

**Equip Directiu**

**Direcció:**

Cristina Aguilar Giner, Eulen. S. Sociosanitaris. Vlc.

**Subdirecció:**

Enrique Cantón Chirivella, Univ. València  
Consuelo Claramunt Busó, Gabinet Municipal, Torrent  
Ángel Martínez Moreno, PAINA Consultoria Vlc

**Equip Editorial:**

**Responsables de secció:**

Gilberto Minaya Lozano, FREMAP, Vlc  
Miguel José Perelló del Río, Centre d'Aplicacions Psicològiques, Vlc  
María Cortell Alcocer, Clínica de Psicoanàlisis, Vlc  
Carmel Ortóla Pastor, Gabinet Psicoteràpia Gestalt, Vlc  
Xavier María Pérez Albert, Gabinet Urrutia, Vlc

**Comité Editorial:**

M. Constanza Aguilar Bustamante, Univ. de Santo Tomás, Colòmbia  
Francisco Alcantud Marín, Univ. València  
Esther Barberá Heredia, Univ. de València  
M. Carmen Barrachina Segura, consulta privada, Vlc.  
Francisco Bas Ramallo, Centre de Psicologia Bertrand Russell, Madrid  
Luis Benites Morales, Univ. de San Martín de Porras, Perú  
Vicent Bermejo Frígola, Salut Mental Infantil, Conselleria de Sanitat  
Javier Bou Piquer, Associació Sistemàtica de València  
Jesus Cabezas Fernández, consulta privada, Vlc.  
Amparo Cabrera Vallet, Consulta privada, Vlc.  
María José Cantero López, Univ. València  
José Cantón Duarte, Univ. Granada  
Maite Cortés Tomás, Univ. de València  
María Victoria del Barrio Gandara, UNED  
Edelmira Doménech Llaberia, Univ. Autònoma Barcelona  
Begoña Espejo Tort, Univ. València  
M. Dolores Ferrando Moncholi, consulta privada, Vlc.  
Enrique Garcés de los Fayos Ruiz, Univ. Murcia  
Pedro Rafael Gil-Monte, Univ. València  
Francisco Gotzens Busquets, Ajuntament de València  
Francisco Hidalgo Mena, Generalitat Valenciana  
Elvira Asunción Jaime Coll, MAR, Psicologia Clínica i Jurídica, Vlc.  
Anette Kreuz –Smolinski, Centre de Teràpia Familiar Fàsica, Vlc.  
Ángel Latorre Latorre, Univ. València  
Wilson López López, Pontificia Univ. Javeriana Bogotà i ABA Colòmbia  
José Tomás Llopis Giménez, Univ. de València  
Fernando Lluch Gutiérrez, Ajuntament de Cullera  
Maribel Martínez Benlloch, Univ. València  
Carmen Mateu Marques, Univ. València  
Manuel Medina Tornero, Univ. de Murcia  
Francisco Xavier Méndez Carrillo, Univ. Murcia  
María Vicenta Mestre Escrivá, Univ. València  
Luis Valentín Montoro González, Univ. València  
Gonzalo Mustiu Ochoa, Univ. València  
María del Mar Navarro Diaz, Gabinet Municipal Torrent  
José Olivares Rodríguez, Univ. de Murcia  
Godoleva Rosa Ortiz Viveros, Institut d'Investigacions Psicològiques, Univ. Veracruzana, Mèxic  
José María Peiró Silla, Univ. València  
Gema Pons Salvador, Univ. de València  
Adriana Rey Anastasi, Institut de Medicina Legal, Vlc.  
Juan Sevilla Gascó, Centre de Teràpia de Conducta Vlc.  
M. Ángeles Tomás Bolos, Gabinet de Psicologia Clínica i Educativa, Vlc.  
María Victoria Trianas Torres, Univ. Málaga  
Javier Urta Portillo, President de la Comissió Deontològica de Madrid  
Rosario Valdés Caraveo, Universidad ELPAQ, Chihuahua, Mèxico  
Miguel Ángel Verdugo Alonso, Univ. Salamanca

**I.S.S.N.** 0214-347 X - D. L. V-841-1983.

Està inclosa en les següents bases de dades:

CINDOC, PSICODOC, LATINDEX I DIALNET.

editorial	3
temes d'estudi	4
• Teoría y práctica de la psicología política Adela Garzón Pérez .....	4
• Estudio del perfil psicológico del vigoréxico en el deporte Enrique Cantón Chirivella, Francisco Revert Ferrero i Alfonso Chávez Valdés .....	26
• Relevancia de las variables sociodemográficas y del ejercicio físico en la ansiedad en mujeres Aurelio Olmedilla Zafra, Enrique Ortega Toro i Julia Madrid Garrido .....	41
• Esquizofrenia: déficit en cognición social y programas de intervención Inmaculada Fuentes Durá, Juan Carlos Ruiz Ruiz, Sonia García Ferrer, M <sup>ra</sup> José Soler Boada i Carmen Dasí Vivo .....	53
• Evaluación de la percepción y la satisfacción de los familiares de usuarios de un centro de rehabilitación e integración social Yolanda Simarro Quintana, Inmaculada Fuentes Durá, Juan Carlos Ruiz Ruiz i Marisa García Merita .....	65
debat	77
• Las Psicosis: Medicación ¿y qué más? Juanjo Albert Gutiérrez, José Luis Belinchón Belinchón, Inmaculada Navarro Morales i Óscar Vallina Fernández .....	77
entrevista	90
• Dña. Alicia Meseguer Felip per Silvia Navarro Ferragud .....	90
praxi	97
• Aspectos del informe pericial forense sobre determinación de idoneidad de relación y visitas de abuelos respecto a su nieto Xavier María Pérez Albert .....	97
deontologia pràctica	107
• Supuesto didáctico sobre ética profesional y deontología en el campo de la psicoterapia Vicent Bermejo Frígola .....	107
crítica de llibres	116
• Terapia psicológica integrada para la esquizofrenia, Volker Roder, Hnas D. Brener, Norbert Kienzle e Inmaculada Fuentes per Francisco J. Santolaya Ochando .....	116
• El duelo y la muerte, Leila Nomen Martín per Silvia Tortajada Navarro .....	117
• La psicoterapia breve caracteroolítica (PBC). Una respuesta psicosocial al sufrimiento emocional, Xavier Serrano Hortelano per Javier Torró Biosca .....	118
• Inteligencia emocional en situaciones de estrés laboral, César Rodríguez Martín per Noelia Llorens Aleixandre .....	119

editorial ..... 3

topics of study ..... 4

- Teory and practice of Political Psychology  
Adela Garzón Pérez ..... 4
- Study of the vigorexic psychological profile in sport  
Enrique Cantón Chirivella, Francisco Revert Ferrero and Alfonso Chávez Valdés ..... 26
- Relevance of sociodemographics and exercise in anxiety  
in women  
Aurelio Olmedilla Zafra, Enrique Ortega Toro and Julia Madrid Garrido ..... 41
- Schizophrenia: Deficit in social cognition and intervention  
programmes  
Inmaculada Fuentes Durá, Juan Carlos Ruiz Ruiz, Sonia García Ferrer,  
M<sup>ª</sup> José Soler Boada and Carmen Dasi Vivo ..... 53
- A study of how a rehabilitation and social integration centre  
is perceived by relatives of its users  
Yolanda Simarro Quintana, Inmaculada Fuentes Durá,  
Juan Carlos Ruiz Ruiz and Marisa García Merita ..... 65

debate ..... 77

- Psychosis: Medication and what else?  
Juanjo Albert Gutiérrez, José Luis Belinchón Belinchón,  
Inmaculada Navarro Morales and Óscar Vallina Fernández ..... 77

interview ..... 90

- Mrs. Alicia Meseguer Felip  
by Silvia Navarro Ferragud ..... 90

praxi ..... 97

- Aspects of an expert forensic report on how to determine  
the suitable relationship and frequency of visits between  
grandparents and their grandchildren  
Xavier María Pérez Albert ..... 97

professional practice and deontology ..... 107

- Didactic supposition on professional ethics and deontology  
in the field of psychotherapy  
Vicent Bermejo Frígola ..... 107

review of books ..... 116

- Terapia psicológica integrada para la esquizofrenia,  
Volker Roder, Hnas D. Brener, Norbert Kienzle  
and Inmaculada Fuentes  
by Francisco J. Santolaya Ochando ..... 116
- El duelo y la muerte, Leila Nomen Martín  
by Silvia Tortajada Navarro ..... 118
- La psicoterapia breve caracteroolítica (PBC). Una respuesta  
psicosocial al sufrimiento emocional, Xavier Serrano Hortelano  
by Javier Torró Biosca ..... 117
- Inteligencia emocional en situaciones de estrés laboral, César  
Rodríguez Martín  
by Noelia Llorens Aleixandre ..... 119

**Consell Editor:**

Francisco J. Santolaya Ochando (degà)  
Vicenta Esteve Biot (vicedegana 1<sup>a</sup>)  
Concepción Sánchez Beltrán (vicedegana 2<sup>a</sup>)  
Genís Rodríguez i Sánchez (vicedegà 3<sup>a</sup>)  
Manuel R. Peretó i Soriano (secretari)  
Oscar Cortijo Peris (vicesecretari)  
Miguel A. Torricos Sanchis (tresorer)  
Vocals:  
Amparo Malea Fernández, Rosario Morales Moreno,  
Andrea Ollero Muñoz, Pilar del Pueblo López, Juan  
Luis Quevedo Rodríguez i Marcelino Yagüe Cabrerizo.

**Secretària de redacció:**

Lidia Tena i Espada

**Gestora:**

Marta Simon Hernández

**Disseny:**

Susana Aguilar Giner

**Tirada:** 6.400 exemplars

**Impressió i maquetació:**

Gráficas Antolin Martínez, s.l.  
C/ Barón de Herves, 8 • 46003 Valencia  
Tel. - Fax 96 391 89 84 • www.grafamar.com

**Col·legi Oficial de Psicòlegs de la  
Comunitat Valenciana**

Carrer Comte d'Olcou, 1. 46003 València  
www.cop-cv.org • copcv@cop.es  
tf: 96 392 25 95 • fax: 96 315 52 30

## nº 93. La unidad en la diversidad

*El ser es uno pero se dice de muchas maneras.*

**Aristóteles**

Me fui dando cuenta de que retrasaba la redacción de este editorial, sin saber exactamente por qué, o más bien sin darle excesiva importancia, pues como todos sabemos, sentarse literalmente a redactar es algo que conlleva cierta resistencia a encontrar el momento. No obstante, a medida que fui tomando conciencia de mi “dejar de lado”, observé que la maqueta que se presentaba ante mí obsesiva, tenía una característica especial, contenía artículos con temas muy diversos y dispares que aparentemente me alejaban de encontrar un móvil común sobre el que escribir. Enfurruñada en mis quejas, escuché una voz que apuntó: escribe sobre ello!

La psicología a pesar de ser una ciencia relativamente nueva, tal como la concebimos actualmente, con un largo pasado, pero una corta historia -según diría Hermann Ebbinghaus<sup>1</sup>-, abarca todos los distintos aspectos donde la vida humana se proyecta. Su objeto de estudio es el ser humano, por lo que profundiza en fenómenos como sentir, percibir, emocionarse, desear, querer y pensar. Actualmente la psicología se encuentra dividida en una multiplicidad de áreas y enfoques diversos. El enfoque fenomenológico frente al causal; el carácter comprensivo, vivencial o explicativo; los intentos de objetividad frente a la introspección; el interés por la conciencia frente a la profundización en el inconsciente,... Podríamos comenzar afirmando que todos vivimos bajo el mismo cielo, pero ninguno tenemos el mismo horizonte.

Mariano Yela destaca en su magnífico artículo<sup>2</sup> -donde recoge la síntesis del saber académico que le otorgan los años de dedicación- la universalmente reconocida fragmentación desordenada de la psicología. Frente a la desunión actual, Yela vislumbra la búsqueda de la unicidad para finalmente acabar concluyendo que aunque la unificación de la psicología tiene un cierto carácter utópico, en todo caso sería una unidad en la diversidad. Diversidad de datos de observación externa, de experiencias privadas; diversidad de niveles, de campos, de contextos; diversidad de enfoques, de perspectivas y técnicas. Diversidad que puede avanzar hacia la coordinación y complementariedad interna si hay unidad básica de objeto y de método. Definitivamente, concluye o quiere concluir que la unidad de la psicología es posible.

Permitámonos comulgar con el acierto de su perspectiva y la corroboración que el tiempo va otorgando a sus palabras. Actualmente vivimos en un momento histórico de síntesis e integración; más allá de los extremos polarizados, existen los puntos de encuentro, los lugares de acuerdo, respeto y colaboración de distintas perspectivas. El momento actual exige flexibilidad para desdibujar los límites en pro del conocimiento y la eficiencia. El psicólogo/a se presenta como especialista en la diversidad -de las experiencias y contextos humanos-. Siendo ésta una revista generalista y de obligada atención al mundo de la práctica profesional, experimentamos las tesituras que plantea Yela en su artículo y que tratamos de salvar amablemente, pero con exigencia. En el presente número, incluimos temas muy diversos, que contribuyen de forma unívoca a la unicidad de la psicología. Nos acercamos a la Psicología Política de la mano de una eminencia indiscutible en la materia, a la Psicología del Deporte o a la enfermedad mental entre otros.

Es imprescindible ser uno y ser mil para sentir las cosas en todos sus matices... En la eternidad tendremos el premio de no haber tenido horizontes (García Lorca, 1918. *Impresiones y paisajes*. Prólogo). Creo que es necesario superar los horizontes personales con los que leemos el mundo para incorporar otras gradaciones a la experiencia, en este caso aquellas que nos permitan unificar el objeto y el método sin perder la diversidad.

*Cristina Aguilar Giner*  
Directora  
Equip Directiu

<sup>1</sup> Gondra, J.M. (1982) *La psicología moderna*. Desclee de Brouwer. Bilbao.

<sup>2</sup> Yela, M. (1996). Unidad y diversidad de la psicología. *Psicothema* Vol. 8. Supl. Pp.327-351. Opiniones elaboradas y vertidas en varios artículos -1963-1987-.

# Teoría y práctica de la Psicología Política<sup>1</sup>

Adela Garzón Pérez

Catedrática de Psicología Social

Facultad de Psicología. Universidad de Valencia

Correo electrónico: garzon@uv.es

<http://www.uv.es/garzon/adela>

## resumen/abstract:

En este trabajo sobre la *Psicología Política como área de intervención* se presenta un panorama general de los antecedentes, datos más relevantes de su constitución y líneas de investigación, desde dos planos de análisis: el constitucional o formalización del campo de la psicología política y, el segundo, centrado en presentar las áreas de trabajo más destacadas, las más clásicas y las que responden a las urgencias del momento. Se pretende señalar que la Psicología Política, más allá de las disciplinas y titulaciones, que ya no se acoplan a los tiempos actuales académicos y sociales, se puede ver como un recurso de la psicología para poner en marcha el conocimiento desarrollado de forma que los psicólogos políticos, como expertos en las relaciones entre lo político y lo psicológico, realicen aportaciones que: permitan comprender y predecir la dinámica de los procesos políticos, desarrollen instrumentos de mejora de las instituciones políticas y, por último, pongan en relación la psicología y sociedad, a los políticos con ciudadanos, y a éstos con la vida pública.

*This paper about "Political Psychology as an intervention area", presents a general panorama of the antecedents, the most relevant data of its constitution and the investigation lines. Two analysis axes are used: constitutional area or formalization of the political psychology area as a first one and description of the most outstanding, classics and those workplaces that respond to the emergencies of the moment as a second ones. Beyond the discipline that is not coupled to the academic and social current times, the Political Psychology is interpreted as a resource of the psychology. The political psychologist, as an expert in between political and psychological disciplines, uses this resource to carry out contributions that allow to understand and to predict the dynamics of the political processes, the development of the instruments to improve the political institutions and finally, to put in relationship Psychology with Society, politicians with citizens, and citizens with public life.*

## palabras clave/keywords:

Psicología Política, profesionalización, participación política, personalidad política, ideología, socialización política.

*Political Psychology, specialization, political participation, political personality, ideology, political socialization.*

---

<sup>1</sup>Este trabajo fue presentado en las Jornadas Profesionales sobre "Retos y dimensiones de la Psicología", celebradas en Alicante en marzo de 2008 y organizadas por el Col·legi Oficial de Psicòlegs de la Comunitat Valenciana.

## Introducción

La Psicología Política como ámbito profesional es, hoy por hoy, una asignatura pendiente de la psicología política española. En este contexto, *Teoría y práctica de la Psicología Política*, es simplemente una presentación a grandes rasgos de qué es y lo que puede hacer un psicólogo político; un esbozo de un campo para una audiencia poco familiarizada con el desarrollo histórico, conceptual y profesional de la Psicología Política.

Bajo esta perspectiva, las ideas expuestas se limitan a presentar un panorama general de los antecedentes, datos más relevantes de su constitución y líneas de investigación de la Psicología Política, desde dos planos de análisis: el constitucional o formalización del campo de la psicología política y, el segundo, centrado en presentar las áreas de trabajo más destacadas, las más clásicas y las que responden a las urgencias del momento. Integrando ambos planos, se puede plantear, a modo de conclusión que la Psicología Política, más allá de una disciplina, es un recurso, una herramienta que permite al psicólogo poner en contacto a ciudadanos y políticos, y a la psicología con las necesidades y urgencias que presentan en cada momento las sociedades democráticas actuales. Una conclusión ya expuesta y desarrollada en trabajos anteriores (Garzón, 2001).

Sin embargo, antes de exponer estos dos planos son necesarias dos matizaciones. La primera es que aunque la Psicología Política como tal no aparece hasta los años 70 del siglo XX, las aportaciones de los psicólogos al campo de la política han existido desde el comienzo de la propia psicología. La segunda es que la institucionalización de un campo, sea el que sea, va precedida de

un proceso más espontáneo donde se van fraguando los temas, enfoques y problemas que crean un clima propicio para que, en un momento determinado, se vea necesario la regulación y formalización de esa intervención espontánea.

## Aportaciones de los psicólogos al campo de la Política

El plano constitucional se refiere a la institucionalización del campo de la Psicología Política como área de reflexión académica e intervención social; su formalización e incorporación a los planes de estudios de las Facultades de Psicología, el desarrollo de cursos de doctorado y especialización, así como la fundación de asociaciones que integran a los que a sí mismos se llaman psicólogos políticos y, por supuesto, la aparición de distintos canales de difusión del trabajo y líneas de intervención y profesionalización que se consolidan con el paso del tiempo.

Ahora bien, sería un error identificar las aportaciones de los psicólogos al campo de la política con el hecho formal de la institucionalización del campo de intervención. La Psicología Política como disciplina arranca en los 70, pero las aportaciones de psicólogos han existido siempre. Y lo han hecho, por la simple razón de que los psicólogos, sean de una orientación u de otra, de un campo u otro, se han visto obligados a responder a las experiencias sociales y políticas del momento que les ha tocado vivir.

Los psicólogos, como otros científicos sociales, se enfrentaron a acontecimientos económicos, políticos y sociales de gran envergadura que marcaron el siglo XX. La mayoría de los psicólogos pioneros han vivido dos guerras mundiales y el periodo de

una guerra fría, que amenazaba con una tercera, también experimentaron los cambios sociales producidos por el fenómeno de la industrialización que revolucionó las mentalidades y cambió las instituciones básicas; la familia es el ejemplo más representativo de este cambio (Garzón, 2003). Y en medio de estos hechos, la Gran Depresión del 29, la aparición del modelo soviético y su posterior desaparición en los 90, el desarrollo de un modelo global junto al renacer de los localismos y resurgir de los nacionalismos. Los psicólogos respondieron a todos estos acontecimientos, haciendo aportaciones a su comprensión que indudablemente forma parte de las respuestas de la psicología a la vida social y política.

Mencionaré aquellos ejemplos que pueden resultar más llamativos, sobre todo para las nuevas generaciones de psicólogos; además son representativos tanto de los hechos políticos que han preocupado a los psicólogos, como de la preocupación constante que ha tenido la psicología por los problemas y urgencias de la vida social. Me refiero a cuatro autores por todos conocidos: Tolman (1886-1959), Skinner (1904-1990), Maslow (1908-1970) y Lasswell (1902-1978), éste último es quizá más conocido en el campo de la psicología y sociología política.

*Edward Tolman*, impulsor del llamado conductismo intencional, inicia su carrera académica en tiempos de guerra. Perteneciente a una familia de clase alta de Nueva Inglaterra, estudió en las mejores escuelas de Newton, ingresando después en el MIT. Su interés en la psicología estuvo marcado por su conocimiento de los *Principios de Psicología* de W. James, momento en el que deja sus estudios de electroquímica y pasa a estudiar filosofía y psicología, pero también por su relación como alum-

no con Musternberg y posteriormente con Yerkes, quien le introdujo en los planteamientos del conductismo de Watson. Después de su primer año de postgrado se va a Alemania y entra en contacto con Koffka con quien estudio un breve tiempo, pero el suficiente para que marcara su orientación teórica. Regresa a Harvard y en 1915 obtiene el grado de doctor. El tema de doctorado fue un estudio sobre el recuerdo de sílabas sin sentido aprendidas en presencia de olores agradables y desagradables. El conductismo ya no le servía para explicar la conducta. Admiraba a los teóricos de la Gestalt y pretendía hacer una teoría general del comportamiento que explicara la complejidad del entendimiento, la motivación y los asuntos sociales (interés reflejado en su *Purposive Behavior* 1932). Revolucionó el conductismo de su época.

Éste es el lado descarnado de parte de su historia personal y académica; el otro lado nos describe a un psicólogo comprometido con su época, preocupado por el tema de la guerra. Se inicia como docente en el periodo de entreguerras. Expulsado en 1918 de la Universidad de Northwester, donde se inició como docente, con el pretexto de una reducción inevitable de puestos. Tolman siempre pensó que su cese se debió a sus posturas pacifistas y contrarias a la guerra. Después, en la Universidad de Berkerley destacó por su negativa a firmar el decreto que la Universidad imponía a sus profesores: un juramento de no participación en actividades comunistas o cualquier sistema de creencias que entrara en contradicción con el espíritu de la Universidad. Tolman encabeza una oposición abierta a tal decreto, ni lo firma, ni se marchó (si no se firmaba debía abandonar la universidad), consiguiendo que las autoridades retiraran el

juramento en 1950. Casi 10 años después, la propia universidad reconoce su actuación y le otorga un título honorario.

Su aportación a la psicología política se deriva del contexto social que vivió y de los desarrollos de la psicología de su época. Su principal aportación fue *Drives Toward Ward* de 1942; un intento formal de explicar los impulsos humanos que conducen a la destrucción y la guerra, en el que mezcla sus propios conceptos y las ideas freudianas sobre el instinto de destrucción.

*Burrhus Frederic Skinner* es uno de los psicólogos conductistas más conocido entre especialistas y público. Nace en 1904 en un pequeño pueblo de Pennsylvania. Hijo de abogado y madre ama de casa, sufre la primera experiencia dura con la muerte de su hermano a los dieciséis años. Estudia en la Universidad de Hamilton en Nueva York; quería llegar a ser escritor. Su conocimiento del reflejo condicionado de Pavlov le acercó a la Psicología y decide estudiar en Harvard, se licencia en 1926 y obtiene el doctorado en 1931, permaneciendo en Harvard hasta 1936. Más tarde, después de su paso por Minnesota, publica *The behavior of Organism* (1938). En 1948 regresa Harvard para quedarse definitivamente. Su desarrollo del aprendizaje mediante el refuerzo operante ha generado una diversidad de líneas de investigación, enfoques y aplicaciones terapéuticas. Pasa por ser un psicólogo de laboratorio, de la experimentación dura, que lleva al extremo su teoría del aprendizaje cuando desarrolla su estudio del lenguaje; es conocida su polémica frente a la postura de la teoría generativa de Noam Chomsky.

Sin embargo, también Skinner, como Tolman, tiene otro lado de su historia. Fue un

estudiante rebelde y activo, que no encajaba en el ambiente universitario de su época, chocando con los gustos de sus compañeros, estudiante crítico con la universidad y la sociedad Phi Beta Kappa, un ateo al que le fue difícil permanecer en un centro académico donde la asistencia a los actos religiosos era obligatoria. Durante algún tiempo escribe artículos en Medios de Comunicación sobre problemas laborales; un hombre preocupado por el ambiente, por el control y el orden racional, y las instituciones de la sociedad de su época; escribe *Walden dos*, en 1948. Una obra crítica con su época en la que presenta un modelo de sociedad contrario al desarrollado en las sociedades occidentales. Un experimento social que esboza una sociedad ideal, utópica, construida bajo los principios científicos del conductismo y en la que los temas de fondo son la crisis de la familia y del modelo occidental, el problema de la libertad, la viabilidad del modelo democrático y la necesidad de las personas de tener un control externo en la orientación de sus vidas. Fue su aportación, entre otras, a una psicología política que todavía no existía como tal.

*Abraham Maslow*, pertenece a una familia judía de origen ruso, que emigra a los Estados Unidos y se afina en Brooklyn. Nace en Brooklyn en 1908, es el mayor de siete hermanos. Sus padres, obligados a hacer grandes esfuerzos para dar a sus hijos la educación formal que ellos no tuvieron, fueron exigentes con ellos en su rendimiento educativo. El empeño de los padres porque estudiara leyes fue inútil y Maslow abandona el City College de Nueva York. Su introducción a la psicología es tardía; ya después de casado y cuando se traslada a Wisconsin. Estudia con Harry Harlow, que

trabajaba haciendo experimentos con crías de monos y la conducta de apego. Se licencia en 1931 y tres años después obtiene el doctorado en psicología por la Universidad de Wisconsin. También trabajó con Thorndike en la Universidad de Columbia, donde empezó a interesarse en la investigación de la sexualidad humana.

Su experiencia como profesor se inicia en el Brooklyn College. Entonces entra en contacto con muchos de los psicólogos europeos, la mayoría de origen judío, que emigraron a Estados Unidos, y en especial a Brooklyn; conoce a Adler, Fromm, Horney, así como a varios psicólogos de la Gestalt. En Brandeis cuando se hace cargo de la dirección del Departamento de Psicología en 1951, conoce a Kurt Goldstein que le introduce en el concepto de *auto-realización*. En este momento ya dispone de las herramientas suficientes para desarrollar su propia teoría psicología, convertida en la tercera fuerza de la psicología, *la psicología humanista* (Maslow, 1943, 1954), y más tarde será uno de los impulsores de la llamada cuarta, *la psicología transpersonal*. Sus preocupaciones, más allá de los trabajos puntuales realizados, es la realización del yo, la motivación de crecimiento personal, el yo auto-realizado, algo difícil de conseguir, que solamente lo logran algunas personas. Se consigue no sólo cuando las necesidades básicas ineludibles están cubiertas, sino también en función del juego interactivo de un yo personal en una sociedad de masas. En 1943 publica *The Authoritarian Character Study*, su aportación a la psicología política, un intento de estudiar los fenómenos que dominaron la esfera política de mitad de siglo, en parte fruto de su contacto con los psicoanalistas europeos emigrados.

*Harold Lasswell* es el último ejemplo que quería mencionar, no sólo porque es más conocido en los ambientes de la psicología política y de las ciencias políticas, sino porque se convierte para muchos en uno de los fundadores de la Psicología Política. Investigó el campo de la comunicación y persuasión en la época de tensión y de confrontación mundial que vivió, pero sobre todo interpretó la conducta de los líderes políticos en términos de motivos inconscientes desplazados hacia lo público.

Nace en Donnellson, Illinois, en 1902. Destacó como un buen estudiante y obtuvo una beca para estudiar sociología en la Universidad de Chicago. A los 24 años obtiene el doctorado (1926), con una tesis sobre la propaganda en la IGM, que fue publicada bajo el título *Propaganda Technique in the World War I* (Nueva York, 1927). Al acabar la carrera, viajó a Europa, donde estudió en la *London School of Economics* y en centros académicos de París, Ginebra y Berlín. En su biografía se menciona la influencia que en su formación tuvieron, entre otros, Dewey, Mead, Freud.

Comienza su andadura académica en la Universidad de Chicago, como profesor de ciencia política (1926-38). Durante 1938 y 1939 trabaja en la *Washington School of Psychiatry*. Entre 1939 y 1945 dirigió las investigaciones sobre comunicación en tiempo de guerra en la Biblioteca del Congreso norteamericano, y entre 1937 y 1942 colaboró con el *Institute for Propaganda Analysis*, donde se responsabiliza de la edición una revista mensual, que divulgó trabajos de análisis de contenido sobre textos propagandísticos del período de entreguerras. Después de la IIGM se traslada a Yale y desarrolla otras actividades académicas en el John Jay College de la City Univer-

sity de New York y en la Temple University. Formó parte de la Comisión Hutchins (1946), que estudió la libertad de prensa en Estados Unidos y desarrolló la doctrina sobre la responsabilidad social de la prensa. De sus investigaciones sobre propaganda y poder elabora el modelo de comunicación de las 5Q. *Politics: Who Gets What, When, How* (Laswell, 1936).

Su interés por la comunicación se orientaba al papel que los Medios y la propaganda tenían en la formación de pautas de conducta, actitudes y comportamientos, es decir, la transmisión de valores de una cultura. Entendió la propaganda como un sistema de socialización ciudadana que puede permitir a los dirigentes de una sociedad orientar las actitudes cívicas hacia la libertad. Sin embargo, para el contenido de este trabajo, lo que quiero resaltar es su aportación al campo de la psicología política, dado que marcó sus inicios durante varias décadas, tanto por los fenómenos de análisis como por la perspectiva adoptada (de los 30 a los 50, ver Stone, 1974). Lasswell trabajó en un centro psiquiátrico durante algún tiempo, estaba familiarizado con el psicoanálisis y de sus entrevistas personales con activistas, políticos y sindicalistas dedujo que estos actores tenían problemas y motivos privados que desplazaban, intentando compensar sus necesidades y motivos inconscientes, en la vida pública. Más tarde formula explícitamente *el motivo de poder* del político como una forma de compensar su baja autoestima. Dos obras son las que le otorgaron el reconocimiento como uno de los fundadores de la psicología política: *Psychopathology and Politics* de 1930 y *Power and Personality* de 1948.

He mencionado estos autores, pero es evidente que las aportaciones al campo de la

psicología política han sido muchas más, basta recordar el trabajo y la aportación de Charles Osgood a la reducción de la escala armamentística (Alzate, González y Sánchez, 2007), las aportaciones de Eysenck (Seoane, 1997) o el propio trabajo de Kurt Lewin en Norteamérica, convirtiendo la dinámica de grupos en *una tecnología social democrática*. (Lewin, 1948).

En definitiva, las aportaciones de los psicólogos a la explicación y comprensión de los fenómenos sociopolíticos del siglo XX, están más allá de disciplinas formales. Más aún, sus aportaciones no tienen obligatoriamente una intención académica, son simplemente reflejo del interés de la psicología por responder e intervenir en los problemas de su tiempo y del impacto personal de unos acontecimientos en las vidas de estos académicos.

### La constitución del área de trabajo

Hablar de la constitución de un área de intervención es hablar de la formalización y reconocimiento oficial de un campo de acción. Este hecho formal, al que solemos ponerle fecha de nacimiento, padres fundadores y textos que lo avalan, es en el fondo el producto de un proceso natural, más o menos espontáneo, que lleva su tiempo, donde las investigaciones están inconexas y los investigadores no tienen conciencia de formar grupo, pero que poco a poco van tomando cuerpo, hasta que las generaciones más jóvenes lo formalizan. En definitiva, la constitución de un campo de saber no es el comienzo sino el producto, el resultado final de un trabajo previo. Y este hecho no es peculiar de la Psicología Política, sino que se produce en cualquier campo de la ciencia.

### La necesidad de intervenir

En el caso de la Psicología Política Internacional, este proceso natural tiene su punto más álgido en los años 30, una de las épocas más comprometidas de la Psicología. Un período de acontecimientos económicos de envergadura (Gran Depresión), sociales (la sociedad de masas y su nueva cultura) y también de los acontecimientos políticos (la confrontación de modelos políticos, competición de naciones y el alza de ideologías extremas como el nacional-socialismo alemán). Todo esto adornado de un desencanto cívico con las promesas y expectativas del progreso económico ilimitado, con la sensación de que la violencia es inevitable a pesar del avance social y, sobre todo, con unos jóvenes psicólogos estadounidenses, que por primera vez en esa sociedad se ven abocados al paro, a pesar de sus titulaciones, que toman conciencia de los cambios de los que están siendo protagonistas y que tienen contacto con los psicólogos europeos que se vieron obligados a emigrar a los Estados Unidos, fundamentalmente psicólogos judíos, de orientación psicoanalítica y teóricos de la Gestalt. Esa generación de psicólogos de los treinta se acerca y combina dos grandes modelos teóricos no excluyentes: el marxismo que les proporcionaba los determinantes económicos y el psicoanálisis que les facilitó un marco de interpretación psicológica. Crean asociaciones para resolver su problema laboral y sobre todo para dar respuestas a los problemas de su sociedad (D. Kretch, G. Watson, J. F. Brown y otros tantos), en 1936 fundan la Sociedad para el *Estudio Psicológico de los Problemas Sociales* (SPSSI, Society for Psychological Study of Social Issues) y poco después una revista a través de la cual difunden y canalizan sus

ideas y aportaciones, el *Journal of Social Issues*. Representativos de esta época y ambiente son los estudios sobre el Autoritarismo de Erick Fromm (1941) y de Whilheim Reich (1931/1976).

En España, sin contar los antecedentes de las generaciones anteriores a la guerra civil (Garzón, 1994) este proceso es más tardío y menos visible; en el contexto específico de la psicología debemos remontarnos a los años 50 y al trabajo de José Luis Pinillos en el contexto del Consejo Superior de Investigaciones. De su colaboración y contacto con Eysenck, surge su trabajo sobre actitudes sociales básicas y la elaboración de un cuestionario de actitudes culturales (1953). Más tarde, en 1960 realiza una investigación sobre preferencias nacionales y en 1963 adapta a la población española la escala de F (Adorno y otros, 1950). También por esta época Rodríguez Sanabra investiga los estereotipos regionales (1963), una línea de investigación que 20 años después recoge J. L. Sangrador (1981); línea actualmente consolidada (Chacón, 1986). La investigación de las actitudes sociales básicas iniciada por J. L. Pinillos, es también tema de investigación de R. Burgaleta (1976) quien desarrolla un nuevo cuestionario (Morales, 1988).

No se agota aquí los temas iniciales que forman la bases para una formalización posterior de la Psicología Política en España, pero si son los más representativos de las preocupaciones del momento. Son trabajos que reflejan el desarrollo que a partir de los años 60 comienza a tener la sociedad española, una vez que el régimen político es más o menos reconocido en el exterior, pero que fueron problemáticos en su realización porque la psicología provocaba aún recelo y alerta en el sistema político del momento.

El trabajo de J. L. Pinillos sobre la escala F, fue continuado por J. Seoane, primero en Valencia y después, entre 1975 y 1980, en Santiago de Compostela. Es en el departamento de Psicología de la Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación donde se va fraguando entre jóvenes estudiantes de los últimos años de carrera el interés por la Psicología Política como un campo nuevo de especialización (las tesis doctorales de Sabucedo y Méndez del curso 1981-82, dirigidas por J. Seoane, son ejemplos representativos de los inicios informales de la Psicología Política). Santiago de Compostela y, más tarde, Valencia y El País Vasco serán los enclaves de la Psicología política española. En los ambientes sociológicos, J. R. Torregrosa (1969) y F. Jiménez Burillo (1985, 1986) hacían también aportaciones puntuales al campo de la psicología política, el primero estudiando las orientaciones políticas de los trabajadores, el segundo en el campo de la alineación y psicología política.

A finales de los 70 y ya en los 80 aparecen tímidamente intentos de formalizar el campo de la Psicología Política, a través de la implantación de cursos de doctorado y asignaturas optativas en los planes de estudio de las facultades de Psicología, inicialmente en Santiago de Compostela y luego en otras universidades. En 1987, por iniciativa de J. Seoane y A. Rodríguez, se celebra en Murcia una reunión nacional de todos los psicólogos españoles, interesados en el campo de la Psicología Política, con el objetivo explícito de impulsar y formalizar esta área. La universidad de Murcia facilitó la infraestructura necesaria para dicha reunión. Las Universidades de Valencia, Santiago de Compostela, Cataluña y País Vasco tuvieron un papel central y,

más importante, se generó la sensación de estar abriendo un nuevo camino para la psicología española. Más tarde, en 1988, bajo la iniciativa de M. Villareal, en el VII Cursos de Verano de San Sebastián se reúnen otros psicólogos para poner en común un tema específico, aunque especialmente relevante, en la Psicología política de España: *Movimientos Sociales y Acción Política* (M. Villareal, 1989). A estas primeras reuniones le siguieron otras más reducidas, pero también orientadas a impulsar la psicología política (Morales y otros UNED, Madrid 2000/01). (Un panorama general de la evolución de la Psicología Política en España puede verse en Garzón, 1993, 1999 y en Dávila y otros, 1998).

### **Psicología Política como campo formal de intervención**

La necesidad de un conocimiento más sistemático y la demanda de que los psicólogos se acercaran al campo de la política ya había sido anunciado y exigido por Charles Merriam (1925, 1934) en la Universidad de Chicago y había sido precisamente Harold Lasswell uno de los alumnos que respondió a tal requerimiento. Lasswell proporcionó desde el psicoanálisis una perspectiva psicología de la política, estudiando el papel que la percepción, motivación y personalidad (factores psicológicos) jugaba en el comportamiento de líderes. Los acontecimientos de los años treinta (fascismo, guerras, revueltas, la irrupción de los medios de comunicación y su influencia en la opinión ciudadana) pusieron el resto; porque los factores ambientales, los procesos políticos a su vez moldean las actitudes y creencias de los ciudadanos y políticos. Así se fragua la definición de la psicología política: un campo de intervención de la psicología centrado en estudiar las relaciones entre los

procesos psicológicos y los fenómenos políticos.

Si seguimos las pautas compartidas de señalar fecha, manuales y fundadores reconocidos de un campo de acción, no queda más remedio que aceptar como fecha de nacimiento formal de la Psicología Política la década de los años 70, al menos en el ámbito de una supuesta Psicología Política Internacional, que se confunde muchas veces con el desarrollo de la Psicología Política en los Estados Unidos. En los 70 aparece el primer manual de Psicología Política, bajo la iniciativa y dirección de una mujer, Jeanne Knutson, que publica un colectivo, *Handbook of Political Psychology*, sentando las bases y definición de lo que es y debe abarcar la Psicología Política como campo de aplicado, al mismo tiempo que la misma autora promueve reuniones de psicólogos científicos, que poco más tarde se formalizan en 1978 con la fundación de la *International Society of Political Psychology* (ISPP). Su objetivo era consolidar un campo de intervención y profesionalización de los psicólogos políticos. Recogen el espíritu de la SPSSI y mantienen una sensibilidad de compromiso político de los psicólogos de los 30, dando respuesta a los temas y cuestiones sociales que marcan la vida pública de EEUU. Sus fundadores fueron y son psicólogos reconocidos, hoy ya muchos de ellos eméritos (como Brewster Smith, Greesntein, Stone) y otros desaparecidos (Jeanne Knutson, Christie). El otro dato fundacional es la aparición, un año más tarde, de revista internacional *Political Psychology*. Para un análisis de su organización y trabajo, ver su página Web: <http://ispp.org/>.

El trabajo iniciado por J. Knutson fue seguido de un segundo manual, de nuevo

bajo la iniciativa de una mujer, ahora es M. Hermann que en 1986 publica, *Political Psychology*. Definida la Psicología Política como un área de intersección de los procesos políticos y los psicológicos, en este segundo manual se desarrollan ya más específicamente los temas políticos y psicológicos que debe abordar el psicólogo político. En un intento de poner al día la labor iniciada por J. Knutson y Hermann, D. Sears, L. Huddy y R. Jervis publican en el 2003 un nuevo manual, *Political Psychology*, formula una actualización de estos dos manuales mencionados y explícita e intencionadamente en el apartado inicial de *reconocimientos* plantea dicha puesta a punto, como fruto de la sugerencia de presidente del ISPP, Daniel Bar-Tal, en su reunión de Amsterdam de 1999, dada la rápida evolución del campo de aplicaciones que ha tenido la Psicología Política. Con el apoyo de la *International Society of Political Psychology* sale a la luz esta nueva versión. Destacan como campos aplicados, al margen de las perspectivas teóricas, 4 áreas de intervención: relaciones internacionales, conducta política de masas, relaciones intergrupos, y cambio político. Bajo tales áreas recoge las cuestiones más clásicas de la Psicología Política (a modo de ejemplo, personalidad y conducta política, socialización política, valores, ideología y actitudes) y otras más actuales, como género y política, política y comunicación en la época de la información, o el área de genocidio, masacres colectivas y conflictos intratables. Un intento aceptable, siempre y cuando no se pretenda equiparar el desarrollo de la psicología política con las actividades de la ISPP. Y en este sentido, es obligado recordar, al menos tres obras más que lanzaron la profesionalización de la Psicología Política: la de William F. Stone,

*The Psychology of Politics* de 1978 y su 2ª ed, con Schaffner en 1988, los 5 volúmenes publicados por Samuel Long (ed), *The Handbook of Political Behavior* en 1981, y el texto de 1993 realizado por S. Iyengar y W. J. McGuire, *Explorations in Political Psychology*.

