adulto mayor para poder enfrentar de manera adecuada esta pandemia y de esta forma estar preparada ante futuras situaciones similares.

Impact of COVID-19 on the Mental Health of the Elderly

ABSTRACT

The elderly have always been considered to be people at risk, due to the various physical and psychological health problems they present. However, during this time of pandemic these health problems have been exacerbated due to isolation, negative thoughts, and the deaths of family members, among other factors. This has led to depressive episodes, anxiety, insomnia, stress, and suicidal ideation. The objective of this review is to analyze how COVID-19 has impacted the mental health of the elderly, through various publications between 2020 and 2022. After conducting a search in the following databases: SCIELO, EBSCO, Pubmed, REDIB, Science Direct, Redalyc, Proquest, and Dialnet, 18 articles were found that met the inclusion and exclusion criteria. Finally, it was found that the COVID-19 pandemic has negatively affected the mental health of the elderly, which is why some authors state that it is very important that the countries of the world have strategies or programs to support adults to be able to face this pandemic adequately and thus be prepared for similar situations that may occur in the future.

Keywords

Pandemic

COVID-19

Mental health

The elderly

Introducción

Se detectó en Wuhan (China) a finales del 2019 un contagio de gripe que infectaba a las personas rápidamente. Ningún organismo a nivel global ni la OMS esperaban que fuera el inicio de una pandemia mundial, a la cual se le nombró SARS-CoV-2 (Estévez, 2020). Esta pandemia generó el confinamiento de habitantes en diferentes ciudades del mundo (Montero, 2018), con el propósito de evitar que la infección siga creciendo y evitar el fallecimiento de numerosas personas, principalmente las personas longevas.

Frente a este escenario, la OMS recomienda un enfoque de asistencia en la salud mental, especialmente en el adulto mayor, ya que el aislamiento era obligatorio al ser los que tienen más probabilidades de contagiarse. Según Díaz y Toro (2020), las tasas de mortalidad entre el 1% al 3% de los infectados afectaron especialmente del adulto mayor. Del mismo modo coinciden los investigadores Pal et al. (2020), Cañete et al. (2020), Ruiz y Jiménez (2020) y Pérez et al. (2020), quienes confirmaron que la alta tasa de mortalidad era a raíz de la pandemia. Según Etienne (2018), las dificultades de salud mental en Estados Unidos tienen una incidencia en la población de alrededor del 24,2%.

De acuerdo con Lozano (2020), tanto el personal sanitario como la población en general, a causa del confinamiento y la cifra de contagiados, han reportado diversos síntomas como estrés, depresión, ansiedad, ira, insomnio, negación y temor. De manera similar, Caballero y Campo (2020), Sarabia (2020), Acosta e Iglesias (2020) y Vásquez et al. (2020) en sus investigaciones resaltaron como influye el COVID-19 en la salud mental especialmente en adultos de la tercera edad producto del confinamiento (Aguilar et al., 2020). También, Priyanka y Ramesh (2021), Stephenson et al. (2020) y Wang et al. (2022) concluyeron que la pandemia ha provocado un incremento de depresión, estrés, ira, insomnio en la población, con mayor porcentaje en la persona adulta mayor. También, Dura et al. (2022), Delgado (2021) y Yazeed et al. (2022) confirmaron que la salud mental es impactada negativamente por la COVID-19.

Las consecuencias del aislamiento en ancianos es un inconveniente de salud pública que se ha aumentado a raíz de la COVID-19 (Armitage, 2020). Es por ello por lo que Santini (2020) manifiestan que el aislamiento genera que las personas de la tercera edad tengan mayor probabilidad de tener depresión y ansiedad, generando que las personas mayores tiendan a generar diversas emociones negativas desagradables provocados generalmente por información o pensamientos relacionada con la COVID-19.

De esta manera, se busca conocer ¿De qué manera impacta la COVID-19 en la salud mental de las personas de la tercera edad?; siendo el objetivo analizar como la COVID-19 ha impactado en la salud mental del adulto mayor, y teniendo como base diversas investigaciones a nivel internacional y nacional para poder entender como enfrentaron estos inconvenientes a nivel mundial (Rojas, Castaño y Restripo, 2018).

De acuerdo con Maceo et al. (2020), la nueva enfermedad genera un síndrome respiratorio grave, afectando a un sinnúmero de personas y especialmente al adulto mayor, sobre todo a las que tienen diabetes, enfermedades cardíacas, pulmonares y renales. Según Hernández (2020), el COVID-19 influye desfavorablemente en la salud mental de las poblaciones y principalmente en las personas de la tercera edad. Dichos resultados coinciden con la

investigación de Ramírez et al. (2020), quienes analizaron los efectos del aislamiento en la salud mental, concluyendo que genera perturbaciones en la salud mental de la población, especialmente en aquellas que tienen trastornos mentales preexistentes y especialmente en los adultos mayores.

En este sentido, de acuerdo con López (2020), la COVID-19 impacta en la población en aspectos de ansiedad, depresión, estrés y trastornos del sueño, afectando en mayor porcentaje a la población de nivel socioeconómico más bajo. Igualmente, Ochoa et al. (2021) midieron el impacto psicológico en personas adultas por parte de la COVID-19, concluyendo que existe una amenaza en la salud mental en el 20% de la población, por lo que deben de existir servicios para tratar la salud mental.

A la par, Alarcón et al. (2022) plantearon una reflexión sobre como el COVID-19 impactó en el confinamiento de las personas para evitar el contagio, llegando a la conclusión que se debe incrementar los servicios profesionales de salud en brindar apoyo mental a la población confinada. En este sentido, Álvarez y Toro (2021) evidenciaron efectos negativos en la salud mental generando una influencia psicológica negativa en la población.

De acuerdo con Chavarría et al. (2020), la pandemia ha afectado a la familia y la autoestima de cada miembro alterando los estilos de vida. En este mismo sentido, Martínez (2020) evidenció la existencia de problemas de ansiedad, insomnio, temores generales y depresión, tanto en niños, adolescentes y adultos (Cuenca et al., 2020; Paricio y Pando 2020). Además, Álvarez (2020) ha resaltado la importancia de estudios y acciones de servicios sociales con la finalidad de evitar que la pandemia siga influyendo en forma negativa a la población, incrementando caso de ansiedad, estrés y depresión (Petticrew, 2006). Finalmente, según Rodríguez et al. (2020), la COVID-19 afecta a parte del bienestar de las personas, lo que significa un reto para las entidades de salud, en prestaciones a la población para reducir los problemas de salud mental.

Metodología

Para realizar la investigación se efectuó una búsqueda en diversas bases de datos teniendo en cuenta las directrices propuestas por la declaración PRISMA (Page, 2021).

Criterios de Selección de los Estudios

Para llevar a cabo la presente investigación, se aplicaron criterios específicos en consonancia con los objetivos de la revisión. En lo que respecta a los criterios de inclusión, se consideraron los siguientes factores como la fuente de los documentos, limitada a artículos publicados en revistas científicas; un período de tiempo definido, comprendido entre los años 2020 y 2022; la inclusión de idioma tanto inglés como español; y la condición de que los artículos estuvieran centrados en la población de adultos mayores objeto de estudio.

Por otro lado, en lo que concierne a los criterios de exclusión, se descartaron determinados tipos de documentos que no se ajustaban al propósito de la investigación. Estos incluyeron ensayos, reseñas, ponencias, cartas al autor, entrevistas y estudios experimentales. Asimismo, se excluyeron aquellos artículos que no se enfocaran en la población de adultos mayores, ya que esta era la población de interés principal en la investigación.

Bases de Datos y Estrategia de Búsqueda

Para la indagación de los artículos científicos, se acudió a 8 bases de datos electrónicas (SCIELO, EBSCO, Pubmed, REDIB, Science direct, Redalyc, Proquest y Dialnet). Se identificaron artículos relacionados en idioma español e inglés; se realizó la búsqueda de artículos teniendo en cuenta las palabras clave “pandemia”, “salud mental”, “adulto mayor”, “COVID” y “personas de la tercera edad”; también se filtraron los años de búsqueda en un rango del 2020 al 2022; finalmente, se limitó el conjunto de documentos a artículos de revista. La elección de los artículos se llevó a cabo a través de una revisión profunda.

Resultados

Al realizar el filtrado se prosiguió a leer de forma completa cada uno de los artículos seleccionados con la intención de continuar perfeccionando la selección, tomando en cuenta los criterios de exclusión e inclusión. Como resultado se alcanzó 18 artículos, que serán revisados y sintetizados en el presente trabajo.

La descripción de los 18 artículos se puede observar en la [tabla 1](#). Para cada artículo encontrado se presenta el autor, año, base de datos, título, tipo de documento y un breve resumen de cada artículo.

Discusión

En el presente trabajo se pudo confirmar que la pandemia de COVID-19 genera un impacto sobre la salud mental de las personas ([Huarcaya, 2020](#); [Palomera et al., 2021](#); [Paredes, Dawaher y Chérrez, 2020](#); [Miranda, 2018](#)), especialmente en personas de la tercera edad debido a que el aislamiento a causa de la pandemia genera sentimientos como el miedo, ira, frustraciones, entre otras. Estos, al ser constantes, generan otros problemas psicológicos como la depresión y ansiedad ([Armitage, 2020](#); [Vázquez et al., 2020](#); [Delgado, 2021](#); [Dura et al., 2022](#); [Ballena et al., 2021](#)).

Para realizar la presente revisión sistemática se tuvo como base al método PRISMA ([Figura 1](#)), el cual ayudó que se pueda tener un panorama organizado y claro sobre el impacto de la COVID-19 en la salud mental del adulto mayor. Por otro lado, se puede observar que la mayor parte de los resultados son de artículos de revisión ([Hernández y Grace, 2021](#)). No obstante, esta revisión admite revelar de forma general las investigaciones publicadas en esta época de pandemia ([Buitrago et al., 2020](#)), teniendo en consideración las ventajas que tiene el método PRISMA descritos previamente.

Se han revisado diferentes investigaciones para obtener un panorama global de cómo el COVID-19 ha impactado en la salud mental del adulto mayor ([Ruiz y Gómez, 2021](#)), entre ellas tenemos a [Armitage \(2020\)](#), [Delgado et al. \(2021\)](#) y [Dos Santos et al. \(2020\)](#) quienes manifiestan que el aislamiento a causa de la pandemia generó que los adultos mayores tengan problemas con su salud mental, sobre todo en la ansiedad y depresión ([Bertha, 2021](#)). Asimismo, [Álvarez \(2020\)](#) y [López \(2020\)](#) concuerdan en que el COVID-19 ha incrementado el desarrollo de enfermedades mentales y que sus efectos continuarán incluso décadas después de superada la pandemia. De igual forma, [Porcel et al. \(2020\)](#) y [González et al. \(2021\)](#) manifiestan que las reacciones psicológicas a largo plazo provocadas por la COVID-19 suelen ser secuelas emocionales; para

esto, recomiendan que se tomen medidas de salud pública para afrontar la pandemia y de esta forma poder lograr el bien personal y comunitario.

Si bien lo resaltado por estos autores es importante, cabe mencionar que es relevante que el gobierno de cada país focalice y planifique su atención en el apoyo psicosocial y la salud mental durante la pandemia debido a que son fundamentales para la salud ([Ribot, Chang y González, 2020](#)), la nutrición, la seguridad social, el trabajo, la educación y la justicia. Esto permitirá que cuando los países salgan de la pandemia se centren en su economía y recuperación social ([González y Labad, 2020](#); [Santini, 2020](#); [Guerrero, 2021](#)). Adicionalmente, se demuestra que las TIC son útiles para usos relacionados con la cognición, el entretenimiento, información y la socialización durante la pandemia ([Dura et al., 2022](#)).

Respecto a la revisión de artículos originales, podemos encontrar investigaciones con metodología cuantitativa, cualitativa y mixta. Primeramente, a través de la estadística se describieron características emocionales y episodios depresivos que se generan en la persona adulta mayor, lo cual genera un desequilibrio en su bienestar. Entre estas características están la ansiedad, depresión, estrés e insomnio; concluyendo que la pandemia ha afectado negativamente a la salud mental de la población de la tercera edad; sin embargo, diversos autores manifestaron que, si la persona ha sido atendida alguna vez por un psiquiatra o psicólogo, cuenta con mecanismos que generan que la sintomatología fuera menor ([Naranjo et al., 2021](#); [Chávez et al., 2021](#); [Martínez et al., 2021](#); [Sotomayor et al., 2021](#)).

Asimismo, a través de entrevistas para recolectar datos empíricos se indaga sobre la COVID-19 ([OMS, 2021](#)), el aislamiento social y su relación con la salud mental ([Ferreira, Coronel y Rivarola, 2020](#)). De esta manera, se halló que los adultos mayores a causa de las cuarentenas se han visto afectados emocionalmente generando efectos negativos sobre la salud mental, presentando sentimientos desagradables y con constante miedo a causa de la COVID-19, lo cual ha afectado su vida diaria ([Lucas et al., 2021](#)).