En cualquier caso, es cierto que los tres manuales constituyen un intento de continuación del espíritu de la ISPP y su empeño por profesionalizar la psicología política, al tiempo que se van desarrollando marcos teóricos y nuevos temas de análisis para comprender las relaciones entre los procesos psicológicos y los fenómenos políticos, iniciando áreas de intervención a medida que surgen nuevas cuestiones y problemas en la vida política y pública.

En el caso español, los datos de fundacionales deben situarse una década más tarde, pero la pauta de consolidación no es muy distinta de la descrita en el caso de los Estados Unidos. De hecho, los trabajos iniciales de J. L. Pinillos sobre actitudes sociales y políticas tuvieron su continuación en distintos frentes. A nivel formal el primer manual de Psicología Política, realizado por psicólogos españoles, se publica en 1988 por J. Seoane y A. Rodríguez. El manual es el resultado de la reunión realizada en Murcia ya comentada. Más tarde, siguiendo el intento de consolidar este campo de intervención de los psicólogos, J. Seoane publica en 1990 un segundo libro, ahora colectivo, *Psicología Política en la Sociedad Contemporánea*, que recoge el trabajo de investigación realizado por psicólogos de distinta procedencia y con líneas distintas de investigación. Bajo cuatro grandes apartados se perfilan las principales áreas de intervención: partici-

pación política; conflicto y negociación; nacionalismo y democracia y, por último, nuevas tendencias en cultura política; áreas que completan los campos de acción más clásicos recogidos en el libro de 1989. Después distintos autores publican nuevos textos, centrados en campos de intervención específicos (Pastor, 1986; Villareal, 1989; Sabucedo, 1996), los congresos anuales de Psicología Social, aunque con variaciones, tienden a dar un espacio específico a la psicología política en su estructura temática.

Otro dato relevante es la aparición en 1990 de la revista española *Psicología Política*, dirigida por A. Garzón y configurada en sus distintos comités de dirección por psicólogos españoles, europeos y de los Estados Unidos. En su comité directivo y comité asesor se pretende establecer un sistema de relación permanente entre la Psicología Política Española y la Psicología Política de fuera, de ahí la presencia, junto a los psicólogos españoles, de autores como Brewster Smith y K. Gergen; en el comité de redacción la de W. F. Stone, L. Milbrath y D. Winter, V. Gessner. Todos ellos aceptaron y están promoviendo dicho contacto. En la actualidad, David Sears sustituye a Brewster Smith, ya emérito, al tiempo que se recoge la presencia del mundo psiquiátrico, relevante para el área de la Psicología Política, con la presencia de J. Giner, Catedrático de Psiquiatría en Sevilla y E. Ibañez, Psiquiatra y Catedrática de Psicología de la Personalidad, en Valencia. En el comité asesor, M. Garrido representa al área de la filosofía española. La dirección está codirigida por dos psicólogos sociales, el norteamericano, R. Dillehay y de nuestro ámbito, J. Seoane (para más detalles, la Web de la revista. <http://www.uv.es/garzon>).

Los dos últimos datos más significativos del proceso de constitución de la Psicología Política en España es, por un lado, la realización de dos congresos anuales de la ISPP en el ámbito español, el de 1994 en la Universidad de Santiago de Compostela y el del 2006 en la Universidad Autónoma de Barcelona y, por otro, el intento en el ámbito del Colegio Oficial de Psicólogos de crear un área específica profesional de psicología Política (Dávila y otros, 1998).

## Áreas de acción del psicólogo político

### Peculiaridades

Los ámbitos de intervención y profesionalización de la psicología política están orientados por tres grandes rasgos que han definido el nacimiento, desarrollo y evolución del campo, así como por las circunstancias específicas de los ámbitos geográficos en el que se ha consolidado. Son tres rasgos que también definen a otras ciencias sociales, aunque en el caso de los psicólogos políticos tienen especial relevancia.

El primer rasgo que salta a la vista a cualquier lector que repase textos y líneas de actuación es la *diversificación de enfoques y perspectivas*. Un rasgo marcado no sólo por el hecho de que el estudio de la vida política y análisis del poder político no es un escenario de acción exclusivo de los psicólogos, sino porque se ha ido construyendo con la colaboración y aportaciones de científicos sociales y de la salud muy distintos (psiquiatras, psicólogos sociales, sociólogos, científicos políticos, psicólogos clínicos, psicólogos comunitarios). Más aún este campo compartido adquiere características peculiares en función del ámbito geográfico de los profesionales que

han tenido mayor peso y relevancia en su evolución. Mientras que en los EEUU ha primado más la intervención del científico político y del psiquiatra, en el mundo latinoamericano ha contando más la presencia de los psicólogos comunitarios y en España habría que decir que existe un claro predominio del psicólogo social y, aunque menos, de los psicólogos de la personalidad. Este juego de profesiones y ámbitos locales es también resultado de un campo que fundamentalmente nació de la necesidad de intervenir y actuar. Lógicamente, en cada país los problemas a los que atender son distintos y eso hace que su profesionalización sea también muy diferente. Y también, por eso, se define como un aérea de intervención donde los enfoques teóricos tienen muy distintas procedencias. Dicho de otra manera, carece de una integración teórica.

Un segundo rasgo es su *pluralismo metodológico*. Aunque en sus comienzos estuvo marcado por el psicoanálisis y la psichistoria como método (Garzón, 1988), lo cierto es que a partir de los años 50 se desarrolla todo tipo de metodologías y de técnicas de análisis (clínico, experimental, simulación, correlacional; desde los test psicológicos hasta los estudios a distancia, pasando por las escalas de actitudes).

El tercer rasgo que en definitiva, en parte consecuencia de lo anterior, es la ausencia de *integración temática*. En función del predominio de unos profesionales u otros, del ámbito geográfico y de las peculiaridades políticas de los países, los temas cambian y es difícil llegar a una integración, salvo a nivel muy abstracto; esto es, las relaciones entre los procesos psicológicos y los políticos. Por poner algún ejemplo representativo, mientras que en la psicología política estadounidense existió un predominio de

los estudios del liderazgo y personalidad política, en España el tema hasta hace muy poco fue el de las ideologías y los nacionalismos y, en el caso latinoamericano ha predominado el estudio de la violencia y trauma político.

Esto inevitablemente lleva a plantearse qué define entonces a la psicología y los psicólogos políticos; la clave es su orientación a la acción; su respuesta a las cuestiones políticas persistentes y al mismo tiempo que requieren una intervención inmediata; en este sentido es un campo de intervención más que una disciplina en el sentido tradicional del término. Su integración viene dada precisamente por la sensibilidad del psicólogo a responder a las cuestiones políticas de su entorno y éstas varían en el espacio y en el tiempo (Seoane, 1988; 1994; Garzón, 1988, 2001; Sabucedo, 1996, Dávila y otros, 1998).

A pesar de esta orientación a la acción y su carácter dinámico, existen temas que van consolidándose y que pertenecen a la idiosincrasia del psicólogo político como académico y profesional y, también, a las circunstancias sociales y políticas de los países. En este sentido, podemos señalar algunas áreas genéricas de intervención del psicólogo político, formalizadas, que configuran la interpretación de mundo político desde la psicología.

### Áreas de intervención

Es difícil hacer una clasificación de las áreas de intervención del psicólogo político que sea compartida por todas las sensibilidades, ya no psicológicas sino también de otros científicos sociales interesados en la perspectiva psicológica; además, cualquier clasificación indudablemente no deja de ser

un ejercicio discrecional y, por tanto, intervienen factores ajenos a los contenidos que se pretende clasificar (<http://www.uv.es/seoane/publicaciones/PsicologiaPolitica.mht>).

Esto no impide que existan algunas áreas claramente consolidadas, bien por el hecho de haber constituido un problema político relevante durante mucho tiempo en diversos países (es el caso de las ideologías y actitudes políticas, el poder y las relaciones internacionales, o el propio campo de la personalidad y liderazgo político), bien porque han sido objeto de reflexión en los momentos claves de estabilización del modelo democrático (participación política y socialización política) y otras son específi-

Cuadro 1. Principales áreas de intervención de los Psicólogos Políticos.

- Ideologías y Actitudes políticas
- Personalidad política y Liderazgo
- Participación política
- Movimientos de protesta
- Poder y Relaciones Internacionales
- Socialización política
- Medios de comunicación y opinión pública

cas de momentos coyunturales, que sufren vaivenes no solamente en su relevancia sino en los factores que las rodean; el ejemplo más representativo es el campo de los movimientos de protesta y acción política.

En el cuadro 1 se expone un listado de siete grandes áreas en las que los psicólogos han trabajado de forma continua. Cada una de ellas requeriría una explicación pausada de su contexto, teorías y fenómenos analizados, algo que se escapa a la pretensión de este trabajo, aunque mencionaremos algunas de las obras más representativas de ellas.

### **Ideologías y actitudes**

El estudio de las actitudes sociales se remonta a los años 20. Thurstone (1932) es uno de los primeros en clarificar el campo de las actitudes sociales, es decir, las respuestas de las personas hacia cuestiones sociales de muy diversa índole. Desarrolla su modelo bifactorial, planteando la existencia de dos ejes bipolares independientes que resumen el conjunto de actitudes. Por un lado, un eje denominado de conservadurismo-radicalismo y, por otro, el eje de nacionalismo-internacionalismo. El primero ha sido objeto de nuevas líneas de trabajo (Wilson, 1973) y se ha interpretado de muy diversas maneras; como derecha-izquierda, rechazo del cambio frente aceptación del cambio. El segundo alude a la visión cerrada o abierta del propio grupo; lo que los psicólogos sociales llaman endogrupo y exogrupo. Este segundo eje será después reinterpretado en términos de mentalidad abierta-cerrada, al estilo de Rokeach (1960), o en términos de mentalidad dura-blanda como desarrolló Eysenck en 1954.

En cualquier caso facilitó la proliferación de estudios que acabaron planteando el tema del autoritarismo y la posibilidad de que éste no fuera solamente una característica del pensamiento político conservador, sino que también podría existir en personas con ideología de izquierdas, como sugirió Shils (Christie y Jahoda, 1954). Surge así uno de los debates más persistentes y aún sin resolver (Stone-Garzón 1996; Stone, Lederer, y Christie, 1993).

Sin embargo, lo más relevante de esta área es que desde sus inicios, con la escuela de Francfort, tuvo una orientación práctica, de terapia e intervención social; era necesario comprender lo que sucedía en el ambiente social y político de los años 30, en la Alemania de entonces y en las sociedades modernas: son los trabajos específicos de Reich y Fromm. En los años 50, con la obra representativa de este campo, *La personalidad Autoritaria de Adorno y colaboradores* (1950), adquiere un marcado carácter preventivo, en el sentido de entender las claves psicológicas del ascenso de ideología de extrema derecha, para evitar que pudiera repetirse.

El desarrollo puntual de esta área de intervención puede encontrarse en libros específicos sobre el tema. Aquí solamente resaltamos sus inicios y su orientación a la intervención.

### **Personalidad política**

Otro campo, que en los países más desarrollados ha dado lugar a la proliferación de equipos y empresas de *marketing político*, es el de personalidad y liderazgo político. Iniciado fundamentalmente en el marco lasswelliano del psicoanálisis, su evolución ha sido rápida y actualmente se trabaja des-

de perspectivas más conductuales, de *modus operandi* del líder político, utilizando desde los estudios psicobiográficos, los estudios a distancia o los análisis de discursos políticos.

La pregunta clave es si se puede hablar de la existencia de una personalidad específicamente política y si es así cuáles son sus características (identidad), su estilo de pensamiento y su orientación hacia los demás. Identidad, cognición y dirección son tres grupos de factores que se estudian, en todas sus variaciones, viendo cómo configuran el estilo político de los líderes.

Ziller en un trabajo no divulgado de 1969, pero si relacionado con su teoría de la autororientación de 1973, *The self social. Schemas of the self and significant others*, relacionó dos variables: la valoración del self en relación a otros y su nivel de complejidad en la elaboración de su propia imagen y en relación con los demás. A partir de ahí establece una tipología de personalidad diferenciando entre *el político y el apolítico* dentro de líderes. La baja autoestima y alta complejidad (estilo cognitivo) es la clave para tener mayor probabilidades de ser elegido. Es el político de éxito, el preferido por la ciudadanía, el más votado. La interpretación es que una alta estima no garantiza el éxito, ni es necesariamente un síntoma de patología, como insinuaban las tesis de Lasswell. Los políticos con baja valoración, autoestima, tienen a adaptarse, a atender y a valorar más los juicios de los demás; algo que les permite desarrollar habilidades sociales, de relación con los demás. Es decir, disponen de deseo de relacionarse con los otros y habilidad para saber hacerlo. Lo opuesto a esos líderes políticos, son los políticos sin éxito; tienen una alta valoración

de sí mismos y también una alta complejidad, pueden hasta desear relacionarse con los ciudadanos, pero la combinación de la alta autoestima con alta complejidad cognitiva no les facilita la adaptación y flexibilidad necesaria para hacerlo. El apolítico sería aquel que carece de la motivación y el deseo de relacionarse con los demás. Lo curioso es que esta formulación no es simplemente teórica sino que Ziller parte del registro y observación de la conducta electoral en distintos tipos de elecciones políticas de distintas legislaturas (Ziller, 1969).

Por los años 60, los trabajos de McClelland y Atkinson (1953) y McClelland (1955) permiten establecer nuevas relaciones entre motivación social y conducta política, a partir de las cuáles se distinguió entre el líder motivado por el éxito y el líder con motivación de poder. Desde una línea más ideológica se intentaba contraponer la personalidad maquiavélica (Christie y Geiss), negativista o *gegentipus* (Eysenck, 1954); antiautoritaria (Kreml, 1977) a la personalidad autoritaria de Adorno y colaboradores. Cada tipología se acompaña de características y pautas de conducta política (para más detalles, ver Garzón-Seoane, 1996).

Una tercera línea de trabajo es la que arranca de los estudios a distancia y la búsqueda de *constantes conductuales* a las que subyacen sistemas de creencias sobre el mundo político y formas de afrontar los conflictos y el juego de poder. Trabajos representativos más clásicos son los de Leites, (1951) y Alexander (1969); en los años 70 y 80 los de Holsti, (1977), Walker (1983, 1990). Este último representa una combinación de los trabajos clásicos sobre liderazgo y el análisis de discursos políticos para encontrar la forma de actuar de los

políticos. Recoge los estudios de los anteriores e intentan analizar las creencias que el político tiene de la política; de la combinación de creencias sobre la naturaleza del mundo político y creencias sobre estrategia de acción se realizan distintas tipologías de liderazgo político.

Desde estas distintas líneas de trabajo que hemos señalado, los profesionales del marketing político proporcionan pautas a los líderes para alcanzar las metas y objetivos que se proponen en la vida pública. El asesoramiento político está, por supuesto, mucho más avanzado y desarrollado en los Estados Unidos, aunque cada vez se va extendiendo entre profesionales y políticos de otros ámbitos geográficos.

### **Participación política**

Unos de los temas claves del juego democrático en la lucha por el poder y de la esencia del modelo democrático es la participación ciudadana en la vida política. Su observación, análisis e interpretación ha variado muy rápidamente en la última parte del siglo XX. Una evolución que es correspondiente a la evolución que ha tenido tanto la forma en que el ciudadano entendía su participación en la vida pública como la propia evolución del sistema democrático y el paso de las sociedades industriales a las sociedades de servicios.

El tema de cómo el ciudadano vive y participa en la vida política es una de las líneas de trabajo más prolífica en cuanto a enfoques y formas de analizar. Sin embargo existen dos enfoques distintos, aunque lógicamente relacionados; ambos están marcados por dos hechos relevantes. El primer hecho es que el descenso paulatino de la participación política por los años sesenta

en los países democráticos suscitó las reflexiones académicas sobre la viabilidad y estabilidad de los sistemas democráticos si la participación ciudadana seguía bajando. Estas reflexiones indicaban la preocupación por un sistema político que depende de la implicación del ciudadano a través de la conducta electoral. Las interpretaciones fueron diversas y se acoplaron a la realidad política del momento. No importa que el ciudadano participe poco, siempre y cuando participe lo suficiente para garantizar que se cumple el principio esencial de modelo democrático actual. Si se re-activa su participación, a través de la intervención de expertos y partidos, tampoco importa porque la implicación masiva es difícil que provoque un vuelco electoral; los partidos y sindicatos son sistemas que regulan a sus bases y garantizan que evitarán vuelcos que no benefician la estabilidad (Seoane, 1992, 1994).

Otro hecho, aún más relevante, es la demostración por parte de Campbell y Converse en 1960, de que la conducta electoral del ciudadano se aleja mucho del modelo racional de elección que se suponía en el sistema democrático. El supuesto de que el ciudadano en su elección política adopta una postura racional -valorando lo que le interesa, analizando a sus representantes y eligiendo al que más se acerca a sus ideales- fue puesto en entredicho por el estudio que Campbell y Converse hicieron de la conducta electoral de los ciudadanos americanos.

Después de algunos trabajos en los que estudió la conducta electoral, Campbell desarrolló un amplio programa de investigación para seguir un estudio inicial que había realizado sobre la conducta electoral, por

1948. Más tarde se incorporaron Converse, Miller y Stokes. El programa se desarrolló en el *Center for Political Studies*, dentro del *Institute for Social Research*. *The American Voter* (1960), publicado en colaboración con Philip E. Converse, Warren E. Miller, and Donald E. Stokes, es resultado de dicho programa. De la serie de publicaciones que realizaron, quizá *El votante Americano* sea el libro de obligada referencia en el tema de la participación política. Está basado en las muestras nacionales en las elecciones de 1952 y 1956, y con muestras más pequeñas de las 1954, 1958 y 1960. El propósito de esta investigación era examinar el comportamiento electoral y su fundamentación. (<http://www.chass.utoronto.ca/data/lib/major/us.nes.htm>).

En el libro, del que se publicó más tarde una versión reducida se analizan, a través de 20 capítulos organizados en 5 apartados, los marcos y enfoque teórico, después las actitudes políticas y conducta de voto (la percepción de partidos y candidatos así como la elección partidista), en un tercer apartado se analiza el impacto del contexto político (la influencia de la identificación con partidos, la preferencia política y la política pública, la estructura de las actitudes y la ideología, cambio de partido y las leyes electorales y ambiente político). En la parte cuarta se expone la influencia del contexto social y político (pertenencia de grupo, el papel de la clase social, antecedentes económicos y conducta política, la conducta política agraria, etc.) y en la última y quinta se describe y analiza la decisión electoral y el sistema político.

Lo más relevante a niveles de intervención del psicólogo político es que el libro del Campbell representa, por un lado, la con-

ducta electoral y los factores de influencia en la época de finales de la sociedad americana industrializada y, por otro, revela que el votante elige a sus representantes en función de factores que trascienden la mera elección racional. Su programa de investigación, del que apareció a una serie de publicaciones, provocó con la publicación del *American Voter*, la proliferación de estudios orientados a sistematizar los factores que determinan la conducta de voto. Los psicólogos políticos desarrollaron y observaron la conducta electoral; vieron que la competencia y el sentimiento de eficacia podían llevar a un sentimiento de *impotencia* (*powerlessness*), que explicaba el descenso de la participación política. El sentimiento de impotencia se combinó con el concepto de *locus de control* de Rotter y, a partir de ahí, se intentó predecir la conducta de voto de los electores. El propio Campbell, junto a Gurin y Miller en 1954 publica la escala de eficacia política y la define como el “sentimiento de que el cambio político y social es posible y que el ciudadano juega un papel en dicho cambio. Por los años 70 proliferan las escalas políticas de eficacia/impotencia (*powerlessness*) y alienación política (ver Robinson, Shaver y Wrightsman, 1999).

Sin embargo, la cuestión de la participación política se convierte en un tema de muchas más implicaciones de las que inicialmente se pensaron. Los movimientos de los sesenta hacen que se diferencie entre participación convencional y no convencional, que los nuevos votantes, es decir, las generaciones de posguerra tengan unas creencias políticas y una visión política más compleja; rompen la asociación entre votar y participar (participar es influir y se puede influir de

muchas formas), la asociación entre participar y pertenecer a un partido. Aparecen al menos tres obras centrales, especialmente relevantes para el área de intervención del psicólogo político: el trabajo de Inglehart y su concepto de movilización cognitiva (Inglehart, 1977, 1990), el trabajo del Almond y Verba (1963, 1980) y su concepto de cultura cívica y la obra de Bell (1973) sobre las características de las nuevas sociedades postindustriales. Estos cambios revolucionan el papel del psicólogo político en las sociedades actuales (Seoane, 1994).

### Medios de comunicación y política

Algo parecido le ha ocurrido a este último campo de intervención que queremos resaltar. Empezó bajo los clásicos estudios de la formación de opinión pública y el papel de los medios. Destacan los trabajos pioneros de Lippmann y Lazarsfeld entre los años 20 y 40, los de Converse en 1964 y la revisión de Klapper, quien en el libro *The Effects of Mass Communication* de 1960, llegaba a la conclusión de que los Media habían sido un agente estabilizador mas que un agente de cambio político.

Bajo este epígrafe estaba implícita otra área de intervención del psicólogo político, el de socialización política, siempre con clara referencia a la educación cívica e información política del ciudadano. Los autores y obras representativas de este campo han quedado desplazados por la nueva orientación de las sociedades de la información, donde las tecnologías han superado las formas clásicas de socialización y educación política. Si esta área empezó por la preocupación de la educación y formación política del ciudadano medio, del público de la sociedad de masas, en la actualidad

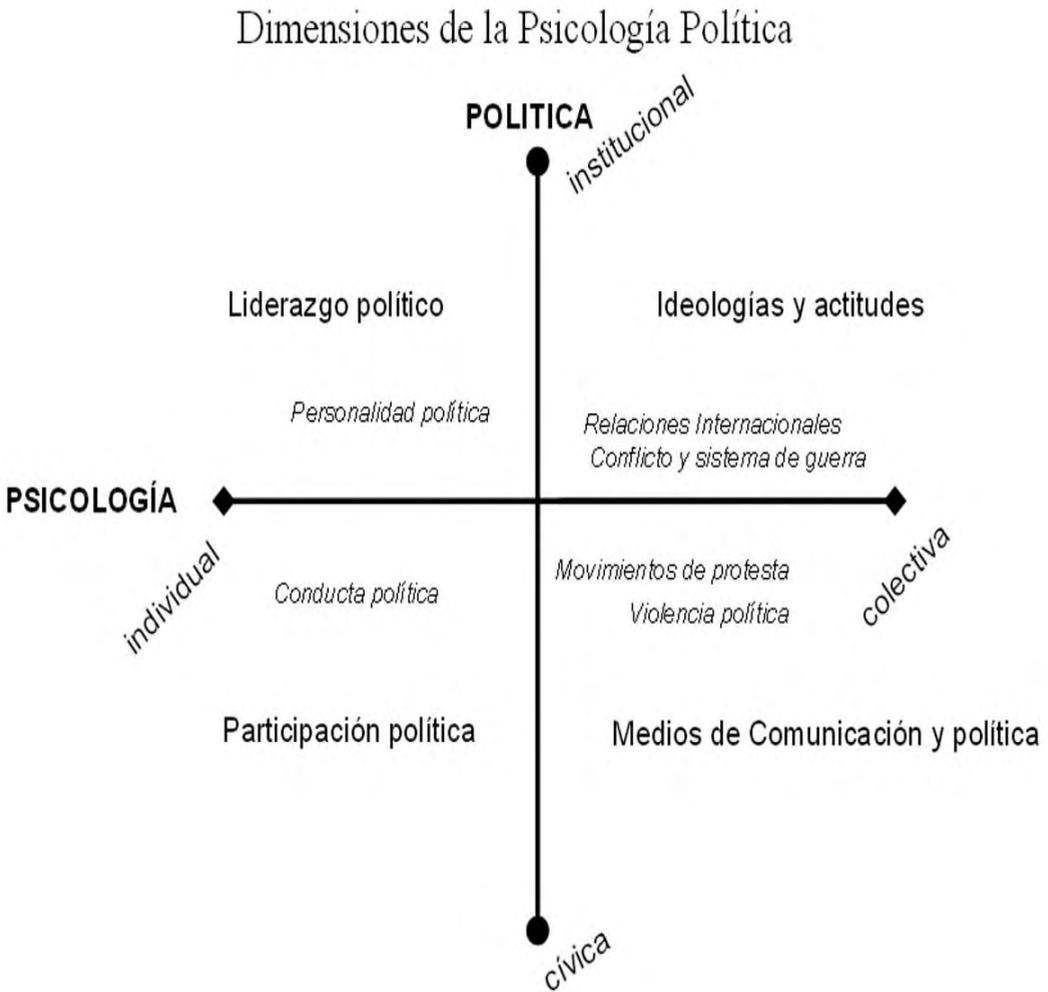
ha dado un giro que ha puesto en primera fila la preocupación por el tema de la agenda política, el desplazamiento del papel de los partidos políticos en la socialización del ciudadano y el protagonismo, no del ciudadano medio, sino del político. Los medios de comunicación, dejan de ser simples transmisores de ideas y temas políticos de relevancia y adquieren un protagonismo en la intervención política. La sociedad de la información y los medios masivos de comunicación han potenciado al extremo lo que se conoce como una personalización de la política, con su puesta en escena y la obligada necesidad de trivializar las ideas políticas para poder llegar a todo el público que accede al mensaje político. Pasquino (1990) en un artículo publicado en el número 1 de *Psicología Política* resume este nuevo papel de los Medios de Comunicación en la vida política.

### Conclusiones

Como decíamos al iniciar estas reflexiones y describir las áreas de intervención, los campos de acción y de trabajo del psicólogo político van cambiando en función de los avatares políticos y de los temas y cuestiones que requieren una intervención urgente. A pesar de esta orientación a la acción del psicólogo político, las distintas áreas que se han consolidado y las que van apareciendo se pueden enmarcar en una estructura de dos dimensiones; la primera política y la segunda psicológica. Los psicólogos políticos han formulado su intervención en función de su manera de entender ambas dimensiones.

En la Figura 1 se presenta un esquema con las dos dimensiones. La dimensión política puede verse desde dos sensibilidades, que

Figura 1. Dimensiones y Áreas de intervención



no son incompatibles, pero sí diferentes: la política como juego de poder, como institución, o como acción colectivo de influencia. Si hablamos de poder, las ideologías, su influencia en las actitudes y el liderazgo son temas centrales, si hablamos de la política cívica los temas se relacionan con la participación, la socialización y Medios de Comunicación. La dimensión psicológica también presenta dos sensibilidades: la conducta política individual (donde la personalidad política y la conducta política individual son temas primordiales) o la conducta participativa y, por tanto, colectiva (la participación convencional y no convencional, los movimientos sociales y acción política son ahora las áreas relevantes).

Si nos introducimos en el área del conflicto político, las relaciones y conflictos internacionales, incluido el sistema de guerra se sitúa dentro de lo que hemos denominado política institucional, mientras que la violencia cívica, bien movimientos violentos de protesta o algunas formas de terrorismo, se situarían en el polo de la política cívica.

Más aún, volviendo a la definición inicial de esta campo de intervención, mientras que las ideologías y los medios de comunicación aluden al papel que el contexto político tiene en la conducta política del individuo, el liderazgo y la personalidad política representa el papel que los factores psicológicos tienen en los hechos políticos, y la conducta política sería la resultante de combinar los procesos políticos y los psicológicos.

En definitiva y para cerrar, la Psicología Política, más allá de las disciplinas y titulaciones, que ya no se acoplan a los tiempos

actuales académicos y sociales, se puede ver como un recurso de la psicología para poner en marcha el conocimiento desarrollado de forma que los psicólogos políticos, como expertos en las relaciones entre lo político y lo psicológico, realicen aportaciones que permitan comprender y predecir la dinámica de los procesos políticos, desarrollen instrumentos de mejora de las instituciones políticas y, por último, pongan en relación la psicología y sociedad, a los políticos con ciudadanos, y a éstos con la vida pública.

En cualquier caso este reto y desafío pertenece a las generaciones futuras y a los profesionales. Su consolidación como área de intervención psicológica dependerá de la sensibilidad política y psicológica de las nuevas generaciones de psicólogos y de su empeño, individual y por medio de los colegios y asociaciones de psicólogos, por hacerse visibles a las instituciones de forma que demanden sus servicios (Garzón, 2001).

## Bibliografía

Adorno, T.- Frenkel-Brunswick, E. - Levinson, D. J.- Sanford, R. N. (1950): *The authoritarian personality*. New York: Harper and Row.

Alexander, G. (1969): *The Operational Code: A Neglected Approach to the Study of Political Leaders and*

- Decision Making.** *International Studies Quarterly* 23: 190-222.
- Almond, G. A. - Verba, S. (1963): *The Civic Culture: Political Attitudes and Democracy in Five Nations.* Boston: Little, Brown.
- Almond, G. A. - Verba, S. (eds)(1980): *The Civic Culture Revisited.* Newbury Park: Sage.
- Alzate Sáez de Heredia, R.- González, A. y Sánchez de Miguel, A. (2007): C.E. Osgood (1916-1991). Aportaciones de un psicólogo en la era nuclear. *Psicología Política*, 34, 57-77.
- Bell, D. (1973): *The Coming of the Post-Industrial Society.* New York: Basic Books.
- Burgaleta, R. (1976): *Las actitudes sociales primarias de los universitarios españoles. Un nuevo cuestionario.* Madrid: Marova.
- Campbell, A. - Converse, P. E. - Miller, W. E. - Stokes, D. E. (1960). *The American Voter* New York: John Wiley & Sons.
- Campbell, A.-Gurin, G.-Miller, W.E (1954): *The voter decides.* Evanston, IL: Row, Peterson.
- Castor Méndez, C. (1982): *Estructura de las actitudes y sistema de creencias políticos.* Tesis Doctoral (1981-1982).
- Converse, P. E. (1964): *The nature of belief systems in mass public.* En D.E. Apter (Ed): *Ideology and discontent.* Nueva York: Free Press.
- Chacón, F. (1986): *Estereotipos regionales de los madrileños.* *Papeles, COP*, 4, 25, 23-30.
- Christie, R.-Geis, F. L. (1970): *Studies in Machiavellianism.* N. York: Academic Press.
- Christie, R.- Jahoda, M. (Eds)(1954): *Studies in the scope and method of The Authoritarian Personality.* Glencoe, IL: Free Press.
- Dávila, J. M.-Fouce, J. G.-Gutiérrez, L.-Lillo de la Cruz, A.-Martín, E. (1998): *La Psicología Política Contemporánea.* *Psicología Política*, Nº 17, 21-43.
- Eysenck, H. J. (1954). *The psychology of politics.* London: Routledge.
- Fromm, E. (1941): *Escape from Freedom.* Boston: Houghton Mifflin.
- Garzon, A. - Seoane, J. (1996). *Técnicas y Prácticas instrumentales en Psicología.* Valencia: Promolibro.
- Garzón, A. (1988): *Psicohistoria y Psicología Política.* En J. Seoane y A. Rodríguez (Eds.): *Psicología Política.* Madrid; Pirámide, cap.10, 279- 305.
- Garzón, A. (1993): *Psicología Política en España.* *Boletín de Psicología*, No. 39, 35-65.
- Garzón, A. (1994): *Précurseurs et psychologues politiques en Espagne.* Grenoble: En *Connexions*, nº 64, 55-74. Número monográfico dedicado a *Le psychologique et le politique.*
- Garzon, A. (1999): *Psicología Política en la España de las autonomías.* *Psicología Política*, Nº 19, 35-62.
- Garzón, A. (2001): *Political Psychology as Discipline and Resource.* *Political Psychology*, vol. 22, nº2, 347-356.
- Garzón, A. (2003): *Familism.* En J. Ponzetti, et al (ed): *International Encyclopedia of Marriage and Family*, 2ª ed., 4 vols. MacMillan. USA, vol 2, págs. 546-549.
- Hermann, M. (Ed.) (1986). *Political Psychology.* San Francisco: Jossey-Bass.
- Holsti, O. (1977): *The Operational Code as an Approach to the Analysis of Belief Systems.* Final Report to the National Science Foundation, Grant No. SOC 75-15368. Durham, NC: Duke University.
- Inglehart, R.(1977): *The Silent Revolution. Changing Values and Political Styles among Westn Publics.* New Jersey: Princeton University Press.
- Inglehart, R.(1990): *Cultural shift in Advanced Industrial Society.* Princeton University Press.
- Iyengar, S. - McGuire, W. J. (eds) (1993): *Explorations in Political Psychology.* Durham: Duke University Press.
- Jiménez Burillo, F. (1985): *Sobre la perspectiva sociopsicológica de la alienación.* *Revista de Psicología Social*, nº 0, octubre 1985. 13-24.
- Jiménez Burillo, F. (1986): *La Psicología Política.* *Papeles, Colegio de Psicólogos*, 4, 25, 4-7.
- Knutson, J. M. (Ed.)(1973): *Handbook of Political Psychology.* Jossey Bass.
- Kreml, W. P. (1977): *The antiauthoritarian personality.* Oxford: Pergamon Press.

- Lasswell, H. D. (1927): *The Theory of Political Propaganda*. *American Political Science Review* 21(3): pp. 627-31.
- Lasswell, H. D. (1930/1963): *Psychopathology and Politics*. Chicago: Chicago University Press (Buenos Aires: Paidós, 1963).
- Lasswell, H. D. (1936) *Politics: Who gets what, when, how*. McGraw-Hill, New York.
- Lasswell, H. D. (1938): *Propaganda Technique in the World War I*. Nueva York: P. Smith.
- Lasswell, H. D. (1948): *Power and Personality*. Nueva York: Norton.
- Leites, N. (1951): *The Operational Code of the Politburo*. NY: McGraw-Hill.
- Lewin, K. (1948). *Resolving social conflicts; selected papers on group dynamics*. New York: Harper & Row.
- Long, S. (Ed) (1981): *The Handbook of Political Behavior* (5 vols). New York: Plenum Press.
- Maslow, A. (1943): *The Authoritarian Character Structure*. *Journal of Social Psychology*, XVIII, pp. 401-411.
- Maslow, A. H. (1943): *A Theory of Human Motivation*. *Psychological Review*, 50, 370-396.
- Maslow, A. H. (1954): *Motivation and Personality*. Harper and Row Publishers.
- McClelland, D. C. - Atkinson, J. W. - Clark, R. A. - Lowell, E. L. (1953) *The achievement motive*. Princeton: Van Nostrand.
- McClelland, D.C (1955): *Studies in Motivation*. Nueva York: Appleton Century.
- Morales, F. y otros (2000/01): *Programas radiofónicos de Psicología. La cuestión de la derecha y la izquierda desde la Psicología Política*. J. Francisco Morales, Orlando D'Adamo y Virginia Beaudoux.(00/01), [www.uned.es/radio/emision/2000\\_2001/temas/psique.htm](http://www.uned.es/radio/emision/2000_2001/temas/psique.htm) - 71k -
- Moya, M.-Morales, F. (1988): *Panorama histórico de la Psicología Política*. En J. Seoane - A. Rodríguez (eds): *Psicología Política*. Madrid: Pirámide.
- Pastor, G. (1986): *Ideologías*. Barcelona: Herder.
- Pinillos, J. L. (1953): *Actitudes Sociales Primarias*. *Rev. Univ. Madrid*, 1, 367-399.
- Pinillos, J. L. (1960): *Preferencias nacionales de varios grupos universitarios españoles*. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1960, 54, 343-361.
- Pinillos, J. L. (1960): *Preferencias nacionales de varios grupos universitarios*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Pinillos, J. L. (1963): *Análisis de la Escala F en una muestra española*. *Psicología General y Aplicada*, 18, 1155-1174.
- Reich, W. (1976): *The mass psychology of fascism*. Nueva York: Pocket Books, 1931.
- Robinson, J.P.- Shaver, P.R. - Wrightsman, L.S. (1999): *Measures of Political Attitudes*. Londres: Academic Press
- Rodríguez Sanabra, F.( 1963): *Estereotipos regionales españoles*. *Psicología General y Aplicada*, 68-69, 763-771.
- Rokeach (1960): *The Open and Closed Mind*. Nueva York: Basic Books, Inc.
- Sabucedo, J. M. (1982): *Ideología y Actitudes*. Tesis Doctoral (1981-1982).
- Sabucedo, J. M. (1996) *Psicología Política*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Sangrador, J. L. (1981): *Estereotipos de las nacionalidades y regiones de España*. Madrid: CIS.
- Sears, D.O.- Huddy, L.- Jervis, R. (eds) (2003): *Oxford Handbook of Political Psychology*. Nueva York: Oxford University Oxford Press.
- Seoane, J. - Rodríguez, A. (1988): *Psicología Política*. Madrid: Pirámide.
- Seoane, J. (1988): *Concepto de Psicología Política En J. Seoane - A. Rodríguez (eds): Psicología Política*. Madrid: Pirámide.
- Seoane, J. (1992): *Psicología Política y Sociedad Democrática*. En J. Seoane (Ed.): *Psicología Política de la Sociedad Contemporánea*. Valencia. Promolibro.
- Seoane, J. (1994): *El Papel de la Psicología Política en las Nuevas sociedades*. *Psicología Política*, 9,59-74.
- Seoane, J. (1997): *Aportaciones sociales de la psicología de Hans Eysenck*. *Anales de Psicología*, 13, 2, 127-137.
- Skinner, B. F. (1938): *The behavior of organisms*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Skinner, B. F. (1948/1968): *Walden Dos*. Barcelona: Fontanella (1 ed. cast.).

Stone, W. - Lederer, G. - Christie, R. (1993). The status of authoritarianism. In W. Stone, G. Lederer, & R. Christie (Eds.), *Strengths and weakness: The authoritarian personality today* (pp. 229–245). New York: Springer-Verlag.

Stone, W. F. - Schaffner, P. E. (1988): *The Psychology of Politics* (1988) (2ª ed). New York. Springer-Verlag.

Stone, W. F. (1974): *The Psychology of Politics*. New York: The Free Press.

Thurstone, L. L. (1934): *The Vectors of Mind*. *Psychological Review*, 41, 1-32.

Tolman, E. C. (1942): *Drives Toward War*. New York: D. Appleton-Century Co., Inc.

Tolman, E. C. (1932). *Purposive behavior in animals and men*. Nueva York: Appleton.

Torregrosa, J. R. (1969): *Algunos datos y consideraciones sobre el autoritarismo de las clases trabajadoras*. *REOP*, 1969, 16, 33-46.

Villareal, M. (1989): *Movimientos Sociales y Acción Política*. Servicio editorial de Universidad del País Vasco.

Walker, S. (1983): *The Motivational Foundations of Political Belief Systems: A Reanalysis of the Operational Code Construct*. *International Studies Quarterly* 27, 179-201.

Walker, S. (1990): *The Evolution of Operational Code Analysis*. *Political Psychology*, 11, 403-418.

Wilson, G. D. (1973). *The psychology of conservatism*. London: Academic Press.

Ziller, R. C. (1969): *The political personality*. Manuscrito no publicado. Universidad de Oregon.

Ziller, R. C. (1973): *The social self: Schemas of the self and significant others*. Elmsford, N.Y.: Pergamon.

Fecha de recepción: 10/04/2008

Fecha de aceptación: 20/05/2008

## Estudio del perfil psicológico del vigoréxico en el deporte

Enrique Cantón Chirivella\*, Francisco Revert Ferrero\*\* y Alfonso Chávez Valdés\*\*\*

\*Universidad de Valencia

\*\*Centro Psicología TESEO

\*\*\*Escuela Libre de Psicología a.c (México)

Correo electrónico: canton@uv.es

### resumen/abstract:

Se ha llevado a cabo un estudio empírico preliminar, de tipo descriptivo-correlacional, con el objetivo de aproximarse al perfil psicológico del adicto a la práctica deportiva, en concreto al entrenamiento de musculación con pesas. Esta adicción se caracteriza por que dedican un elevado número de horas al entrenamiento, mantienen una alimentación desequilibrada con exceso de proteínas y, en muchos casos, se recurre al dopaje, abusando de sustancias como los anabolizantes y similares. A esta alteración del comportamiento, es lo que se conoce como el trastorno de vigorexia.

Con el fin de conocer mejor su perfil psicológico, se han evaluado a deportistas que cumplían ciertos requisitos de tipo y cantidad de entrenamiento. Se analizan variables como la autoestima, las habilidades sociales o la imagen corporal, mediante una batería que incluye una anamnesis de elaboración propia y dos cuestionarios: la *Escala de Habilidades Sociales* (Gismero, 2000) y el *Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria* (Garner, 1998). Los resultados obtenidos van en la misma línea de las conclusiones de trabajos previos, como encontrar en estos deportistas un bajo nivel de autoestima o de insatisfacción con su imagen corporal. Esta información puede permitirnos realizar un mejor asesoramiento a los deportistas y a los entrenadores o responsables de gimnasios, para frenar en lo posible alguna de estas prácticas que tan problemáticos efectos para la salud comporta. Asimismo, se indican las dificultades para obtener esta información y las posibles limitaciones de este tipo de investigación.

*An empirical preliminary study, of descriptive- correlational type has been carried out. The aim is to come closer to the psychological profile of those addicted to sports practice, specially, those training musculation with weight. This addiction is characterized for the high number of hours on training; they support an unbalanced diet with excess of proteins and, in many cases, linked to doping, abusing substances like steroid and similar substances. This behavioral alteration is known as vigorexia's disorder.*

*In the study, athletes who were fulfilling certain requirements of type and quantity of training, have been evaluated in order to know better their psychological profile. Variables such as autoesteem, social skills or corporal image are evaluated, by a procedure that includes a self-elaboration anamnesis and two questionnaires: Scale of Social Skills (Gismero, E., 2000) and the Inventory of Disorders of the Food Conduct (Garner, D.M., 1998). Results go alongside conclusions obtained in previous works, as low levels of autoesteem or corporal dissatisfaction of these sportsmen. This information may help us to give better advice to these sportsmen and to trainers or gymnastic directors in order to stop as much as possible someone going on these unhealthy practices. Likewise, difficulties to obtain this information and possible limitations of this type of field study are indicated.*

### palabras clave/keywords:

Psicología del Deporte; adicción, vigorexia// Sport Psychology; addiction, vigorexia.

## Introducción

En las sociedades más desarrolladas se plantea la práctica del deporte como un pilar básico para llevar una vida sana, tal y como reconoce desde hace tiempo la Organización Mundial de la Salud. Existen razones de índole humana -la búsqueda de relaciones sociales o divertirse en el tiempo de ocio- como sociopolíticas -volumen de negocio asociado al deporte o el “beneficio” político de su promoción y gestión pública- que actúan como factores favorecedores de que cada vez mas personas decidan llevar a cabo diversas prácticas físico-deportivas. Otra razón de su expansión está vinculada con las modas y tendencias estéticas actuales -seguramente ancladas en factores psicológicos más profundos -como es la búsqueda de mejora ininterrumpida de la imagen corporal, conduciendo desde estas últimas décadas a que muchas personas estén muy preocupadas por su físico, llegando en algunos casos extremos a comportamientos nada compatibles con el desarrollo personal y la propia salud.

A este fenómeno de exacerbación del interés por la constante mejora de la imagen corporal y su insatisfacción, se le suma el interés en ocasiones desmedido e inadecuado por controlar el peso recurriendo a distintas dietas, buscando no solo perder peso sino, sobre todo, reducir la proporción de grasa corporal, aumentando y definiendo la masa muscular, muchas veces sin considerar en el efecto global sobre las necesidades de alimentación de la persona. Esto puede llevar a distorsionar lo que podrían ser unos hábitos saludables y equilibrados, tanto en la práctica de ejercicio, como en la forma de alimentarse y en el sentido de cuidado de la salud (Pope, Phillips y Olivardia, 2000). Esta problemática lo es todavía ma-

yor por la extensión de su práctica, ya que ha habido un gran aumento de los gimnasios y centros deportivos donde realizarlas, estando presentes en casi cualquier lugar que se encuentre mínimamente urbanizado (Furnham, Badmin y Sneade, 2002).

Los actuales cánones de estética corporal y de belleza no sólo fijan pautas sobre el perfil o figura que tendría una persona sana, sino que incluyen también indicaciones sobre “cuál” imagen corporal concreta es la ideal, asociada a éxito social. Sin embargo, estos modelos por lo común se salen fuera de la “realidad”, en cuanto que se presentan cuerpos o bien muy delgados, caso de las modelos femeninas, o bien en el caso de los modelos de belleza para hombres, excesivamente hipertrofiados (mucha masa muscular), sobre todo cuando el reclamo se destina a los jóvenes que practican deporte. Este reclamo pone en contradicción el objetivo de mejorar la salud y el de obtener una imagen corporal determinada, habitualmente de forma rápida y sin un límite de aumento. Asimismo, es sabido que muchas de las personas que aparecen como supuestos ideales de belleza física, han recurrido a prácticas que no son sanas, como el uso de drogas para el incremento de la masa muscular, el uso de suplementos dietéticos de una forma excesiva, un exceso de horas de práctica de ejercicio, o llevar a cabo dietas restrictivas (Hurst, Hale, Smith y Collins, 2000; Cantón, 2007)

La obsesión por el desarrollo constante de una imagen corporal, una forma de “culto al cuerpo”, puede llegar a convertirse en una obsesión catalogable como un trastorno psicológico. La vigorexia es una patología descrita hace apenas un par de décadas y que hace referencia a aquellos adictos a la musculación que nunca se consideran lo

suficientemente fornidos, que se pesan varias veces al día, que experimentan síndrome de abstinencia cuando no pueden practicar y que, en suma, hacen del gimnasio su "segunda casa". Se encuadraría dentro de un grupo de trastornos denominados dismorfias corporales, sufridos por aquellas personas que no se sienten a gusto con su propio cuerpo y se obsesionan con la mejora de lo que consideran defectos físicos. Así pues, como planteaba el pionero en definir esta alteración (Pope, 1997), la vigorexia se caracteriza por una serie de procesos y síntomas como que la persona practica pesas con la obsesión de muscularse cada vez más, percibiéndose de forma distorsionada recurriendo en muchas ocasiones a prácticas insanas de alimentación e incluso a la utilización de sustancias dopantes.

Para algunos expertos, la vigorexia constituye el reverso de la anorexia nerviosa (Caracuel, Arbinaga y Montero, 2003; Pope, 1997). De hecho, disponemos de datos del Ministerio de Sanidad español que en el 2005, cifra en un 10% estos casos de reversión. Sin embargo, mientras que la anorexia suele aparecer entre mujeres jóvenes, que por más que pierden peso nunca llegan a verse lo suficientemente delgadas, la vigorexia afecta fundamentalmente a hombres, entre los 18 y 35 años, que se desviven por alcanzar un cuerpo cada vez más musculado, que dedican demasiado tiempo a los gimnasios, entre tres y cuatro horas diarias, que restan de su tiempo laboral u ocupaciones cotidianas. En algún estudio pionero con muestra norteamericana (Pope, 1997), se menciona que este trastorno puede afectar alrededor del 10 por ciento de los clientes habituales de gimnasios e ir en aumento. En España aún no disponemos de suficiente investigación o de datos

sociológicos, aunque se empieza a ver la importancia del fenómeno y su extensión, especialmente entre los jóvenes (Caracuel, Arbinaga y Montero, 2003; Ramos, Pérez, Liberal y Latorre, 2003).

A nivel psicológico, los estudios realizados señalan que los vigoréxicos presentan un perfil de persona poco madura, introvertida, con problemas de integración y seguridad y con baja autoestima. También puede ir acompañada de alteraciones psicológicas como la ansiedad, la depresión y los trastornos obsesivos compulsivos (Pope, 1997; Pope, Phillips y Olivardia, 2000; Kanayama, Pope, Cohane y Hudson, 2003).

Esta alteración puede tener importantes consecuencias añadidas entre quienes la padecen. Junto a los problemas estrictamente físicos que el abuso de esteroides anabólicos -sustancias que favorecen la formación rápida de masa muscular- y una dieta inadecuada que prescinde de la grasa en beneficio de una mayor cantidad de proteínas, puede producir un aumento del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, lesiones hepáticas, disfunciones eréctiles, disminución del tamaño de los testículos, una mayor propensión a padecer cáncer de próstata, etc. Son también previsibles la aparición de problemas psicológicos importantes, desde el deterioro y empobrecimiento de las relaciones personales, hasta una irritabilidad emocional que facilita las respuestas agresivas.

El presente estudio se planteó con el objetivo de realizar una aproximación psicológica al perfil del vigoréxico en el deporte en nuestro país, mediante la evaluación de características deportivas, sociales y psicológicas, ya que la relevancia que este fenómeno está adquiriendo en España y la creciente cantidad de personas que se ven

afectadas no tiene sin embargo reflejo directo en la importancia o dedicación profesional desde la investigación o la intervención. Precisamente, desde un punto de vista profesional y a la vista de los resultados obtenidos, no hay duda que se trata de un campo de trabajo que requiere el abordaje psicológico, tanto para su prevención como para su tratamiento, ya que como cualquier adicción, el apoyo farmacológico o médico es útil y necesario, pero es claramente insuficiente.

## Metodología

### Procedimiento

En primer lugar se hizo una búsqueda de gimnasios o centros deportivos donde se realizase una practica deportiva de musculación con pesas, con el fin de comprobar si sus usuarios tenían las características físicas e imagen corporal habitual de quienes padecen este trastorno, para posteriormente comprobar si también cumplían otras características de dedicación semanal y de valoración expresa de su deseo de aumento constante de volumen muscular.

Una vez realizada la búsqueda de los gimnasios y centros deportivos y habiendo observado las características de los usuarios, pasamos a elaborar un escrito por parte de la Universidad de Valencia en la que explicaba la finalidad de nuestra investigación, pidiendo en ella la colaboración de dichos centros y ahondando en el anonimato de las personas –y los propios centros- sobre los datos facilitados. Esta carta fue dirigida a la dirección de todos los centros. Con su acuerdo, pasamos a abordar a la muestra obtenida, con el fin de pedirles su colaboración explicándoles que los objetivos de la investigación se centraban en conocer el

perfil psicológico de quienes se esfuerzan mucho en el ejercicio físico, sin mencionar explícitamente a su posible consideración como actividad adictiva o patológica. También se resaltó el hecho de que la información recogida y su manejo se tratarían con total anonimato y sin posibilidad de identificación, ni personal ni del centro deportivo. La respuesta por parte de la muestra fue positiva, recogándose la información por parte del personal investigador, desplazada a tal fin en los propios lugares de entrenamiento en los momentos en que el deportista descansaba o se recuperaba de su actividad.

### Muestra

En el estudio participaron 27 sujetos (todos hombres), cuya edad media se sitúa en 24.7 años y siendo usuarios continuos de las instalaciones deportivas mencionadas. Las personas que componen esta muestra cumplen con las características de la persona vigoréxica: diariamente utilizaba el gimnasio, dedicaba muchas horas al entrenamiento con pesas y maquinas de musculación, y mostraban preocupación constante e insatisfacción pese a lo evidentemente musculosos que estaban desarrollados. Metodológicamente, al tratarse de una muestra para un estudio piloto, se han tenido en cuenta las características de selección (*screening*) necesarias para su inclusión muestral, buscando comprobar así tanto la adecuación del instrumento (claridad, comprensión, amplitud,...) como las variables fundamentales implicadas.

### Instrumentos de evaluación

En primer lugar, se ha empleado una anamnesis desarrollada por el equipo de investigación, en la que se recoge información de tipo socioeconómico y deportivo, así

como algunos datos sobre el consumo de sustancias o los motivos de prácticas. Se compone de diferentes cuestiones como las referidas al tiempo real que dedicaban al entrenamiento y lo que consideraban que sería necesario; a qué objetivos esperaban alcanzar realizando dicho ejercicio; a si habían observado cambios de ánimo al ir a entrenar; sobre el tipo de alimentación y sus distribución de materias nutrientes; acerca de cómo veían su cuerpo al mirarse frente el espejo; o si utilizaban aportes biomédicos y suplementos alimentarios para aumentar su musculatura.

Se emplearon también dos instrumentos estandarizados. La Escala de Habilidades Sociales (Gismero, 2000), compuesta de 33 ítems que se contestan con una escala de cuatro alternativas (aprox.: “No me identifico”, “Alguna vez”, “Muchas, pero no siempre” y “Muy de acuerdo y actuaría así en la mayoría de casos”). Esta escala evalúa seis dimensiones: autoexpresión en situaciones sociales; defensa de los propios derechos como consumidor; expresión de enfado o disconformidad; decir no; cortar interacciones; hacer peticiones; e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.

La otra escala aplicada fue el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Garner, 1998). Está compuesto por 91 ítems contestables en una escala Likert de cinco alternativas (desde “Nunca” hasta “Siempre”). Se estructura en once dimensiones: obsesión por la delgadez; bulimia; insatisfacción corporal; ineficacia; perfeccionismo; desconfianza interpersonal; conciencia introceptiva; miedo a la madurez; ascetismo; impulsividad e inseguridad social.

Una vez obtenidos los cuestionarios, se pasaron los datos a una base de datos in-

formatizada para su posterior tratamiento estadístico. Se analizaron usando el paquete estadístico SPSS versión 14, extrayendo básicamente los datos descriptivos y las correlaciones significativas, objetivo básico de este estudio preliminar exploratorio.

## Resultados

Los análisis estadísticos realizados fueron, como se ha señalado, de carácter descriptivo-correlacional, estudiando detenidamente las relaciones que superaron el criterio de significación estadística en la prueba de correlación de Pearson ( $p < 0,001$ ).

Comenzando por los datos descriptivos, podemos observar en el gráfico de edades (Gráfica 1), como nos encontramos frente a una muestra con predominio de deportistas en el rango de edad 15-20 años (46% de la muestra). El grupo más pequeño, que representa el 8% del total, es el de personas con más edad, entre los 35 y 40 años.

Por otra parte, en la Tabla 1 se muestran los principales motivos por los que los deportistas empezaron a realizar estos entrenamientos intensivos de musculación con pesas. Los señalados con mayor frecuencia fueron: “mejorar las habilidades físicas y técnicas”, “mejorar la salud” y “mejorar el aspecto físico”. Por el contrario, los menos relevantes fueron el “agradar a familiares o parejas” y el “competir con otros deportistas”.

En cuanto a los motivos por los cuales los deportistas seguían realizando estas actividades deportivas con pesas (Tabla 2), podemos ver como las razones con mayor importancia en el conjunto de la muestra son: “mejorar su condición física general”, “aumentar la musculatura” y “mejorar la imagen corporal”, frente a las razones menos

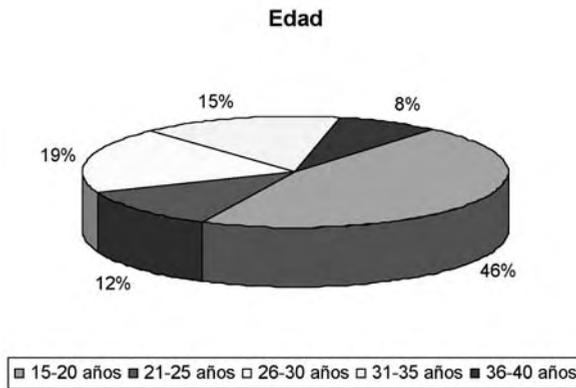
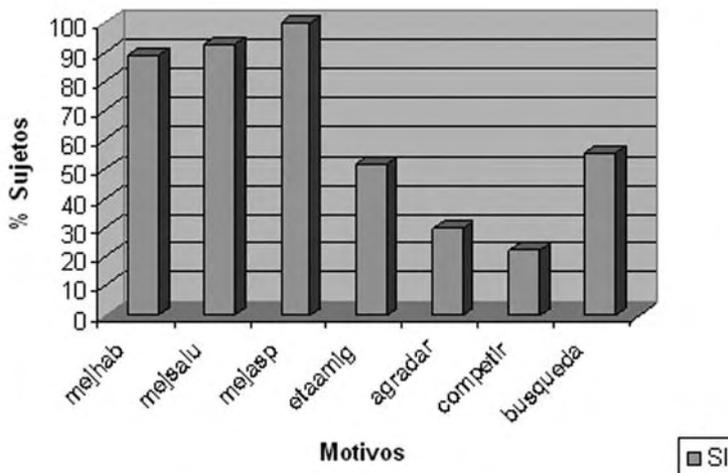


Tabla 1: Motivos de Inicio de la Práctica



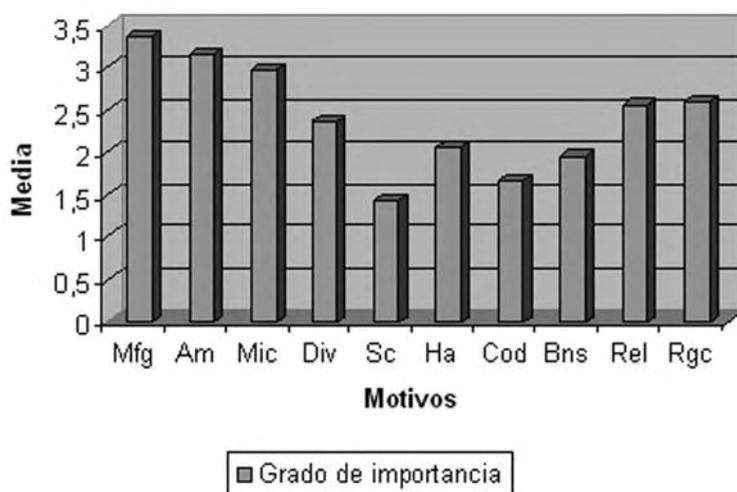
	MOTIVO DE INICIO	%
Mejhab	Mejorar las habilidades físicas y técnicas	88,8
Mejsalu	Mejorar la salud	92,5
Mejasp	Mejorar el aspecto físico	100
Etaamig	Estar con amigos y/o conocer gente	51,8
Agradar	Agradar a familiares, pareja, etc.	29,6
Competir	Competir con otros deportistas	22,2
Búsqueda	Buscar nuevas sensaciones y experiencias	55,5

importantes como “ser conocido”, “competir con otros deportistas” o “buscar nuevas sensaciones”.

Mediante la Anamnesis hemos obtenido también valoraciones en cuanto a las aportaciones biomédicas y suplementos alimentarios que utilizan los sujetos para aumentar la musculatura. Los suplementos más empleados son proteínas y complejos vitamínicos. Asimismo, cabe señalar, que a

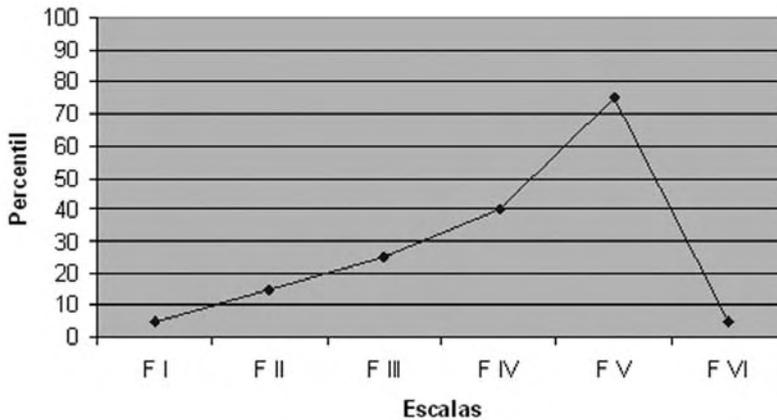
pesar de las dificultades inherentes a la obtención de respuestas en algunas preguntas socialmente mal consideradas, hemos obtenido algunos datos afirmativos acerca del consumo de alguna sustancia considerada dopante, fundamentalmente anabolizantes (derivados de la testosterona), cafeína y glucocorticoides, aunque dada la cuantía de la muestra solo cabe indicarlo sin poder hacer afirmaciones de carácter general.

Tabla 2: Motivos de Continuidad de la Práctica



	MOTIVO DE CONTINUIDAD	Media	Sx
Mfg	Mejorar mi condición física general	3,37	,629
Am	Aumentar mi musculatura	3,15	,818
Mlc	Mejorar mi imagen corporal	2,96	,808
Dlv	Divertirme	2,37	,688
Sc	Ser conocido	1,44	,847
Ha	Hacer amistades	2,07	,675
Cod	Competir con otros deportistas	1,67	1,038
Bns	Buscar nuevas sensaciones	1,96	,898
Rel	Relajarme	2,56	1,013
Rgc	Reducir grasa corporal	2,59	1,083

Tabla 3: EHS (Escala de Habilidades Sociales)



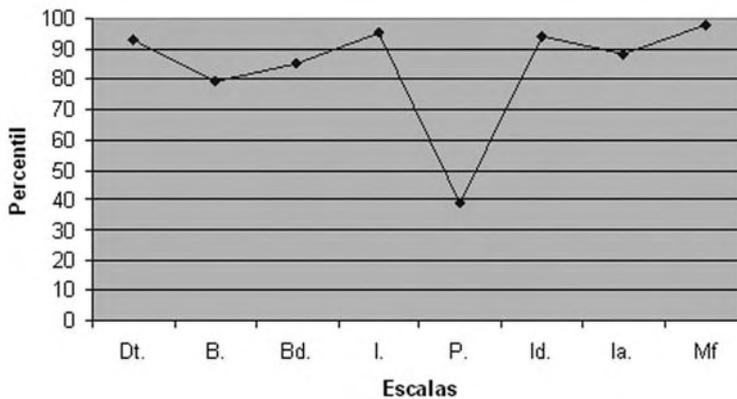
	DIMENSIONES E.H.S.	PD Media	PC
F I	Auto expresión en situaciones sociales.	13,36	5
F II	Defensa de los propios derechos como consumidor.	10,59	15
F III	Expresión de enfado o disconformidad.	8,42	25
F IV	Decir no y cortar interacciones	13,52	40
F V	Hacer peticiones	14,88	75
F VI	Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	9,48	5

Observando los resultados obtenidos en la Escala de Habilidades Sociales (EHS) (Tabla 3) y comparados con los baremos de población general, comprobamos que estos deportistas obtienen puntuaciones bajas en las escalas F I, F II, F III y F VI. Así, es un grupo que presenta una gran dificultad para las interacciones en diferentes contextos y para expresar sus propias opiniones y sentimientos (F I), una expresión de conductas no asertivas frente a desconocidos en defensa de los propios derechos en situaciones de consumo (F II), una dificultad para

expresar discrepancias y preferir callarse lo que a uno le molesta con tal de evitar conflictos con los demás (F III) y una dificultad para llevar a cabo espontáneamente y sin ansiedad la iniciación de interacciones con el sexo opuesto y poder realizar un cumplido o un halago (F VI).

En cuanto al Factor IV, podemos decir que el promedio de puntuaciones entra dentro de los baremos de normalidad, por lo que nos encontraríamos con una muestra que refleja la habilidad para cortar interacciones que no desea mantener. Se trata de un

Tabla 4: EDI (Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentación)\_(Universitarios)



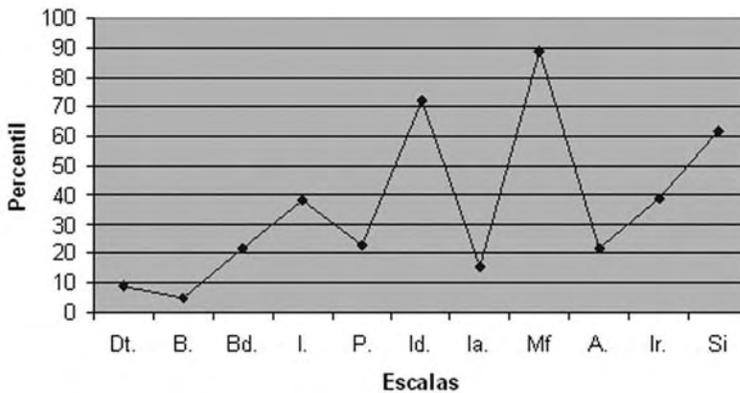
	<b>DIMENSIONES E.D.I.</b>	<b>PD Media</b>	<b>PC</b>
Dt	Obsesión por la delgadez	4,63	93
B	Bulimia	1,15	79
Bd	Insatisfacción corporal	8,21	85
I	Ineficacia	6,54	95
P	Perfeccionismo	3,62	39
Id	Desconfianza interpersonal	8,12	94
Ia	Conciencia introceptiva	3,17	88
Mf	Miedo a la madurez	9,59	98
A	Ascetismo	4,04	--
Ir	Impulsividad	3,08	--
Si	Inseguridad social	9,32	--

aspecto de la aserción en que lo crucial es poder decir “no” a otras personas, y cortar las interacciones. Por el contrario, en conjunto obtuvieron una puntuación elevada en la escala F V, lo que indica que los sujetos son capaces de realizar peticiones a otras

personas de algo que desean, sea a un amigo o en situaciones de consumo.

Analizando los datos obtenidos en el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI) (Tabla, 4), comparados con el baremo de una población de universitarios,

Tabla 5: EDI (Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentación) (*Pacientes con Trastornos Alimentarios*)



	<b>DIMENSIONES E.D.I.</b>	<b>PD Media</b>	<b>PC</b>
Dt	Obsesión por la delgadez	4,63	9
B	Bulimia	1,15	5
Bd	Insatisfacción corporal	8,21	22
I	Ineficacia	6,54	38
P	Perfeccionismo	3,62	23
Id	Desconfianza interpersonal	8,12	72
Ia	Conciencia introceptiva	3,17	16
Mf	Miedo a la madurez	9,59	89
A	Ascetismo	4,04	22
Ir	Impulsividad	3,08	39
Si	Inseguridad social	9,32	62

observamos que en todas las dimensiones menos la que hace referencia a “Perfeccionismo”, obtienen una puntuación centil muy alta. Hay que recordar que buscamos una muestra de sujetos que cumpliera las características del vigorexico, por lo que

podríamos decir que el hecho de que sus puntuaciones sean altas en dichas variables sería comprensible, pero el hecho de que la preocupación por estos temas sea “normal” en determinadas situaciones no impide reconocer el significado potencial de estas al-

tas puntuaciones como síntoma de desajuste (Baile, Monroy y Garay, 2005; Garner, Garfinkel, Rockert y Olmsted, 1987). Las puntuaciones altas nos indican que estos deportistas, en conjunto, tienen una elevada preocupación por la alimentación y la forma de su cuerpo.

Por otra parte, si comparamos los resultados obtenidos en el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI) con el baremo de población de pacientes con trastornos alimentarios americanos (Tabla, 5), obtenemos que los resultados varían en relación con los baremos anteriores, obteniendo este colectivo unas puntuaciones bajas en las escalas de Obsesión por la Delgadez (Dt.), Bulimia (B.) y Conciencia Introceptiva (Ia.), lo que nos lleva a pensar que nos encontramos frente a un grupo de sujetos que no se incluiría en el grupo de personas con trastorno de la alimentación, sino que se encontraría en una situación próxima a padecerlo. De hecho, comparados con el grupo de pacientes con trastornos de la alimentación, nuestra muestra también obtiene puntuaciones altas en las escalas de Desconfianza Interpersonal (Id.), Miedo a la Madurez (Mf.) e Inseguridad Social (Si.)

Por otro lado, mediante el análisis de correlaciones hemos obtenido algunos resultados interesantes de las relaciones entre las principales variables de estudio. A continuación se indican las principales correlaciones estadísticamente significativas (Tabla 6)

Encontramos una correlación positiva entre el “uso de anabolizantes” con un aumento de los “problemas con el peso” ( $r=0.693$ ,  $p<0,001$ ), un aumento de hábitos deportivos como las “horas de entrenamiento”

( $r=0.646$ ,  $p<0,001$ ), con motivos como el “llamar la atención” ( $r=0.648$ ,  $p<0,001$ ) y la variable “Inmadurez” del Inventario de Trastornos de la Conducta (EDI), que implica evitar enfrentarse con la madurez psicobiológica para desembocar en una vuelta a la apariencia y estado hormonal prepuberales. Es decir, se sienten más jóvenes cuando experimentan pérdidas de peso extremas), ( $r=0.449$ ,  $p<0,005$ )

También obtenemos una correlación positiva entre el “aumento de las horas semanales de entrenamiento” con el motivo de “querer ser conocido” ( $r=0.590$ ,  $p<0,001$ ) y con la variable “Inseguridad en la relación personal” del EDI, que refleja la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad) ( $r=0.414$ ,  $p<0,005$ )

Por otro lado encontramos una correlación positiva entre el motivo de “mejora de la imagen corporal” con el de búsqueda de “aumento de la masa muscular” ( $r=0.416$ ,  $p<0,005$ ) y con la variable “Desconfianza interpersonal” del EDI, que recoge el sentimiento general de alienación y el desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos ( $r=0.410$ ,  $p<0,005$ )

Asimismo, encontramos correlaciones positivas entre “cambio del estado de ánimo por entrenar” con las variables del EDI: “Obsesión por la delgadez”, que se refiere a la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar ( $r=0.425$ ,  $p<0,005$ ) y la “Inseguridad en las relaciones personales” ( $r=0.469$ ,  $p<0,005$ )

Por otro lado, también encontramos una correlación positiva entre la importancia

Tabla 6: Principales Correlaciones (estadísticamente significativas)

Uso de anabolizantes	Problemas con el peso	(r = .693, p< 0.001)
	Horas de entrenamiento	(r = .646, p< 0.001)
	Llamar la atención	(r = .648, p< 0.001)
	Inmadurez	(r = .449, p< 0.005)
Aumento de las horas semanales de entrenamiento	Querer ser conocido	(r = .590, p< 0.001)
	Inseguridad en la relación personal	(r = .414, p< 0.005)
Motivo de mejora de la imagen corporal	Aumento de la masa muscular	(r = .416, p< 0.005)
	Desconfianza interpersonal	(r = .410, p< 0.005)
Cambio del estado de ánimo por entrenar	Obsesión por la delgadez	(r = .425, p< 0.005)
	Inseguridad en relación personal	(r = .469, p< 0.005)
Obsesión por la delgadez	Mejora de la imagen corporal	(r = .469, p< 0.005)
	Bulimia	(r = .543, p< 0.001)
Seguir una dieta	Capacidad de expresarse	(r = .610, p< 0.001)
	Obsesión por la delgadez	(r = .410, p< 0.005)
	Inseguridad en la relación personal	(r = .513, p< 0.001)
Tener otros hobbies	Uso de anabolizantes	(r = -.476, p< 0.005)
	Glucocorticoides	(r = -.476, p< 0.005)
	Uso de proteínas	(r = -.434, p< 0.005)
Motivo de práctica por mejorar habilidades	Motivo de mejorar el aspecto físico	(r = -.555, p< 0.001)

del motivo de práctica referido a la “obsesión por la delgadez” con la importancia del motivo por la “mejora de la imagen corporal” (r=0.469, p<0,005), así como con puntuaciones elevadas en la variable “Bulimia”, obtenida de la escala EDI (r=0.543, p<0,001), que señala la tendencia a tener

pensamientos y a darse atracones de comida incontrolables.

Siguiendo con la relación entre variables, obtenemos correlaciones positivas entre la variable de hábitos de entrenamiento y de alimentación “seguir una dieta”, con la variable del Escala de Habilidades Sociales

(EHS) denominada “Capacidad de expresarse” ( $r=0.610$ ,  $p<0,001$ ), y las variables “Inseguridad en las relaciones personales” ( $r=0.513$ ,  $p<0,001$ ) y “Obsesión por la delgadez” ( $r=0.410$ ,  $p<0,005$ ) obtenidas en el EDI.

En síntesis, encontramos unas correlaciones negativas estadísticamente significativas entre variables sociodemográficas como el “Tener otros hobbies” con el consumo de algunas sustancias como los anabolizantes ( $r=-0.476$ ,  $p<0,005$ ), los glucocorticoides ( $r=-0.476$ ,  $p<0,005$ ) y las proteínas” ( $r=-0.434$ ,  $p<0,005$ ). Igualmente y como cabía esperar, obtuvimos correlaciones negativas entre el motivo de práctica por “Mejorar habilidades” y la razón para entrenar de “Mejorar el aspecto físico” ( $r=-0.555$ ,  $p<0,001$ )

## Conclusiones

En conjunto, los datos indican que nos encontramos con un grupo de personas que encajarían en el perfil del vigoréxico que se ha venido comentando, ya que cumplen en gran medida las características de éstos, aunque hay que tomar estos resultados como lo que son, preliminares, debido al reducido número de muestra con la que hemos trabajado y la dificultad de conseguir información sin sesgos en las respuestas. La muestra se compone por un grupo de personas cuya media de edad se sitúa en los 24.73 años, por lo que estaríamos hablando de un grupo de deportistas jóvenes, todos ellos varones, dato que coincidiría con las características de los grupos de gente que padece vigorexia.

Podemos destacar la importancia de los datos referidos a los principales motivos por lo que realizan un entrenamiento intensivo

de musculación con pesas. Los deportistas señalan como las razones más importantes, que destacan en relación con cualesquiera otros motivos: el mejorar las habilidades físicas y técnicas, mejorar la imagen corporal y aumentar la musculatura, motivos que encajan en el perfil del vigoréxico, como se señala en la literatura especializada, de personas que no se sienten satisfechos con su propio cuerpo y se obsesionan con la mejora de aquello que ellos consideran deficiencias.

En relación con los resultados obtenidos mediante la Escala de Habilidades Sociales, encontramos puntuaciones bajas en la gran mayoría de sus dimensiones, tales como: dificultad con las interacciones en diferentes contextos, expresión de conductas no asertivas frente a desconocidos, dificultad para expresar discrepancias y dificultad para llevar a cabo interacciones con el sexo contrario. Estos resultados encajan igualmente en las conclusiones obtenidas en diferentes estudios (Caracuel, Arbinaga y Montero, 2003; Furnham, Badmin y Sneade, 2002), que señalan como el perfil del vigoréxico a nivel psicológico se caracterizaría por ser el de una persona poco madura, introvertida, con problemas de integración y seguridad, y con baja autoestima.

En cuanto al Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Garner, 1998), comparando la muestra de nuestros deportistas con los baremos de dos poblaciones distintas (universitarios y pacientes norteamericanos con trastornos de la alimentación), observamos que nuestro grupo podríamos situarlo en el límite de padecer un trastorno de alimentación, ya que en relación con el primer grupo sus puntuaciones indican una excesiva preocupación por la alimentación y por la forma de sus cuerpos, mientras que

cotejadas sus puntuaciones con la población que sufre trastornos de la alimentación, aunque cercanas, no alcanzaría los del colectivo con trastornos ya desarrollados. También apoyaría esta conclusión el hecho de que presentan consolidadas algunas alteraciones en variables psicológicas características de estos trastornos: desconfianza interpersonal, miedo a la madurez e inseguridad ante las relaciones sociales.

Los datos sobre los motivos de práctica de estos deportistas, señalan que los más relevantes son los de mejora de la imagen corporal, el aumento de la masa corporal y el mejorar las habilidades. Es interesante, reseñar que los dos primeros correlacionan negativamente con el tercero, lo que nos permite pensar que entre estos deportistas que entrenan intensivamente con pesas, podríamos encontrar a dos grupos diferenciados de sujetos, aquellos cuyas motivaciones se centran en el aumento de su masa muscular y la modificación de su imagen, que coincidiría con aquellos que padecen vigorexia, y un segundo grupo más interesado por la mejora de habilidades para el rendimiento deportivo. Por ello, sería conveniente que en otros estudios se evaluara si practican otros deportes, ya que en algunos casos puede que el entrenamiento de musculación sea para mejorar sus logros deportivos en éstos.

En cuanto a los factores emocionales observamos que existe una relación entre los cambios del estado de ánimo por el hecho de no poder entrenar –reacción habitual de las dependencias- con un aumento de la obsesión por la delgadez y con la falta de seguridad en las relaciones personales. Estos resultados coinciden con aquellos obtenidos en otras investigaciones (Caracuel, Ar-

binaga y Montero, 2003; Furnham, Badmin y Sneade, 2002, Hurst, Hale, Smith y Collins, 2000), donde ya señalan que el perfil del vigoréxico se caracteriza por estos factores psicológicos relacionados con problemas de integración y seguridad, acompañados de otras alteraciones como trastornos obsesivos compulsivos.

También si nos centramos en los datos sobre hábitos y conductas de nuestros deportistas, encontramos gran similitud con la información existente sobre el perfil del vigoréxico (Caracuel, Arbinaga y Montero, 2003; Furnham, Badmin y Sneade, 2002, Hurst, Hale, Smith y Collins, 2000; Pope, Gruber, Choi, Olivardia y Phillips, 1997). Se observa que el consumo de anabolizantes se asocia con la percepción de tener problemas con el peso y con reacciones de inmadurez; mientras que el aumento de las horas de entrenamiento se asocia con la inseguridad en las relaciones personales. Seguir una dieta también sería un factor que se relaciona directamente con un aumento de la obsesión por la delgadez e inseguridad en las relaciones personales.

Como conclusión final y pese a la limitaciones inherentes al tamaño de la muestra y los posibles sesgos a la hora de la obtención de datos, podemos señalar que la información obtenida nos permite señalar la coincidencia con otros estudios en cuanto a la existencia de un perfil psicológico que junto con hábitos inadecuados de entrenamiento y alimentación confirmarían el trastorno de vigorexia, con la gravedad y prevalencia que ya se va progresivamente detectando.

Considerando las variables psicológicas y los hábitos de conducta que delimitan el

perfil, estaremos en condición de avanzar propuestas que reduzcan los factores de riesgo y que potencien los de protección. Otra conclusión evidente es que en esta labor de investigación y actuación profesional, el papel del psicólogo es del todo imprescindible.

Kanayama, G., Pope, H.G., Cohane, G. y Hudson, J.I. (2003). Risk factors for anabolic-androgenic steroid use among weightlifters: a case control study. *Drug and Alcohol Dependence*, 7 (1), 77-86.

Pope, H. G., Phillips, K. A. y Olivardia, R. (2000). *The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession*. New York: Free Press.

Pope, H.G. (1997). Reverse anorexia "vigorexia" in weight lifters. *American Psychiatry Association: Psychosomatics Journal*.

Pope, H.G., Gruber, A.J., Choi, P., Olivardia, R. y Phillips, K.E. (1997). Muscle dysmorphia. An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38, 548-557.

Ramos, P. Pérez, L., Liberal, S. y Latorre, M. (2003). La imagen corporal en relación con los TCA en adolescentes vascos de 12 a 18 años. *Revista de Psicodidáctica*.

## Bibliografía

Arbinaga, F. y Caracuel, J.C. (2003). Aproximación a la Dismorfia Muscular. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. Vol. 65 (5), 7-15.

Baile, J. I., Monroy, K. E. y Garay, F. (2005). Alteración de la imagen corporal en un grupo de usuarios de gimnasios. *Revista de Enseñanza e Investigación en Psicología*. Vol. 10 (001), 161-169.

Cantón, E. (2007). Ámbitos de aplicación de la Psicología del Deporte en la salud. Un caso concreto: las adicciones. *Actas del I Congreso Latinoamericano de Estudiantes de Psicología*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima (Perú), 10 de Abril.

Caracuel, J. C., Arbinaga, F. y Montero, J. A. (2003). Perfil socio-deportivo de dos tipos de usuarios de gimnasio: un estudio piloto. *Edupsykhé, Revista de Psicología y Psicopedagogía*, Vol. 2 (2), 273-308.

Furnham, A., Badmin, N. y Sneade, I. (2002). Body image dissatisfaction: Gender differences in eating attitudes, self esteem, and reasons for exercise. *The Journal of Psychology*, 136, 581-596.

Garner, D.M. (1998). *Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: TEA Ediciones.

Gismero, E. (2000). *Escala de Habilidades Sociales*. Madrid: TEA Ediciones.

Hurst, R., Hale, B., Smith, D. y Collins, D. (2000). Exercise dependence, social physique anxiety, and social support in experienced and inexperienced bodybuilders and weightlifters. *British Journal of Sports Medicine*, 34, 431-435.

Fecha de recepción: 11/10/2007  
Fecha de aceptación: 20/01/2008

# Relevancia de las variables sociodemográficas y del ejercicio físico en la ansiedad en mujeres

Aurelio Olmedilla Zafra<sup>1</sup>, Enrique Ortega Toro, Julia Madrid Garrido  
Universidad Católica San Antonio de Murcia  
Correo electrónico: aolmedilla@pdi.ucam.edu

## resumen/abstract:

Los estudios realizados indican que, tanto determinadas variables sociodemográficas, como la práctica de ejercicio físico se relacionan con la salud mental de mujeres y hombres, aunque en general, se encuentra que son éstas las más afectadas. El propósito del presente trabajo es estudiar las relaciones que se establecen entre variables sociodemográficas y práctica de ejercicio físico con niveles de ansiedad en mujeres. La muestra está compuesta por 200 mujeres del municipio de Cartagena (Murcia) con edades comprendidas entre 18 y 65 años. Los resultados indican que existen relaciones estadísticamente significativas entre el grupo de mujeres de edades entre 45 y 54 años y las mujeres de edades comprendidas entre los 18 y los 44 años, manifestando aquellas niveles superiores de ansiedad; las mujeres viudas muestran niveles superiores de ansiedad que las solteras; las que tienen dos hijos tienen niveles superiores que las que no tienen ninguno; las mujeres que no tienen estudios manifiestan niveles superiores de ansiedad que aquellas que tienen algún tipo de titulación académica. Respecto a la práctica de ejercicio físico, los resultados indican que el grupo de mujeres que acuden al gimnasio o que realizan algún tipo de programa de actividad física con regularidad, manifiesta menores niveles de ansiedad que las que no acuden o no lo hacen. Se discuten estos resultados y se proponen algunas pautas de investigación para poder mejorar la percepción de salud mental de las mujeres.