Figura 1

Diagrama de Flujo Seguido Para Realizar la Revisión en las Bases de Datos

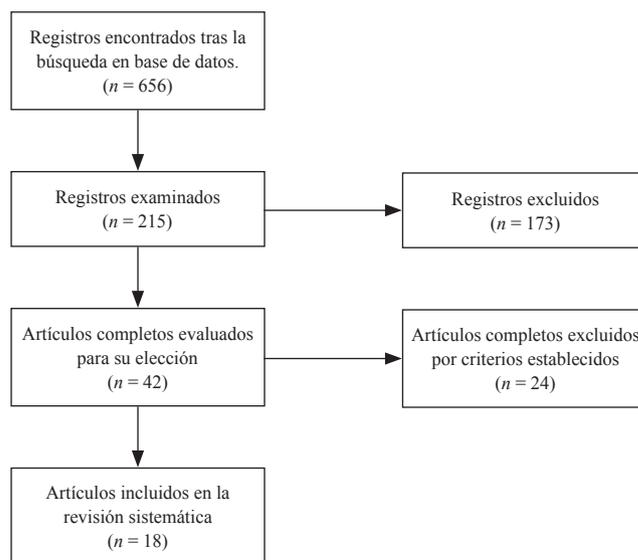


Tabla 1
Síntesis de los Artículos Incluidos en la Revisión Sistemática

N°	Base de datos	Autor/año	Título	Tipo de documento	Resumen
1	Pubmed	Santini (2020)	Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): A longitudinal mediation analysis	Artículo original	En la investigación se tuvo una población de 3005 adultos de 57 a 85 años, donde se evidencia que la desconexión social produjo mayores síntomas de depresión y síntomas de ansiedad. Es por ello que se plantean iniciativas para que los sistemas públicos puedan generar programas para lograr reducir el aislamiento a través de la integración por medio de las redes sociales y la participación en actividades comunitarias o sociales, contribuyendo a fortalecer los lazos sociales y protegiendo a las personas de los trastornos afectivos.
2	Scielo	Armitage (2020)	COVID-19 and the consequences of isolating the elderly	Artículo de revisión	Concluyen que aislar a los ancianos podría disminuir la transmisión sobre todo de las personas con comorbilidades o grupo de alto riesgo. Sin embargo, el aislamiento afecta la salud mental de las personas de la tercera edad, sobre todo en la ansiedad y depresión; por ello es necesario implementar medidas o estrategias preventivas en esta población para prevenir y cuidar la salud mental.
3	Scielo	González et al. (2020)	Psychological impact of sociodemographic factors and medical conditions in older adults during the COVID-19 pandemic in Mexico	Artículo original	Manifiestan que las personas de la tercera edad no solo presentan problemas de salud física; sino que la pandemia ha afectado su salud mental. Se evaluaron a 2992 personas adultas mayores, resultando que las mujeres adultas mayores presentan mayores valores en síntomas depresivos y ansiedad a comparación con los varones. Se recomienda planificar diversas estrategias que generen mayor atención a la salud mental en el adulto mayor.
4	EBSCO	Bonilla et al. (2020)	Health Strategies in Latin America for the Elderly in relation to COVID-19	Artículo original	En el presente estudio se revisaron 45 documentos de 13 países de Latinoamérica. Se realizaron estrategias según el efecto que genera la pandemia en el adulto mayor, lo que permitió clasificar las acciones de salud enfocadas en la promoción, rehabilitación, prevención y restauración. Se concluyó que en la emergencia sanitaria no prevalecieron los indicadores mentales y emocionales, sus afectaciones y los recursos psicológicos como en la nueva normalidad.
5	Science Direct	Porcel et al. (2020)	Personas mayores, dependencia y vulnerabilidad en la pandemia por coronavirus: emergencia de una integración social y sanitaria	Artículo de revisión	Concluyen que la actual pandemia (COVID-19) afecta principalmente a las personas de la tercera edad en todo el mundo; por ello destaca la importancia de prepararnos internacionalmente a través de protocolos para poder ayudar y servir a los adultos mayores hospitalizados, en cuidados paliativos, entre otros.
6	Redalyc	Iacub et al. (2020)	Aspectos emocionales de las Personas mayores durante la Pandemia COVID 19	Artículo original	Se conocieron y analizaron los efectos emocionales en las personas de 60 años frente a la pandemia y el aislamiento social preventivo. Se realizó una encuesta con 757 personas, a través de un cuestionario donde se hallaron diferencias significativas en los estados emocionales por grupo de edad y género.
7	Scielo	Granda et al. (2021)	Efectos del aislamiento en adultos mayores durante la pandemia de COVID-19: una revisión de la literatura	Artículo de revisión	El aislamiento fue una medida obligatoria durante la pandemia, la cual ha provocado efectos negativos en el adulto mayor, principalmente en la salud mental. Se realiza una revisión de artículos publicados desde el 2019, estos artículos brindan información del momento y a corto plazo; por eso no se puede saber las consecuencias psicológicas a largo plazo. Concluye que es muy importante generar medidas para reducir todos los efectos físicos y mentales, según la realidad de cada país.
8	Scielo	Dos Santos et al. (2020)	Adultos mayores que viven solos: conocimiento y medidas preventivas ante el nuevo coronavirus.	Artículo original	Realizaron un estudio cuantitativo con 123 adultos mayores que viven solos. Concluyendo que las personas de la tercera edad que contaban con ciertos conocimientos de la COVID-19 no ponían en práctica las medidas de prevención. Asimismo, el adulto mayor que vive solo y presenta bajos niveles de escolaridad son mayormente vulnerables a la COVID-19.
9	Dialnet	Vázquez et al. (2020)	El confinamiento por el COVID-19 causa soledad en las personas mayores. Revisión sistemática	Artículo de revisión	En el presente artículo, se logra evidenciar que la depresión, las preocupaciones sobre el coronavirus, la ansiedad y la salud en general afectan emocionalmente al adulto mayor debido a los conceptos de vulnerabilidad con los que cuentan, ocasionando un enérgico efecto en la salud mental.