*Many studies have indicated that both certain sociodemographic variables and exercise are related to mental health in women and men, although in general women seem to be more affected by them. The purpose of this work was to study relationships established between sociodemographic variables and exercise practice and anxiety levels in women. The sample was made of 200 women from the municipality of Cartagena (Murcia, Spain), ages ranging from 18 to 65 years. Results indicate that there are statistically significant differences among various groups: (a) women from the 45-54 year age group and those from 18-44 year age group had higher levels of anxiety, (b) widows demonstrated higher levels of anxiety than married and single women, (c) women with two children suffered higher levels of anxiety than those without children, and (d) women who had no higher education demonstrated higher levels of anxiety than those who had some higher educational degree. With regard to exercise, results indicate that there are statistically significant differences between the group of women that go to a gym or that take part in some type of regular physical activity program (lower levels of anxiety) when compared to those that do not go to the gym or do not take part in any program. Results are discussed and some plans of action or investigation to improve perception of women's mental health are proposed.*

## palabras clave/keywords:

Ejercicio físico, variables ambientales, ansiedad, mujer.// *Exercise, sociographic variables, anxiety, woman.*

<sup>1</sup> Este trabajo se ha realizado, principalmente, gracias a la ayuda 05691/PPC/07 (Fundación Séneca, Agencia Regional de Ciencia y Tecnología de Murcia).

## Introducción

Diferentes estudios revelan que la práctica regular de actividad física produce beneficios físicos y psicológicos en sus practicantes, aunque la dificultad para desarrollar estudios experimentales de causa-efecto, hace que los efectos del ejercicio sobre la salud física estén mejor establecidos que sobre el bienestar psicológico (Jiménez, Martínez, Miró y Sánchez, 2008). Sin embargo, existe abundante investigación que avala la práctica de actividad física como factor de protección ante numerosos problemas médicos, como cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, accidentes cerebrovasculares y osteoporosis (Varo-Cenarruzabeitia, Martínez y Martínez-González, 2003), y psicológicos como ansiedad (Akandere y Tekin, 2005; González, Núñez y Salvador, 1997; Gutiérrez, Espino, Palenzuela y Jiménez, 1997; McAuley, Márquez, Jerome, Blissmer y Katula, 2002), o demencia (Varo-Cenarruzabeitia *et al.*, 2003). Por otro lado, el ejercicio físico contribuye a aumentar el bienestar psicológico, mejorando el estado de ánimo general (Janisse, Nedd, Escamilla y Nies, 2004; McLafferty, Wetzstein y Hunter, 2004), el autoconcepto y la autoestima (Di Lorenzo *et al.*, 1999; McAuley, Mihalko y Bane, 1997). Algunas investigaciones de tipo meta-analítico han encontrado efectos significativos de la práctica de actividad física sobre el bienestar psicológico (Arent, Landers y Etnier, 2000; Netz, Wu, Becker y Tenenbaum, 2005), y específicamente sobre la ansiedad (Petruzzello, Landers, Hatfield, Kubitz, y Salazar, 1991).

Quizá uno de los factores que más contribuyen a la percepción negativa de la salud sea, junto a la depresión, la ansiedad, sobre todo en determinadas etapas de la vida como por

ejemplo la adolescencia (Axelsson y Ejler-tsson, 2002; Bagley y Mallick, 2001), afectando de modo directo a la salud mental de las personas que la sufren. Además niveles altos de ansiedad predicen los problemas emocionales que acompañan a ciertas patologías y se asocian a menudo con otros rasgos patógenos, sugiriendo un patrón conocido como “afectividad negativa” (Sánchez, Aparicio y Dresch, 2006). Aunque la sintomatología ansiosa parece ser mayor en mujeres que en hombres, el género no resulta ser la variable más determinante de este hecho, sino que factores personales o sociodemográficos pueden estar influyendo de manera decisiva, como por ejemplo la edad, la situación laboral, el nivel educativo o el estado civil, por lo que resulta fundamental introducir estudios de las relaciones entre actividad física y ansiedad, introduciendo factores sociodemográficos que mediarían en esta relación (Olmedilla y Ortega, en preparación). En este sentido, el trabajo de Matud, Avero y López (2001) indica que las mujeres con mayores niveles de ansiedad manifestaban mayor insatisfacción laboral y percibían un menor apoyo social. De esta manera, se puede considerar que se está incidiendo sobre aspectos importantes del concepto de calidad de vida, y éste suele ser percibido de manera más negativa en función de la incidencia de determinados factores sociales y demográficos (Denton y Walters, 1999; Kawachi, Kennedy, Gupta y Prothrow-Stith, 1999).

Sin embargo, para algunos autores la práctica de actividad física, de forma regular, parece constituir un factor importante que influye en la calidad de vida produciendo efectos beneficiosos sobre la salud física y psicológica independientemente de la edad y sexo de los sujetos (Blasco, Capdevila y

Cruz, 1994; Haskell, 1984; Paffenbarger y Powell, 1985). Desde un punto de vista biomédico, cabe decir que la actividad física crea una serie de hábitos y actitudes que resultan aconsejables, puesto que la vida sedentaria y la falta de ejercicio físico son aspectos que determinan claramente la aparición de ciertas enfermedades, sobre todo en pacientes de cierta edad (Gómez, Santandreu, y Egea, 1995). En el estudio de Petruzzello et al. (1991) los resultados indican que el ejercicio está asociado a la reducción, tanto de la ansiedad estado, como de la ansiedad rasgo, aunque con matices diferentes. Así, el descenso de ansiedad con el ejercicio es mayor en la ansiedad rasgo que en la ansiedad estado, se producen mejores resultados con el ejercicio aeróbico que con el anaeróbico, tanto en la ansiedad estado como en ansiedad rasgo, si bien, estos efectos no son tan claros en el caso de ansiedad rasgo a largo plazo, y que los efectos positivos del ejercicio sobre la ansiedad parecen ser independientes de la edad y el estado de salud del sujeto.

Así, todo indica que existe una correlación negativa entre la práctica de ejercicio físico y la ansiedad, por un lado; y que algunos factores sociodemográficos pueden afectar a las mujeres a sufrir niveles mayores o menores de ansiedad. Dada la importancia del contexto, resulta muy importante realizar estudios que nos permitan ratificar o no, y en qué sentido, estas relaciones. Además, y dado que la población femenina es más propensa a sufrir este tipo de trastornos, el análisis de este tipo de muestras resultan de capital importancia. Este estudio descriptivo-correlacional y transversal pretende conseguir dos objetivos: a) analizar la relación entre variables sociodemográficas y niveles

de ansiedad en las mujeres de Cartagena; y b) analizar la relación entre la práctica de ejercicio físico y los niveles de ansiedad en las mujeres de Cartagena. Concretamente, se analiza la relevancia de la edad, el estado civil, el número de hijos, el nivel de estudios y la profesión en la sintomatología ansiosa; y la situación de práctica de ejercicio físico de estas mujeres, y la correlación entre ésta y los niveles de ansiedad.

## Método

### Participantes

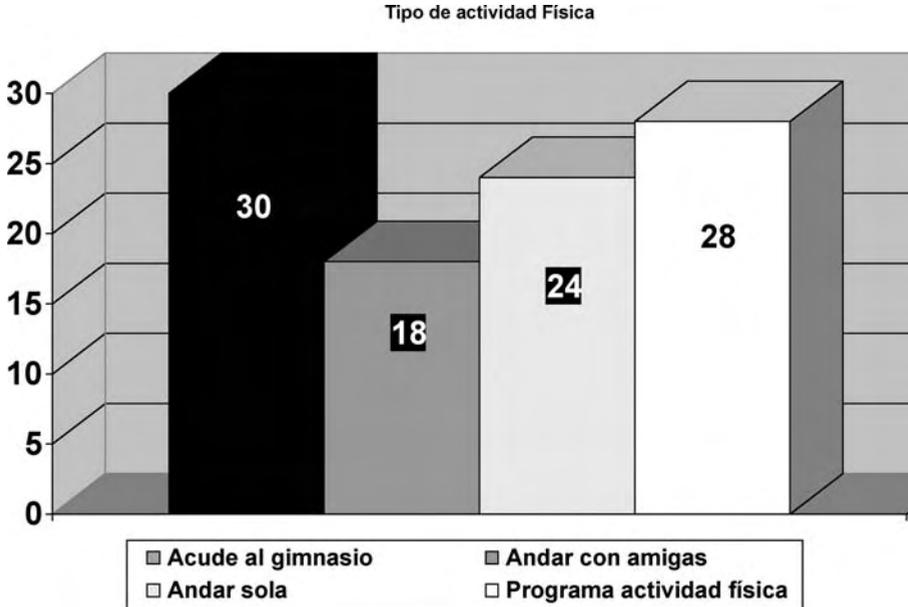
La muestra está formada por 200 mujeres, residentes en el municipio de Cartagena, de edades comprendidas entre 18 y 65 años, con una media de edad de 36,85 años (desviación típica de 14,59). En la Tabla 1 se presentan las principales características sociodemográficas. Como se puede observar, predominan las mujeres casadas y con algún hijo, prácticamente la mitad en el primer caso y más de la mitad en el segundo. También se observa que el nivel de estudios mayoritario son los secundarios, y que un 33,5% de las mujeres se declaran "amas de casa".

Respecto a la práctica de ejercicio, un 63% de la muestra indica que realiza algún tipo de actividad física, frente a un 37% que no realiza ninguno. En el Gráfico 1 se puede observar la distribución de la muestra respecto al tipo de actividad física que realiza. Las mujeres que acuden al gimnasio realizan una media de 1'5 ( $\pm$  0'87) horas de entrenamiento en cada sesión y 2'76 ( $\pm$  0'77) días a la semana. El grupo de mujeres que realiza actividad física por su cuenta suele hacerlo 1'5 días a la semana de media. Aquellas que realizan programas de actividad física preestablecidos, emplean 1 hora por sesión y 2 días a la semana.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

	<b>Mujeres</b>				
	n	%		n	%
<b>Edad</b>			<b>Profesión</b>		
Entre 18 y 24 años	54	27,0	Amas de casa	67	33,5
Entre 25 y 34 años	49	24,5	Empresaria	4	2,0
Entre 35 y 44 años	35	17,5	Trabajad. cuenta ajena	72	36,0
Entre 45 y 54 años	28	14,0	Estudiante	26	13,0
Entre 55 y 65 años	34	17,0	Otros	31	15,5
<b>Estado civil</b>			<b>Número de hijos</b>		
Soltera	78	39,0	Sin hijos	92	46,0
Casada	97	48,5	Uno	13	6,5
Separada/divorciada	6	3,0	Dos	50	25,0
Viuda	13	6,5	Más de dos	45	22,5
Pareja de hecho	6	3,0			
<b>Nivel de estudios</b>					
Primarios	53	26,5			
Secundarios	121	60,5			
Universitarios	26	13,0			

Gráfico 1. Distribución de la muestra según el tipo de actividad física que realiza (porcentajes)



### Instrumentos y procedimiento

La ansiedad se evaluó mediante el *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)* de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970). El STAI es un cuestionario con una larga historia que desde su publicación ha reunido una abundante bibliografía. Comprende dos escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad (estado y rasgo). En este trabajo se ha utilizado la sub-escala ansiedad rasgo, que evalúa una propensión ansiosa, relativamente estable por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad estado. El formato de esta sub-escala está constituido por 20 frases con 4 opciones de respuesta en una escala tipo likert (0=casi nunca; 3=casi siempre);

hace referencia a cómo se siente el sujeto generalmente, en la mayoría de las ocasiones. Es un cuestionario de auto-evaluación que puede ser auto-administrado de forma individual o colectiva.

Los factores sociodemográficos se tomaron mediante una hoja de recogida de datos. El pase de pruebas fue individual, compaginando la auto-administración con el pase en forma de entrevista con aquellas mujeres que así lo demandaron, o de bajo nivel cultural. Todas ellas aceptaron participar de forma voluntaria. El acceso a la muestra fue a través de diferentes centros laborales, educativos y zonas de recreo de la localidad de Cartagena.

Los análisis estadísticos se realizaron con la versión 15 del programa SPSS para Windows. Se realizó un análisis de varianza

(ANOVA) para el estudio de las relaciones entre variables sociodemográficas y niveles de ansiedad, por un lado, y los grupos de mujeres según la práctica de ejercicio físico y los niveles de ansiedad, por otro.

## Resultados

### Relación entre variables socio-demográficas y niveles de ansiedad

En la tabla 2 se observa que conforme incrementa la edad, se aprecian valores superiores de ansiedad (salvo en el grupo de edad mayor), apreciándose diferencias estadísticamente significativas [ $F_{4,199}=5.861$ ,  $p<.001$ ], entre las mujeres del grupo de 45-54 años con las mujeres de edades comprendidas entre los 18 y los 44 años ( $p>.05$ ). Por otro lado, las mujeres viudas y divorciadas presentan valores superiores de ansiedad que el resto, apreciándose diferencias estadísticamente significativas [ $F_{4,199}=3.860$ ,  $p<.01$ ] entre las viudas y las solteras ( $p<.05$ ). Respecto al número de hijos, las mujeres con dos o más hijos presentan valores de ansiedad superiores a las que tienen uno o ninguno, apreciándose diferencias estadísticamente significativas [ $F_{3,199}=4.963$ ,  $p<.01$ ] entre las mujeres con dos hijos y las que no tienen hijos ( $p<.05$ ).

Al analizar la ansiedad en función del nivel de estudios, se aprecia que las mujeres sin estudios presentan los valores más elevados de ansiedad, con diferencias estadísticamente significativas [ $F_{3,199}=6.355$ ,  $p<.001$ ] entre éstas y el resto de mujeres ( $p<.01$ ). Respecto a la profesión, cabe destacar que las estudiantes son las mujeres que menor ansiedad tienen, seguidas de las trabajadoras por cuenta ajena y de las amas de casa, si bien nos se aprecian diferencias esta-

dísticamente significativas [ $F_{4,198}=1.993$ ,  $P=.097$ ].

### Relación entre variables deportivas y niveles de ansiedad

Al analizar la ansiedad en función de la práctica de actividad física, en la tabla 3, se puede observar que las mujeres que practican algún tipo de actividad física, presentan niveles de ansiedad menores que las que no practican, siendo estas diferencias estadísticamente significativas [ $T_{198}=-3.789$ ;  $p>.001$ ]. El grupo de mujeres que salen habitualmente a andar, ya sea con las amigas, ya sea solas, manifiestan niveles de ansiedad inferiores a las que no lo hacen, si bien no se aprecian diferencias estadísticamente significativas, ni en un caso [ $T_{198}=-.228$ ;  $p=.820$ ], ni en el otro [ $t_{198}=-1.514$ ;  $p=.132$ ]. Sin embargo, tanto las mujeres que acuden al gimnasio, como las que realizan algún programa de actividad física, presentan niveles de ansiedad inferiores a aquellas que no realizan estas actividades, siendo estas diferencias significativas ( $[T_{198}=-4.375$ ;  $p>.001$ ] y [ $T_{198}=-3.744$ ;  $p>.001$ ], respectivamente).

## Discusión y conclusiones

Los resultados indican que en todas las variables sociodemográficas estudiadas (edad, estado civil, número de hijos y nivel de estudios), excepto en la profesión, existen diferencias significativas entre diferentes grupos de mujeres respecto a los niveles de ansiedad manifestados. Respecto a la práctica de ejercicio físico, las mujeres que realizan algún tipo de actividad física manifiestan niveles de ansiedad inferiores a aquellas que no realizan ejercicio físico, excepto los grupos de mujeres que salen a andar solas o con las amigas que, si bien

Tabla 2 Variables socio-demográficas y niveles de ansiedad

VARIABLE	CATEGORÍA	N	ANSIEDAD	
			MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
EDAD	18-24 años	54	3,87	2,21
	25-34 años	49	4,08	2,34
	35-44 años	35	4,20	1,92
	45-54 años	28	5,93	1,98
	55-65 años	34	5,18	1,96
ESTADO CIVIL	Casada	97	4,61	2,22
	Soltera	78	4,00	2,24
	Viuda	13	6,15	1,72
	Pareja de Hecho	6	3,83	1,72
	Divorciada	6	6,00	,89
NÚMERO DE HIJOS	Sin hijos	91	3,99	2,22
	Un hijo	13	3,54	2,47
	Dos hijos	50	5,10	2,24
	Más de dos hijos	46	5,09	1,85
NIVEL DE ESTUDIOS	Sin estudios	15	6,20	2,08
	Estudios primarios	75	4,85	2,07
	Estudios secundarios	84	3,86	2,27
	Estudios universitarios	26	4,50	1,92
PROFESIÓN	Empresaria	4	5,25	,50
	Trabajador cuenta ajena	81	4,43	2,20
	Ama de casa	66	4,62	2,22
	Estudiantes	26	3,62	2,48
	Otra	22	5,32	1,94

muestran niveles inferiores de ansiedad que las que no realizan estas actividades, las diferencias no son estadísticamente significativas.

Hemos encontrado que aquellas mujeres con edades entre 45 y 54 años es el grupo que manifiesta un mayor nivel medio de ansiedad, seguido por el grupo de mujeres entre 55 y 65 años, y que las mujeres con edades entre 18 y 24 años son las que manifiestan menores niveles de ansiedad. Esta relación con la edad parece mostrar que es en la segunda etapa de la vida cuando las mujeres manifiestan mayores niveles de ansiedad, y que parece tener relación con procesos de envejecimiento naturales (menopausia), así como otro tipo de actividades, como la práctica de actividad física o el sedentarismo. En este sentido, Conroy et al. (2007) estudiaron a 497 mujeres mayores, con una edad media de 56,9 años, y encontraron que aquellas mujeres que practicaban actividad física regularmente tenían unos indicadores de calidad de vida superiores a las que no practicaban, además el 39% de las mujeres que había practicado ejercicio físico pero lo dejó sin volver a esta actividad, presentaban niveles mayores de ansiedad y de depresión.

Aunque en edades más jóvenes las mujeres manifiestan menores niveles de ansiedad, la práctica de ejercicio físico parece ejercer un papel de protección, tal y como señalan algunos trabajos de diseño experimental. González et al. (1997) analizaron los efectos de la actividad física sobre la condición física y el bienestar psicológico en mujeres sedentarias y fumadoras, de edades comprendidas entre los 17 y los 28 años; el grupo de mujeres que realizó el programa de

entrenamiento obtuvo mejoras en la condición física y descensos en la ansiedad cognitiva, aunque no encontraron cambios en el estado de ánimo. Gutiérrez et al. (1997) investigaron los efectos del ejercicio físico en cuatro medidas complementarias de ansiedad, en jóvenes universitarios de ambos sexos; encontrando un descenso en los niveles de ansiedad en tres de las cuatro medidas, al final del periodo de entrenamiento, por lo que concluyen que los beneficios del ejercicio físico regular sobre la ansiedad, no se limitan a muestras clínicas, o de adultos, sino también a jóvenes normales.

Sin embargo, la relación entre factores psicológicos y práctica de actividad física parece tener un sentido de reciprocidad, más que de unidireccionalidad; es posible que la práctica de ejercicio físico beneficie a la salud psicológica, pero también ésta puede hacer más viable la posibilidad de practicar algún tipo de ejercicio. En este sentido, Van Heuvelen, Hochstenbach, Brouwer, De Greef y Scherder (2006) en un estudio realizado con 118 personas mayores de entre 65 y 92 años encontraron que para las personas más mayores con enfermedades crónicas parecía aconsejable realizar programas de entrenamiento psicológico más que físico, ya que aquel puede incidir positivamente en la participación en programas de actividad física.

Respecto al resto de variables sociodemográficas, el estado civil parece ser especialmente relevante, así las puntuaciones de menores niveles de ansiedad se dieron en las mujeres que vivían con su pareja, en las solteras y en las casadas, mientras que las viudas y divorciadas manifiestan un elevado nivel de ansiedad. También el número

de hijos es importante en las diferencias entre niveles de ansiedad en las mujeres; así, aquellas que tienen dos o más hijos muestran niveles superiores de ansiedad que las que tienen uno o ninguno. El nivel de estudios también parece indicar una influencia en los niveles de ansiedad; así, las mujeres sin estudios muestran los niveles más altos de ansiedad.

Respecto a la relación entre práctica de ejercicio físico y ansiedad, los resultados indican que, en general, las mujeres que realizan algún tipo de ejercicio físico, presentan menores niveles de ansiedad que las mujeres sedentarias, lo que ha sido constatado también por diferentes autores (Akan-dere y Tekin, 2005) y que recogen algunas revisiones (Buckworth y Dishman, 2002).

Tabla 3 Variables deportivas y niveles de ansiedad

VARIABLE		N	ANSIEDAD	
			MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
PRACTICA ACTIVIDAD FÍSICA	SI	126	4,05	2,13
	NO	74	5,24	2,20
SALE ANDAR CON LAS AMIGAS	SI	64	4,44	2,05
	NO	136	4,51	2,31
SALE A ANDAR SOLA	SI	31	3,94	1,97
	NO	169	4,59	2,26
ACUDE AL GIMNASIO	SI	45	3,27	2,16
	NO	155	4,85	2,12
REALIZA ALGÚN PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA	SI	41	3,37	1,91
	NO	159	4,78	2,22

Además se debe de considerar que los grupos de mujeres que manifiestan niveles elevados de ansiedad, son más propensos a sufrir otro tipo de problemas psicológicos, como menor autoestima, menor satisfacción con su rol laboral, mayor impulsividad o mayor utilización de la emotividad como estilo de afrontamiento del estrés (Matud et al., 2001). Concretamente, en nuestro estudio aparecen diferencias significativas entre el grupo de mujeres que acude regularmente al gimnasio y las mujeres que no lo hacen, y entre las mujeres que realizan algún tipo de programa de actividad física de las que no realiza ninguno.

Así, teniendo en consideración factores sociodemográficos y de práctica de ejercicio físico, estos datos nos permiten obtener un perfil tipo de mujer cartagenera, con propensión a manifestar sintomatología ansiosa: mujer de entre 45 y 54 años, viuda o divorciada, con dos hijos o más, sin estudios y que además no realiza actividad física alguna.

### **Conclusiones y propuestas prácticas**

A partir de estos resultados, se plantean las siguientes consideraciones, tanto para la investigación futura como para la intervención. Existe una clara relación entre los factores sociodemográficos y la ansiedad, por lo que se debería prestar especial atención a ello. Por ejemplo, conforme la mujer va teniendo más edad, en general manifiesta niveles mayores de ansiedad, por lo que sería muy importante desarrollar programas de intervención, sobre todo en la tercera edad, que incluyeran programas específicos de actividad física regular y programas de fortalecimiento psicológico (autoestima, estrategias de afrontamiento, técnicas de relajación y control mental, etc.).

Partiendo de estos criterios, se necesitan un mayor número de estudios, tanto en poblaciones “normales” (tomando criterios de edad, de estado civil por ejemplo), como clínicamente afectadas por trastornos psicológicos, en la línea de los realizados por Buckworth y Dishman (2002), Beard, Heathcote, Brooks, Earnest y Kelly (2007), Ng, Dodd y Berk (2007) o Knapen et al. (2007), entre los que podemos incluir la ansiedad, y que se establecieran diferentes factores de análisis, como el ejercicio físico. En este sentido, estudios meta-analíticos como el de Netz et al. (2005) aportan una información muy valiosa para proseguir la investigación futura, ya que indican un efecto del ejercicio físico en el bienestar psicológico, casi tres veces mayor en los grupos de personas mayores que realizaban algún tipo de programa de actividad física, que en los que no lo realizaban.

Pero no se puede olvidar qué tipo de ejercicio físico es el mejor para cada tipo de persona o para cada tipo de “enfermedad”. La valoración de trabajos en este sentido nos ofrece la posibilidad de adecuar estos criterios; así, por ejemplo Van Amersfoort (1996) sugiere que el tipo de ejercicio más adecuado para trastornos como por ejemplo la depresión o la ansiedad, es el ejercicio aeróbico de baja intensidad y largo tiempo, y el ejercicio anaeróbico de alta intensidad y corto tiempo. Aunque algunos autores (Weineck, 2001), sugieren que para problemas como la ansiedad, el practicar ejercicio que implique altos grados de concentración (tenis, tenis de mesa) no son recomendables, ya que podría producir más tensión que relajación. Estas contradicciones, ya históricas respecto al tipo de ejerci-

cio recomendado para la ansiedad (Biddle, 1995; Martinsen, Hoffart y Solberg, 1989), o al efecto real del ejercicio, sobre estados psicológicos o sobre pautas y hábitos más saludables (Jiménez et al., 2008) que inciden sobre aquellos, sugieren la necesidad de realizar investigaciones en las que se contemplen estas variables.

## Bibliografía

- Akandere, M. y Tekin, A. (2005) Efectos del ejercicio sobre la ansiedad. Recuperado el 12 de febrero de 2006, de <http://www.sobreentrenamiento.com/PubliCE/Articulo.asp?ida=478>
- Arent, A. M., Landers, D. M. y Etnier, J. L. (2000) The effects of exercise on mood in older adults: A meta-analytic review. *Journal of Aging and Physical Activity*, 8, 407-430.
- Axelsson, L. y Ejlertsson, G. (2002) Self-reported health, self-esteem and social support among young unemployed people: a population based study. *International Journal of Social Welfare*, 11 (2), 111-119.
- Bagley, C. y Mallick, K. (2001) Normative data and mental health construct validity for the Rosenberg Self-Esteem Scale in British Adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 9 (2-3), 117-126.
- Beard, J., Heathcote, K., Brooks, R., Earnest, A. y Kelly, B. (2007) Predictors of mental disorders and their outcome in a community based cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42 (8), 623-630.
- Biddle, S. (1995) Exercise and psychosocial health. Special issue: physical activity, health and well-being: An International Scientific conference. *Res Q Exercise. Sport*, 66 (4), 292-297.
- Blasco, T., Capdevila, LL. y Cruz, J. (1994) Relaciones entre actividad física y salud. *Anuario de psicología*, 61 (2), 19-24.
- Buckworth, J. y Dishman, R. K. (2002) *Exercise Psychology*. Champaign, Ill.: Human Kinetics.
- Conroy, M., Simkin-Silverman, L., Pettee, K., Hess, R., Kuller, L. y Kriska, A. (2007) Lapses and psychosocial factors related to physical activity in early postmenopause. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 39 (10), 1858-1866.
- Denton, M. y Walters, W. (1999) Gender differences in structural and behavioral determinants of health: An analysis of the social production of health. *Social Science and Medicines*, 48, 1221-1235.
- Di Lorenzo, T. M., Bargaman, E. P., Stucky-Ropp, G. S., Brassington, G. S., Frensch, P. A. y LaFontaine, T. (1999) Long-term effects of aerobic exercise on psychological outcomes. *Preventive Medicine*, 28, 75-85.
- Gómez, A., Santandreu, M. E. y Egea, A. (1995) El ejercicio en la rehabilitación de los ancianos. *Actividad Física en edad avanzada* (pp. 99-116). Las Palmas de Gran Canaria: Exmo. Cabildo Insular de Gran Canaria.
- González, E., Núñez, J. M. y Salvador, A. (1997) Efectos de un programa de entrenamiento sobre el estado de ánimo y la ansiedad en mujeres sedentarias. *Psicothema*, 9 (3), 487-497.
- Gutiérrez, M., Espino, O., Palenzuela, D. L. y Jiménez, A. (1997) Ejercicio físico regular y reducción de la ansiedad en jóvenes. *Psicothema*, 9(3), 499-508.
- Haskell, W. L. (1984) *Health benefits of exercise*. New York: John Wiley.
- Janisse, H., Nedd, D., Escamilla, S. y Nies, M. (2004) Physical activity, social support, and family structure as determinants of mood among European-American and African-American women. *Women Health*, 39 (1), 101-116.
- Jiménez, M. G., Martínez, P., Miró, E. y Sánchez, A. I. (2008) Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico? *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 8 (1), 185-202.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., Gupta, V. y Prothrow-Stith, D. (1999) Women's status and the health of women and men: A view from the status. *Social Science and Medicines*, 48, 21-32.
- Knapen, J., Vermeersch, J., Van Coppenalle, H., Cuykx, V., Peters, G. y Peuskens, J. (2007) *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 14 (1), 30-35.

- Martinsen, E. E., Hoffart, A. y Solberg, O. (1989) Aerobic and non-aerobic forms of exercise in the treatment of anxiety disorders. *Stress and Medicine*, 5, 115-120.
- Matud, M. P., Averó, P. y López, M. (2001) Ansiedad en la mujer: un análisis de las variables personales y sociales más relevantes. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 293-306.
- McAuley, E., Mihalko, S. L. y Bane, S. M. (1997). Exercise and self-esteem in middle-aged adults: Multidimensional relationships and physical fitness and self-efficacy influences. *Journal of Behavioural Medicine*, 20, 67-83.
- McAuley, E., Marquez, D. X., Jerome, G. J., Blissmer, B. y Kattala, J. (2002) Physical activity and physique anxiety in older adults: fitness and efficacy influences. *Aging and Mental Health*, 6, 220-230.
- McLafferty, C., Wetzstein, C. y Hunter, G. (2004) Resistance training is associated with improved mood in healthy older adults. *Perceptual and Motor Skills*, 93 (3), 947-957.
- Netz, Y., Wu, M. J., Becker, B. J. y Tenenbaum, G. (2005) Physical activity and psychological well-being in advanced age: A meta-analysis of intervention studies. *Psychology and Aging*, 20, 272-284.
- Ng, F., Dodd, S. y Berk, M. (2007). The effects of physical activity in the acute treatment of bipolar disorder: a pilot study. *Journal of Affective Disorders*, 101 (1-3), 259-262.
- Paffenbarger, R. S., y Powell, K. E. (1985) Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100 (2), 126-131.
- Petruzzello, S. J., Landers, D., Hatfield, B. D., Kubitz, K. A. y Salazar, W. (1991) A meta analysis on the anxiety-reducing effects of acute and chronic exercise. *Sport Medicine*, 11 (3), 143-188.
- Sánchez, M. P., Aparicio, M. E. y Dresch, V. (2006) Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18 (3), 584-590.
- Spielberger, C. D., Gorush, R. L., y Lushene, R. (1970) STAI. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire). Palao Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Van Amersfoort, Y. (1996) Prescripción de ejercicio físico y salud mental. En J. R. Serra (ed.), *Prescripción de ejercicio físico para la salud* (pp. 303-339). Barcelona: Paidotribo.
- Van Heuvelen, M. J. G., Hochstenbach, J. B. H., Brouwer, W. H., De Greef, M. H. G. y Scherder, E. (2006). Psychological and physical activity training for elders persons: who does not attend? *Gerontology*, 52, 366-375.
- Varo-Cenarruzabeitia, J. J., Martínez-Hernández, J. A. y Martínez-González, M. A. (2003). Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. *Medicina Clínica*, 121, 665-672.
- Weineck, J. (2001). *Salud, ejercicio y deporte*. Barcelona: Paidotribo.

Fecha de recepción: 13/03/2008  
Fecha de aceptación: 23/05/2008

# Esquizofrenia: déficit en cognición social y programas de intervención

Inmaculada Fuentes Durá<sup>1</sup>, Juan Carlos Ruiz Ruiz, Sonia García Ferrer, M<sup>a</sup> José Soler Boada y Carmen Dasí Vivo  
Facultad de Psicología. Universidad de Valencia  
Correo electrónico: Inmaculada.fuentes@uv.es

## resumen/abstract:

En este trabajo se hace un repaso de las áreas que conforman la cognición social y de los problemas más relevantes que presentan las personas con diagnóstico de esquizofrenia en cada una de ellas: Procesamiento emocional; Teoría de la Mente; Percepción social; Conocimiento social y Estilo o sesgo atribucional. En segundo lugar, se describen programas de intervención de reciente desarrollo, diseñados para mejorar alguno/s de los déficit en cognición social: el Programa de Reconocimiento del Afecto (TAR - *Training of Affect Recognition*); el Programa de Percepción Social de la Terapia Psicológica Integrada (IPT); el Programa de Entrenamiento en Cognición e Interacción Social (SCIT - *Social Cognition and Interaction Training*); y la Terapia Neurocognitiva Integrada (INT - *Integrated Neurocognitive Therapy*).

*This article includes a review of the areas involved in social cognition and looks at the most significant problems encountered by people diagnosed with schizophrenia in each of them: Emotional Processing; Theory of Mind; Social Perception; Social Schemata and Attributional Style or Bias. Secondly, it describes recently developed intervention programmes designed to improve some of the deficits in social cognition: Training of Affect Recognition (TAR); Social Perception Programme from Integrated Psychological Therapy (IPT); Social Cognition and Interaction Training (SCIT); and Integrated Neurocognitive Therapy (INT).*

## palabras clave/keywords:

Esquizofrenia, cognición social, percepción social, percepción del afecto.  
Schizophrenia, social cognition, social perception, affect perception.

## Introducción

¿Por qué la cognición social es un tema de interés? Quizás las personas “normales” ni se lo plantean, pero todos necesitamos entender cada situación para poder interactuar adecuadamente con los demás. La cons-

trucción de nuestra realidad social la realizamos basándonos en nuestra percepción subjetiva del input. Y es esta construcción de la realidad social, más que el input objetivo, la que determina nuestra conducta en un mundo social complejo (Bless, Fiedler y Strack, 2004).

La Respuesta Humana a un estímulo particular depende, en gran medida, de: el contexto, el conocimiento social previo y las

<sup>1</sup> Este trabajo ha sido subvencionado por el Ministerio de Educación y Ciencia, nº de referencia SEJ2006-07055 y por Fondos Feder.

inferencias. Ahora bien, debido a la gran cantidad de estímulos a los que estamos sometidos, y a las limitaciones en la capacidad de procesamiento que poseemos, necesitamos simplificar las situaciones a las que nos enfrentamos. A veces, la simplificación puede dar lugar a interpretaciones erróneas y en el mundo real esto puede tener consecuencias serias o graves (Bless et al., 2004), sobre todo en las personas con enfermedades mentales como la esquizofrenia.

La esquizofrenia es un Trastorno Mental Grave caracterizado, entre otros aspectos, por presentar una serie de déficit cognitivos. En las últimas décadas centenares de investigaciones se han centrado en el estudio estos déficit cognitivos no sociales, como el funcionamiento ejecutivo, la atención o la memoria, pero en los últimos años, la investigación ha incorporado a su foco de atención el estudio de la cognición social (Brüne, 2005). La razón está en el hecho de haber incluido en la lista de déficit cognitivos clave en esquizofrenia a la cognición social, en buena medida debido a la aparición de evidencia empírica que relaciona la cognición social con el funcionamiento social (Brüne, 2005; Green y Nuechterlein, 1999; Green, Kern, Braff, y Mintz, 2000), y que le asigna un papel de variable mediadora entre la cognición social básica o neurocognición y el funcionamiento social (Brekke, Kay, Lee y Green, 2005; Vauth, Rüschi, Wirtz y Corrigan, 2004)

Como muestra de este cambio puede nombrarse la iniciativa MATRICS (*Investigación en la medición y tratamiento para mejorar la cognición en la esquizofrenia* –[www.matrics.ucla.edu](http://www.matrics.ucla.edu)–, Green y Nuechterlein, 2004). Este proyecto, promovido con el objetivo de desarrollar fármacos que mejoren los déficit cognitivos en los sujetos

con diagnóstico de esquizofrenia y auspiciado por la industria farmacéutica, algunas universidades americanas y organismo oficiales de EEUU, consensuó en su reunión de Abril de 2003 siete ámbitos cognitivos críticos en este tipo de personas: velocidad de procesamiento; atención / vigilancia; memoria de trabajo; aprendizaje y memoria verbal; aprendizaje y memoria visual; razonamiento y solución de problemas y cognición social.

Ahora bien, ¿qué hay detrás del constructo “cognición social”? Pese a la multiplicidad de definiciones de cognición social que pueden encontrarse en la literatura (Ruiz, García y Fuentes, 2006), en el contexto de la esquizofrenia, todas ellas vienen a coincidir en que la cognición social es “el conjunto de operaciones mentales que subyacen en las interacciones sociales, y que incluyen los procesos implicados en la percepción, interpretación, y generación de respuestas ante las intenciones, disposiciones y conductas de otros” (Brothers, 1990; Ostrom, 1984). Dos libros interesantes que reflexionan sobre el tema son los titulados *Social Cognition. How individuals construct social reality* del año 2004 de Bless et al. y el publicado en el año 2001 por Corrigan y Penn: *Social Cognition and schizophrenia*. Este último, es el único por el momento que analiza qué sucede en la esquizofrenia con la cognición social. Sus autores son, sin duda, dos de los investigadores más relevantes en este campo.

También puede ayudar a la comprensión de este constructo su caracterización en contraposición a lo que es cognición no social. La cognición no-social se refiere a la cognición básica, es decir, al conjunto de procesos cognitivos básicos *libres* de contenido social. Los estímulos empleados

frecuentemente son, por ejemplo: números, letras, figuras geométricas... Por ejemplo, las tarjetas de Wisconsin Card Test serían estímulos no sociales. Los estímulos cognitivos sociales y no-sociales son muy diferentes entre sí, y son percibidos de manera diferente.

En un plano más práctico, el modo en que las personas con esquizofrenia se enfrentan al procesamiento de estímulos con contenido social podría describirse de la siguiente forma: a) La percepción está afectada por la familiaridad de las situaciones, y estos pacientes suelen tener mucha menos familiaridad. b) Los estímulos sociales son más abstractos por lo que les resulta más complicado percibirlos. c) La percepción requiere la comprensión de parámetros emocionales, una función difícil para estos pacientes.

Si bien la cognición social es algo distinto a la cognición no social y al funcionamiento social, lo cierto es que no es algo unitario, sino que abarca distintos componentes sobre cuyo número tampoco hay un acuerdo pleno. Extrayendo lo común de las diferentes propuestas que pueden encontrarse en la literatura, los componentes que conforman la cognición social son: el Procesamiento Emocional; la Teoría de la Mente (ToM); la Percepción Social; el Conocimiento Social y el Estilo o Sesgo Atribucional (Brekke et al., 2005; Green et al., 2005; Green y Nuechterlein, 1999; Penn et al., 2005).

### **Ejecución de las personas con diagnóstico de esquizofrenia en los distintos componentes de la cognición social**

1.- El procesamiento emocional hace referencia a todos aquellos aspectos que están relacionados con percibir y utilizar

emociones (Hall et al., 2004; Kohler et al., 2000; Penn y Combs, 2000; Sachs et al., 2004). Entre las dificultades que presentan las personas con esquizofrenia, en el procesamiento emocional está la de reconocer y entender las expresiones faciales de las emociones de los otros. En el reconocimiento de caras *neutras* o sin emoción, los pacientes suelen identificar la presencia de emociones negativas. También muestran un deterioro en la capacidad para expresar emociones faciales. Estos déficits son estables en los distintos estados de la enfermedad pero son más acusados en los períodos de crisis. Y todas estas dificultades contribuyen a su vez a un deficiente funcionamiento psicosocial (Edwards, Jackson y Pattison, 2002; Mandal, Pandey y Prasad, 1998; Morrison, Bellack y Mueser, 1988; Mueser, Donan, Penn, Blandchard y Bellack, 1996).

Para la evaluación del afecto facial existen diversas pruebas aunque posiblemente las tres más reconocidas son: *Pictures of Facial Affect* (Ekman, 1976), compuesta por un conjunto de 110 fotografías donde aparecen personas expresando diferentes emociones. Las personas evaluadas con esta prueba deben identificar cuál de las siguientes emociones está siendo expresada: Tristeza, Alegría, Miedo, Enfado, Asco, Sorpresa o Neutra. Esta prueba no fue construida específicamente para evaluar enfermos mentales, y es una de las que tiene un apoyo psicométrico más fuerte.

En segundo lugar, el *Face Emotion Identification Test* (FEIT; Kerr y Neale, 1993) está formado por 19 fotografías en blanco y negro de caras que expresan 6 emociones básicas (alegría, tristeza, enfado, miedo, sorpresa y vergüenza). Los ítems son presentados mediante un ordenador durante 15

segundos. El participante debe elegir cuál de las 6 emociones está siendo expresada. Tanto las 19 fotografías de esta prueba como los 30 pares de la siguiente están extraídas de la prueba realizada por Ekman.

Y, por último destaca el *Face Emotion Discrimination Test* (FEDT; Kerr y Neale, 1993). Esta prueba incluye 30 pares de fotografías de personas del mismo sexo. Cada par de fotografías es presentado por el ordenador durante 15 segundos, y luego hay 15 segundos en blanco, al igual que el la FEIT. El participante debe decidir si las dos caras, presentadas una junto a la otra, expresan la misma emoción o no.

2.- El término Teoría de la Mente (ToM) hace referencia a la capacidad para hacer inferencias sobre los estados mentales de otros, como por ejemplo, intenciones, disposiciones y creencias (Brüne, 2005; Mazza, De Risio, Surian, Roncote y Casacchia, 2001; Schenkel, Spaulding y Silverstein, 2005). Varios estudios han puesto de manifiesto que los pacientes con esquizofrenia tienen dificultades en su capacidad para inferir cuáles son los estados mentales de otras personas, para atribuirse ellos mismos estados mentales o para atribuirlos a otros (Brüne, 2003, 2005).

Sin embargo, la literatura no aporta datos concluyentes respecto a la presencia o no de déficit en ToM (Brüne, 2003). Algunos autores indican, que es necesaria una teoría de la mente sin deterioro alguno para desarrollar ideas delirantes de persecución (Drury, Robinson, y Birchwood, 1998; Watson, Blennerhassett, y Charlton, 2000). De acuerdo con los modelos que hablan de tres dimensiones en la sintomatología de la esquizofrenia, positiva, negativa, y desorganizada, los estudios en ToM muestran que los déficits en esa capacidad están aso-

ciados a la tipología sintomática. Los pacientes con sintomatología negativa parece que nunca llegaron a desarrollar una teoría de la mente y los pacientes con síntomas negativos y desorganización, muestran peores resultados en la ejecución de tareas que requieren una teoría de la mente que los pacientes con sintomatología positiva (Garety y Freeman, 1999; Greig, Bryson y Bell, 2004).

Las pruebas empleadas en el estudio y medición de la teoría de la mente normalmente presentan historias que se leen individualmente a cada participante. Por ejemplo, las historias del *Ice-Cream Van store* (Baron-Cohen, 1989) y del *Burglar store* (Happé y Frith, 1994). A todos las personas evaluadas se les plantean 2 tipos de preguntas, unas son contestadas basándose en el estado mental de uno de los personajes (preguntas ToM) y conciernen a la falsa creencia del personaje sobre la situación. El otro tipo de preguntas (pregunta control) refleja la comprensión del sujeto sobre las historias.

3.- La percepción social se asocia a las capacidades para valorar reglas y roles sociales, así como para valorar el contexto social. Valoraciones que en ambos casos se basan fundamentalmente en procesos perceptivos que deben dirigir la atención de la persona hacia aquellas señales sociales clave, que le ayudarán a situar e interpretar adecuadamente las situaciones en las que pueda verse envuelto. En palabras de Penn, Ritchie, Francis, Combs y Martin (2002) las personas con esquizofrenia/trastorno esquizoafectivo no utilizan el contexto cuando procesan estímulos sociales. Además invierten más tiempo en dirigir la atención a las características menos relevantes (Phillips y David, 1998), y tienen dificultades para captar la información de tipo abstracto (Nuechterlein y Dawson, 1984) y la que no

les resulta familiar. Todo esto contribuye a crear una deficiente percepción de estímulos socialmente relevantes.

Hasta donde conocemos no existe una prueba específica que se utilice para evaluar la percepción social. Por eso, en este contexto, nuestro equipo de investigación está desarrollando una Escala de Percepción Social con ese objetivo de evaluación. En la evaluación se presenta al sujeto una colección de seis fotografías a través de las cuales se trata de valorar la adecuada/inadecuada percepción de las situaciones sociales representadas en las imágenes.

4.- El Conocimiento o esquema social, es el marco de referencia que permite a la persona saber: cómo debe actuar, cuál es su papel y el de los otros en la situación, cuáles son las reglas que se utilizan y cuáles son las razones por las que se ve implicado en esa situación social. La identificación de señales sociales requiere un cierto conocimiento de lo que es típico en una determinada situación social (Green, Olivier, Crawley, Penn y Silverstein, 2005). Este ya es un primer problema con el que se encuentran los pacientes, tener menos familiaridad y una información más pobre de las situaciones sociales. Lo que les hace menos hábiles para reconocer secuencias sociales y puede disminuir su ejecución en estas situaciones (Leonhard y Corrigan, 2001).

Corrigan, Wallace y Grenn (1992) ya indicaban que las personas con esquizofrenia son menos capaces de ordenar acciones correctamente dentro de una secuencia temporal.

Un ejemplo de prueba que evalúa estos esquemas sociales es la de Corrigan y Addis, (1995), Schema Component Sequencing Task-Revised (SCST-R), que contiene ítems como el que aparece en la figura 1.

5.- El estilo o sesgo atribucional hace referencia a las explicaciones o razones que uno da a las causas de resultados positivos o negativos. El significado de un acontecimiento se basa en la atribución que el individuo hace sobre su causa (Green et al., 2005).

En las personas con esquizofrenia se ha visto que evalúan a los otros más negativamente y creen que los otros hacen evaluaciones más negativas sobre ellos (Chadwick y Trower, 1997). Consideran las emociones faciales vistas en fotografías de rostros como más enojadas (Smari et al., 1994) e Izard (1994) señaló que expresan sentimientos más desfavorables sobre fotografías de caras.

Las personas con delirios de persecución suelen mostrar una tendencia: a atribuir sus malos resultados a otros individuos (atribuciones externas personales) más que a la situación (atribuciones externas situacionales); a exagerar, distorsionar, centrarse de forma selectiva en los aspectos hostiles o amenazantes de los demás; y a saltar a las conclusiones de forma precipitada, sin permitir que sus juicios se basen exclusivamente en la evidencia.

La percepción inexacta de emociones (Davis y Gibson, 2000), y un estilo atribucional característico (Kohler et al., 2003), contribuyen a la exacerbación de los síntomas paranoides en la esquizofrenia. Una de las pruebas para evaluar los sesgos cognitivos descritos es el *Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire (AIHQ): A new measure for evaluating hostile social-cognitive biases* (Combs, Penn, Wicher, y Waldheter, 2007).

De manera general, como se puede ver, no existen instrumentos para evaluar simultáneamente toda la complejidad que

Figura 1.- Ejemplo de ítem del SCST-R (Corrigan y Addis, 1995)

A continuación le mostramos situaciones sociales.  
Pero las secuencias individuales no están en el orden correcto. Por favor indique el orden correcto.

**Encontrar trabajo nuevo**

- 1 Mirar anuncios de trabajo
- 2 Encontrarse con el patrón
- 3 Encontrar un trabajo interesante
- 4 Cumplimentar hojas de solicitud
- 5 Estar aceptado para el trabajo
- 6 Pedir por teléfono una entrevista personal

Por favor indique el orden correcto:

supone el término de cognición social. Suelen construirse instrumentos específicos generalmente por áreas. Ahora bien, existe una gran variabilidad entre las pruebas existentes. En las investigaciones donde se han utilizado videos en la evaluación, se dan diferencias considerables tanto en las tareas, como en el formato y la duración, prestando muy poca atención a la fiabilidad o la validez. Las diapositivas de Ekman (1976) cuidadosamente desarrolladas y validadas a lo largo de muchos años son las que más apoyo científico tienen, aunque es cierto que la

complejidad de la cognición social queda simplificada con imágenes estáticas. Sin embargo, puede ser una buena manera de comenzar a evaluar ya que las otras áreas de la cognición social proponen tareas más complejas y similares a la cotidianidad, con lo cual la activación emocional y dificultad van a ser mayores.

El instrumento seleccionado por el proyecto MATRICS para medir la cognición social en la esquizofrenia, es el *Mayer-Salovey-Caruso Emocional Intelligence Test* (MSCEIT; Mayer, Salovey y Caruso, 2002). El MSCEIT es un test de 141 ítems

que evalúan cómo la gente actúa y resuelve problemas emocionales en ocho tareas divididas en cuatro clases de habilidades: a) percepción de emociones, b) integración de las emociones para facilitar el pensamiento, c) comprensión de las emociones, y d) manejo de las emociones. Esta última parte, el manejo, es la que utiliza concretamente el proyecto, elegida como los demás instrumentos de evaluación (de las diferentes áreas cognitivas) como instrumento de consenso. Aunque hay que señalar que la elección de este instrumento parece que no ha sido la más adecuada en opinión de los especialistas en cognición social.

### Principales programas de intervención

Las principales programas dirigidos a mejorar la Cognición Social pueden clasificarse en dos tipos. Por un lado, intervenciones específicas, focalizadas en uno de los componentes, como el *Training of Affect Recognition* (TAR; Frommann, Streit y Wölwer, 2003; Wölwer, Frommann, Halfmann, Piaszek, Streit y Gaebel, 2005) centrado en el reconocimiento de emociones. El *Programa de Percepción Social* de la Terapia Psicológica Integrada (Roder, Brenner, Kienzle y Fuentes, 2007), focalizado en la percepción social. Y por otro lado, programas más complejos que intentan integrar muchas más áreas como por ejemplo el *Social Cognition and Interaction Training* (SCIT; Penn et al., 2005) y el *Integrate Neurocognitive Therapy* (INT; Roder et al., 2007).

El *Entrenamiento en Reconocimiento del Afecto* (TAR) (Forman et al., 2003; Wölwer et al., 2005) es un entrenamiento estanda-

rizado e informatizado para el reconocimiento de la expresión facial. El programa comprende 3 bloques con 4 sesiones por bloque, con una duración por sesión de 45 minutos aproximadamente y un total de 12 sesiones. Se trabaja por parejas de pacientes con la presencia-guía del psicoterapeuta. Las tareas que se van presentando son de dificultad creciente.

En el primer bloque los pacientes aprenden a identificar y discriminar, así como a verbalizar los principales signos faciales de las 6 emociones básicas. La pregunta que se les hace es “¿qué afecto expresa esta persona?”. En el segundo bloque, se intenta integrar esta visión del afecto detallada en un modo de procesamiento cada vez más global, a partir de las primeras impresiones, del procesamiento no-verbal y del procesamiento de expresiones faciales con baja intensidad. La tarea que han de realizar es “Clasificar las fotos según la intensidad de la afectividad facial”. El tercer bloque comprende por una parte, el procesamiento de expresiones no prototípicas y ambiguas del afecto, que a menudo ocurren en la vida diaria, y por otra la integración de expresiones faciales en el contexto social, conductual y situacional. Un ejemplo de tarea que se le pide aquí es contestar a la pregunta “¿cuál de estas personas acaba de recibir flores y está pensando: qué bonitas son?”. A lo largo del programa se usan un conjunto de estrategias de sustitución (repetición, aprendizaje sin errores, feedback instantáneo) y estrategias de compensación (abstracción de características, verbalización, autoinstrucciones). La estrategia compensadora principal es la verbalización de la expresión facial en términos de gestos elementales.

La *Terapia Psicológica Integrada para la Esquizofrenia* (IPT) (Roder et al., 2007) está formada por cinco subprogramas. Todo el programa se desarrolla en grupos de entre 6 y 8 personas. En los primeros subprogramas se trabaja fundamentalmente el entrenamiento en habilidades perceptivas y cognitivas y en los últimos el entrenamiento en habilidades sociales. La carga emocional va aumentando poco a poco en cada uno de los programas. De los cinco programas, el segundo, denominado *Percepción social*, es el programa más estrechamente relacionado con la Cognición Social. En este programa se emplean 40 diapositivas que representan distintas situaciones sociales. Varían en cuanto al grado de complejidad cognitiva y de carga emocional del contenido. Inicialmente se trabajan las diapositivas con un contenido emocionalmente más neutro, y que son menos complejas, y a medida que avanza la terapia se van trabajando diapositivas más complejas y con más carga emocional.

El programa de percepción social está dividido en tres fases. En la primera fase, llamada *Recogida de la información de la diapositiva*, se pide a los participantes que describan los elementos presentes en la imagen proyectada. Algunas de las tareas consisten en: enfocar, tratar contenidos relevantes de la imagen, llamar la atención sobre lo olvidado y resumir. En la segunda fase, *Interpretación y debate de la diapositiva*, los participantes ofrecen una explicación sobre los contenidos de la diapositiva. Cada opinión debe ser justificada tomando como referencia la información visual recogida en la primera etapa. Después se debate sobre qué interpretación les parece la más adecuada, o cuál es la más probable. Las tareas por tanto consisten en: interpretar,

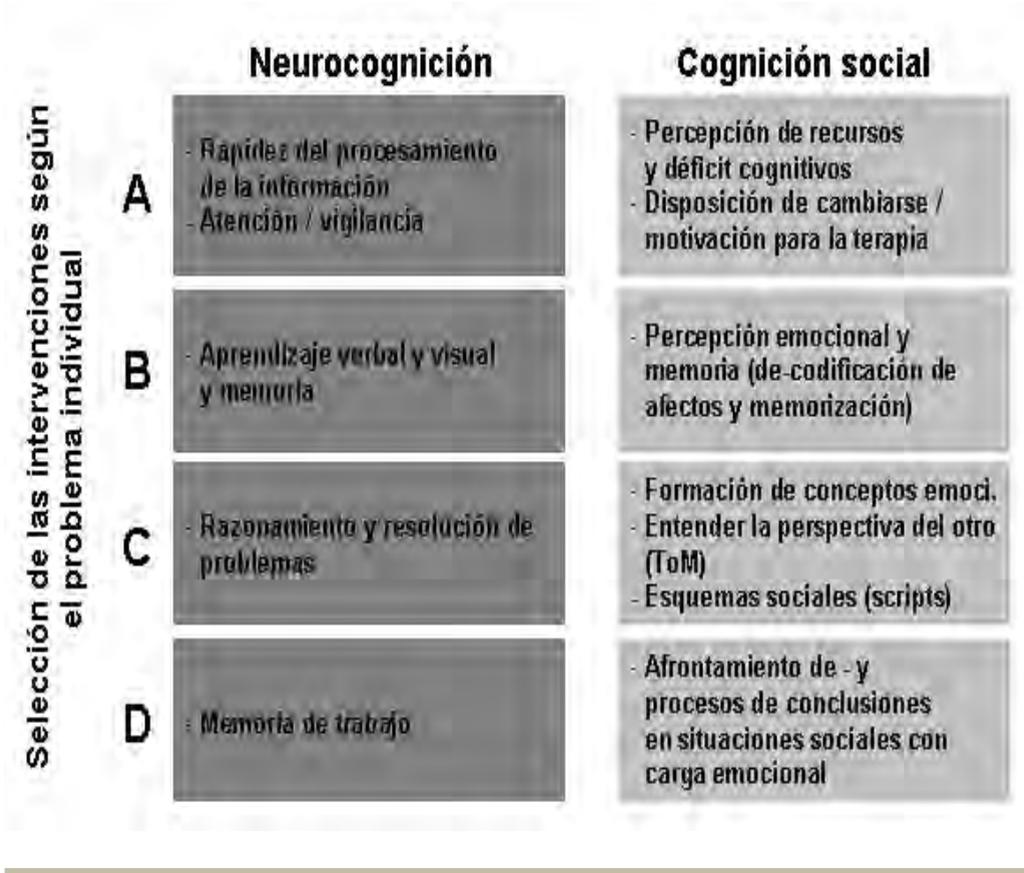
fundamentar la interpretación y debatir en grupo. Finalmente, en la tercera fase se lleva a cabo la *Asignación de un título*. Cada participante indica un título breve, que resume lo más importante de la situación descrita en la imagen y a continuación se establece un nuevo debate sobre qué título les parece más adecuado.

El *Entrenamiento en Cognición social e Interacción* (SCIT) (Penn et al., 2005). Es uno de los programas más recientes, junto con la *Terapia Neurocognitiva Integrada* (INT), para trabajar la cognición social, y son los dos más completos hasta el momento.

EL SCIT (Penn et al., 2005) se divide en tres partes, cada una con una serie de sesiones y unos conceptos para trabajar. En todo el entrenamiento se realizan multitud de ejercicios en las sesiones y se proponen tareas para realizar fuera de las sesiones con el fin de conseguir la generalización.

La primera parte se llama *Comprensión de emociones* y está formada por 6 sesiones. En estas sesiones se explica: el funcionamiento del programa, qué es cognición social, se establece la alianza en el grupo y se revisa el papel de las emociones en las situaciones sociales. La segunda parte denominada *Estilo de cognición social*, va de la sesión nº 7 a la nº 13, y pretende entrenar: no saltar a las conclusiones precipitadamente, el estilo atribucional, la tolerancia a la ambigüedad, la distinción entre hechos y suposiciones, y la recogida de datos para mejorar la distinción anterior. La tercera parte llamada *Integración*, va de la sesión nº 14 a la nº 18, y pretende: que se consoliden las habilidades y se generalicen a problemas de la vida diaria mediante ejercicios.

Figura nº 2 Integrate nerocognitive therapy for schizophrenia patients. (INT) (Roder et al., 2007)



Por su parte, la *Terapia Neurocognitiva Integrada para Pacientes con Esquizofrenia* (INT) (Roder et al., 2007) funciona de manera similar a la IPT. Tiene dos grandes módulos, uno de neurocognición y otro de cognición social. Se seleccionan las intervenciones que se aplicaran de cada módulo en función de la evaluación individual realizada. Aumenta la dificultad y carga emocional según se avanza en el programa, y se produce una disminución de la estructuración. Y también, como algo diferencial con

respecto a la IPT, el grado de importancia de la activación emocional y de la referencia a uno mismo aumenta progresivamente; y el insight se considera otro componente de la cognición social. En la figura nº 2 se pueden ver los diferentes módulos de cada bloque.

### Conclusiones

En resumen, puede afirmarse que la cognición social es un campo vasto y complejo. En la actualidad los estudios en este ám-

bito de la esquizofrenia se dirigen: a identificar los componentes que efectivamente constituyen la cognición social; a la construcción de instrumentos de evaluación de esos componentes o de la cognición social en su totalidad; a identificar cuál es efectivamente el papel mediador que juega entre la neurocognición y el funcionamiento social del paciente; y finalmente, a desarrollar estrategias de intervención encaminadas a mejorar este aspecto de la cognición.

## Bibliografía

- Baron-Cohen, S. (1989) The autistic child's theory of mind: a case of specific developmental delay. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 30, 285-297.
- Batlle, S. y Tomás, J. (1999) Evaluación de la Atención en la Infancia y la Adolescencia: Diseño de un Test de Atención Selectiva y Sostenida. Estudio piloto. *Revista Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 3, 142-148.
- Bless, Fiedler y Strack (2004) *Social Cognition. How individuals construct social reality*. Hove: Psychology Press.
- Brekke, J. S., Kay, D., Lee, K. y Green, M. F. (2005) Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia: a path analytic model. *International Congress on Schizophrenia Research*, Colorado Springs, CO.
- Brothers, L. (1990) The Social brain: A project for integrating primate behaviour and neurophysiology in new domain. *Concepts in Neuroscience*, 1, 27-61.
- Brüne, M. (2003) Theory of mind and the role of IQ in chronic disorganized schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 60, 57-64.
- Brüne, M. (2005) Emotion recognition, 'theory of mind' and social behaviour in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 133, 135-147.
- Combs, D. R., Adams, S. D., Penn, D. L. Roberts, D. Tiegreen, J. y Stem P. (2007) Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders: Preliminary findings. *Schizophrenia Research*, 91, 112-116.
- Combs, D. R., Penn, David., Wicher, M., y Waldheter, E. (2007) The ambiguous intentions hostility questionnaire (AIHQ): A new measure for evaluating hostile social-cognitive biases in paranoia. *Cognitive Neuropsychiatry*. 12, 128-143.
- Corrigan, P. W. y Addis, I. (1995) The effects of cognitive complexity on a social sequencing task in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 16, 137-144.
- Corrigan, P. W. y Penn, D. L. (2001) *Social Cognition and Schizophrenia*, Washington, DC: American Psychological Association.
- Corrigan, P. W., Wallace C. G. y Grenn, M. F. (1992) Deficits in social schemata in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 8, 129-135
- Davis, P. y Gibson, M. (2000) Recognition of posed and genuine facial expression of emotion in paranoid and nonparanoid schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 109, 445-450.
- Drury, V. M., Robinson, E. J. y Birchwood, M. (1998) 'Theory of mind' skills during an acute episode of psychosis and following recovery. *Psychological Medicine*, 28, 1101-1112.
- Edwards, J., Jackson, H. J. y Pattison, P. E. (2002) Emotion Recognition via facial expression and affective prosody in schizophrenia: A methodological review. *Clinical Psychology Review* 22, 789-832.
- Ekman, P. (1976) *Pictures of facial affect*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Frommann, N., Streit, M. y Wölwer, W. (2003) Remediation of facial affect recognition impairments in patients with schizophrenia: a new training program. *Psychiatry Research*, 117, 281-284.
- Fuentes, I., García, S., Ruiz, J. C., Soler M. J. y Roder, V. (2007) Social perception training in schizophrenia: a pilot study. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7, 1-12.
- García, S. Fuentes, I., Ruiz, J. C., Gallach E. y Roder, V. (2003) An application of IPT in a Spanish sample: empirical study of the "Social Perception Programme". *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 299-310.

- Garety, P. A. y Freeman, D. (1999) Cognitive approaches to delusions: A critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 113-154.
- Green, M. F. y Nuechterlein, K. H. (1999) Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder? *Schizophrenia Bulletin*, 25 (2), 309-318.
- Green, M. F. y Nuechterlein, K. H. (2004) The MATRICS initiative: Developing a consensus cognitive battery for clinical trials. *Schizophrenia Research*, 72, 1-3.
- Green, M. F., Kern, R. S., Braff, D. L. y Mintz, J. (2000) Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff"? *Schizophrenia Bulletin*, 26, 119-136.
- Green, M. F., Olivier, B., Crawley, J. N., Penn, D. L. y Silverstein, S. (2005) Social Cognition in Schizophrenia: Recommendations from the Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia New Approaches Conference. *Schizophrenia Bulletin* 31, 882-887.
- Greig, T. C., Bryson, G. J. y Bell, M. D. (2004) Theory of mind performance in schizophrenia: diagnostic, symptom, and neuropsychological correlates. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 12-18.
- Hall, J., Harris, J. M., Sprengelmeyer, R., Sprengelmeyer, A., Young, A. W., Santos, I. M., Johnstone, E. C. y Lawrie, S. M. (2004) Social cognition and gace processing in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 185, 169-170.
- Happé, F. y Frith, U. (1994). Theory of mind in autism. En E. Schopler y G. Mesibov (Eds.), *Learning and Cognition in Autism*. Nueva York, NY: Plenum Press.
- Izard, C. (1994) Innate and universal facial expressions: evidence from developmental and cross-cultural research. *Psychological Bulletin*, 115, 288-299.
- Kerr, S.L. y Neale, J.M. (1993) Emotion perception in schizophrenia: specific deficit or further evidence of generalized poor performance? *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 312-318.
- Kohler C G., Bilker W., Hagendoorn M., Gur R E., y Gur R C. (2000). Emotion recognition deficit in schizophrenia: Association with symptomatology and cognition. *Biological Psychiatry*, 48, 127-136.
- Kohler, C. G., Turner, T. T., Bilker, W. B., Brensinger, C., Siegel, S. J., Kanes, S. J. y Gur, R. C. (2003) Facial emotion recognition in schizophrenia: intensity effects and error pattern. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1168-1174.
- Lieberman, M. D. (2005) Principles, processes, and puzzles of social cognition: An introduction for the special issue on social cognitive neuroscience. *NeuroImage*, 28, 745-756.
- Leonhard, C. y Corrigan, P. W. (2001) Social Perception in schizophrenia. En P. W. Corrigan y D. L. Penn (eds): *Social Cognition and Schizophrenia*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lukoff, D., Nuechterlein, K. H. & Ventura, J. (1986) Manual for Expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). *Schizophrenia Bulletin*, 12, 594-602.
- Mandal, M.K., Pandey, R. y Prasad, A.B. (1998). Facial Expressions of Emotions and Schizophrenia: A Review. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 399-412.
- Mayer, J. D., Salovey, P. y Caruso, D. (2002) Mayer-Salovey-Caruso Emocional Intelligence Test (MSCEIT), Versión 2.0. Toronto, Canadá: Multi-Health Systems.
- Mazza, M., De Risio, A., Surian, L., Roncote, R. y Casacchia, M. (2001) Selective impairments of theory of mind in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 47, 299-308.
- Montero, I., Bonet, A., Puche, E. & Gómez Beneyto, M. (1988) Adaptación española del DAS-II (Disability Assessment Schedule). *Psiquis*, 175, 17-22.
- Morrison, R. L., Bellack, A. S. y Mueser, K. T. (1988) Deficits in facial affect recognition and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 14, 67-83.
- Mueser, K. T., Donan, R., Penn, D. L., Blandchard, J. J., Bellack, A. S. y Nishith, P. (1996) Emotion recognition and social competence in chronic schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 271-275.
- Nuechterlein, K. H. y Dawson, M. E. (1984) Information processing and attentional functioning in the developmental course of schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 160-203.
- Ostrom, T. M. (1984) The sovereignty of social cognition. En R. S. Wyer y T. K. Srull (Eds.), *Handbook of social cognition* (Vol. 1, pp. 1-37). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Penn, D. L., y Combs, D. (2000) Modification of affect perception deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 46, 217-229.
- Penn, D. L., Ritchie, M., Francis, J., Combs, D. y Martin, J. (2002) Social perception in schizophrenia: the role of context. *Psychiatry Research* 109, 149-159.
- Penn, D. L., Roberts, D. L., Munt, E., Silverstein, E., Jones, N. y Sheitman, B. (2005) A pilot study of social cognition and interaction training (SCIT) for schizophrenia. *Schizophrenia Research* 80, 357-359.

Phillips, M. L. y David, A. S. (1998) Abnormal visual scan paths: a psychophysiological marker of delusions in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 29, 235-245.

Roder, V., Brenner, H. D., Kienzle, N. y Fuentes, I. (2007) *Terapia Psicológica Integrada de la Esquizofrenia*. Granada: Alborán.

Roder V., Laechler, M. y Mueller, D. (2007) Integrate neurocognitive therapy for schizophrenia patients. Ponencia presentada al 15 th AEP Congress. Madrid. Marzo.

Ruiz, J. C., García, S. y Fuentes, I. (2006) La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 24, 137-155.

Sachs G., Steger-Wuchse S., Kryspin-Exner, I., Gur R C. y Katschnig H. (2004). Facial recognition deficits and cognition in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 68, 27-35.

Schenkel, L. S., Spaulding, W. D. y Silverstein, S. M. (2005) Poor premorbid social functioning and theory of mind deficit in schizophrenia: evidence of reduced context processing. *Journal of Psychiatric Research*, 39, 499-508.

Smari, J., Stefansson, S. y Thorgilsson, H. (1994) Paranoia, selfconsciousness, and social cognition in schizophrenics. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 389-399.

Süllwold, L. (1983). *Schizophrenie*. Stuttgart: Kohlhammer.

Thévenin, P y Derrida, J. (1986) *Artaud dessins et portraits*. Paris: Gallimard.

Vauth, R., Rüscher, N., Wirtz, M. y Corrigan, P. W. (2004) Does social cognitive influence the relation between neurocognitive deficits and vocational functioning in schizophrenia? *Psychiatry Research* 128, 155-165.

Watson, F., Blennerhassett, R. C. y Charlton, B. G. (2000) "Theory of mind", persecutory delusions and the somatic marker mechanism. *Cognitive Neuropsychiatry*, 5, 161-174.

Wölwer, W., Frommann, N., Halfmann, S., Piaszek, A., Streit, M. y Gaebel, W. (2005) Remediation of impairments in facial affect recognition in schizophrenia: Efficacy and specificity of a new training program. *Schizophrenia Research* 80, 295-303.

Fecha de recepción: 12/04/2008  
Fecha de aceptación: 30/05/2008

# Evaluación de la percepción y la satisfacción de los familiares de usuarios de un centro de rehabilitación e integración social

Yolanda Simarro Quintana, Inmaculada Fuentes Durá,  
Juan Carlos Ruiz Ruiz y Marisa García Merita

Facultad de Psicología. Universidad de Valencia  
Correo electrónico: inmaculada.fuentes@uv.es.

## resumen/abstract:

El objetivo del presente estudio era conocer la opinión que los familiares de enfermos mentales diagnosticados de esquizofrenia tienen sobre el funcionamiento del Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRIS) que atiende a sus allegados. Para ello aplicamos un cuestionario a 50 familiares de usuarios de un CRIS para conocer su percepción y satisfacción sobre los siguientes aspectos del servicio: eficacia del tratamiento que recibe el usuario, calidad de la infraestructura del centro, relación y apoyo dispensado por los profesionales y necesidades percibidas por los familiares. En las conclusiones se reflexiona sobre la necesidad de este tipo de recursos para tratar a enfermos mentales diagnosticados de esquizofrenia y apoyar/ayudar a sus familiares.

*The aim of this study was to know the opinion of relatives of mental illness patients diagnosed of schizophrenia about the performance of the Centre for Psychosocial Rehabilitation (CRIS) caring for their relations. In order to achieve this aim, we passed a questionnaire to families of 50 users of a CRIS centre to determine their perception and satisfaction with the following aspects of the service: effectiveness of the treatment being given to the user, quality of the centre's infrastructure, the relationship with and support given by the professionals and the perceived needs of the relatives. In the conclusion, we reflect on the need of such resources for the treatment of mental illness patients diagnosed of schizophrenia and on the support/help needed for their families.*

## palabras clave/keywords:

Esquizofrenia. Satisfacción de usuarios. Rehabilitación Psicosocial. Evaluación de servicios.

*Schizophrenia. User Satisfaction. Psychosocial Rehabilitation. Service evaluation.*

## Introducción

En numerosos artículos publicados aparecen referencias a la importancia del papel de las familias en la rehabilitación psicosocial de enfermos mentales graves (Castilla, López, Chavarría et al., 1998; Jiménez y Maestro, 2002; Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-Fries y Sturgeon, 1982) sobre todo

desde que en 1985 se produjo el proceso de desinstitucionalización psiquiátrica. Según un estudio realizado por la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES, 1995) existen en España entre un millón y un millón y medio de familiares "cuidadores" que dedican parte o todo su tiempo al enfermo.

La problemática a la que se enfrentan las familias cuidadoras (desconocimiento de la enfermedad, estigma social, manejo diario de situaciones críticas, ...) puede conducir a situaciones de extrema carga familiar.

En este sentido, es importante destacar el papel que llevan a cabo los Centros de Rehabilitación e Integración Social tanto en la rehabilitación del enfermo mental como en la ayuda prestada a la familia, apoyando y asesorando a las mismas. Además, hay que tener en cuenta, tal como señalan Vallina y Lemos (2000 y 2001), que las intervenciones familiares también incrementan el nivel de satisfacción con respecto al trabajo que se realiza con el enfermo y la satisfacción con el centro.

Se puede decir que la intervención familiar es un componente esencial de la Rehabilitación Psicosocial (Vallina y Lemos, 2001, 2003; Vallina, Lemos, García et al., 1998) Así lo recomiendan también asociaciones como la APA (1997), la Canadian Psychiatric Association (1998) o la Sociedad Española de Psiquiatría (1998) y el proyecto Schizophrenia PORT (Schizophrenia Patient Outcomes Research Team) en su última revisión del 2003 (Lehman, Kreyenbuhl, Buchanan et al., 2004)

En España son pocos los trabajos realizados hasta la fecha sobre la evaluación de la calidad de los servicios de rehabilitación de enfermos mentales graves. Cuevas, Perona, Arévalo, Hervás y Navarrón (1996) aplicaron un cuestionario en el que se valoraba la percepción que los familiares de 66 pacientes con esquizofrenia tenían de los servicios ofrecidos por un centro de rehabilitación psicosocial (URA) en Sevilla. Posteriormente, llevaron a cabo otro estudio (Cuevas, Dorado, Hervás et al., 1999) donde evaluadores independientes al centro y a la

investigación aplicaron el cuestionario a 90 familiares de pacientes con esquizofrenia, con el objetivo de conocer la percepción y la satisfacción de los siguientes aspectos: eficacia del tratamiento, recursos humanos y materiales del servicio, calidad de la relación y del apoyo recibido, y necesidades percibidas. Obtuvieron como resultado una buena satisfacción de los familiares con los servicios prestados en el centro de rehabilitación, valorando como positivo el tratamiento que reciben los pacientes, la ayuda ofrecida a los familiares, y el apoyo y la accesibilidad de los profesionales.

López y Muñoz (1992) y López (1994) analizaron el trabajo realizado en tres centros de la Comunidad de Madrid en dos aspectos, por un lado la satisfacción de sus usuarios y por otro la calidad de vida de los mismos (entendiendo como usuarios tanto a los enfermos mentales crónicos como a los familiares) En general, los resultados obtenidos en este estudio muestran medidas de satisfacción alta, indicando que los usuarios de los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) están satisfechos con "los servicios que reciben, se sienten mejor y atribuyen su mejoría a la atención que se les presta".

Vázquez et al. (1994) utilizan una adaptación de la Escala de Satisfacción Familiar con los Servicios (ESSF) de Grella y Grusky (1989) Esta escala permite una valoración de la satisfacción de aspectos específicos y no sólo de la satisfacción global. La aplicaron a familiares de 126 pacientes con psicosis (atendidos en el C. S. M. del Distrito Guadalquivir de Sevilla)

Sus resultados muestran un grado de satisfacción general elevado, aunque en aspectos específicos, como son la información recibida sobre la enfermedad y la partici-

pación en los programas de intervención, obtienen resultados de insatisfacción.

En el estudio realizado por Tessler, Gama-che y Fisher (1991) los resultados muestran que los familiares, aunque se sienten comprendidos, se quejan de la falta de información recibida y de que no se les hace partícipes en el tratamiento.

Otros estudios obtienen una alta satisfacción con los servicios, como el de Leavy, King y Cole (1997) cuyo resultado muestra que los pacientes están en general satisfechos con el tratamiento. Por su parte, Ruggeri y Dall'Agnola (1993) hablan de satisfacción alta de los familiares respecto a las habilidades de los profesionales y la accesibilidad a ellos. Además de obtener un nivel de satisfacción global.

De todas estas investigaciones se deriva la importancia de estudiar la satisfacción como medio para mejorar el servicio prestado y el trabajo de los profesionales. En este sentido, el objetivo de este trabajo ha sido conocer el nivel de satisfacción de los familiares de usuarios de un centro de rehabilitación e integración social (CRIS) utilizando como instrumento de evaluación el empleado por Cuevas, Dorado, Hervás et al. (1998). De este modo se puede generar información que permite tanto una comparación con los resultados de estudios anteriores, pero un tanto alejados en el tiempo, como una comparación entre ámbitos geográficos distintos.

## Método

### Muestra

En este trabajo han participado 50 familiares de usuarios del Centro de Rehabilitación e Integración Social "Sant Pau" de

Valencia que cumplieran los siguientes criterios para poder formar parte del estudio:

- 1) Ser familiar de un usuario con diagnóstico de trastorno esquizofrénico según criterios del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000).
- 2) Ser familiar de un usuario cuya participación es, o ha sido, estable en el programa de rehabilitación ("buena adherencia al tratamiento") un tiempo mínimo de seis meses.
- 3) Ser uno de los familiares que conviven con el usuario. Por cada usuario seleccionado participó sólo un familiar, el familiar clave, entendiendo aquel que se ocupa fundamentalmente de la atención del enfermo en cuanto a compañía, cuidados y contactos con los servicios de Salud Mental y Servicios Sociales.
- 4) No presentar patología psiquiátrica.

### Instrumentos

Se ha utilizado el "Cuestionario de Evaluación del Servicio" desarrollado por Carlos Cuevas et al. (1998) en la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental del Área Sanitaria "Virgen del Rocío" del Servicio Andaluz de Salud de Sevilla.

El objetivo del cuestionario es obtener información de la opinión de los familiares sobre los siguientes aspectos del centro:

- 1) Percepción de la eficacia del tratamiento que recibe el usuario y satisfacción con los tratamientos administrados.
- 2) Percepción de la infraestructura: recursos humanos y estructura física.
- 3) Percepción de la calidad de la relación y del apoyo dispensado por los profesionales.

4) Necesidades percibidas que a su juicio podrían ser satisfechas total o parcialmente.

El cuestionario original consta de 29 ítems, uno de ellos es de 5 alternativas de respuesta, 17 son de 4 alternativas y los 8 restantes de 3, 2 ítems están formados por una pregunta a la que se responde con una escala ordinal (entre 0 y 10) y el último ítem está formado por una pregunta de respuesta abierta.

Nosotros hemos añadido otro ítem de 4 alternativas, que valora la frecuencia con que los familiares acuden a las reuniones de familia (¿Con qué frecuencia acude usted a las reuniones de los Grupos de Familia?: Nunca / Algunas veces / A menudo / Siempre).

Además se utilizaron dos fichas desarrolladas también por Cuevas et al. (1998): la Ficha de Datos Generales del Usuario (con ella se obtuvieron datos descriptivos sobre aspectos socio-demográficos de los usuarios cuyos familiares participaron en el estudio) y la Ficha de Datos Generales del Familiar.

### Procedimiento

Tras recoger los datos personales de los usuarios se comprobó cuántos de ellos cumplían con los criterios necesarios para formar parte del estudio, también se comprobó cuántos de ellos tenían familiares que también cumplían con dichos requisitos. Una vez realizadas estas comprobaciones se confeccionó un listado, siendo 63 los familiares que cumplían con todos los requisitos establecidos.

Una vez se identificó la muestra, acudimos a los "Grupos de Familias" (reuniones que mantienen los profesionales del CRIS de

forma periódica con los familiares) para informarles del estudio que íbamos a llevar a cabo y preguntar cuántos de ellos estaban interesados en participar en el mismo. A los familiares que no acudían regularmente a estas reuniones se les informó a través de contactos telefónicos.

A todos los que voluntariamente quisieron colaborar en la investigación, 50, se les citó de forma individual. En esta sesión se cumplimentaba tanto la Ficha de datos generales del Usuario como la Ficha de datos generales del Familiar, y se aplicaba el cuestionario, todo ello en aproximadamente 30 minutos. El evaluador leía los ítems y sus alternativas, y anotaba las respuestas.

Los 13 familiares restantes no participaron en el estudio por los siguiente motivos:

1. Tener otro familiar enfermo u hospitalizado.
2. Encontrarse enfermo él mismo.
3. Estar el usuario ingresado debido a una crisis y tener que cuidar de él.
4. Incompatibilidad de sus horarios laborales.
5. Fallecer en el transcurso del estudio.
6. No acudir a las citas previas establecidas mediante contacto telefónico.

## Resultados

### Datos descriptivos de los usuarios

Las edades de los usuarios cuyos familiares formaron parte del estudio estaban comprendidas entre los 24 y los 57, con una media de 38,42 y una desviación típica de 7,11. De ellos el 78% eran hombres y el 22% mujeres. En cuanto al número de años transcurridos desde la primera consulta en Salud Mental, los datos mostraron una me-

dia de 16,82 años con una desviación típica de 8,19. La media del número de ingresos antes de comenzar el tratamiento en el CRIS fue de 2,78 con una desviación típica de 4,55, y la media de ingresos durante el tratamiento en el CRIS fue 0,2 con una desviación típica de 0,67 (el 88% de los usuarios no tuvieron ningún ingreso; el resto, un 12%, tuvieron entre 1 y 4 ingresos).

El 100% de los usuarios tenía el certificado de minusvalía, ya que es condición necesaria para ser usuario del CRIS. También el 100% recibía alguna prestación económica.

Un 36% de los usuarios tenía el Graduado Escolar, y un 28% el Bachiller Superior. No había ningún usuario con estudios superiores ni que estuviera estudiando en el momento en que se realizó la investigación. En cuanto a la situación ocupacional-laboral actual, el 84% estaba en paro y el 12% era pensionista, lo que significa que el 96% de los usuarios no realizaba ninguna actividad laboral.

Con relación a los distintos programas de rehabilitación del CRIS, los datos indicaron que la participación de los usuarios en los mismos era elevada: un 98% participaba de actividades del Área Psicológica y del Área de Habilidades Cognitivas, un 90% en talleres del Área de Autonomía y Hábitos de Vida Sana y del Área Ocupacional, un 87% participaba en el Área Sociolaboral, un 78% en el Área de Desarrollo de Habilidades Físico-Cognitivas y un 66% en actividades del Área de Ocio y Relaciones Personales.

### Datos descriptivos de los familiares

El porcentaje más elevado en cuanto al parentesco de los familiares que participaron

en el estudio correspondió al de las madres (60%), es resto fueron padres (16%), hermanos (16%) y otros (8%).

En cuanto al nivel de estudios el 44% de los padres y madres tenían certificado de estudios primarios. En referencia a la profesión de los padres, un 34% eran trabajadores de industrias, un 28% trabajadores no cualificados, 16% directivos de empresa y administraciones públicas, 14% empleados administrativos y de servicios y el 8% restante eran empleados técnicos, trabajadores cualificados en agricultura y pesca y fuerzas armadas. Por lo que respecta a las madres, un 50% nunca había tenido un trabajo remunerado, el 30% eran trabajadoras no cualificadas, el 16% directivas de empresas y administración pública y el resto (un 4%) eran administrativas y trabajadoras de servicios y de industrias manufactureras.