N°	Base de datos	Autor/año	Título	Tipo de documento	Resumen
10	Scielo	González et al. (2021)	Cuidado de la salud mental en adultos mayores en la transición pandemia COVID-19 - Nueva normalidad	Artículo de revisión	El objetivo fue analizar y proponer medidas necesarias para cuidar la salud mental de los adultos mayores en la transición de la post-pandemia. Se menciona que el distanciamiento social ha alejado a los adultos mayores de sus amigos y familiares, los cuales han fortalecido la aparición de diversos problemas psicológicos. Estos deberían ser tratados para evitar que sigan prevaleciendo con el pasar del tiempo. Se concluye que es importante promover estrategias con respaldo científico para poder recuperar la salud mental de los adultos mayores y de esta forma darle importancia a la salud.
11	Dialnet	Lucas et al. (2021)	Efectos emocionales negativos en los adultos mayores a lo largo de la cuarentena por COVID-19 en Santo Domingo	Artículo original.	Sostienen que los adultos mayores, a causa de las cuarentenas, se han visto afectados emocionalmente generando efectos negativos sobre la salud mental. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a adultos mayores de un gerontológico, donde se recaudó información para lograr entender cómo se sienten estas. Se discutió cómo los adultos mayores presentan sentimientos desagradables y con constante miedo a causa de la COVID-19, lo cual ha afectado su vida diaria.
12	REDIB	Sotomayor et al. (2021)	Impacto en la salud mental de los adultos mayores post pandemia COVID-19, El Oro Ecuador	Artículo original	La finalidad del estudio fue disminuir los efectos psicológicos negativos y fortalecer las estrategias de apoyo emocional. Fue un estudio descriptivo y transversal, donde se evaluó a 135 adultos de 60 a 70 años. Todos los evaluados presentaban comorbilidades. Se concluyó que los adultos mayores necesitan apoyo psicológico debido al confinamiento a raíz de la pandemia y sus múltiples consecuencias en la salud mental.
13	Dialnet	Guerrero (2021)	Actividades de integración familiar en la salud mental de los adultos mayores en el contexto de la pandemia Sars-Cov-2/COVID-19	Artículo original	Se recolectó información de diversas bases de datos, llegando a la conclusión que la COVID-19 ha generado consecuencias no solo en la salud física, sino también sobre la salud mental del adulto mayor, ya que este grupo etario estuvo en mayor riesgo debido a las comorbilidades asociadas; dentro de los síntomas asociados a la cuarentena podemos encontrar: ansiedad, miedo, depresión y angustia. Es por eso que se plantean estrategias de integración para el adulto mayor con su familia y de esta forma puedan mejorar su seguridad, se sientan queridos y fortalezcan sus lazos familiares.
14	Proquest	Martínez et al. (2021)	Impacto psicológico del Confinamiento en una muestra de Personas mayores: estudio Longitudinal antes y durante el COVID-19	Artículo original	Se analiza el impacto de la COVID-19 en las personas mayores de 65 años en dos momentos (la primera ola y la segunda ola). Se evaluó a 141 personas mayores. Se concluye que, de la primera ola a la segunda, las personas adultas mayores intensificaron sintomatología psicológica como depresión, tristeza, estrés, insomnio y miedo; los cuales afectan los niveles de bienestar.
15	EBSCO	Chávez et al. (2021)	Relación entre depresión y ansiedad con el aislamiento social debido al confinamiento en adultos mayores	Artículo original	Se plantea que el aislamiento social por la pandemia ha generado ansiedad y depresión con mayor intensidad en el adulto mayor. Se realizó un estudio descriptivo transversal con 286 personas de 65 años, siendo los resultados que el 51.1% presentó algún tipo de depresión, y se encontró una relación estadísticamente significativa entre el aislamiento social, la ansiedad y depresión.
16	EBSCO	Naranjo et al. (2021)	Estados emocionales de adultos mayores en aislamiento social durante la COVID-19	Artículo original.	El alto número de contagios a raíz del COVID-19 ha generado que el aspecto social, pensamientos negativos y las emociones alteren la salud mental de los adultos mayores. Se llevó a cabo un estudio descriptivo-transversal en el que la población de estudio fue de 100 adultos mayores. Se halló un nivel de irritabilidad normal, tanto externa (68,0 %) como interna (70,0 %), un nivel leve de ansiedad (73,0 %) y un nivel leve de depresión.
17	Pubmed	Delgado et al. (2021)	COVID-19 infodemic and adult and elderly mental health: a scoping review	Artículo de revisión	En el presente estudio, se recopiló información de 33 artículos. Estos artículos analizaron el efecto de la pandemia en la salud mental en el adulto mayor. Las repercusiones más relevantes fueron ansiedad, estrés y depresión. Es importante investigar las repercusiones sobre la salud mental, para poder generar mecanismos de ayuda, sobre todo en la población anciana.
18	Pubmed	Dura et al. (2022)	The Impact of COVID-19 Confinement on Cognition and Mental Health and Technology Use Among Socially Vulnerable Older People: Retrospective Cohort Study	Artículo de revisión	Se encontró que los primeros meses de la pandemia no afectaron la cognición, la depresión y el estado de salud percibido. Sin embargo; el confinamiento en personas vulnerables generó que los problemas de salud mental se incrementen y exacerben. Además, demuestran que las TIC son útiles para usos relacionados con la cognición, el entretenimiento, información y la socialización durante la pandemia, pero aún necesita evidencia para respaldar estas intervenciones.

Conclusiones

Teniendo de base a estos resultados, se puede observar que la COVID 19 ha afectado negativamente en la salud mental de la tercera edad. Asimismo, se demuestra la relevancia que tiene la salud mental en las personas mayores, ya que esta permite que el ser humano se desenvuelva en su medio de una forma adecuada; para esto, es necesario que el gobierno invierta presupuesto y diseñe programas de soporte para las personas vulnerables en esta época de pandemia y sepan que hacer cuando se presenten los síntomas y saber a dónde acudir.

A través de las TIC se puede ofrecer la telepsicología como medio de ayuda y soporte para las personas de la tercera edad, sobre todo si se encuentran delicados de salud y no pueden trasladarse; además, resulta beneficioso que el estado cree programas gratuitos para beneficios de las personas que no cuenten con recursos suficientes para asistir a una consulta privada, todo con la seguridad de poder mejorar la salud mental a causa de la pandemia.

Contribuciones de los Autores

Todos los autores han contribuido a la elaboración de este documento.

Financiación

Esta investigación no ha recibido financiación externa.

Conflictos de Intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

Acosta, J. e Iglesias, S. (2020). Salud mental en trabajadores expuestos a COVID-19. *Revista de Neuropsiquiatría*, 83(3), 212-213. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v83n3/0034-8597-rnp-83-03-212.pdf>

Aguilar, S., Duarte, J., Granados, M., Suing, M. y Mimenza, A. (2020). Prevention, diagnosis, and treatment of delirium in older adults with COVID-19. Literature review. *Revista Salud Mental*, 43(6), 319-327. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2020.043>

Alarcón, Y., Armenta, O. y Martelo, L. (2022). Reflexión sobre las consecuencias psicológicas del confinamiento por COVID-19 en la salud mental. *Tejidos Sociales*, 4(1), 1-8. <https://revistas.unisimon.edu.co/index.php/tejsociales/article/view/5555/5331>

Álvarez, C. y Toro, J. (2021). Impacto del COVID-19 en la salud mental: revisión de la literatura mental: revisión de la literatura. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 30(1), 21-29. <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/1180/1566>

Álvarez, L. (2020). Efectos en la salud mental durante la pandemia del coronavirus. *Derecho y Realidad*, 18(36), 203-218. https://revistas.uptc.edu.co/index.php/derecho_realidad/article/view/12164/9987

Armitage, R. N. L. (2020). COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Health*, 5(5), e256.