### Percepción con respecto a medidas de eficacia del tratamiento

Con respecto a la primera pregunta formulada, los resultados reflejaron que la mayoría de las personas entrevistadas (un 92%) opinaron que donde mejor pueden estar atendidos sus familiares es en los servicios comunitarios.

En cuanto a la percepción sobre posibles cambios observados en sus familiares desde que están asistiendo al CRIS, con respecto a diferentes variables clínicas, los resultados obtenidos fueron los siguientes (ver tabla 1).

Con relación a los cambios observados en sus familiares respecto a variables de funcionamiento social, se obtuvieron los siguientes resultados (ver tabla 2).

En cuanto a la pregunta ¿Cuál cree que hubiera sido la evolución de su familiar si no

Tabla 1.

<b>Adherencia a los servicios de salud mental</b>		<b>Toma la medicación</b>	
Mejor que antes	40%	Mejor que antes	36%
Peor que antes	2%	Peor que antes	0%
Igual de bien que antes	54%	Igual de bien que antes	58%
Igual de mal que antes	4%	Igual de mal que antes	6%
<b>Cómo se encuentra en general</b>		<b>Cómo se encuentra en general</b>	
Más nervioso que antes	4%	Más animado que antes	70%
Igual de tranquilo que antes	22%	Igual de animado que antes	10%
Igual de nervioso que antes	16%	Más desanimado que antes	4%
Más tranquilo que antes	58%	Igual de desanimado que antes	16%
<b>Sus miedos</b>		<b>Síntomas positivos</b>	
Han aumentado	0%	Tiene los mismos que antes	14%
No tiene, igual que antes	46%	Tiene más	2%
Tiene los mismos que antes	22%	Tiene menos	58%
Han disminuido	32%	No tiene, igual que antes	26%

Tabla 2.

<b>Las relaciones familiares son...</b>		<b>Su comunicación es...</b>	
Igual de difícil que antes	20%	Igual de pobre que antes	26%
Más fácil que antes	54%	Igual de buena que antes	20%
Igual de fácil que antes	24%	Peor que antes	0%
Más difícil que antes	2%	Mejor que antes	54%
<b>Las salidas a la calle son...</b>		<b>Su nivel ocupacional...</b>	
No sale, igual que antes	8%	Ha aumentado	70%
Más frecuentes que antes	56%	Ha disminuido	0%
Menos frecuentes que antes	6%	Es igual de alto que antes	2%
Igual de frecuentes que antes	30%	Es igual de bajo que antes	26%
<b>Su actividad doméstica</b>		<b>Su nivel de autonomía personal</b>	
Han aumentado	60%	Es igual de bueno que antes	20%
Han disminuido	4%	Ha disminuido	2%
Es igual de alto que antes	14%	Ha aumentado	58%
Es igual de bajo que antes	22%	Es igual de deficitario que antes	20%

Tabla 3.

<b>Cree que el número de profesionales es...</b>		<b>Cree que las categorías profesionales son...</b>	
Insuficiente	16%	Insuficiente	20%
Suficiente	28%	Suficiente	28%
Exagerado	0%	Exagerado	0%
<b>En cuanto a los profesionales que participan...</b>		<b>Las dependencias del CRIS son...</b>	
Estoy de acuerdo	36%	Suficiente	86%
No estoy de acuerdo	22%	Insuficiente	14%
No sabe o no contesta	42%	Exagerado	0%
<b>La ubicación del CRIS es...</b>			
Es inadecuada	0%		
Es adecuada	32%		
Es excelente	68%		

Tabla 4.

<b>La actitud de los profesionales hacia mí es...</b>		<b>Cuando hablo con los profesionales creo que...</b>	
Fría	0%	Me escuchan con atención	98%
Amable	98%	Me interrumpen con frecuencia	2%
Antipática	2%	Las entrevistas son muy cortas	0%
<b>Lograr una entrevista es...</b>		<b>En mi labor como cuidador el CRIS me apoya...</b>	
Fácil	100%	Nada	0%
Hay que insistir mucho	0%	Un poco	22%
Prácticamente imposible	0%	Bastante	54%
<b>La información dada por el CRIS sirve para...</b>		<b>La información dada por el CRIS es...</b>	
Aprender cosas que no sabía	44%	Útil para mejorar mucho la convivencia	40%
No me ha aportado nada nuevo	2%	Útil para mejorar un poco la convivencia	54%
Sumar a lo que ya sabía	54%	Ha influido para empeorar la convivencia	0%
<b>Cuando los profesionales comunican algo lo hacen...</b>		No sirve para mejorar la convivencia	
Con suficiente claridad para entenderlos		6%	
No se explican bien algunas cosas		100%	
Con muy poca claridad, apenas se entiende		0%	

hubiera recibido tratamiento?: un porcentaje muy elevado (el 88%) opinó que habría empeorado. Sólo un 4% contestó que habrían mejorado y un 8% que seguirían igual.

#### **Grado de satisfacción con las intervenciones administradas en el CRIS**

El 62% de los familiares opinó que el trabajo que se realiza en el CRIS es “muy bueno” y el 36% “bueno” (teniendo en cuenta que “muy bueno” se corresponde con las puntuaciones 9 y 10, y “bueno” con las puntuaciones 7 y 8). Por tanto, el 98% tiene un nivel de satisfacción bueno o muy bueno con el trabajo que se realiza en el CRIS con su familiar.

#### **Percepción con respecto a la calidad de la infraestructura del CRIS (recursos humanos y estructura física)**

En este apartado figuran los resultados obtenidos en los ítems referidos a la percepción que tienen los familiares de la infraestructura del centro (ver tabla 3).

#### **Percepción respecto a la calidad de la relación y apoyo ofrecido por los profesionales del CRIS**

Los resultados obtenidos en la evaluación de estas áreas se pueden ver en la tabla 4.

#### **Grado de satisfacción con los profesionales del CRIS**

La mayoría de los participantes, un 72%, calificó con un 10 la relación que mantiene con los profesionales del CRIS, y un 12% con un 9. Esto quiere decir que el

86% del total opinó que esa relación es muy buena.

#### **Frecuencia con la que los familiares acuden a las reuniones de familias**

El porcentaje de familiares que acudía siempre a las reuniones de los Grupos de Familia era de un 62%, un 24% acudían a menudo, un 12% algunas veces y sólo un 2% no ha asistido nunca a dichas reuniones.

#### **Necesidades que a juicio de los familiares podría satisfacer total o parcialmente el CRIS**

Este ítem se planteaba como una pregunta abierta y, por tanto, se han considerado todas las posibles respuestas (ver tabla 5).

## **Conclusiones**

Los datos obtenidos en esta investigación indican que los familiares de los usuarios del centro tienen una percepción positiva del tratamiento que reciben sus familiares en el CRIS. Además, señalan que el CRIS es el recurso más adecuado para tratar a sus familiares, ya que la mayoría opinan que es en los servicios comunitarios donde mejor atención reciben los enfermos mentales crónicos. Desde el ingreso de los pacientes en el CRIS, los participantes observan que sus familiares están más animados, que han aumentado considerablemente su actividad ocupacional, incluso colaboran más en las tareas domésticas, y se encuentran menos aislados. Estas mejorías se valoran de forma muy positiva ya que contribuyen a mejorar las relaciones y la convivencia con el enfermo.

Tabla 5.

Buscarles trabajo	12,00%	Taller de jardinería	2,00%
Más horas en el centro	10,00%	Taller de carpintería	2,00%
El problema es el futuro, donde irán	10,00%	Espacios al aire libre	2,00%
Servicio de respiro familiar	6,00%	Talleres con un poco más de nivel	2,00%
No lo sé	18,00%	Que aprendan un oficio	2,00%
Más viviendas tuteladas	4,00%	Informes escritos a las familias sobre la evolución de los usuarios	2,00%
Nada, me asesoran de todo lo que necesito	4,00%	Informar sobre las posibilidades de una posible inserción laboral	2,00%
Más trabajos manipulativos	2,00%	Que haya un seguimiento cuando se les dé de alta	2,00%
Más charlas y entrevistas psicológicas	2,00%	Que les enseñen a ser responsables	2,00%
Me faltan pautas concretas	2,00%	Que los fines de semana organicen actividades de ocio	2,00%
Convencerla para que tome la medicación	2,00%	Apoyo en el domicilio para las tareas domésticas	2,00%
Falta un psiquiatra	2,00%	Enseñarles música y risoterapia	2,00%
Información sobre ayudas sociales, residencias	2,00%		

Estos aspectos son algunos de los objetivos planteados en el CRIS para favorecer la integración de los enfermos mentales graves en actividades socio-comunitarias. Otro dato que destaca es el hecho de que los participantes consideren que si sus familiares

no hubiesen asistido al CRIS habrían empeorado. Parece pues que se valoran de forma muy positiva las intervenciones que se ofrecen en el centro. Los familiares en sus opiniones no sólo se centran en la sintomatología positiva de la enfermedad, sino que

consideran muy importantes los cambios observados en los síntomas negativos (apatía, aislamiento, anhedonia,...).

Todo esto concuerda con el alto nivel de satisfacción que manifiestan tener con el trabajo que el CRIS realiza con sus familiares. Una de las áreas que más resalta de este estudio es la opinión que tienen los familiares con respecto a los profesionales del CRIS ya que ésta es, en general, muy positiva. Todos los entrevistados consideran que se les atiende con amabilidad, que se les escucha con atención, que es fácil concertar entrevistas y que se les apoya bastante o mucho en el trabajo que realizan con sus familiares. Además todos consideran que la relación que mantienen con los profesionales es buena o muy buena. Esto parece indicar que los profesionales son accesibles y consideran importante la opinión de los familiares para poder llevar a cabo de forma positiva el proceso rehabilitador. Todos estos aspectos confirman la importancia de ofrecer apoyo a las familias.

Todos los participantes opinan que la información se les transmite de manera clara, que les ha servido para aprender cosas sobre la enfermedad y para mejorar la convivencia. Esto concuerda con la importancia expresada repetidamente de que los familiares conozcan la enfermedad como elemento para aumentar su compromiso con el tratamiento psicosocial, para disminuir la angustia que produce el desconocimiento y para desarrollar estrategias de afrontamiento.

En lo referente a la estructura física del centro, opinan que la ubicación es excelente y las dependencias suficientes. El CRIS

está situado en el centro de la ciudad de Valencia lo que facilita un acceso rápido mediante el transporte público y poder utilizar otros recursos comunitarios (museos, cines, teatros, instalaciones deportivas, comercios, recursos de formación, etc.).

Por otra parte, las necesidades que los entrevistados manifiestan tener, hacen referencia fundamentalmente a dos aspectos. En primer lugar, a sus preocupaciones con respecto al futuro, al trabajo y la vivienda, aspectos que a la mayoría les causa cierta angustia ya que no saben qué va a pasar con sus familiares el día que ellos no estén (actualmente este tipo de recursos son muy escasos). En segundo lugar, manifiestan su deseo de que se creen recursos de respiro familiar para aquellos momentos puntuales en los que no pueden hacerse cargo de los enfermos. Estos recursos sí que existen para otros colectivos de discapacitados, los familiares lo saben, ya que así lo manifiestan en los comentarios realizados durante la entrevista.

Con todos los datos obtenidos en este estudio podemos concluir que la percepción de los familiares es muy positiva. Debemos tener en cuenta que el CRIS sólo lleva cinco años funcionando y si comparamos esto con los años de evolución de la enfermedad de la mayoría de los usuarios, podemos decir que, tras tanto tiempo esperando un recurso adecuado, las familias han visto en este centro una ayuda valiosísima a sus problemas ya que antes se sentían más bien abandonadas, sin información sobre la enfermedad y sin apoyo. Además, saben que los re-

cursos son escasos por lo que se sienten afortunados de poder ser beneficiarios de este centro.

*Queremos expresar nuestro agradecimiento a los familiares que participaron en el estudio, a los usuarios, a los profesionales y a la directora del CRIS Sant Pau. Así como a Salvador Perona y Carlos Cuevas por facilitarnos el instrumento de evaluación utilizado.*

## Bibliografía

- American Psychiatric Association. (1997) Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 154.
- American Psychiatric Association. (2000) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR). Washington: APA.
- Canadian Psychiatric Association. (1998) Canadian practice guidelines for the treatment of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43.
- Castilla, A.; López, M.; Chavarría, V.; Sanjuán, M.; Canut, P.; Martínez, M.; Martínez, J. M. y Cáceres, J. L. (1998) La carga familiar en una muestra de pacientes esquizofrénicos en tratamiento ambulatorio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 68, 621-642.
- Cuevas, C.; Dorado, R.; Hervás, A.; Laviana, M.; Navarrón, E.; Perona, S. y Ramos, J. M. (1998) Evaluación de la calidad de un servicio de rehabilitación de salud mental a través de la percepción de los familiares de usuarios con diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia. *Memoria de investigación*.
- Cuevas, C.; Dorado, R.; Hervás, A.; Laviana, M.; Navarrón, E.; Perona, S. y Ramos, J. M. (1999) Evaluación de un servicio de rehabilitación de salud mental a través de la percepción y satisfacción de los familiares de pacientes esquizofrénicos. *Clínica y Salud*, 10, 169-192.
- Cuevas, C.; Perona, S.; Arévalo, J.; Hervás, A. y Navarrón, E. (1996). Percepción de los familiares de pacientes psicóticos sobre un servicio de rehabilitación de salud mental. *Apuntes de Psicología*, 46, 71-90.
- FEAFES (1995) Estudio Europeo de las necesidades de familiares de enfermos mentales: Informe de resultados para España. Sevilla: Federación Andaluza de Allegados de Esquizofrénicos (FANAES).
- Grella, C. E. y Grusky, O. (1989) Families of the seriously mentally ill and their satisfaction with services. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 831-835.
- Jiménez Estévez, J. F. y Maestro Barón, J. C. (2002) Intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento psicosocial de la esquizofrenia. *Monografías de Psiquiatría*, 14, 16-19.
- Leavey, G.; King, M.; Cole, E.; Hoar, H. y Johnson-Sabine, E. (1997) First-onset psychotic illness: patients' and relatives' satisfaction with services. *British Journal of Psychiatry*, 170, 53-57.
- Leff, J.; Kuipers, L.; Berkowitz, R.; Eberlein-Fries, R. y Sturgeon, D. (1982) A controlled trial of intervention in the families of schizophrenic families. *British Journal of Psychiatry*, 141, 121-134.
- Lehman, A. F.; Kreyenbuhl, J.; Buchanan, R. W.; Dickerson, F. B.; Dixon, L. B.; Goldberg, R.; Green-Paden, L. D.; Tenhula, W. N.; Boerescu, D.; Tek, C.; Sandson, N. y Steinwachs, D. M. (2004). The schizophrenia Patient Outcome Research Team (PORT): Update treatment recommendations 2003. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 193-207.
- López, A. E. y Muñoz, M. (1992) Estudio descriptivo de la satisfacción de usuarios y familiares con los servicios de tres centros de rehabilitación psicosocial de la Comunidad Autónoma de Madrid. *Jano*, XLII, 24-30.
- López, A. E. (1994) Valoración de los efectos de la rehabilitación psicosocial. Tesis doctoral. Universidad de Málaga.
- Ruggeri, M.; Lasalvia, A.; Bissofi, G.; Thornicroft, G.; Vázquez-Barquero, J. L.; Becker, T.; Knapp, M.; Knudsen, H. C.; Schene, A. y Tansella, M. (2003) Satisfaction with mental health services in five European sites: Results from the EPSILON study. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 229-245.
- Sociedad Española de Psiquiatría (1998) Consenso español sobre evaluación y tratamiento de la esquizofrenia. Madrid: Janssen-Cilag.

Tessler, R. C.; Gamache, G. M. y Fisher, G. A. (1991). Patterns of contact of patients' families with mental professionals and attitudes toward professional. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 929-935.

Vallina, O. y Lemos, S. (2000) Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*, 12, 671-681.

Vallina, O. y Lemos, S. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13, 345-364.

Vallina, O y Lemos, S. (2003) Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos*. Madrid: Pirámide.

Vallina, O.; Lemos, S.; García, A.; Roder, V.; Otero, A.; Alonso, M. y Gutiérrez, A. (1998) Controlled study of an integrated psychological intervention in schizophrenia. *European Journal of Psychiatry*, 15, 167-179.

Vázquez, A. J.; Ruiz, F.; Ramos, E.; Gallego, C.; León, M.; Carmona, D.; Zamora, A.; López, M.; Llamas, A. y Méndez, A. (1994) Satisfacción de los Servicios de Salud Mental de distrito en familiares de pacientes psicóticos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XIV, 245-258.

Fecha de recepción: 12/12/2008  
Fecha de aceptación: 4/03/2008

## Las psicosis: medicación ¿y qué más?

Coordinado por María Cortell y Carmen Ortolá

*Juanjo Albert Gutiérrez*

Psiquiatra. Neurólogo. Instituto de Psicoterapia Emocional y Técnicas de Grupo, Alicante

*José Luis Belinchón Belinchón*

Médico psiquiatra. Psicoanalista. Centro de Salud de la Fuente de San Luis, Valencia

*Inmaculada Navarro Morales*

Dra. en Psicología. Ps. Clínica de la Asociación Albero Artesanos. Valencia

*Óscar Vallina Fernández*

Psicólogo clínico. Centro de Salud Mental de Torrelavega. Servicio Cántabro de Salud

Esta sección plantea a diversos especialistas preguntas acerca de temas actuales que están siendo objeto de discusión en nuestra sociedad. Las respuestas formuladas de forma independiente aparecen por orden alfabético.

Desde este espacio DEBAT abordamos, en esta ocasión, algunas preguntas sobre las psicosis y sus tratamientos.

Si consideramos a los psicóticos como personas a quienes la falta de percepción de fronteras entre lo interno y lo externo, el afuera y el adentro, les llevan a la construcción del delirio como expresión, resulta interesante que nos preguntemos sobre la eficacia de los actuales tratamientos y su tendencia, teniendo en cuenta que los delirios cuentan con una historia que atraviesa diferentes paradigmas epistemológicos.

Antes de la Ilustración, el delirio disfrutaba de una significación tan amplia e imprecisa como la de la locura y la melancolía. Aún en la *Enciclopedia* de Diderot y d'Alembert

el término *locura* tenía su entrada en el capítulo de moral y no en el de medicina. Después su significado se ha vuelto cada vez más médico. El término *psicosis* fue un nombre genérico destinado a agrupar las enfermedades mentales y a designar docitamente 'la locura' describiendo aquellos comportamientos que escapan a lo racional, o como señalan algunos autores, ponen su límite a la *Razón*. La *fenomenología* describió ampliamente un conjunto de signos y diferentes clasificaciones para entender las diversas manifestaciones de los delirios, pero en la actualidad parece que 'el tesoro de la clínica psiquiátrica clásica' ha ido quedando abandonado y sólo algunas orientaciones teóricas pretenden dar cuenta desde su práctica de la singularidad de la

psicosis en tal o en cual sujeto, para buscar una lógica inherente a las diferentes formas crónicas del delirio que permita ordenar sus mutaciones clínicas.

Dado que 'la hipótesis del desorden orgánico' no ha obtenido todavía indicios de prueba, a pesar de los desarrollos en la investigación, otras hipótesis sobre la causa de las psicosis también son plausibles y atender a ello permite una lógica de actuación u otra, en relación al tratamiento de las 'locuras delirantes'.

Sin embargo, a pesar de la apertura de los manicomios, del desarrollo de la asistencia pública especializada y de la consolidación de los derechos civiles de los psicóticos, se ha ido abriendo paso una psiquiatría cada vez más impersonal, asociada a los tratamientos con psicofármacos e inmersa en las clasificaciones de los síndromes en un lenguaje asequible y universal que, a cambio de su fácil empleo, va desplazando la práctica clínica hacia una mera clasificación de conductas. El uso y la calidad de los psicofármacos ampara esta especie de simplificación y ha ido cayendo en desuso entender al enfermo y descifrar el sentido de sus vivencias<sup>1</sup>. Predomina, pues, un sentido organicista de las psicosis, sea por el hecho de la exclusión de otros acercamientos en la práctica, o bien por adherencia explícita a un discurso científico-médico tomado por verdadero.

Los flecos que van quedando de estos procedimientos afectan a los enfermos y a sus familias y desde ese sentir social se reclaman otras prácticas y otros servicios, pues con el sólo uso de la clasificación y la medicación, las psicosis, o mejor dicho, los psicóticos corren el riesgo de permanecer

en zonas de exclusión social similares a los períodos anteriores.

Las posturas integradoras, por su parte, cuando no definen su dominio de aplicación o no tienen en cuenta la heterogeneidad del campo de trabajo pueden ser también reduccionistas y bajo un eclecticismo engañoso olvidar que la psicopatología es una disciplina fronteriza entre el saber positivo y las ciencias humanas que puede expresar su eficacia si busca salir de la rivalidad, o antagonismo, entre psicogénesis y organogénesis<sup>2</sup>.

El abordaje multidisciplinar parece, pues, imprescindible en un tema donde familias y enfermos están concernidos junto a psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas, psicoterapeutas, enfermeros y asistentes sociales.

Contamos, para dilucidar los lindes de esta temática, con la participación de cuatro especialistas en el tema, a quienes agradecemos vivamente desde aquí, su participación alrededor de nuestras cuestiones, desde su experiencia en la práctica y su perspectiva teórica especializada.

## 1.

En el tratamiento de los trastornos psicóticos ¿Cuál es el alcance de la eficacia de la medicación? En su opinión, ¿palía, estabiliza, cura o cronifica?

### Juanjo Albert

Antes de contestar a ésta y a las siguientes preguntas, para mí es necesario no hablar de las psicosis de modo genérico. Es necesario establecer un diagnóstico diferencial entre ellas, pues no es lo mismo una psicosis esquizofrénica que una psicosis de cualquier otra etiología, sobre todo si cabe la posibilidad de un diagnóstico de psico-

<sup>1</sup> y <sup>2</sup> El saber delirante. Colina, Fernando. Ed. Síntesis, Madrid, 2001. Cap. 1 y 2.

sis psicógena, psicosis paranoide o una bouffée délirante en una personalidad histérica. Para simplificar podemos hacer dos grandes grupos, las psicosis orgánicas y las psicosis psicógenas.

En ambos grupos, la medicación inicialmente es, dentro de los medios asistenciales de que disponemos actualmente, indispensable; solamente reduciendo los contenidos psicóticos se puede hacer a la persona accesible a cualquier otro tipo de intervención terapéutica. Pero en ningún caso cura, al menos que yo conozca.

En el caso de las psicosis orgánicas, las esquizofrenias y psicosis maniaco-depresivas, como grupo más numeroso, la medicación palía y estabiliza, lo cual permite tener un acceso psicoterapéutico al paciente. En el caso de que no sea una esquizofrenia que produzca un marcado deterioro cognitivo y afectivo desde el inicio, se puede conseguir una estabilización a dosis bajas de neurolépticos, si se acompaña del tratamiento psicoterapéutico correspondiente. Cronificar, no cronifica, puesto que en sí misma la esquizofrenia es crónica; lo que sí puede ocurrir, y de hecho es lo que ocurre en un número significativo de casos, es que manteniendo dosis alta de medicación innecesariamente se potencie el deterioro que estas psicosis llevan implícito.

En el caso de psicosis no orgánicas, la medicación hace accesible al paciente a una psicoterapia que puede llegar a la curación o, al menos, a la estabilización del proceso sin utilizar neurolépticos de manera permanente. En este caso, el uso indebido y crónico de la medicación sí cronifica el proceso; es decir, llegar a conseguir que el paciente sea un psicótico, en vez de que sólo esté psicótico en un momento de su vida.

### José L. Belinchón

La gran aportación de la medicación antipsicótica es su capacidad para, en muchos casos, calmar la angustia que invade al paciente y, con ello, aliviar e incluso suprimir las manifestaciones que aparecen asociadas a esa angustia psicótica, como son las alucinaciones, los fenómenos de despersonalización, las interpretaciones delirantes mal estructuradas (raramente la medicación es eficaz cuando hay un delirio bien instaurado), las alteraciones de comportamiento derivadas de esas vivencias, etc.

Pero en modo alguno puede entenderse este alivio, esta desaparición de síntomas, como una suerte de curación, de restitución a una supuesta situación de normalidad. Por el contrario, incluso en el mejor de los casos queda un algo no resuelto, un interrogante del sujeto cosificado ante una realidad que no termina de comprender. Puede que no oiga voces, que no se sienta perseguido, que se reintegre a su trabajo anterior, que no esté tan querulante con los familiares... pero pocas veces dudará del carácter auténtico de su experiencia delirante o alucinatoria. Se sentirá aliviado, pero desconfiará con frecuencia de la naturaleza de ese alivio que le viene dado desde fuera por efecto de algo, unos fármacos, un dispositivo asistencial, de los que él recela. Y no pocas veces mostrará su negativa a seguir tomando la medicación o a acudir a la consulta del médico aunque tenga muy claro que esto suponga una recaída.

La medicación puede haberle calmado la angustia y los síntomas que de ella se derivan, pero queda en su lugar un vacío, una dificultad para reconocerse, para situarse en el mundo, que a veces son tan problemáticos como los fenómenos que ella eclipsó.

Que la medicación le haya suprimido a un psicótico los síntomas más llamativos, no es necesariamente equiparable a que le haya producido una restitución a la 'normalidad'. Además cabe preguntarse de qué 'normalidad' se trata y buena prueba de ello es la frecuencia con la que acontecen las recaídas, la relación de dependencia en que se sitúa el psicótico respecto a la medicación, la enorme frecuencia con que, pese a tomarla, reaparecen manifestaciones alucinatorias o delirantes ante desencadenantes mínimos.

Es frecuente que el observador, sea médico, familiar, compañero del paciente, etc. confunda –tranquilizado– ese apaciguamiento de la clínica psicótica que inducen los fármacos, con la desaparición del problema. Y se plantee entonces la necesidad de que el paciente tenga 'conciencia de enfermedad', es decir, que reconozca como patológicas las vivencias que ha experimentado y luche contra ellas admitiendo la conveniencia de medicarse de una forma ininterrumpida: ese concepto tan de moda actualmente que es la llamada *adherencia terapéutica* o, lo que es lo mismo, que no hay futuro que no pase por la medicación.

Lo que es un reconocimiento implícito de algo obvio: los fármacos no curan las psicosis, sólo alivian los síntomas. Y ello al precio de un vacío subjetivo que no siempre es fácil de abordar y que puede conducir a situaciones de retraimiento social, pérdida de interés por todo, falta de respuesta afectiva, y en general un deterioro progresivo de muchas de sus capacidades cognitivas, propio de la cronicidad.

Hay que señalar además los efectos secundarios que la medicación neuroléptica tiene (fundamentalmente alteraciones

metabólicas, disfunciones sexuales, riesgo cardiovascular, a veces también trastornos extrapiramidales) menos ostensibles en los fármacos de segunda generación que en los antiguos, pero en cualquier caso aún muy evidentes.

Y, por supuesto, no puede dejarse en el olvido el enorme coste económico que esta medicación implica. Baste señalar que el gasto mensual de fármacos en un paciente psicótico cualquiera ronda los 600 €, algo que la mayoría de ellos, y sus familiares, ignora por estar casi enteramente financiados por la sanidad pública.

La medicación antipsicótica supone, por tanto, una herramienta muy importante en el abordaje de los trastornos psicóticos, pero sería descabellado pensar que ella es la solución a tales problemas. Es una herramienta, pero precisa de muchas otras para un abordaje integral de la psicosis.

### **Inmaculada Navarro**

Los trastornos psicóticos requieren un tratamiento múltiple. Tratamiento psiquiátrico, tratamiento farmacológico y rehabilitación psicosocial. Sabemos que la sintomatología que presentan los trastornos psicóticos se caracteriza principalmente por una presencia de síntomas positivos (alucinaciones sensitivas, ideas delirantes, distorsión de las percepciones, pensamiento desorganizado y embotamiento emocional) y presencia de síntomas negativos (depresión, ansiedad, retraimiento y aislamiento social). La medicación utilizada en el tratamiento de la esquizofrenia y otras enfermedades mentales crónicas se les llama antipsicóticos y sirven para paliar la sintomatología. Está demostrado que no son suficientes para conseguir estabilizar totalmente la enfermedad. La

medicación es responsabilidad exclusiva del/a psiquiatra. La medicación es específica para cada persona tanto en el tipo como en la cantidad y sólo puede ser cambiada o variada a criterio del/a psiquiatra que atiende a la persona. La medicación debe de ser combinada con las otras dos modalidades del tratamiento: intervención psiquiátrica y rehabilitación psicosocial, ya que únicamente palía la sintomatología. Hemos de tener en cuenta, que los trastornos psicóticos conllevan en la mayoría de los casos una pérdida de capacidades, aptitudes (mentales, cognitivas, habilidades sociales, de relación, etc.) y también de oportunidades sociales (familiares, amistades, laborales, culturales, de ocio, etc.). Ayudar a recuperar y rehabilitar estos aspectos es un cometido indispensable, al igual que ocurre en otras patologías. La rehabilitación psicosocial nos ofrece una posibilidad para la recuperación de lo que se perdió y/o en la adquisición de nuevas habilidades.

### Óscar Vallina

El tratamiento farmacológico junto con la psicoterapia y las intervenciones sociales forma parte de la triada terapéutica básica para un adecuado abordaje de la psicosis. Desde el desarrollo de los modelos de vulnerabilidad-estrés para intentar explicar el desarrollo de la psicosis y los objetivos terapéuticos en la misma, existe un acuerdo general dentro de la comunidad clínica y científica en torno a la necesidad de la combinación de estos tres tipos de intervención. El tratamiento farmacológico, y más específicamente los neurolépticos, han venido demostrando su eficacia en la eliminación o reducción de la sintomatología positiva de la enfermedad (delirios, alucinaciones y trastornos del pensamiento), y en el control

de las alteraciones conductuales y los estados de agitación asociados a la sintomatología psicótica activa a la vez que palían la desorganización cognitiva propia de las psicosis. Por otro lado, los fármacos estabilizadores del estado de ánimo han probado así mismo su eficacia en el tratamiento de los trastornos bipolares. En la actualidad pues, existe unanimidad en la consideración del tratamiento farmacológico de las diversas variantes de la psicosis como el tratamiento de elección en las distintas fases de la enfermedad.

Ahora bien, creo que estas afirmaciones también requieren de algún que otro matiz. En primer lugar, tenemos que recordar, que incluso con un óptimo tratamiento farmacológico entre un 15% y un 40% de las personas con psicosis mantendrán su sintomatología positiva y esta no responderá a los distintos tipos de neurolépticos disponibles en la actualidad. Por otra parte, tenemos que considerar que si bien los síntomas positivos son una clínica muy característica y definitoria dentro de la psicosis, no debemos olvidar que existen además otro tipo de manifestaciones sintomáticas que también suponen una importante fuente de discapacidad y de sufrimiento personal y que deben ser atendidas. Me refiero a las alteraciones de las funciones cognitivas básicas; particularmente alteraciones de la atención, memoria verbal y capacidad ejecutiva y a la sintomatología negativa, especialmente la anhedonia, alogia y apatía que son la manifestación conductual mas visual de la cronicidad en la psicosis y ante los cuales la medicación neuroléptica no solo no se muestra tan efectiva, sino que algunos casos tiene una importante parte de responsabilidad en su producción. Si además tenemos en cuenta la variada e importante

cantidad de efectos secundarios indeseables que generan, incluso por los neurolépticos de última generación, conocidos como atípicos y de los que se esperaba que iban a tener menos efectos secundarios de los que luego están demostrando tener y entre los que sobresalen: efectos extrapiramidales, acatisia, discinesia, trastornos de deseo y de la función sexual, y aumento de peso y que además en torno a un 70% de los pacientes oscilan entre una adherencia irregular y un abandono del tratamiento farmacológico.

Tampoco podemos olvidar que el impacto de la psicosis no es solamente sintomático, sino que se alteran prácticamente todas las áreas psicosociales del individuo. De esta manera, se observan alteraciones en la dinámica familiar y en los distintos miembros de la familia, en el funcionamiento laboral, social e interpersonal de la persona con psicosis, y en los procesos psicológicos responsables de la formación y desarrollo de la identidad personal, de las respuestas de adaptación al trauma y del autoestigma. En fin, de la adaptación biográfica y existencial a la convivencia con la propia enfermedad. Resulta evidente, a la vista de este panorama, que el tratamiento farmacológico, incluso con sus beneficios, no puede ser la única modalidad terapéutica depositaria de la atención a la psicosis.

## 2.

¿Cómo se manifiesta el paciente psicótico cuando los psicofármacos ocultan los síntomas?

### Juanjo Albert

Depende del tipo de psicosis, del apoyo terapéutico y familiar. Si la psicosis es esquizofrénica y deteriorante, se manifestará con su deterioro más la inhibición propia de la

medicación. Si no es una psicosis deteriorante, o lo es escasamente (por ejemplo las esquizofrenias paranoides), lo verdaderamente difícil, y doloroso, es conseguir que el paciente asuma que no volverá a ser el mismo que antes del brote, pero que puede rehacer su vida aceptablemente.

En el caso de psicosis no orgánicas, una vez reducido el brote, el paciente puede volver a su vida anterior con relativa normalidad, y manifestarse de manera semejante a como antes lo hacía, siempre y cuando seamos prudentes con las dosis y no matemos moscas a cañonazos.

En cualquier caso, tenemos que partir de la base de que casi ningún paciente acepta de entrada bien la medicación, puesto que rápidamente se manifiestan sus efectos colaterales de inhibición de sus capacidades, digan lo que digan las multinacionales farmacéuticas. Incluso lo aceptan peor los pacientes esquizofrénicos que los que hacen una psicosis psicógena, y mucho peor cuando están en una fase maniaca. La aceptación de la medicación va a depender, en todos los casos, de cómo se haga el acto terapéutico de medicar. Yo, por mi parte, lo negocio en relación con el caso y el tipo de paciente; establezco unas pautas de tiempo de medicación, dosis y pronóstico, a condición que se comprometan a seguir el tipo de terapia prescrito junto con la medicación. Intento siempre llegar a un acuerdo con el propio paciente, e intentando, además, involucrar a la familia en el proceso para que sea el paciente quien se haga cargo de su enfermedad y de su tratamiento, no la familia. Es decir, el hecho de prescribir la medicación debe ser en sí mismo un acto psicoterapéutico que abarque al paciente y a su entorno.

### José L. Belinchón

De una manera muy esquemática, podríamos decir que un paciente ansioso o depresivo al que la medicación ha aliviado, se siente agradecido ante el médico, mientras que el psicótico, en cambio, manifiesta con frecuencia cierto recelo ante el médico y la medicación. Puede reconocer su mejoría, pero desconfiará porque no se le creyó en su momento, porque se le dice que lo que le ocurre es consecuencia de la enfermedad mientras él lo vive como una experiencia inefable, porque no siempre han desaparecido por completo las voces o la inquietud que le embarga en algunas situaciones.

Y esa desconfianza, que se muestra respecto a las personas de su entorno, se hace a veces más evidente ante el médico y, sobre todo, la medicación, vivida con frecuencia como algo que le es impuesto y que rechaza.

Es cierto que algunas veces, -quizá no demasiadas-, hay una luna de miel entre el psicótico y su pastilla, pero habremos de reconocer que no es lo habitual. Y de este hecho algún laboratorio farmacéutico ha sabido sacar partido presentando la medicación bajo la forma de un inyectable quincenal, con lo que el paciente está así *controlado* sin que haya que preocuparse a diario de que tome o no el tan molesto comprimido. Es la mejor manera de hacer manifiesto el divorcio entre paciente y fármaco.

En cualquier caso la medicación puede permitir al paciente la recuperación de algunas de sus actividades e intereses anteriores, y esto es siempre bienvenido con tal de no confundir esta mejoría con una supuesta vuelta a la normalidad.

Porque no es raro que nos encontremos con pacientes que han dejado de oír voces, que

no tienen vivencias delirantes, que llevan incluso una vida razonablemente adaptada. Pero que apenas tienen intereses por las cosas que les rodean, que manifiestan un empobrecimiento del lenguaje preocupante, que apenas son capaces de expresar una respuesta afectiva, que sufren una especie de aplanamiento en numerosas áreas de su vida.

Y a los que hay que ‘controlar’ el que tomen la medicación para evitar la reactivación de una clínica más aguda.

### Inmaculada Navarro

La presencia de síntomas activos en el paciente psicótico siempre supone una fuente de sufrimiento muy alta. En ocasiones los pacientes y las familias han estado padeciendo en silencio períodos de crisis sin ser tratados. En primer lugar, porque no existe una identificación de lo que está pasando y, en segundo lugar, porque aun a pesar de existir un reconocimiento de que no se encuentran bien, ni el/la paciente se atreve a reconocer que necesita ser tratado ni la familia quiere admitir la posibilidad de existencia de una enfermedad mental. Cuando se deciden a acudir al médico, también existe una resistencia a reconocer la gravedad de la enfermedad. El reconocimiento del problema y la conciencia de enfermedad es necesaria para el éxito del tratamiento. Los psicofármacos son necesarios para poder empezar a intervenir con el/la paciente. Los psicofármacos constituyen la única vía para actuar sobre la sintomatología activa, no se trata de ocultar los síntomas, sino de paliarlos para estabilizar al paciente, reduciendo la fuente de sufrimiento y ofreciendo una plataforma oportuna para la intervención terapéutica y psicosocial.

**Óscar Vallina**

La utilización de los psicofármacos es cierto que pueden producir algún tipo de interferencia, y paradójicamente, dificultar en ocasiones el avance terapéutico. En concreto los neurolépticos pueden provocar dos tipos de problemas. En ocasiones pueden producir una especie de camuflaje afectivo que impide al paciente la manifestación de respuestas subjetivas de ansiedad acordes al sufrimiento que le pueden generar sus creencias delirantes, determinadas experiencias alucinatorias o determinadas interacciones en los grupos de terapia o en consulta individual y que pueden confundir al terapeuta y someter al paciente a unos inadecuados niveles de estrés que pueden provocar un aumento de la clínica que se pretende eliminar. En otras ocasiones, particularmente cuando las dosis farmacológicas son elevadas se pueden producir interferencias en los procesos cognitivos básicos que dificultan la comprensión, organización y expresión de las respuestas individuales a las manifestaciones fenomenológicas que genera la psicosis, lo cual puede acabar conduciendo a comportamientos autistas o de desimplicación terapéutica y en ocasiones a fortalecer el sistema delirante del individuo, reforzando sus convicciones actuales o produciendo nuevas construcciones delirantes. En el caso de los antidepresivos se puede producir una especie de “anestesia afectiva” que elimina las respuestas afectivas naturales y adaptativas a los distintos escenarios interpersonales o mentales y que si bien se pueden agradecer al principio en la medida que suponen un descanso en quien normalmente está sometido a elevadas tasas y niveles de disforia, en estadios posteriores puede generar sensaciones subjetivas de confusión, desorientación y desesperanza.

**3.**

Desde su punto de vista y según su experiencia, ¿qué lugar ocupa el tratamiento psicoterapéutico en el abordaje de las psicosis?

**Juanjo Albert**

Casi ya está contestada esta pregunta, pero matizo. En todos los casos es esencial.

En el caso de las esquizofrenias, la psicoterapia debe ir dirigida a mantener la integración y autonomía del paciente en la vida familiar, social y laboral, como es bien sabido. A evitar o paliar el deterioro.

Pero aún hay más. En estos casos es de capital importancia conseguir que el paciente pueda llegar a desidentificarse de sus síntomas; es decir, que pueda llegar a darse cuenta de que los síntomas son algo que le pasa a él, pero que no son él. No siempre se puede conseguir, por diversos motivos, entre ellos la familia, pero de conseguirlo, yo doy por “curada” la esquizofrenia, ya que el paciente (dependiendo del tipo de esquizofrenia y de la relación transferencial, claro está) podrá pasar periodos importante sin medicarse, o con una medicación de mantenimiento que podemos llamar subterapéutica, contando con que hemos establecido el contrato de que cuando aparezcan “los síntomas”, si aparecen, él avisará inmediatamente para subir la medicación, e, incluso, se la subirá él mismo y luego se pondrá en contacto conmigo.

De este modo evitamos, o al menos minimizamos, el efecto deteriorante de la propia medicación. Aunque en un primer momento pueden fallar, rápidamente se dan cuenta de las ventajas de “jugar limpio”: locos tal vez, pero tontos nunca. De cualquier manera, me parece que el psiquiatra también

debe asumir riesgos para poder ser honesto con su paciente.

Estas ventanas terapéuticas permiten al paciente normalizar su vida dentro de unos parámetros bastante aceptables, incluso seguir con su vida de profesional liberal con una ocupación intelectual.

En el caso de las psicosis no esquizofrénicas, somos más ambiciosos: pretendemos la curación de la psicosis. Es decir, la restauración ad integrum de todas sus capacidades neuróticas y la no aparición de más brotes psicóticos, así como no seguir con medicación neuroléptica. Este tratamiento requiere de la aceptación por parte del paciente, de una psicoterapia a largo plazo (de nuestra parte, generalmente, una combinación de psicoanálisis y bioenergética), y depende de las condiciones del propio paciente para aprovechar dicho tratamiento. Desde luego, no lo indicamos si previamente no se dan estas condiciones. Mantener a este tipo de pacientes sin un tratamiento psicoterapéutico sin razón que lo justifique, me parece sencillamente un mal proceder profesional, pues requerirá de un permanente tratamiento farmacológico que cronificará el proceso y deteriorará a la persona.

### **José L. Belinchón**

El tratamiento de las psicosis en modo alguno debería limitarse al uso de fármacos. Estos, al margen de la eficacia que muestren, contribuyen a colocar al paciente en una posición pasiva, de objeto, respecto al terapeuta y el conjunto del dispositivo asistencial, una posición que es complementaria de la que representa la vivencia delirante, donde el psicótico se sitúa como objeto de manipulaciones, persecuciones, ‘voces’, etc. del otro y que, en consecuencia, aleja las posibilidades de que se manifieste como

partícipe y, de alguna manera, responsable de sus propios actos.

Es precisamente este el sentido que tiene un abordaje psicoterapéutico de las psicosis. Lograr que el paciente hable, cuanto más mejor, y pueda encontrar en el terapeuta un interlocutor o un testigo de sus experiencias, y no sólo alguien que ‘sabe lo que tiene que hacer’. Que permita el surgimiento de algún tipo de demanda del paciente, cuando lo habitual es que el psicótico acuda a la consulta porque es llevado, -y el solo hecho de que acepte seguir viniendo es ya una forma de escuchar esa demanda, ese pedido dirigido al terapeuta. Que contraponga a la certeza del delirio no una certeza contraria, sino algún tipo de interrogación que le permita abordar con palabras lo que para él son hechos incontestables.

En resumen, que pueda encontrar en la relación terapéutica un lugar de sujeto que está aniquilado por la enfermedad y que no le es reconocido por las prácticas médicas habituales.

### **Inmaculada Navarro**

La psicoterapia nos va a permitir trabajar tanto los síntomas negativos como los positivos. Para ello es importante tener en cuenta tanto a la persona, a la familia y al entorno social. Nuestra primera y más natural relación la establecemos con la familia y después este aprendizaje es base del resto de las relaciones que tenderemos (amigos, pareja...). Por ello, es necesaria: una terapia individual, una terapia familiar, una terapia psicosocial.

### **Óscar Vallina**

Como decía al principio, el tratamiento psicológico es otro de los pilares claves en la triada terapéutica de la psicosis. Y desde mi

punto de vista lo es a la par de importancia con el tratamiento farmacológico y en ningún caso como un apéndice o complemento de los fármacos, quien así se lo plantease estaría profundamente equivocado. En los últimos treinta años, las intervenciones psicológicas han venido demostrando su eficacia en el tratamiento de efectos nocivos que genera la psicosis en quien la padece y en quienes están a su lado. De esta manera, ya hay una serie de tratamientos psicológicos que están perfectamente validados y contrastados y que forman parte de las opciones terapéuticas de elección para la psicosis en los principales sistemas sanitarios del mundo. Así las intervenciones familiares psicoeducativas y conductuales centradas en la ayuda práctica, en la solución de problemas y en el manejo de las habilidades de comunicación y afrontamiento del estrés son fundamentales para la reducción de la carga objetiva y subjetiva de las familias y para la regulación de su clima emocional, mostrándose además como un elemento clave en la prevención de futuras recaídas. El entrenamiento en habilidades sociales se ha mostrado como una técnica eficaz para la instauración o recuperación de las destrezas necesarias para el funcionamiento social e interpersonal. La terapia cognitivo conductual está consolidada como tratamiento de elección para el abordaje de la sintomatología positiva tanto en la fase inicial o aguda de la enfermedad como en la fase en la que se produce una recuperación incompleta de la psicosis y persisten los delirios o alucinaciones, consiguiendo notables reducciones de los mismos y de las alteraciones emocionales secundarias a los mismos. Así mismo, formas integradas de terapia como la Terapia psicológica integrada (ITP) ha mostrado su utilidad en

los procesos de rehabilitación de pacientes más deteriorados o cronificados por la enfermedad. Los procedimientos psicológicos de rehabilitación cognitiva de funciones cognitivas son una de las últimas fronteras en el tratamiento de la psicosis, y si bien en estos momentos están en un estadio embrionario de desarrollo, continúan acumulando experimentación y resultados que nos animan a pensar que posiblemente a no mucho tardar se incorporen como otra estrategia terapéutica psicológica eficaz. Por otro lado, estamos asistiendo de la mano de un nuevo paradigma en la atención a la psicosis, la intervención temprana, a una segunda reforma de la asistencia a la enfermedad mental grave. Y en esta ocasión, de nuevo, la psicología, y con ella los desarrollos en nuestro conocimiento de los orígenes de la psicosis y de su tratamiento en sus fases iniciales está teniendo un papel protagonista, particularmente en la fase presicótica o prodrómica de la enfermedad con la posibilidad de generar intervenciones que prevengan o demoren el inicio de la enfermedad, y que consiguen mejorar el curso evolutivo de la misma. Y posteriormente en los primeros episodios de la enfermedad ayudando desde la fase aguda de la misma a la aceleración de la remisión sintomática, a la prevención de conductas suicidas, a la prevención y reducción de comorbilidades y a la implicación y mantenimiento de la persona con psicosis en sus cuidados. En fin, a la optimización de la adaptación y recuperación inicial de la psicosis. Creo pues, que en estos momentos podemos afirmar que disponemos de tratamientos psicológicos de probada eficacia para las distintas fases de la enfermedad y para los distintos tipos de síntomas y de discapacidad que esta gene-

ra y que el mito de la inaccesibilidad de la psicosis a las intervenciones psicológicas o incluso el de inadecuación, la contraindicación o iatrogenia de las mismas ya no tiene razón de ser.

#### 4.

En su opinión, ¿de qué recursos asistenciales debería disponer la sanidad pública para un adecuado tratamiento de la psicosis?

#### Juanjo Albert

De dinero gestionado por profesionales, no por políticos. Ni siquiera por “profesionales políticos”, combinación altamente alarmante.

De profesionales altamente cualificados a todos los niveles: psiquiatras psicoterapeutas, psicólogos psicoterapeutas, ATS psicoterapeutas, asistentes sociales psicoterapeutas, laborterapeutas psicoterapeutas...

Durante mis más de 20 años dedicado a la asistencia pública hospitalaria, siempre me he dedicado a abrir manicomios, a sacar a los locos a la calle, a crear talleres protegidos integrados en el mundo laboral, pisos protegidos integrados en la vida social... Y harto de pelearme con los políticos me pase a la privada para hacer lo que yo quería hacer, sólo que sin medios asistenciales. No me arrepiento. Sigo siendo un “antipsiquiatra” convencido y, en la medida que me ha sido posible, honesto conmigo mismo, aceptando mis errores como propios, sin culpar a la “Administración”.

#### José L. Belinchón

Desde la sanidad pública las psicosis son atendidas en los centros de salud mental, en consulta ambulatoria; en unidades hos-

pitalarias, cuando las manifestaciones clínicas agudas son incompatibles con un tratamiento ambulatorio. Por último, -aunque son recursos muy deficientes en nuestra comunidad-, en algunos centros de internamiento más prolongado o en centros de día o talleres ocupacionales.

Es indudable que, en el aspecto cuantitativo, estos recursos son insuficientes y deberían ampliarse. Pero no creo que se trate de construir una red asistencial aparatosa cuyos resultados pueden interesar más a la vanagloria de los políticos que a los problemas reales de los pacientes y sus familiares.

Si hay algo que, en mi opinión, constituye un recurso imprescindible y habitualmente poco valorado éste es *el tiempo*. Si esta es una petición del conjunto del personal asistencial, particularmente en atención primaria, se hace mucho más necesaria aún cuando se trata de la atención a pacientes psicóticos.

De entrada porque es habitual que el psicótico no haga ningún tipo de demanda y se le relegue en la atención ambulatoria ante la impresionante avalancha de pacientes con sus quejas depresivas o ansiosas, o sus dificultades para sobrellevar la vida cotidiana. ¿Por qué no plantear algún tipo de discriminación positiva que permita dar prioridad a la atención del paciente psicótico? Con el modelo de asistencia actual eso es algo difícilmente pensable.

Algo similar habría de plantearse en las unidades de hospitalización, donde la presión asistencial empuja a dar altas prematuras y a intervenir de modo casi exclusivo con tratamientos farmacológicos.

No se puede atender a un psicótico sin disponer de tiempo. El tiempo necesario para

ser escuchado, para que aparezca una demanda por su parte, para que encuentre un espacio donde poner en palabras sus experiencias... El tiempo que permita abordar la angustia de los familiares que conviven con él.

Y por supuesto, el tiempo –y los espacios– que le ayuden a encontrar un trabajo, unas relaciones sociales, una forma propia de estar en el mundo.

Obviamente esto requiere, como contrapartida, una formación de los profesionales que vaya más allá de los planteamientos exclusivamente biológicos o de las técnicas de psicoeducación.

Una formación, sea cual sea la orientación que se le dé, que no excluya la escucha del ‘loco’, que promocióne al límite sus posibilidades como ser hablante.

### **Inmaculada Navarro**

Los recursos asistenciales deben de atender las necesidades de este colectivo. La rehabilitación psicosocial abre nuevos horizontes y perspectivas en la atención de la psicosis. No sólo se trata de atender a las personas con trastorno mental severo desde un régimen ambulatorio y psiquiátrico, sino que se requieren unos dispositivos adaptados a las necesidades que la rehabilitación psicosocial plantea:

- Necesidades atención médica, psiquiátrica y psicológica
- Necesidades psicofísicas
- Necesidades de autonomía
- Necesidades cognitivas y psicoafectivas
- Necesidades de relación social y amistades
- Necesidades laborales

- Necesidades de autonomía y organización económica
- Necesidades de relación familiar
- Necesidades de ocio y tiempo libre
- Necesidades de participación comunitaria
- Necesidades culturales y de desarrollo artístico
- Necesidades de vivienda
- Necesidades comunitarias y de integración social

Recursos intermedios necesarios:

- Unidades de media estancia
- Centros de rehabilitación psicosocial para los/las pacientes más crónicos
- Centros y/ talleres ocupacionales
- Centros Especiales de Empleo
- Unidades de atención a la familia
- Viviendas tuteladas
- Clubs Sociales

Administración, Instituciones, profesionales, familiares y pacientes deben aunar esfuerzos para encontrar una respuesta a todas las necesidades planteadas. No obstante, la sanidad pública debería contar con los recursos de atención necesarios para garantizar una asistencia y atención biopsicosocial adecuada al Estado de Bienestar que la democracia pretende, calidad de vida y bienestar social para todos/as los/as ciudadanos con igualdad de derechos y oportunidades.

### **Óscar Vallina**

Un abordaje adecuado de la psicosis requiere de una amplia red comunitaria de recursos sanitarios y sociales integrados y

que se adapten a las diversas necesidades de las distintas etapas de la enfermedad y de las necesidades de cada paciente. En este sentido, y si bien en nuestro país aun no está suficientemente desarrollada y existe una gran variabilidad entre territorios la configuración sanitaria básica incluiría: Unidades de hospitalización breve para la fase aguda de la enfermedad, hospitales de día para la fase de estabilización posterior a un episodio psicótico, centros de salud mental para el tratamiento ambulatorio transdiagnóstico en la psicosis y en sus distintas fases, centros de rehabilitación psicosocial para la rehabilitación de cursos crónicos deteriorantes desde el inicio de la enfermedad. En cuanto a la red social debería contribuir con diversas soluciones residenciales adecuadas a fases y necesidades (pisos, pensiones, miniresidencias, centros de alivio) y soluciones de formación y laborales que contemplen el acceso tanto a la cualificación profesional como al empleo ordinario o al protegido. Paralelamente y en combinación con esta red de dispositivos será necesario también la creación de equipos y programas específicos que, en función de la realidad geográfica y del tipo de redes sociales y sanitarias de las que dispongan, podrán o bien incluirse dentro de los actuales servicios de salud mental generales o configurar dispositivos específicos para el abordaje de las fases iniciales de la enfermedad centrándose en prevención y en la intervención temprana o para el tratamiento de aquellos pacientes más afectados por la enfermedad, con más dificultad de acceso a los dispositivos habituales y con mayor necesidad de cuidados asertivos y domiciliarios. En resumen, red específica, equipos y programas especializados adaptados a las fases de la enfermedad y a las

necesidades de cada paciente, dotación presupuestaria y una figura autonómica de coordinación específica para salud mental. De no existir esta discriminación positiva para la salud mental dentro de nuestro actual sistema de salud, dicha asistencia corre el peligro de diluirse dentro de modelos sanitarios medicalizados propios de las correspondientes gerencias de salud de cada área y eso conduciría a un reduccionismo biológico de la asistencia absolutamente innecesario e inadecuado para el buen tratamiento de las psicosis.

## a la Dra. Alicia Meseguer Felip

por Silvia Navarro Ferragud



Las XXI Jornadas Nacionales de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) se realizaron en Alicante entre los días 30 de mayo y 2 de junio de 2007, coincidiendo con las Jornadas de la AEN-PV. Los organizadores son todos colegas de diversas profesiones implicadas en la atención a la salud mental. Entre ellos, se encontraba la Psicóloga Clínica **Dra. Alicia Meseguer Felip**, vicepresidenta de la AEN-PV, miembro de la Plataforma para la Defensa de la Salud Mental Pública, y persona muy preocupada por el bienestar de los afectados por enfermedades mentales, por el reconocimiento y difusión de la labor de las asociaciones de familiares.

La Dra. Alicia Meseguer fue la moderadora de la mesa del Simposio VIII, "El Fenómeno de las Falsas Memorias: Denuncias de Abuso Sexual Infantil en los Procesos de Separación Matrimonial".

Aprovechamos este entorno para recabar información sobre el trabajo que ambas entidades están realizando, preguntarle sobre los foros en los que se mueve, tanto el de carácter más profesional de la AEN, como el de la Plataforma en Defensa de la Salud Mental Pública, que aglutina a todos aquellos que, de una manera u otra, se sienten implicados en el tema.

Tras varios meses, durante las IV Jornadas de Rehabilitación Psicosocial, realizadas en Valencia durante los días 29, 30 y 31 de octubre de 2007, aprovechamos la ocasión y ampliamos la entrevista que ahora nos ocupa.

**P. ¿Qué importancia tienen las XXI Jornadas de Alicante para los profesionales de nuestra Comunidad?**

**R.** Las Jornadas que se han realizado en Alicante tienen dos funciones. Una, cele-

brar las habituales que se realizan todos los años en la Comunidad Valenciana y otra es la Reunión Anual de la AEN nacional.

La AEN tiene por norma celebrar cada tres años un Congreso Estatal y, los años que no hay Congreso, hay Jornadas Nacionales. Este año lo que se hizo fue unificar las Jornadas de la Comunidad con las Nacionales, por lo que han tenido una complejidad que inicialmente no teníamos prevista los miembros del comité organizador.

### **P. ¿Cómo surge la Asociación Española de Neuropsiquiatría?**

**R.** Uno de los primeros efectos que provoca en el momento actual el nombre de la Asociación es que se hable de Neuropsiquiatría, especialidad que actualmente ya no existe, está en desuso. Pero tiene una explicación fundamental, ya que es la Asociación profesional probablemente más antigua de España. Surgió en 1924 y ha ido evolucionando con el paso del tiempo, la han condicionado distintos momentos de la historia de España y, en el momento actual, después de una última reestructuración y reformulación, ha pasado a ser una Asociación multidisciplinar. De hecho, se llama AEN-Profesionales de Salud Mental y en ella caben todos aquellos profesionales que están implicados en el funcionamiento y el trabajo en Salud Mental.

### **P. Háblanos sobre la evolución de la Asociación y su aportación a nivel científico en nuestra Comunidad**

**R.** Inicialmente había pocos socios, tal vez como un reflejo más de la precaria situación de la atención a la Salud Mental en Valencia, pero con la puesta en marcha de la Autónoma ha ido aumentando su peso. Una

parte importante de su actividad tiene que ver con el análisis y valoración de la situación del sistema de Salud Mental en general, qué tipos de Servicios se ofrecen y qué nivel de desarrollo tienen. De hecho, uno de sus grupos de trabajo habituales es el que desarrolla el Observatorio de Salud Mental. Uno de sus objetivos es servir como referente científico válido para la Administración a la hora de elaborar planes y marcar estrategias de actuación en nuestro ámbito. Obviamente, ello supone para nosotros un reto, nuestra honestidad nos obliga a realizar un esfuerzo de seriedad y puesta al día permanente sobre los métodos de trabajo y las intervenciones que se van demostrando con mayor eficacia y calidad. Precisamente esa honestidad llevó a la AEN a abrir sus puertas a todas las profesiones que tienen algo que decir en el tema de la salud mental. Uno de los principios de calidad en la intervención, es la importancia del trabajo en equipo y la utilidad de la aportación multidisciplinar, sobre todo en el abordaje de las enfermedades mentales graves.

### **P. ¿Cómo crees que se considera la Psicología española tanto a nivel nacional como internacional? ¿Cómo se plantea la Asociación el papel que ha de jugar la Psicología?**

**R.** Esta Asociación es pionera en la defensa y promoción de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria al mismo nivel que el de cualquier otro facultativo. Desde siempre ha tenido muy clara la complejidad de nuestra profesión y la cantidad de ámbitos en los que tiene algo importante que decir, por lo que el conseguir una especialización formal y reconocida administrativamente en un ámbito tan tradicionalmente endogámico como el sanitario, lo consideramos un

logro histórico. Por otra parte, si por algo se caracteriza la AEN es por ser una asociación de profesionales que trabajan en salud mental, fundamentalmente en el sector público, por lo que tiene clara la necesidad de que todos estén, por un lado, bien formados para moverse en el entorno multidisciplinar adecuado para cada intervención, y, por otro, bien tratados, respetados, en un área específica en la que todos tenemos mucho que aportar. La AEN siempre ha tenido muy claro que el camino para la dignificación de la labor del psicólogo en el ámbito sanitario era la equiparación, en cuanto a formación y vías de acceso, con los otros profesionales que están a su mismo nivel de formación académica. De hecho, en las Comunidades que primero se implantó el Sistema PIR, fueron aquéllas en las que la AEN tiene mayor relevancia. El sistema de residencia (MIR) que funciona en España para obtener la especialidad sanitaria tiene reconocimiento europeo, y siempre se ha tenido claro que este sistema se tenía que implantar también en nuestro caso.

Por otra parte, en el ámbito interno de la asociación funcionan secciones por profesiones, cada una con actividades y objetivos concretos, y la de Psicología Clínica incluye profesionales de reconocido prestigio internacional, con iniciativas vanguardistas en el campo de la investigación y la intervención con todo tipo de trastornos mentales, incluidos los más graves.

**P. Como moderadora del Symposium sobre el fenómeno de las falsas memorias en los hijos de parejas rotas, nos gustaría que nos hicieras un breve resumen de lo que allí se habló.**

**R.** Es un tema de atención relativamente reciente, porque se está empezando a de-

tectar en algunos procesos de separación matrimonial. Pienso que los psicólogos estamos aportando una parte muy interesante de la visión del problema, tanto desde la perspectiva jurídica como desde la clínica. Vemos que muchas veces los hijos reaccionan ante esta situación en función de cómo se les transmite la información, de cómo se vive en su entorno el momento de la separación. A veces es muy fácil sesgar su vivencia del problema, a partir de estar con uno u otro miembro de la pareja. De momento, los expertos en la materia son muy cautos, no se atreven a hablar de un síndrome como tal, pero se va hablando de la "alienación parental" como un problema referido a la situación que se genera: uno de los dos cónyuges es el que inicialmente tiene la custodia de los hijos y es el que les da su interpretación, los motivos de la separación. Los hijos asumen como propia esa versión, por lo que pueden acabar desarrollando problemas en su relación con el otro cónyuge. Pueden sufrir mucho cuando crecen, porque se dan cuenta de que la relación está muy sesgada, muy problematizada. Es un tema que me preocupa mucho, tengo casos así en la consulta y resulta muy difícil trabajar con esos niños y su relación con los dos progenitores.

**P. ¿Cómo crees que la ciudadanía ve el problema del enfermo con Trastorno Mental Grave (TMG)? ¿Se conoce o sigue siendo un gran desconocido? ¿Crees que sigue produciendo alarma social?**

**R.** Es un problema que sigue siendo el gran desconocido en muchos ámbitos. Muchas veces lo comparo con el cáncer. Hace veinte, veinticinco años hablar de cáncer era tabú, algo que estaba relacionado di-

rectamente con la muerte. Actualmente yo creo que con la esquizofrenia pasa algo similar, agravado por el componente social que tiene. En los medios de comunicación, la esquizofrenia se asocia con la violencia, y también con la muerte cuando una persona que está en crisis agrede a otro y genera alarma social. Básicamente tiene esos dos componentes, que es una enfermedad crónica grave y que tiene repercusiones sociales esporádicas pero que generan mucha alarma.

Actualmente el cáncer es algo de lo que se habla. La gente ve a una mujer con un pañuelo en la cabeza y sin cejas, y sabe que va a tratamiento de quimioterapia y no se asustan de verla. En cambio, cuando alguien ve por la calle a una persona que anda con dificultad, que se mueve un poco rígido o que no articula bien las palabras, de entrada no se sabe lo que le pasa. Se puede pensar que está bobo o que es un bicho raro, pero no se le asocia con una enfermedad. Cuando alguien hace el comentario: “no, es que ése tiene esquizofrenia o es un esquizofrénico”, en tono despectivo, se le aparta. Creo que es la enfermedad olvidada por antonomasia, con el agravante de que está mucho más extendida de lo que pensamos. La población mundial afectada por la esquizofrenia ronda el 1% de la población.

**P. ¿Dirías que hay deficiencias en la atención a la Salud Mental en nuestra Comunidad? Dado que formas parte de la Plataforma en Defensa de la Salud Mental, ¿puedes informarnos de cómo se formó y qué es lo que pretendéis?**

**R.** Realmente, la situación de nuestra Comunidad es mucho peor que la de ninguna

otra de España. Prácticamente seguimos a la cola en medios, recursos, y en cuanto a personal trabajando en ese ámbito.

Cuando se presentó el segundo Plan de Salud Mental de la Comunidad Valenciana, para los años 2001-04, se organizaron actividades en distintos foros y una de ellas fue una mesa redonda a la que acudieron profesionales de renombre. Allí, contactamos personas de distintas procedencias, tanto profesionales como personas afectadas y familiares. Empezamos a hablar de cómo estaba la situación y de lo poco que la gente hablaba de ello. A raíz de aquello se fue organizando la Plataforma que actualmente sigue en funcionamiento. En ella se defiende una forma comunitaria de trabajar en salud mental, y se reivindica la necesidad urgente de aumentar los recursos dedicados a Salud Mental en Valencia. Actualmente en nuestra Comunidad hay tres Plataformas en Defensa de la Salud Mental Pública funcionando, cada una en una provincia pero trabajando de manera coordinada.

Tras seis años de funcionamiento, nuestros objetivos siguen siendo los mismos: ser un foro de comunicación y de contacto entre nosotros, a la vez que dar difusión de la situación y de las necesidades de esta población.

**P. ¿De qué manera los psicólogos que estáis en la Plataforma os interesáis por la defensa de los Derechos del Paciente?**

**R.** Dentro del sector sanitario, la Psicología Clínica va demostrando su eficacia en todos los ámbitos de los Trastornos Mentales, incluidos los Graves, en los que se entra en el terreno de la sintomatología psicótica, colaborando estrechamente con la Psiquiatría. En Valencia, en el ámbito académico

se habla poco de ello, pero ya hay muchos psicólogos en toda España trabajando en la Red Pública, demostrando su eficacia a la hora de decidir una parte del tratamiento que se va viendo que funciona. Hay muchas posibilidades para la Psicología en ese área, aunque falta mucho por descubrir. En el tema de los trastornos graves empezamos ahora a demostrar cosas interesantes. No sólo en el aspecto de la Rehabilitación sino también en el tratamiento de los síntomas psicóticos positivos. La Terapia Cognitivo-conductual y todo lo que es la psicoterapia, tanto la integradora como las nuevas técnicas dialécticas y de *mindfulness*, tienen mucho que decir. Los psicólogos tenemos una postura esperanzadora y dignificadora, en general menos paternalista que otros profesionales, para las personas afectadas por enfermedades mentales. Nuestra forma de trabajar con los pacientes y con las familias es activadora, buscamos que aprendan a manejar sus problemas e intentamos escuchar sus necesidades. Esa forma de trabajar es la que se promueve en la Plataforma, y los recursos que se reivindican van también en esa línea.

**P. ¿Estas enfermedades mentales graves reciben un tratamiento global adecuado?**

**R.** Desde el punto de vista de la Plataforma, a las personas que sufren este tipo de enfermedades muchas veces se las remite demasiado pronto al ámbito social, como si no hubiera más tratamiento que “cuidarlas” en un centro de día o en una residencia. En Valencia, las plazas residenciales siguen siendo mínimas e inadecuadas. Pero, nosotros consideramos que lo fundamental es que la esquizofrenia y las otras enfermedades mentales graves se traten como enfer-

medades; hay un tratamiento sanitario que sigue siendo demasiado escaso. Si éste fuera el adecuado, tanto en intensidad como en momento de intervención, no harían falta muchas más plazas residenciales.

Nadie cuestiona, por ejemplo, la rehabilitación de un parapléjico como parte del tratamiento sanitario, o nadie se plantea que tenga que cambiar de residencia al sufrir un accidente. Lo que se hace es adaptar su vivienda o su trabajo a sus necesidades actuales y enseñarle a vivir con su discapacidad. En el caso de las personas con esquizofrenia, esa rehabilitación y adaptación resulta a veces más fácil que la de tener que vivir con silla de ruedas, pero es un tema mucho más desconocido y estigmatizado.

**P. ¿Que opinión tienes sobre los programas o la carencia de los mismos en Rehabilitación Psicosocial en todos los ámbitos, terapia familiar, tiempo de ocio, la integración en el mundo laboral?**

**R.** Carencias sigue habiendo muchas. Falta profesionales, recursos... En el momento actual, insistiría más en lo sanitario, pero en lo social también. Los recursos sociales tendrían que ir destinados a intervenir en el ámbito laboral y residencial, en el manejo del entorno y el uso del tiempo libre.

Hay una lista de espera de 800 personas esperando una plaza en una residencia, aquí en Valencia. Pero además, las condiciones en las que están las que hay rayan en ocasiones lo denigrante. Desde la AEN nos planteamos emprender acciones legales en algún caso por ese motivo.

En lo laboral, está casi todo por hacer. Tenemos experiencias que van demostrando que tener como objetivo la inserción la-

boral es realista y puede funcionar. Es una parte fundamental en la Rehabilitación. Para una persona que, por su enfermedad, ha perdido iniciativa, motivación, el hecho de tener un puesto de trabajo, una labor que realizar, motiva de una manera impresionante. Llega un momento en que la persona puede llegar a funcionar perfectamente como cualquier otro, gracias a ese trabajo que está realizando en un entorno normalizado. Hay experiencias interesantes aquí en Valencia, y también en Alicante y Castellón. Hay empresas que están trabajando con personas con enfermedad mental y que están compitiendo al mismo nivel que cualquiera de su sector, en igualdad de condiciones. Los trabajadores tienen todos, en muchos casos, un diagnóstico de esquizofrenia, en otros también se complementan con discapacitados físicos. Hay una empresa de jardinería con diez años de historia, una empresa de imprenta, una de bisutería, una empresa de cerrajería, una de servicios para oficinas...

**P. Tiene que ser muy estabilizador, el tener un horario, unas normas, sentirse útil, tener una remuneración que les ayude a tener una vida autónoma. Hemos estado viendo en las IV Jornadas de Rehabilitación Psicosocial que se habla sobre la Reinserción socio-laboral de las personas con Trastorno Mental Grave, que es algo mucho más serio que buscar entretenimiento para los periodos de tiempo libre.**

**R.** Dentro de lo que es la intervención sobre la esquizofrenia y otras enfermedades mentales graves, se habla muchas veces de tres tipos de ámbitos. Hablábamos antes de que había dos pilares dentro de lo social,

el laboral y el residencial, y luego está el tratamiento sanitario, que sería un primer pilar de intervención. El tratamiento sanitario de la enfermedad mental tiene que estar al mismo nivel que el tratamiento de cualquier otra enfermedad. Nadie se cuestiona si a un enfermo de cáncer se le tiene que poner quimioterapia o no, en función de que sea más o menos cara. Actualmente, lo que se está demostrando que funciona y que no es tan caro, es la Atención Comunitaria, es decir, tratar a la persona donde está y trabajar con su entorno para conseguir una adaptación mutua, no sacar al afectado de su entorno, para luego, tener que hacer un segundo esfuerzo para reinsertarlo. La Enfermedad Mental tiene mucho que ver con el funcionamiento de la sociedad, con las relaciones que se establecen con la familia, los amigos, con el ámbito de estudios, con el trabajo. Es absurdo sacar a la persona de su entorno cuando aparece la enfermedad, porque lo que se hace es impedirle que intente formas más adaptativas de interactuar, a medida que se vayan trabajando en consulta. Esta claro que hay momentos en los que hace falta un tratamiento intensivo o un ingreso temporal, pero eso es en momentos puntuales, en situación de crisis. Se necesita una intervención concreta terapéutica en consulta, combinando fármacos y psicoterapia, y también tienes que acompañar al paciente y ver cómo se maneja en su entorno, qué problemas tiene, explicarle lo que le pasa y enseñar a los demás a relacionarse con él. Se está demostrando que es lo que más ayuda al paciente, previene su cronicidad, y supone menor coste.

Por otra parte, he dicho al principio que la intervención con personas con TMG se basa en tres pilares: el sanitario, el residencial y el laboral. Actualmente, se sabe que

la intervención tiene que ser en paralelo, desde los tres ámbitos a la vez. La reinserción socio-laboral se está demostrando como un pilar fundamental de la recuperación, lo mismo que la capacitación para el manejo autónomo en la vivienda y en el entorno social. No se puede pretender, por ejemplo, trabajar cognitivamente sobre los delirios de una persona que está viendo peligrar su puesto de trabajo, si paralelamente no intervienes sobre el mismo o analizas con él, de manera realista, las posibilidades de trabajo que va a tener a partir de ahora.

**P. ¿Qué opinión tienes sobre la intervención familiar?**

**R.** Es algo que hay que trabajar desde la sociedad. Las personas del entorno del afectado tienen que aprender a convivir con él. Es necesario que nos deshagamos de viejos tópicos, como el de que la enfermedad se ha generado porque la familia le ha tratado de cierta manera, porque era un personaje muy raro, porque le han hecho esto o lo otro. En la enfermedad está claro que hay factores facilitadores que se unen a la hora de que aparezca, pero es fundamental el genético. Está claro que si a eso se le añaden estresores externos, si aumentan las situaciones de crisis, si se da una relación complicada con el entorno, existirán más probabilidades de que acabe desarrollándose la enfermedad, pero las relaciones familiares no la provocan. Y en cambio sigue habiendo muchas familias que se sienten culpables, ante la sociedad, de haber “provocado” la enfermedad de sus hijos. Eso se tiene que erradicar, porque muchas veces éste es un factor determinante para agravar el problema, al no pedir ayuda lo antes posible y no demandar los recursos a los que tienen derecho. El tratamiento adecuado de

una enfermedad mental es un derecho, no un bien graciable para aquéllos afortunados que consiguen una plaza.

**P. Se habla de la integración laboral y social, pero entre los afectados por la esquizofrenia hay muchos que tienen un nivel de minusvalía y están percibiendo una paga mínima, y son reacios a dejar de cobrarla para ponerse a trabajar.**

**R.** Es un tema complicado, que está todavía por resolver. Considero que la estructura laboral que tenemos en España es muy rígida, hay pocas posibilidades de compaginar unas situaciones con otras. Se habla en muchos ámbitos de la conciliación familiar, pero en nuestro caso es también muy importante el que pueda existir una mayor flexibilidad a la hora de compatibilizar una pensión con una paga. De hecho, lo que si se va consiguiendo en iniciativas laborales como las que hemos comentado es que los encargados de la empresa analicen la situación con los afectados, haciéndoles conscientes de las ventajas y los inconvenientes de cada cosa. En muchos casos, tanto los propios afectados como las familias van estando más dispuestos incluso a perder la pensión, a cambio de tener un puesto de trabajo normalizado y de percibir un salario como cualquier otro trabajador. Es una labor que hay que realizar desde el equipo de profesionales, hay que explicarlo y lanzar la propuesta. Esto requiere tiempo y trabajo, pero se puede hacer.

# Aspectos del informe pericial forense sobre determinación de idoneidad de relación y visitas de abuelos respecto a su nieto

Xavier-María Pérez Albert

Centro de Psicología Jurídica y Clínica, Gabinete Urrutia. Valencia  
Correo electrónico: xaviermariaperez@yahoo.es

## resumen/abstract:

Este trabajo presenta un informe pericial cuyo interés radica en la cuestión jurídica planteada a raíz de la modificación del Código Civil relativo a relaciones familiares entre abuelos y nietos. El artículo, extraído de la práctica profesional, plantea una cuestión jurídica poco habitual, en cuanto se plantea en la solicitud de pericia la valoración de los abuelos y nieto para determinar la idoneidad de los abuelos para relacionarse con el menor y si esta relación beneficia el desarrollo de su personalidad: una demanda de visitas por parte de unos abuelos a un menor con el que no han llegado a tener contacto ni han conocido, dado que las relaciones entre los demandantes y su propio hijo, el padre del menor han sido mínimas, sino nulas, desde 11 años atrás.

*This work is an expert report based on the legal question raised by the modification of the Civil Code concerning family-relations between grandparents and grandchildren. This article raises a less habitual question as soon as it request in the forensic report the evaluation of the grandparents and grandchildren to determine the suitability of the grandparents to begin a relationship with the child and to know if this relationship will benefit the child's psychological development: a visiting request on the part of the grandparents with respect to a child with whom they have never known or have contact with, due to the fact that they have not had contact with their own son, the child's father, since 11 years ago.*

## palabras clave/keywords:

Informe pericial forense; idoneidad; régimen, visitas, abuelos; nieto, Código Civil.  
*Forensic report; suitability, regime; visits; grandparents; grandchildren, Civil Code.*

## Introducción

La Ley 42/2003, de 21 de noviembre de modificación del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de relaciones familiares de los nietos con los abuelos introdujo una modificación y una ampliación del tratamiento hasta el momento “exiguo” a las relaciones de los abuelos con los nietos. Una modificación legislativa que

contaba con un doble objetivo: singularizar de una manera más explícita y reforzada las relaciones entre abuelos y nietos, tanto en casos de ruptura familiar como en casos de dejación de obligaciones por parte de los progenitores y, como un segundo propósito la atribución a los abuelos de una función relevante en casos de dejación por parte de los padres de la obligaciones y responsabilidades derivadas de la patria potestad.

Sin limitarse a casos de rupturas matrimoniales, con esta modificación, se ha pretendido articular una salvaguarda frente a situaciones de desinterés de los progenitores o de ausencia de uno de ellos, cuando en tales circunstancias se perjudique las relaciones entre los abuelos y nietos. Todo ello, siempre y cuando este favorecimiento de las relaciones entre abuelos y nieto no restrinja o suspenda las relaciones con alguno de los progenitores.

Las solicitudes más habituales por parte de los juzgados al Servicio de intervención en Psicología Forense, son aquellas cuyo objeto es la provisión de información a los jueces respecto a las necesidades especiales de los menores y el ajuste parental para determinar la ubicación más apropiada para menores afectados por un proceso de divorcio contencioso de sus padres. No obstante, la evaluación de custodia es sólo un tipo de evaluación forense, en este caso, solicitado por ambas partes, estriba la petición en la determinación de idoneidad de relación de los abuelos con su nieto y el establecimiento de un régimen de visitas y la modalidad para su cumplimiento.

### Presentación del caso

Don V y Doña N, reconocen en un encuentro con su consuegra, a quien probablemente sea su nieto, de 5 años de edad, al que no conocen, debido principalmente a que no se hablan, ni tratan, con su hijo desde hace 11 años.

A raíz de este encuentro, que resulta especialmente violento para la consuegra de éstos que llevaba en esos momentos al menor en un carrito debido a una enfermedad ósea del menor que le obliga a andar con extrema dificultad, los abuelos paternos del menor deciden presentar una demanda de

reclamación de régimen de visitas, con el propósito de iniciar una relación personal y afectiva con el menor.

El juzgado requiere a partir de tal demanda, la valoración de la idoneidad de los abuelos para relacionarse con el menor determinando si fuera beneficiosa para su desarrollo y solicitando el pronunciamiento del perito respecto a un posible establecimiento de un régimen de contacto y comunicación entre ellos.

Datos de filiación del/os peritado/s:

D. V, de 63 años de edad y DNI: -----, abuelo paterno.

D<sup>a</sup> N, de 65 años de edad y DNI. -----, abuela paterna.

D. C, de 38 años de edad y DNI: -----, padre del menor.

D<sup>a</sup> M, de 34 años de edad y DNI: -----, madre del menor

X, de 6 años de edad, hijo de D. C, y D<sup>a</sup> M.

### Metodología

Tras la nominación por turno del Psicólogo y la aceptación del cargo y promesa del desempeño fiel del mismo, se realizó el estudio del expediente obrante, al objeto de extraer toda información relevante para el asunto. Se siguió de manera esquemática el siguiente proceso:

- Análisis de la trayectoria del procedimiento y estudio de todo documento, técnico o no que sea aportado o forme parte del expediente y participe del mismo como prueba documental.
- Anamnesis, datos generales y de localización de las personas de interés.
- Entrevistas semi-estructuradas (a los abuelos y a los padres del menor) y observaciones (al menor).

- Pruebas de psicodiagnóstico empleadas:
- Inventario Multifásico de Minnesota II (al abuelo del menor)
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (a los abuelos y a los padres del menor)
- Elaboración de informe. Contestación a la fórmula jurídica.

### **Antecedentes y situación socio-familiar actual**

Don V., de 63 años, jubilado, refiere que Don C., su hijo, es el mayor de tres hijos de su matrimonio (un hijo y dos hijas) y que una serie de desavenencias y conflictos de caracteres desde la infancia y adolescencia llevó a éste último finalmente a la salida del mismo de la casa familiar con 27 años de edad, hace ahora 11 años. Según refiere han tratado de retomar el contacto con el mismo tanto él personalmente, como su esposa a través de llamadas telefónicas en estos 11 años sin éxito. Su esposa, Doña N, también está jubilada y se ha dedicado a las tareas del hogar toda su vida. Con ellos vive otra hija, de 32 años, divorciada.

Don C. y Doña M., que eran novios cuando el primero todavía vivía con sus padres, dejan de tener contacto con los padres de él por los continuos conflictos que tuvieron como consecuencia la salida de Don C. de la casa familiar. Forman una familia y tienen un hijo, X, que desarrolla una enfermedad ósea, Perthes, caracterizada por una debilidad progresiva de la cabeza del fémur, provocando problemas en la articulación de la cadera y en el andar.

### **Entrevistas y observaciones**

Dos elementos a priori se configuran de interés valorativo respecto a los abuelos: por una parte las posibles motivaciones e inte-

rés en iniciar una relación con el menor en este momento y edad concreta del menor en relación a posibles intentos de acercamiento y contacto previos; y qué puede significar tal contacto y relación para la vida del menor y especialmente para su desarrollo afectivo y psicológico.

Tanto Don V., como su esposa Doña N., parecen mostrar una actitud genuina de interés y afecto hacia el nieto indicando que lo cuidarán sin agobiarle y añaden que se han hecho cargo en el pasado de personas con problemas físicos importantes y están encantados con ello, aportando datos respecto a haberse informado sobre la problemática ósea del pequeño X. Respecto a los conflictos familiares que llevaron a la salida de su hijo de la casa familiar lo consideran normal en todas las familias y atribuyen los problemas a dificultades en el carácter de su hijo desde que éste era un niño y también a un posible “trauma” en el hijo, que Don V. sugiere que el perito pudiera llegar a valorar, por el fallecimiento años atrás de un hijo a los tres años de edad cuando Don C., tenía seis. Don V. se refiere a este hijo fallecido como alguien “verdaderamente especial” emocionándose hasta el llanto. Atribuyen el no haber conocido al nieto antes a las dificultades y falta de comunicación entre las dos familias y ofrecen el afecto e incluso ayuda económica que unos abuelos pueden proporcionar a su “único nieto”. Valorando intentos previos de acercamiento, los abuelos indican que escribieron una carta en la que pedían a su hijo ver al nieto y retomar las relaciones, efectivamente, tal documento obra en el procedimiento pero figura escrito a máquina y sin fechar ni firmar.