Ballena, C., Cabrejos, L., Dávila, E., Gonzales, C., Mejía, G., Ramos, V. y Barboza, J. (2021). Impacto del confinamiento por COVID-19 en la calidad de vida y salud mental. *Revista del Cuerpo Médico del HNAAA*, 4(1), 87-89. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.141.904>

Bertha, G. (2021). Actividades de integración familiar en la salud mental de los adultos mayores en el contexto de la pandemia Sars-Cov-2/COVID-19. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 5(1), 101-107. <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1383>

Bonilla, N., Cudris, L. y Mendoza, B. (2020). Health strategies in Latin America for the elderly in relation. *Revista Gaceta Médica de Caracas*, 128(2), 301-311. <https://doi.org/10.47307/GMC.2020.128.s2.17>

Buitrago, F., Ciurana, R., Fernández, M. y Tizón, J. (2020). Pandemia de la COVID-19 y salud mental: reflexiones iniciales desde la atención primaria de salud española. *Revista Atención Primaria*, 53(1), 89-101. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.06.006>

Caballero, C. y Campo, A. (2020). Problemas de salud mental en la sociedad: Un acercamiento desde el impacto del COVID 19 y de la cuarentena. *Duazary*, 17(3), 1-3. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7507968>

Cañete, R., Noda, A., Ferreira, V., Brito, K. y García, A. (2020). SARS-Cov-2, el virus emergente que causa la pandemia e COVID-19. *Revista Médica Electrónica*, 42(3), 1-20. <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v42n3/1684-1824-rme-42-03-1862.pdf>

Chavarría, L., Lainez, A., Ferrufino, M., Rojas, J., Ordoñez, F. y Araujo, R. (2020). Impacto en la salud mental ocasionado por la pandemia del COVID-19. *Realidad y Reflexión*, (52), 13-28. https://icti.ufg.edu.sv/doc/RyRN52-lcdc_ayl_mf_jfr_fo_ra.pdf

Chávez, L., Olivares, A., Rivera, J. y Pedraza, A. (2021). Relación entre depresión y ansiedad con el aislamiento social debido al confinamiento en adultos. *Revista Peruana de Investigación en Salud*, 5(4), 273-278. <https://doi.org/10.35839/repis.5.4.1067>

Cuenca, N., Robladillo, L. y Menese, M. (2020). Salud mental en adolescentes. *AVFT Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(6), 689-695. https://www.revistaavft.com/images/revistas/2020/avft_6_2020/3_salud_mental_adolescentes.pdf

Delgado, C., Silva, E., Barbosa, E., Costa, F. da, Alves, V. y Bezerra, R. (2021). COVID-19 infodemic and adult and elderly mental health: a scoping review. *Revista da Escola de Enfermagem*, 551-11. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0170>

Díaz, F. y Toro, A. (2020). SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. *Medicina & Laboratorio*, 24(3), 183-205. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096519/covid-19.pdf>

Dura, E., Goodman, J., Vega, A., Guerrero, G., Varela, E., Garolera, M., . . . Guzmán, J. (2022). The impact of covid-19 confinement on cognition and mental health and technology use among socially vulnerable older people: retrospective cohort study. *Journal of Medical Internet Research*, 24(1), 1-17. <https://www.jmir.org/2022/2/e30598>

Estévez, R. (2020). Teorías del origen del Sars-Cov-2, claves e incógnitas de una enfermedad emergente. *Revista Española de Salud Pública*, 94(30), 1-10. https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/C_ESPECIALES/RS94C_202009116.pdf

Etienne, C. (2018). Salud mental como componente de la salud universal. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42(1), 1-2. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e140>

Ferreira, M., Coronel, G. y Rivarola, M. (2020). Impacto sobre la salud mental durante la pandemia COVID 19. *Revista virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 8(1), 61-81. <https://doi.org/10.18004/rvpspmi/2312-3893/2021.08.01.61>

González, C., Agüero, J., Mazatán, C. y Guerrero, R. (2021). Cuidado de la salud mental en adultos mayores en la transición pandemia COVID-19 - Nueva normalidad. *Revista Cogitare Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.78463>

- González, A. y Labad, J. (2020). Salud mental en tiempos de la COVID: reflexiones tras el estado de alarma. *Medicina Clínica*, 155(9), 392-394. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-pdf-S002577532030525X>
- González-González, A., Toledo-Fernández, A., Romo-Parra, H., Reyes-Zamorano, E. y Betancourt-Ocampo, D. (2020). Psychological impact of sociodemographic factors and medical conditions in older adults during the COVID-19 pandemic in Mexico. *Revista Salud Mental*, 43(6). <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2020.040>
- Granda, A., Quiroz, G. y Runzer, F. (2021). Efectos del aislamiento en adultos mayores durante la pandemia de COVID-19: una revisión de la literatura. *Acta Médica Peruana*, 38(4), 305-312. <https://doi.org/10.35663/amp.2021.384.2225>
- Guerrero Robles, B. A. (2021). Actividades de integración familiar en la salud mental de los adultos mayores en el contexto de la pandemia Sars-Cov-2/Covid-19. *RECIMUNDO*, 5(Especial 1), 101-107. [https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(esp.1\).nov.2021.101-107](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(esp.1).nov.2021.101-107)
- Hernández, B. y Grace, L. (2021). Impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de la población general. *UCIMED - Ciencia & Salud*, 5(5), 45-56. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v5i5.332>
- Hernández, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro*, 24(3), 578-594. <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/3203/2587>
- Huarcaya, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327-334. <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/5419/3537>
- Iacob, R., Arias, C., Kass, A., Herrmann, B., Val, S., Slipakoff, L., Gil de Muro, M. (2020). Aspectos emocionales de las Personas mayores durante la Pandemia COVID 19. *Anuario de investigaciones*, 27. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369166429015>
- López, M. (2020). Impacto en salud mental de la pandemia COVID-19. *Anales RANM*, 137(3), 276-280. https://analesranm.es/wp-content/uploads/2020/numero_137_03/pdfs/rev03.pdf
- Lozano, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuropsiquiatría*, 83(1), 51-56. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v83n1/1609-7394-rnp-83-01-51.pdf>
- Lucas, I., Buitrón, V., Sánchez, E. y Castelo, W. (2021). Efectos emocionales negativos en los adultos mayores a lo largo de la cuarentena por COVID-19 en Santo Domingo. *Revista Polo del Conocimiento*, 6(9), 1458-1470. <https://doi.org/10.23857/pc.v6i9.3122>
- Maceo, E., Elías, K., Poll, A. y Paumier, E. (2020). Bases teóricas sobre la infección por coronavirus-2 en el sistema renal. *Revista Información Científica*, 99(3), 274-283. <http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v99n3/1028-9933-ric-99-03-274.pdf>
- Martínez, A., Granados, T. y Fernández, V. (2021). Impacto psicológico del confinamiento en una muestra de personas mayores: Estudio longitudinal antes y durante la pandemia. *Revista Acción Psicológica*, 18(1), 151-164. <https://doi.org/10.5944/ap.18.1.29176>
- Martínez, A. (2020). Pandemias, COVID-19 y Salud Mental: ¿Qué Sabemos Actualmente? *Revista Caribeña de Psicología*, 4(2), 143-152. <https://revistacaribenadepsicologia.com/index.php/rcp/article/view/4907/4335>
- Miranda, G. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental? *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 23(83), 86-95. <https://www.redalyc.org/journal/279/27957772009/27957772009.pdf>
- Montero, I. (2018). Salud Mental. *Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud*, 5(1), 1-22. https://www.sanidad.gob.es/eu/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/06modulo_05.pdf
- Naranjo, Y., Mayor, S., Rivera, O. de la y González, R. (2021). Estados emocionales de adultos mayores en aislamiento social durante la COVID-19. *Revista Informática Científica*, 100(2), e3387.
- Ochoa, A., Villareal, K. y Flores, S. (2021). Impacto psicológico de la pandemia COVID-19 en adultos residentes en Carabayllo. *Revista de investigación científica Ágora*, 8(2), 11-19. <https://www.revistaagora.com/index.php/cieUMA/article/view/188/155>
- OMS (2021). *Manejo clínico de la Covid-19. Orientaciones evolutivas*, 1-86. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340629/WHO-2019-nCoV-clinical-2021.1-spa.pdf>
- Page, M. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.recsep.2021.06.016>
- Pal, M., Berhanu, G., Desalegn, C. y Kandji, V. (2020). Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus2 (SARS-CoV-2): An Update. *Cureus*, 12(3), 1-9. https://assets.cureus.com/uploads/review_article/pdf/29589/1612429993-1612429990-20210204-30437-989nfu.pdf
- Palomera, A., Herrero, M., Carrasco, N., Juárez, P., Barrales, C., Hernández, M., . . . Moreno, B. (2021). Impacto psicológico de la pandemia COVID-19 en cinco países de Latinoamérica. *Revista Latinoamericana*, (53), 83-93. <http://revistalatinamericanadepsicologia.konradlorenz.edu.co/vol53-2021-impacto-psicologico-de-la-pandemia-COVID-en-cinco-paises-de-latinoamerica/>
- Paredes, P., Dawaher, J. y Chérrez, M. (2020). Impacto del COVID-19 en la salud mental de los pacientes hospitalizados. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 38(2), 55-64. <https://publicaciones.ucenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/3234/2414>
- Paricio, R. y Pando, M. (2020). Salud mental infanto-juvenil y pandemia de COVID-19 en España: cuestiones y retos. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*, 37(2), 30-44. <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaepnya/article/view/355/293>
- Pérez, M., Gómez, J. y Dieguez, R. (2020). Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(2), 1-15. <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v19n2/1729-519X-rhcm-19-02-e3254.pdf>
- Petticrew, M. (2006). *Systematic reviews in the social sciences: a practical guide*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Porcel, A., Badanta, B., Barrientos, S. y Lima, M. (2020). Personas mayores, dependencia y vulnerabilidad en la pandemia por coronavirus: emergencia de una integración social y sanitaria. *Revista de Enfermería Clínica*, 31(18), 18-23. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.004>
- Pryanka, S. y Ramesh, S. (2021). Impact of COVID-19 on mental health and aging. *Saudi Journal of Biological Sciences*, 28, 7046-7052. <https://doi.org/10.1016/j.sjbs.2021.07.087>
- Ramírez, J., Castro, D., Lerma, C., Yela, F. y Escobar, F. (2020). Consecuencias de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 48(4), 1-8. http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v48n4/es_2256-2087-rca-48-04-e301.pdf
- Ribot, V., Chang, N. y González, A. (2020). Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(1), 1-10. <https://www.redalyc.org/journal/1804/180465399008/html/>
- Rodríguez, C., Medrano, O. y Hernández, A. (2020). Salud mental de los mexicanos durante la pandemia de COVID-19. *Gaceta médica de México*, 157, 228-233. <https://doi.org/10.24875/gmm.20000612>
- Rojas, L., Castaño, G. y Restripo, D. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Revista CES Medicina*, 32(2), 129-140. <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v32n2/0120-8705-cesm-32-02-129.pdf>

- Ruiz, A. y Jiménez, M. (2020). SARS-CoV-2 y pandemia de síndrome respiratorio agudo (COVID-19). *Ars Pharmaceutica*, 61(2), 63-79. <https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v61n2/2340-9894-ars-61-02-63.pdf>
- Ruiz, C. y Gómez, J. (2021). Efectos de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de la población trabajadora. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 24(1), 6-11. <https://doi.org/10.12961/aprl.2021.24.01.01>
- Santini, Z. I. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): A longitudinal mediation analysis. *Lancet Public Health*, 5(1)62-70.
- Santos, D. dos, Nunes, N., Marchiori, G., Freitas, M. y Mendes, L. (2020). Adultos mayores que viven solos: conocimiento y medidas preventivas ante el nuevo coronavirus. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3383. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4675.3383>
- Sarabia, S. (2020). La salud mental en los tiempos del coronavirus. *Revista de Neuropsiquiatría*, 83(1), 3-4. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v83n1/1609-7394-rnp-83-01-3.pdf>
- Sotomayor, A., Espinoza, F., Rodríguez, J. y Campoverde, M. (2021). Impacto en la salud mental de los adultos mayores post pandemia COVID-19, El Oro Ecuador. *Revista Polo del Conocimiento*, 6(1), 362-380. <https://doi.org/10.23857/pc.v6i1.2132>
- Stephenson, E., O'Neill, K., Ji, C., Cra, P., Butt, D. y Tu, K. (2020). Effects of COVID-19 pandemic on anxiety and depression in primary care: A retrospective cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 303, 216-222. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.02.004>
- Vásquez, G., Urtecho, O., Aguero, M., Díaz, M., Paguada, R., Varela, M., . . . Echenique, Y. (2020). Salud mental, confinamiento y preocupación por el coronavirus: un estudio cualitativo. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 54(2), 1-16. <https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/article/view/1333/1016>
- Vázquez, A., Baz, M. y Blanco, M. (2020). El confinamiento por el COVID-19 causa soledad en las personas mayores. *INFAD Revista de Psicología*, 2(1), 471-478.
- Wang, L., Nabi, G., Zuo, L., Wu, Y., y Li, D. (2022). Impacts of the COVID-19 pandemic on mental health and potential solutions in different members in an ordinary family unit. *Frontiers in Psychiatry*, 12(735653), 1-6. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.735653>
- Yazeed, E., Saeed, M., Awad, M., Hussein, Y., Ansar, M., Al-Khadher, M. y Abdo, S. (2022). The psychological and emotional impact of coronavirus disease on COVID-19 patients in Najran Province, Saudi Arabia: An exploratory study. *Journal of Public Health Research*, 11(2343), 1-6. <https://www.jphres.org/index.php/jphres/article/view/2343/1066>

Cartas al Editor

Ampliación del Informe de Sanidad: Evidencia Sobre la Seguridad y Eficacia del Entrenamiento Autógeno

Juan M. Guiote^{1,2} , Miguel Ángel Vallejo Pareja²  y Blanca Mas² 

¹Universidad de Granada, España

²UNED, España

INFORMACIÓN

Recibido: Abril 30, 2024
Aceptado: Mayo 29, 2024

Palabras clave

Entrenamiento autógeno
Seguridad
Eficacia
Informe del Ministerio de Sanidad

RESUMEN

La presente Carta al Director de Papeles de Psicólogo tiene como objetivo revisar y aportar evidencia complementaria al informe realizado por el Ministerio de Sanidad sobre la eficacia y seguridad del entrenamiento autógeno en el marco del necesario Plan de Protección de la Salud frente a las Pseudoterapias. Se concluye que el entrenamiento autógeno es una técnica segura y eficaz con aval empírico y clínico, por lo que, tanto profesionales como ciudadanía pueden confiar en su aplicación. Además, se ofrecen recomendaciones para futuras investigaciones, incluida la necesidad de ensayos controlados aleatorios de alta calidad para delinear con mayor exactitud el potencial del entrenamiento autógeno en los ámbitos de la salud mental y física.

Evidence on the Safety and Efficacy of Autogenic Training: Expanded Spanish Health Ministry's Report

ABSTRACT

This Letter to the Director of Psychologist Papers aims to review and supplement the Spanish Ministry of Health report regarding the efficacy and safety of autogenic training within the essential framework of the Health Protection Plan Against Pseudotherapies. It concludes that autogenic training is a safe and effective technique, supported by empirical and clinical evidence, and thus allows both professionals and citizens to have confidence in its application. Furthermore, it offers recommendations for future research, including the need for high-quality randomized controlled trials to determine more precisely the potential of autogenic training in mental and physical health.

Keywords

Autogenic training
Safety
Efficacy
Spanish Ministry of Health report

En el marco del necesario Plan de Protección de la Salud frente a las Pseudoterapias, impulsado por el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Ciencia e Innovación, se han publicado ocho nuevos informes. Uno de ellos ha realizado una revisión sobre la efectividad y seguridad de las técnicas de relajación basadas en la inducción de sensaciones corporales (Álvarez-Pérez et al., 2024). En esta categoría agrupan los métodos de Vittoz, Wintrebert, Berges, Sapir, Ajuriaguerra y el entrenamiento autógeno. La revisión incluyó ensayos controlados aleatorios (ECAs) y revisiones sistemáticas (RS) indexados en las bases de datos Medline, Embase, Cinahl, PsycINFO y Cochrane desde 2006 hasta 2021. De los 3418 estudios identificados, 13 RS y 18 ECAs cumplieron criterios de inclusión. No se encontró evidencia de técnicas distintas al entrenamiento autógeno en los estudios analizados, razón por la cual, la revisión se circunscribió a este método. Concluye el informe que:

El entrenamiento autógeno podría resultar beneficioso en la mejora de síntomas psicológicos y físicos en distintas condiciones de salud, pero las conclusiones no pueden ser definitivas debido al bajo número de estudios para cada condición de salud y su riesgo de sesgo alto o incierto. Es necesario seguir evaluando la seguridad de estas técnicas (Álvarez-Pérez et al., 2024, p. 14)

La relevancia de esta conclusión muestra la evidencia científica del entrenamiento autógeno y lo separa de las pseudoterapias. El objetivo de esta carta es detallar aspectos específicos del entrenamiento autógeno y aportar evidencia complementaria que respalda su eficacia y seguridad. En primer lugar, el entrenamiento autógeno se define como una terapia de autorregulación psicofisiológica (Luthe, 1963) que ejercita un estado atencional menos esforzado (Guiote et al., 2022, 2023) y no como una relajación basada en la inducción de sensaciones corporales (Álvarez-Pérez et al., 2024). En segundo lugar, el entrenamiento autógeno surge en el ámbito científico (Schultz, 1932) y se detalla rigurosamente la evidencia clínica de su eficacia en diversos manuales, entre otros, *Autogenic Therapy*, vol. 2 *Medical Application* (Luthe y Schultz, 1969). En la actualidad existe evidencia adicional a la compilada por la revisión impulsada por Sanidad. En la revisión de Álvarez-Pérez et al. (2024) de las 13 RS incluidas sólo dos –Kanji et al. (2006) y Seo et al. (2018)– son específicas del entrenamiento autógeno. Sin embargo, para el periodo que abarca la búsqueda (2006-2021) se encuentra también la RS y metaanálisis no incluida de Seo y Kim (2019), esto puede ser debido a las bases de datos limitadas consultadas. Además, en el periodo previo al considerado existían diversas revisiones críticas, RS y metaanálisis (Ernst y Kanji, 2000; Linden, 1994; Pikoff, 1984; Stetter y Kupper, 2002) todas ellas con evidencia favorable para el entrenamiento autógeno en distintas condiciones que muestran un tamaño de efecto moderado, por ejemplo, $d = 0.68$ y $d = 0.75$ para los índices biológicos y psicológicos respectivamente en Stetter y Kupper (2002). Considerando el periodo posterior al rango de búsqueda es relevante señalar que existe un auge en la investigación del entrenamiento autógeno que incluye cuatro RS y metaanálisis (Angraeni et al., 2023; Breznoscakova et al., 2023; Kohlert et al., 2022; Yumkhaibam et al., 2023) y diversos ECAs que respaldan su base empírica. Respecto a la seguridad del entrenamiento autógeno el informe del Ministerio de Sanidad (Álvarez-Pérez et al., 2024) detalla que un único estudio informa de “una sensación extraña o borrosa en sus ojos que no persistió al finalizar su intervención”

(p. 32). Cabe señalar que este fenómeno no constituye un efecto adverso, sino una descarga autógena. Las descargas, reconocidas en el entrenamiento autógeno por su valor terapéutico, son procesos autorregulatorios que incluyen diversas manifestaciones –motoras, sensoriales, vestibulares, entre otras–, y que generalmente corresponden a recuerdos traumáticos. La mayoría de estos fenómenos son neutralizados mediante la práctica estándar del entrenamiento. Para los casos en que no hubiera neutralización, existen métodos avanzados específicos de intervención (Schultz y Luthe, 1969). Lo que hace imperativo que el entrenamiento autógeno sea supervisado por un profesional de la psicología o la medicina, en ambos casos con formación especializada en el entrenamiento autógeno. Además, han sido detalladas las no indicaciones y contraindicaciones –absolutas y relativas– del entrenamiento autógeno (Luthe, 1979). Por lo tanto, la seguridad de la técnica en este marco está garantizada. Debido a su seguridad y eficacia el entrenamiento autógeno se prescribe en otros países en contextos sanitarios. Por ejemplo, en el Reino Unido, el Servicio Nacional de Salud (*National Health Service*, NHS), a través de la Fundación de Confianza del NHS (*NHS Foundation Trust*) de la red *University College London Hospitals*, avala y recomienda su práctica. <https://www.uclh.nhs.uk/our-services/find-service/integrated-medicine/autogenic-training>. Por otra parte, cabe señalar que, aunque Álvarez-Pérez et al. (2024) solicitaron información y revisión a asociaciones externas, ninguna de ellas estaba especializada en entrenamiento autógeno. Asimismo, el informe de revisión podría haberse beneficiado de una revisión por pares como es prescriptivo en la comunicación científica. Por último, coincidiendo con Álvarez-Pérez et al. (2024) se recomienda continuar la investigación mediante ECAs de alta calidad que refuercen su validez empírica. Además, se enfatiza la importancia de incorporar en los estudios el entrenamiento autógeno estandarizado completo que incluya las seis fórmulas, asegurar la práctica diaria y la supervisión por un profesional especializado. En conclusión, el entrenamiento autógeno, terapia de autorregulación psicofisiológica con cien años de historia, ha mostrado su eficacia y seguridad en el ámbito de la salud mental y física. Conoceremos todo su potencial a través de nuevos estudios interdisciplinarios.

Financiación

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Referencias

Álvarez-Pérez, Y., Rivero-Santana, A., Perestelo-Pérez, L., Duarte-Díaz, A., Ramos-García, V., Torres-Castaño, A., Toledo-Chávarri, A., González-Hernández, N., Rodríguez-Rodríguez, L. y Serrano-Aguilar, P. (2024). *Efectividad y seguridad de las técnicas de relajación basadas en la inducción de sensaciones corporales*. Informe técnico del Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de Salud. Ministerio de Sanidad. <https://redets.sanidad.gob.es/productos/buscarProductos.do?metodo=detalle&id=1207>

- Anggraeni, E., Agustini, N. y Wanda, D. (2023). Benefits of autogenic training therapy for teenagers: A systematic review. *Jurnal Ipteks Terapan*, 17(4), 1038-1047. <https://doi.org/10.22216/jit.v17i4.2788>
- Breznoscakova, D., Kovanicova, M., Sedlakova, E. y Pallayova, M. (2023). Autogenic training in mental disorders: what can we expect? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4344. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054344>
- Ernst, E. y Kanji, N. (2000). Autogenic training for stress and anxiety: a systematic review. *Complementary therapies in medicine*, 8(2), 106-110. <https://doi.org/10.1054/ctim.2000.0354>
- Guiote, J. M., Lozano, V., Vallejo, M. Á. y Mas, B. (2022). Un marco para promover la salud mental y la regulación atencional en niños: entrenamiento en meditación autógena. Ensayo controlado aleatorio. *Revista de Psicodidáctica*, 27(1), 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.psicoe.2021.10.002>
- Guiote, J. M., Vallejo, M. Á. y Mas, B. (2023). Effortless attention trainings: The intersection of attention and mental health in children and teenager. En M. Carotenuto (Ed.), *Mental Health of Children and Adolescents in the 21st Century*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.1003800>
- Kanji, N., White, A. R. y Ernst, E. (2006). Autogenic training for tension type headaches: a systematic review of controlled trials. *Complementary Therapies in Medicine*, 14(2), 144-150. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2006.03.001>
- Kohlert, A., Wick, K. y Rosendahl, J. (2022). Autogenic training for reducing chronic pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International journal of behavioral medicine*, 29(5), 531-542. <https://doi.org/10.1007/s12529-021-10038-6>
- Linden, W. (1994). Autogenic Training: A narrative and quantitative review of clinical outcome. *Biofeedback and Self-Regulation*, 19(3), 227-264. <https://doi.org/10.1007/BF01721069>
- Luthe, W. (1963). Autogenic training: Method, research and application in medicine. *American Journal of Psychotherapy*, 17(2), 174-195. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1963.17.2.174>
- Luthe, W. (1979). About the methods of autogenic therapy. En E. Peper, S. Ancoli y M. Quinn (Eds.), *Mind/Body Integration Essential Readings in Biofeedback* (pp. 167-186). Plenum Press
- Luthe, W. y Schultz, J. H. (1969). *Autogenic therapy. Vol. II. Medical applications*. Grune & Stratton.
- Pikoff, H. (1984). A critical review of autogenic training in America. *Clinical Psychology Review*, 4(6), 619-639. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(84\)90009-6](https://doi.org/10.1016/0272-7358(84)90009-6)
- Schultz, J. H. (1932). *Das Autogene Training: Konzentrierte Selbstentspannung* [Entrenamiento autógeno: Autorrelajación concentrativa]. Georg Thieme Verlag.
- Schultz, J. H. y Luthe, W. (1969). *Autogenic therapy. Vol. I. Autogenic methods*. Grune & Stratton.
- Seo, E., Hong, E., Choi, J., Kim, Y., Brandt, C. y Im, S. (2018). Effectiveness of autogenic training on headache: A systematic review. *Complementary Therapies in Medicine*, 39, 62-67. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2018.05.005>
- Seo, E. y Kim, S. (2019). Effect of autogenic training for stress response: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 49(4), 361-374. <http://doi.org/10.4040/jkan.2019.49.4.361>
- Stetter, F. y Kupper, S. (2002). Autogenic training: a meta-analysis of clinical outcome studies. *Applied psychophysiology and biofeedback*, 27(1), 45-98. <https://doi.org/10.1023/a:1014576505223>
- Yumkhaibam, A. H., Farooque, S. y Bhowmik, S. K. (2023). Effectiveness of autogenic training on reducing anxiety disorders: A comprehensive review and meta-analysis. *European Journal of Physical Education and Sport Science*, 10(3), 124-141. <https://doi.org/10.46827/ejpe.v10i3.5059>