Por su parte, Don C. habla de sí mismo como de una persona víctima de “maltra-

to emocional” cuando vivía en casa de sus padres, indicando su esposa Doña M., que cuando eran novios la madre de él le hablaba mal de su hijo con el objeto de que lo dejase. Los padres informan de que todo este asunto responde a un intento más de la familia paterna por hacer valer su voluntad, como hicieron en su infancia y juventud. Indican, por otra parte, que los abuelos no los visitaron al nacer el niño, ni se preocuparon al conocer la enfermedad del menor y que ellos, nunca han impedido que los padres de él vieran a su nieto porque nunca han recibido una petición directa de ello. Don C. informa que salió de su casa paterna sin trabajo y cuentan ahora, tanto él como su esposa, con una estabilidad familiar y socio-económica que todo este proceso judicial está perturbando de manera “inaceptable”.

Las observaciones al menor X, así como su interacción con sus padres muestran a

un niño confiado y feliz, sin problemas ni dificultades emocionales a pesar de su aparatosa prótesis de cadera informando sobre su entorno a las preguntas del perito de manera confiable y amistosa. La observación clínica al menor de manera congruente con la información presentada por sus padres referente a su desarrollo escolar, relaciones con sus iguales y otros familiares, así como ausencia de problemas de conducta, alteraciones emocionales o del ámbito del sueño y oro-alimentario, sumado al interés en mantener al menor lo más ajeno posibles a las formalidades del procedimiento y evaluación, la edad del mismo y el objeto de la solicitud forense hacen considerar que la aplicación de cualquier otra prueba psicodiagnóstica al menor no aportaría más información significativa.

### Resultados de la pruebas de psicodiagnóstico

El peritado Don V., ha obtenido los siguientes resultados:

ESCALAS DE VALIDEZ	PUNTUACIONES TÍPICAS	INTERPRETACIÓN
Interrogante (nº de respuestas sin contestar)	0	Válido
L (Mentira)	79	Cuestionable
F (Incoherencia)	52	Registro aceptable
K (Corrección)	55	Válido
Fb (F posterior)	46	Cuestionable
VRIN (respuestas de consistencia variable)	44	Inválido
TRIN (inconsistencia de respuestas verdadero)	68	Inválido
Indice de Gough (Puntuaciones directas: F-K)	8	Válido

**Inventario Multifásico de Minnesota II**

Código de Welsh: no significativo.

Las escalas de validez muestran un protocolo en los límites de la validez, mostrando elevaciones en indicadores que informan de estilo de respuesta caracterizado por indicar un cuadro defensivo ( $L=79$ ), intentos de mostrar ausencia de patología y defensividad ( $F=52$ ) y tendencia del sujeto a contestar a los ítems de forma inconsistente o contradictoria ( $VRIN=44$ ;  $TRIN=68$ ) o azarosa ( $Fb$  posterior= $46$ ).

Ninguna de las escalas clínicas ni tampoco las suplementarias muestran elevaciones por encima del punto de corte. Las puntuaciones obtenidas en este test indican puntuaciones normalizadas y acordes con la media poblacional. El peritado se ajustaría a la normalidad estadística de la población de referencia no evidenciando síntomas de trastorno psicológico o inestabilidad psicoemocional.

**Inventario Clínico Multiaxial de Millon MCMI-II**

Código de personalidad: 7 3 \*\* - - 1"// - //

Código sindrómico: - // - //

Respecto a los indicadores de validez.

El protocolo obtenido puede considerarse válido si bien encontramos en el peritado una elevada propensión a presentarse a sí mismo de la manera más favorable. Respecto a las escalas de personalidad y de trastornos de personalidad, el peritado presenta elevaciones significativas en las escalas 7. *Compulsiva* ( $TB=118$ ) y 3. *Dependiente* ( $TB=96$ ). Las personas que puntúan alto en estas escalas se caracterizan por una orientación ambivalente, con patrones de comportamiento controlados e inflexibles, subyaciendo una hostilidad latente que se expresa a partir de una excesiva exigencia hacia sí mismo y hacia los demás. La escala 3 identifica a individuos que suelen supeditar su autonomía a vínculos relativamente

ESCALA	PD	TB	INTERPRETACIÓN
VALIDEZ V	0		Válido
DESEABILIDAD Y	17	91	Presentación favorecedora de sí mismo
ALTERACIÓN Z	3	13	Válido
SINCERIDAD X	287	45	Válido

constreñidos a una o varias figuras de referencia y con una tendencia a asumir un rol pasivo en las relaciones interpersonales.

El resto de escalas no presentan puntuaciones significativas, ni tampoco las escalas que evalúan trastornos patológicos de personalidad. Entre los síndromes Clínicos de Gravedad Moderada y Severa, no se obtiene ninguna puntuación de relevancia clínica ni sub-clínica significativa. El perfil clínico revelaría condiciones de normalidad estadística respecto a los baremos poblacionales de referencia.

Doña N. presentó los siguientes resultados:

Dada la complejidad y el esfuerzo cognitivo que supone la prueba psicodiagnóstica MMPI y demostrada la situación médica de D<sup>a</sup> N., (no acudió a la primera ni segunda entrevista, presenta su marido un Informe Clínico por ingreso hospitalario debido a dolor torácico y con diagnóstico de enfermedad nodo sinusal, síndrome bradicardia-taquicardia y angor en reposo), se decide obviar este test a la misma, considerando que no va a proporcionar más conocimien-

to al perito sobre el asunto que nos ocupa, toda vez que el MCMI-II permitirá descartar trastornos de mayor interés a este respecto.

### Inventario Clínico Multiaxial de Millon MCMI-II

Código de personalidad: 3 \*\* 4 7\* 5 1+ // - //

Código sindrómico: - // - //

Respecto a los indicadores de validez.

El protocolo obtenido puede considerarse válido si bien encontramos en la peritada una elevada propensión a presentarse a sí misma de la manera más favorable. Respecto a las escalas de personalidad y de trastornos de personalidad, presenta elevaciones significativas (TB= + 74) en las siguientes escalas: 3. *Dependiente* (TB= 104), puntuaciones que implican características de personalidad que supeditan sus propias necesidades con tal de mantener la fuente de refuerzo interpersonal, preferentemente con figuras de referencia; 4. *Histriónica* (TB= 84). Estas puntuaciones caracterizarían a las personas con orientación activo-depen-

ESCALA	PD	TB	INTERPRETACIÓN
VALIDEZ V	0		Válido
DESEABILIDAD Y	19	96	Presentación favorecedora de sí mismo
ALTERACIÓN Z	4	12	Válido
SINCERIDAD X	318	54	Válido

diente, cuya fuente de refuerzo primario es predominantemente activa y sus patrones de afrontamiento de tipo dependiente, lo que constituiría un estilo de comportamiento procedente de una superficial manipulación de sucesos, mediante la cual aumentan la atención y favores que reciben así como evitan la desaprobación de los demás; y 7. *Compulsiva* ( $TB=74$ ), que caracteriza a las personas con poco espacio a la flexibilidad y afectivamente restringidos.

El resto de escalas no presentan puntuaciones significativas, ni tampoco las escalas que evalúan trastornos patológicos de personalidad.

Entre los síndromes Clínicos de Gravedad Moderada y Severa, no se obtiene ninguna puntuación de relevancia clínica ni subclínica. El perfil clínico revelaría condiciones de normalidad estadística.

Cabe interrogarse si, a pesar de no constituir estos resultados una patología o trastorno de personalidad pero sí indicar rasgos bastante definidos de, esencialmente rigidez e inflexibilidad en ambos (escalas 3 y 7) así como manipulación en Doña N (escala 4), pueden haber participado de manera disruptiva en las relaciones familiares hasta el punto de llegar a la ruptura que supuso para D. C., el padre del menor y la influencia que estas características puedan tener en su relación con el menor, X, si no se resuelven los conflictos familiares de base.

Datos obtenidos por los padres del menor:

Las pruebas psico-diagnósticas practicadas a los padres del menor, Don C y Doña M, MCMI-II configuran a partir de los índices de validez, un protocolo válido, aunque son de destacar las puntuaciones elevadas en ambos progenitores en la escala *Y De-seabilidad* (85; 85). Esta escala informa de

la tendencia en la respuesta por parte del peritado (en este caso ambos ofrecen la misma puntuación) a ofrecer una imagen socialmente deseable, resultado que no invalida los resultados, puesto que es frecuente en entornos forenses de evaluación la elevación de esta escala, indicando por otra parte cierto nivel de comportamiento adaptativo. Los códigos obtenidos han sido los siguientes:

Don C: 7\*\* 3\*// - // - // - //

Doña M: 7\*\*- 1 3+// - // - // - //

Los resultados permiten concluir ausencia de trastornos psicológicos o emocionales y en cuanto a patrones de personalidad en Don C: 3-*Dependiente* (80) y 7- *Compulsiva* (116); y en Doña M.: 7-*Compulsiva* (98), ambos resultados aun siendo significativos y presentar un patrón caracterial definido, no sugieren presencia de patología. Dado que no es el objetivo ni la petición de esta pericia la valoración psicológica de los padres o su posible incidencia en el resto de cuestiones forenses planteadas, no se va a profundizar a este respecto.

## Análisis y discusión forense

El papel del padre y de la madre ha sido estudiado con relativa extensión en la psicología familiar y la psicología del desarrollo y su papel en la identificación de los hijos/as, no así otras figuras de referencia como abuelos, tíos, primos, etc. No obstante, cualquier elemento se puede constituir en un *otro significativo* en la identificación de un niño/a, si forma o ha formado parte de su núcleo familiar o, aún sin pertenecer a dicho núcleo, ha mantenido contactos constantes o periódicos, con independencia de su consanguinidad y parentesco, por el rol que haya adquirido en el sistema fami-

liar, y *esencialmente por el vínculo afectivo que constituya con el menor*, en ocasiones ocupando el mismo rol que se suponen responsabilidad del padre/madre, bien por ausencia de la figura físicamente o por carencia de las capacidades y habilidades para proporcionar los cuidados debidos. A este respecto no es inusual la adopción de los roles paternos por otros hermanos de mayor edad, o por otros parientes con lejana o ninguna relación de consanguinidad. Parece lógico pensar que, más allá de la relación biológica o el grado y orden de parentesco que pueda existir, resulta de mayor relevancia y significación desde la disciplina psicológica el valorar hasta qué punto una, o varias figuras familiares, en este caso los abuelos, se han constituido como referentes para el menor.

Integrando esta información al caso que nos ocupa, y a partir de los datos extraídos de las entrevistas, se puede concluir que la ausencia de los abuelos paternos del núcleo familiar de pertenencia del menor no ha permitido la constitución de aquellos como figuras de referencia de ningún tipo para el niño.

Resulta habitual que una entrevista en este tipo de conflictos familiares se convierta en una escalada de anécdotas y acontecimientos con dos versiones y percepciones contrapuestas y sin modo alguno de llegar a una evidencia objetiva. Lo único objetivo y a partir de lo cual este perito puede fundamentar una conclusiones, es la existencia de un claro rechazo al matrimonio de Don V. y su esposa Doña M., por parte de los padres del menor y a todo lo que puedan significar en los ámbitos emocionales, educativos y psicológico, tanto para su núcleo familiar como específicamente para su hijo, siendo ellos quienes disponen de la guarda

y custodia y sus responsabilidades derivadas sobre la misma.

Se realizó un sondeo de las actitudes de ambas partes a las posibles alternativas de visita (en casa de los abuelos paternos, en casa de los padres, en una zona neutra o en un punto de encuentro) considerándose por ambas partes la alternativa menos deseable para el beneficio del menor las visitas en un punto de encuentro. Añadido a esto, las condiciones de artificialidad y frialdad propias de un punto de encuentro supervisado o vigilado, lejos de los entornos naturales y de referencia del menor no proporcionarían en modo alguno unas condiciones idóneas para el establecimiento de unos vínculos que hasta el presente no existen, ni resultando aún más relevante, para una aceptación no traumática o estresante por parte del menor respecto a sus abuelos paternos, lo que permite pronosticar con cierta lógica que podría provocar una escalada conflictual entre las partes de la cual el menor difícilmente podría ser ajeno. Por otra parte, no hay que olvidar que la finalidad del Punto de Encuentro Familiar (PEF) es garantizar la seguridad y el bienestar del menor, extremo que en este caso no resultaría necesario, ni existen indicios de que pueda ponerse en peligro al menor con cualquier otra opción hipotética de encuentros.

Tomando como referencia posible para la contestación jurídica las determinaciones de regímenes de custodias y establecimiento de visitas en padres y sus criterios de determinación, bajo la luz del “mejor interés del menor” sobre cualesquiera intereses de las partes, se abordan dos elementos que se configuran con mayor peso específico y relevancia en este caso: el papel de la centralización del apego y el tiempo que el menor ha vivido en un ambiente estable y

satisfactorio y el deseo de mantener la continuidad.

Respecto al primer elemento, entra en consideración y valoración el amor, el afecto y la vinculación emocional existentes entre las partes demandantes y el menor; respecto al segundo factor procede la valoración de la estabilidad actual del núcleo familiar en el que el menor se está desarrollando, el tiempo que el menor ha vivido en un ambiente estable y satisfactorio y el deseo de mantener la continuidad, es decir, la bondad de su entorno actual, y si la alternativa o propuesta planteada, en este caso, las relaciones y visitas a los abuelos va a suponer una mejora de su situación actual en los niveles de desarrollo afectivo, psicológico o evolutivo, o en su defecto pueda suponer un detrimento de su situación actual.

La formulación deriva a la afirmación fundamentada de que no ha existido vínculo entre los abuelos y el menor ni evidencia de que hubiera existido negativa ni oposición a que se hubiera conocido al nieto en estos años, es decir la no existencia de tal vínculo no fue por impedimento de los padres del niño.

En segundo lugar, la estabilidad actual del núcleo familiar en el que vive el menor es óptima para su desarrollo, cálida y afectuosa, siendo el menor ajeno a la conflictiva familiar. Centrando el foco en el interés del menor y las consecuencias en su desarrollo psico-afectivo de tal demanda, los posibles beneficios de tratar con los abuelos paternos en el desarrollo y constitución de su identidad psicológica que es, sin lugar a dudas deseable, se verían neutralizadas por el nivel de conflictividad relacional que estos mismos abuelos implícitamente llevan consigo. Los resultados de las pruebas de psicodiagnóstico y el perfil caracteriológi-

co de los abuelos sugieren en todo caso, patrones de rigidez e inflexibilidad y limitados recursos y habilidades de resolución de conflictos interpersonales (como los antecedentes familiares y este procedimiento ponen de manifiesto), con todo lo que este patrón pueda aportar a una relaciones no consensuadas de visitas y contacto con un menor que no ha tenido relación afectiva anterior con los mismos. Resultaría pues, necesaria, una previa conciliación o disminución del conflicto inter-familiar (la relación abuelos-padres del menor) a niveles que permitan una comunicación mínima y que les permita formar parte del sistema familiar del menor (la tríada padres-hijo) y a partir de aquí fomentar una relación con el mismo sobre unas bases más constructivas y fecundas.

## Conclusiones

Primero. No se determinan características psicológicas en los abuelos que puedan resultar no idóneas para relacionarse con el menor.

Segundo. En el proceso de identificación y desarrollo afectivo de un niño, es positivo que el menor tenga conocimiento de la existencia de sus parientes en segundo grado. El conocimiento de las líneas de parentesco y las figuras familiares facilita la integración de la personalidad y proporciona un sentido de identidad y pertenencia.

Tercero. Dada la edad del niño, el nivel de conflictividad entre las partes y rechazo por parte de Don C. y Doña M., respecto a los abuelos del menor y a todo lo que representan en los ámbitos educativo, afectivo, de valores o de personalidad, cualquier relación no consensuada entre los abuelos paternos y el menor que no pase por la

conciliación o por una normalización de las relaciones entre los abuelos paternos y el núcleo familiar de su nieto, del cuál su hijo y nuera son elementos constitutivos, no resultaría beneficiosa para el niño y se vería afectado por esta conflictividad, introduciéndolo y haciéndolo partícipe involuntario de una dinámica familiar aversiva y conflictiva con consecuencias negativas principal y directamente para su estabilidad psicoemocional actual.

Karras, D., Berry. K. (1985). Custody Evaluations: A Critical Review. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16 (1), 76-85.

Millon, Th. (2004) MCMI-II Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II. Manual. Madrid: TEA Ediciones.

Ramírez, M. (2003) Cuando los padres se separan: alternativas de custodia para los hijos. Madrid: Biblioteca Nueva.

## Bibliografía

American Psychological Association. (1994) Guidelines For Child Custody Evaluations in Divorce Proceedings. *American Psychologist*, 49 (7), 677-680.

Bow, J. N., Quinell, F. A., (2001) Psychologist Current Practices And Procedures In Child Custody Evaluations: Five Years After American Psychological Association Guidelines. *Professional Psychology: Research and Practice*. 32 (3), 261-268.

Bowlby, J. (1989) Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Barcelona: Paidós.

Coles, R. (1975) Erik H. Erikson. La Evolución de su Obra. México: Fondo De Cultura Económica.

Erikson, E. H. (1983) Infancia y Sociedad. Buenos Aires: Hormé.

Fariña, F., Seijo, D., Arce, R. Y Novo, M. (2002) Psicología Jurídica de la Familia: intervención en casos de separación y divorcio. Barcelona: Cedecs.

Hathaway, S. R.; McKinley, J. C. (2002) MMPI-II. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2. Madrid: TEA Ediciones.

Jiménez Gómez, F., Sánchez Crespo, G. (2002) Evaluación psicológica forense 4 Contribución de las técnicas de Minnesota y Millon. Salamanca: Amaru Ediciones.

Fecha de recepción: 12/06/2007  
Fecha de aceptación: 15/02/2008

# Supuesto didáctico sobre ética profesional y deontología en el campo de la psicoterapia

Vicent Bermejo Frígola  
Presidente de la Comisión Deontológica  
Col·legi Oficial de Psicòlegs Comunitat Valenciana

## Introducción

Este estudio de un supuesto prosigue la propuesta de la revista *Informació Psicològica* de ilustrar el conocimiento de la deontología. El que a continuación se expone está basado en la experiencia clínica y se ha deformado a fin de impedir su identificación. Incorpora datos y elementos de distinta procedencia para tal deformación buscando reproducir un perfil de hipotética vulneración deontológica con fin didáctico.

## Supuesto

Un psicólogo profesional, titulado en psicología clínica con formación en psicoterapia que ejerce en una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, recibe en una primera consulta a una madre divorciada del padre del menor llevado a consulta. Se separaron hace seis años y están divorciados desde hace más de cuatro. El hijo, de catorce, presenta un bajo rendimiento escolar (en el anterior curso repitió, en el presente ha suspendido cuatro materias básicas en la primera evaluación) y, entre otras conductas de inadaptación social, no acude a ver a su padre. Por este último motivo hay tensos conflictos frecuentes entre madre y padre y,

a pesar del divorcio, el enfrentamiento entre éstos va en aumento.

El padre, citado por el psicólogo a entrevista, acusa a la madre que ella no hace nada para que el hijo vaya con él cuando le corresponde, también es partidario de que éste encare con sentido de responsabilidad los estudios, sea disciplinado y logre una preparación académica adecuada a su futuro, pero todo esto hoy ni se lo puede decir al chico ya que no ha aceptado ir a verlo desde hace muchos meses. Desearía reencontrarse con él y ha llegado a pensar en denunciar ante la fiscalía de menores lo que sucede, pero las dificultades que puede encontrar sería un remedio por ahora peor. Además, la edad de un menor es un condicionante con el que hay que contar cada vez más.

Contrariamente a la posición del padre, el estilo educativo de la madre defiende que hay que entender al hijo, dialogar con mucha paciencia, está pasando una adolescencia muy crítica, con padres divorciados y hace falta mucha comprensión en lugar de recordar la prioridad de obligaciones y deberes.

La diferencia entre los estilos educativos hacía imposible lograr acuerdos y colaboración de estos padres entre sí. Nuestro psicólogo, que pudo concluir que el padre estaba quemado y desesperanzado respecto de alguna forma posible de arreglo, con resentimiento de todo lo que había sucedido y sucedía, logró entrevistarse en varias ocasiones con él y sugerir pautas para mejorar en teoría el acercamiento entre padre e hijo, pero su atención fue infructuosa a pesar de los anuncios en los que decía que sí. También logró del hijo, instaurando una atención psicoterapéutica, una mejora en su rendimiento escolar y en la adaptación general. A excepción de la primera consulta, éste acudía con asiduidad aunque siempre acompañado de algún familiar materno en lugar de la madre.

En el transcurso de algunos meses de esa atención, la abuela materna informó al profesional que la madre no podía acudir debido a su trabajo y a los horarios de la consulta, era imposible absolutamente hacerlo, y desearía comentar con él la evolución del adolescente ya que estaban muy satisfechos. Se observaba que habían mejorado las relaciones familiares de todos con el menor (aunque no iba a ver al padre). Para superar la dificultad (de no poder acudir), le facilitaba el número de teléfono móvil de su hija (la madre) proponiendo al profesional que la llamara para ponerse de acuerdo, ella lo podría invitar a un café y, de este modo, sería posible además recibir orientaciones de mucho valor terapéutico para la mejora del chico.

El psicólogo concluía la hipótesis de que 1) la madre era pasiva ante la negativa de su hijo a verse con su padre, 2) probablemente debían existir algún tipo de mensajes contrarios a que esta situación cambiase y/o 3)

la madre ocultaba su complacencia con lo que pasaba. Aparentaba ser una madre muy responsable y cumplir con sus deberes llevando a su hijo a consulta, había logrado avances adaptativos y terapéuticos considerables (la tensión con el padre ya no era tan intensa), pero debía estar satisfecha de que su hijo no fuera a ver a su padre. Ante esta hipotética doble verdad, ¿cómo superar este reto profesional frente a tantas resistencias?

Valorando el interés terapéutico que el caso conllevaba o la hipotética contribución a una mejora más satisfactoria de los males que comportaba lo que el hijo hacía (decía que sí iría con su padre pero luego sucedía que no iba, entre otros), el psicólogo tomó la decisión de ponerse en contacto con la madre y concertar una cita fuera del marco profesional. En un primer encuentro, madre y psicólogo hablaron de la evolución del menor y aquella reconoció que quizás ella no había obrado bien al no poner todo el interés que debía en que su hijo fuera a ver a su padre. Como ella expresó muchas dudas y mucha inseguridad sobre lo que debía hacer, convinieron en otros encuentros para poder seguir discutiendo. En los siguientes, la madre expresó su sentimiento de soledad y su necesidad de afecto, entre otros motivos por todo lo sucedido, el psicólogo entendió que era importante que la madre superara ese estado de malestar personal a través de este género de ayuda ya que ella estaba pasando un período de muy baja autoestima. Todo lo que dio lugar a un encuentro íntimo y sexual.

### **La vulnerabilidad profesional**

Este supuesto ilustra una doble vertiente de análisis y estudio. Una, la vulnerabilidad profesional y, otra, la vulneración deonto-

lógica. Aunque el primer punto de vista no es el objeto del examen sobre este caso en este análisis, es de interés llamar la atención sobre algunos aspectos.

La profesión de psicólogo en general y la de psicólogo clínico en particular, como lo puede ilustrar este supuesto, comporta ciertos riesgos o entraña alguna forma de vulnerabilidad debido a que nuestro instrumento de trabajo es la relación con las personas y, ante ella, no somos inmunes considerando que puede lograr sobre nosotros ciertos efectos.

Desde distintas escuelas de psicoterapia se ha advertido de estos riesgos y por ello se recomienda y exige la supervisión sistemática de la intervención profesional con el fin de prevenir tales errores e, inclusive, un tratamiento psicoterapéutico (o psicoanalítico) personal. Sin embargo llama la atención el escaso estudio sistemático de los factores de riesgo profesional de los psicólogos en nuestro ámbito y, salvo algún trabajo específico, son muy limitadas las referencias en publicaciones en lengua castellana<sup>1</sup>.

Por el contrario, al igual que sucede en otras profesiones, el ejercicio de la psicología posee alguna vulnerabilidad que conviene conocer para lograr una prevención de conductas como la descrita en nuestro supuesto. La empatía y el equilibrio de roles con los que debe desempeñar su papel profesional pueden facilitar una cercanía a las personas con quienes nos estamos relacionando y aquí la proximidad de los afectos puede llegar a quemar. Sería bueno que

estos aspectos fueran objeto de un mayor estudio en nuestra comunidad profesional.

Volviendo al supuesto, tal como está relatado se puede observar que el presunto psicólogo se deja conducir por el reto profesional, por una alta motivación o interés terapéutico, por la curiosidad intelectual que puede provocar qué hay tras las propuestas o, simplemente, se deja llevar por la empatía establecida en sus relaciones profesionales. Llegado un momento actúa con atrevimiento lanzándose a la aventura de una cita que no se sabe muy bien cómo puede acabar al dejar de seguir un modelo o protocolo de actuación que esté asentado. Al optar por los altos vuelos de una libre exploración o experimentación con escasa protección respecto de las ataduras de las normas de la profesión y sus límites, la caída puede ser estrepitosa como ilustra lo relatado.

Este supuesto de actuación profesional se expone en una prestación de servicios desde una consulta pública. Tal desempeño de la actividad no puede prescindir que se actúa desde una institución en la que se mantendrán formas de colaboración e interacción con el resto de profesionales. Es difícil explicar o justificar una actuación fuera del marco propio de intervención (lugar, horarios, miembros del equipo, colaboradores...) como si de algo individual o particular se tratara, al margen de lo institucional. En el supuesto, no es una visita domiciliaria programada con el equipo dentro de un plan clínico contando con el soporte de las funciones de la Unidad, se toma una decisión muy personal.

Cabe igualmente considerar el mismo supuesto en el ámbito de una consulta privada. Desde esta perspectiva aparentemente

<sup>1</sup> El trabajo Pereira Calviño, M., y Merino Madrid, H. (2001) es una excepción. De entre sus conclusiones destaca: "Se debe hacer una labor educativa informando de los riesgos que conlleva esta profesión y de las estrategias a utilizar para hacer frente a ellos." (p. 31).

este profesional se ha olvidado de su pertenencia a una comunidad o escuela teórica y práctica de la psicología. Al actuar en solitario se desliga de cualesquiera vínculos tales como puede ser una consulta a otro profesional, una supervisión, el compartir profesionalmente su actuación o intervenir con algún soporte que le puede aportar su propia profesión, ha actuado en solitario. Inclusive si se trata hipotéticamente de una intervención experimental o investigadora, ésta posee sus propias reglas que aquí no se han visto contempladas bajo ningún aspecto y no ha lugar a su aplicación.

Es decir, cierto aislamiento (o incomunicación) profesional combinado con una asunción muy individualizada de la profesión, cierto atrevimiento y alguna forma de idealización pueden ser agentes o factores desencadenantes conjuntamente de caer en la vulnerabilidad profesional, combinados entre sí o no. Momentos de crisis o debilidad personal también son factores a considerar y errores como estos no se pueden atribuir al azar. Aprender a protegerse de todo ello y mantener medidas preventivas es una tarea fundamental en este campo.

En el ejercicio profesional de la psicología nunca somos personas aisladas incluso en el caso de que nuestra actuación esté momentáneamente individualizada en nosotros y personalizada con nuestros clientes o pacientes. Cuando ejercemos la profesión estamos haciendo un uso de una institución, la misma profesión, que posee siempre un conjunto de reglas teóricas, prácticas y de código de conducta que la rigen en beneficio o servicio de personas. Olvidarse de ello es tomarse la institución o la profesión, tal como se dice para la justicia, *por la propia mano*, es decir, fuera de toda regla o norma.

Necesitamos denominarnos psicólogas y psicólogos para identificarnos con el ejercicio de nuestras funciones pero lo hacemos necesariamente de una forma adjetiva sin que seamos los dueños o amos de la profesión. Adquirimos la titulación tras un prolongado proceso formativo, dejamos de serlo necesariamente con la jubilación, en alguna sociedad profesional es un título con caducidad que hay que renovar mediante los adecuados reconocimientos y entre nosotros ya ha habido alguna voz que lo ha reivindicado.

### La vulneración deontológica

Dos principios pueden centrar el estudio de la vulneración deontológica de este supuesto. De un lado, se puede ver desde el principio de competencia o según preparación y capacitación profesional. De otro, desde el de honestidad e integridad o, si se prefiere, como una acción abusiva o como una relación dual de aprovechamiento y abuso.

### Según el principio de competencia

El Código Deontológico del Psicólogo (1987) establece en el artículo 6 que nuestra profesión *se rige por principios comunes a toda deontología* señalando entre otros "*prudencia en la aplicación de instrumentos y técnicas, competencia profesional*". Después dedica a ello todo el Título II, que incluye los artículos 16 al 23, y versa "*De la competencia profesional y de las relaciones con otros profesionales*".

El 17 señala que "*La autoridad profesional del Psicólogo/a se fundamenta en su capacitación y cualificación para las tareas que desempeña. El/la Psicólogo/a ha de estar profesionalmente preparado y especializado en la utilización de métodos, instrumen-*

tos, técnicas y procedimientos que adopte en su trabajo. Forma parte de su trabajo el esfuerzo continuado de actualización de su competencia profesional. Debe reconocer los límites de su competencia y las limitaciones de sus técnicas.” Este artículo es muy explícito acerca de la preparación profesional que cualquier psicóloga o psicólogo debe gozar, haciéndose cargo de límites y limitaciones de su actuación.

El siguiente artículo, el 18 dice que “Sin perjuicio de la legítima diversidad de teorías, escuelas y métodos, el/la Psicólogo/a no utilizará medios o procedimientos que no se hallen suficientemente contrastados, dentro de los límites del conocimiento científico vigente. En el caso de investigaciones para poner a prueba técnicas o instrumentos nuevos, todavía no contrastados, lo hará saber así a sus clientes antes de su utilización.” Este artículo puede ser una buena advertencia frente a las tentaciones de aventuras o sobre experimentaciones al margen de reglas.

El artículo 21 establece que “El ejercicio de la psicología no debe ser mezclado, ni en la práctica, ni en su presentación pública, con otros procedimientos y prácticas ajenos al fundamento científico de la psicología.” También este artículo es otra advertencia frente a una posible actuación con ligereza.

Pero, más allá del principio de competencia, aunque incluyéndolo, el artículo 29 dice respecto de cualquier intervención profesional que “Del mismo modo, no se prestará a situaciones confusas en las que su papel y función sean equívocos o ambiguos.” Aquí, pues, se avisa ante actuaciones donde claramente se ha rebasado la actuación profesional y se cae en la confusión,

en la equivocidad o la ambigüedad respecto al principio de competencia.

De todo lo anterior se deduce la evidencia de que nuestro hipotético profesional a) ha fallado en el sentido de la prudencia, b) no ha reconocido *los límites de su competencia y las limitaciones de sus técnicas*, c) ha utilizado *medios o procedimientos que no se hallan suficientemente contrastados, dentro de los límites del conocimiento científico vigente*, d) ha mezclado su intervención en la práctica (...) con otros procedimientos y prácticas ajenos al fundamento científico de la psicología y, finalmente, e) se ha prestado a situaciones confusas en las que su papel y función son equívocos o ambiguos. A causa de una actuación (o varias encadenadas) muy aventurada y aventureira, totalmente imprudente, obviando conocimientos asentados y criterios aceptados de intervención, con un manifiesto exceso de confianza en sí mismo, se ha echado por la borda la capacitación y la competencia profesional.

### **Según el principio de honestidad e integridad**

También el Código Deontológico del Psicólogo (1987) establece en el artículo 6, al indicar los *principios comunes a toda deontología*, señala también el principio de “*honestidad*”. En otros artículos desarrolla este principio.

Así el artículo 11 “El/la Psicólogo/a no aprovechará, para lucro o beneficio propio o de terceros, la situación de poder o superioridad que el ejercicio de la profesión pueda conferirle sobre los clientes.” En este artículo al mencionar el *lucro o beneficio propio o de terceros* y el *poder o superioridad* se señalan unos criterios muy

precisos para enjuiciar la acción profesional y marcar sus límites.

Puede ser de utilidad citar también al artículo 28 el cual dice “*El/la Psicólogo/a no aprovechará la situación de poder que pueda proporcionarle su status para reclamar condiciones especiales de trabajo o remuneraciones superiores a las alcanzables en circunstancias normales.*” Aunque este artículo no puede aplicarse al caso, viene bien para recordar que el profesional, cuando se encuentra en el desempeño de sus funciones, ocupa un status que le otorga poder tal como ya se apunta el artículo 11. En el campo clínico, en particular, esto es evidente por el poder que otorga o la autoridad que posee el diagnóstico psicopatológico. El Metacódigo de la EFPA señala en su apartado 3, dedicado a “*Contenido de los Códigos Éticos de las Asociaciones miembros*” que

*“Los Códigos éticos de los profesionales en psicología deberán tener en cuenta lo siguiente:*

*El comportamiento profesional de los psicólogos deberá ser considerado dentro de un rol profesional, caracterizado por las relaciones profesionales.*

*Las desigualdades de conocimiento y poder siempre influyen en las relaciones profesionales de los psicólogos con clientes y otros colegas.*

*Cuanto mayor sea la desigualdad en la relación profesional y mayor la dependencia de los clientes, tanto más pesada será la responsabilidad del psicólogo.*

*Las responsabilidades de los psicólogos deberán ser consideradas dentro del contexto de la etapa o momento en la que se encuentre la relación profesional.”*

El Código Deontológico del Psicólogo (1987) es anterior al Metacódigo que es de 1995. Aunque nuestro Código ya apreciaba estos riesgos de conductas no éticas en ese sentido, después del Metacódigo queda más explicitada la consideración hacia cualquier forma de aprovechamiento o abuso de poder en beneficio propio fruto del status y rol que posee el psicólogo en el ejercicio de sus funciones. Pues, aun en el supuesto que este psicólogo por efecto de una también hipotética seducción pueda ser considerado víctima de su propia clientela, la ignorancia de sus límites o la consideración de una posible alteración mental transitoria no lo pueden exculpar de ningún modo. Una relación sexual es aquí un acto en *beneficio propio* de acuerdo a la expresión del artículo 11. También es un abuso de *la situación de poder o superioridad que el ejercicio de la profesión pueda conferirle sobre los clientes* según reza el texto de este mismo artículo. Es, de acuerdo al examen deontológico, una acción de aprovechamiento gracias a la desigualdad de poder.

También hay que referirse de nuevo del actual Código Deontológico, desde la perspectiva del principio de honestidad e integridad, al artículo 29 [más arriba citado y que ahora de nuevo se reproduce: “*Del mismo modo, no se prestará a situaciones confusas en las que su papel y función sean equívocos o ambiguos*”]. Conforme a ello, la conducta descrita no solo genera una confusión de roles y funciones sino que es también manifiestamente equívoca o ambigua. Genera confusión ya que anula el papel de profesional, honesto e íntegro, para establecer otro género de relación muy alejada de la inicialmente establecida abandonando una ejecutoria clara y sencilla, unívoca, para dar lugar a otra actuación que genera toda suerte de interpretaciones, una

conducta que se ve con diversos sentidos o equívoca. Se inició la acción profesional de un modo y posteriormente se reconvirtió aquella en otra cosa totalmente distinta. Es una conducta que, cuando menos, genera muchas dudas e incertidumbres. Al obrar con un cambio de tanta magnitud se rompe toda regla y desde una conducta inicialmente beneficiosa para un paciente y su entorno se pasa a una conducta inequívocamente maliciosa.

Para poder evitar o prevenir este tipo de resbalones es bueno haber podido estudiar, analizar y debatir conductas como la descrita o similares de modo que, al poseer cierta familiaridad teórica y práctica con un posible desliz (o desatino) así, se pueda visualizar anticipadamente el riesgo que puede traer una conducta como la descrita en la que se acaba perdiendo el sentido de los límites.

En conclusión, desde el principio de integridad y honestidad, la actuación de este supuesto profesional ha pasado de la inicial prestación de servicios a establecer una relación en *beneficio propio*. También desde una actuación correcta en una primera etapa ha pasado, en un abuso de confianza de su *situación de poder o superioridad*, a abandonar su rol y función para caer en una conducta confusa, equívoca y ambigua.

## Las relaciones duales

Las relaciones duales no están recogidas explícitamente en el Código Deontológico del Psicólogo (1987) todavía vigente. Sí han sido recogidas en el todavía proyecto de Código Deontológico de la Profesión de Psicología que se encuentra en proceso de aprobación.

El artículo 78 de este proyecto dice: “Una relación dual o múltiple sucede en el su-

*puesto de que un psicólogo o psicóloga establezca una relación o relaciones diferentes a la que motivó su actividad profesional con algún usuario o usuaria. Puede ser social (sexual o no sexual), profesional, financiera o de otro orden. Frente a una posible relación dual, los psicólogos y psicólogas tendrán conocimiento de los posibles problemas que pueden resultar del establecimiento de la misma así como la obligación de evitar aquellas relaciones que reduzcan la distancia profesional necesaria para el desempeño del rol profesional o que puedan conducir a un conflicto de intereses, a alguna forma de aprovechamiento o de abuso, o a la directa explotación de un usuario o usuaria.”*

Este artículo introduce una definición de relación dual explícita de modo que permite un estudio de este establecimiento de relaciones y previene de los problemas que se pueden generar con su inicio.

En el caso de nuestro supuesto, el profesional inició una ruptura de reglas [“*el psicólogo tomó la decisión de ponerse en contacto con la madre y concertar una cita fuera del marco profesional*”] lo que facilitó el establecimiento de otro género de relaciones [“*convinieron en otros encuentros*”], esto es, fueron introduciéndose y estableciéndose otras formas de relación distinta a la profesional. Es en este proceso de cambios en el que, conforme al relato, se llega a una relación sexual.

Respecto de una posible relación dual sexual el artículo 79 de este proyecto dice explícitamente: “*En el ejercicio de su profesión psicólogos y psicólogas se abstendrán de mantener relaciones sexuales con las personas usuarias de sus servicios.*” Este artículo recoge un límite bien explícito al que no hay que llegar por las razones que ya anteriormente se han explicitado.

## Conclusión

El supuesto relatado al comienzo ilustra algunos riesgos en los que profesionalmente nos podríamos ver envueltos, con su consecuente vulneración deontológica, si no sabemos hasta donde podemos llegar y hasta donde no. Ser psicólogo o psicóloga es una profesión o una actividad práctica que cumple *una finalidad humana y social* conforme dice el artículo 5º del Código Deontológico del Psicólogo. No es una actividad mecánica, automatizada ni tampoco es una actividad científica propiamente dicha. No puede olvidarse de la ciencia pues toma de ella lo que considera más eficaz o de mayor utilidad para esa actividad, pero en ocasiones se ve en la obligación de recurrir a estrategias y resoluciones de acuerdo a la actividad que se está realizando y sobre la que la ciencia no ha hecho consideración alguna ya que ésta no puede tener todo absolutamente estudiado, investigado y descrito. Es en este margen de cierta improvisación o de imprevisión ante lo que es necesario *saber hacer* y ante lo que hay que *saber* reconocer muy bien los límites o evitar andar hacia soluciones que rompen las reglas de la actividad, reglas recogidas en los códigos de conducta o Deontológico y que permiten delimitar lo que se puede hacer y lo que no<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> En este párrafo he parafraseado a Ortega y Gasset cuando habla de las relaciones entre ciencia y profesión. Su texto dice lo siguiente: *"Si resumimos el sentido de las relaciones entre profesión y ciencia nos encontramos con algunas ideas claras. Por ejemplo, que la Medicina no es ciencia. Es precisamente una profesión, una actividad práctica. Como tal, significa un punto de vista distinto al de la ciencia. Se propone curar o mantener la salud de la especie humana. A este fin echa mano de cuanto parezca a propósito: entra en la ciencia y toma de sus resultados considera eficaz, pero deja el resto. Deja de la ciencia sobre todo lo que es más característico: la fruición por la problemático. Bastaría esto para diferenciar radicalmente la Medicina de la ciencia. Esta consiste en un <prurito> de plantear problemas. Cuanto más sea esto, más puramente cumple su misión. Pero la Medicina está para aprontar solucio-*

El protagonista del supuesto rompió las reglas de conducta que rigen la actividad profesional de la psicología, vulneró el principio de competencia y vulneró el principio de honestidad e integridad para finalmente caer en una relación dual sobre la que, cada vez más explícitamente, los códigos de conducta profesional vienen advirtiendo y determinando unos claros límites. Cayó en un abuso de su posición o de poder, en una acción de aprovechamiento personal mezcla de relaciones que rebasan la actividad inicialmente encomendada en la primera consulta, desde aquel comienzo se ha acabado en otra forma de relación muy distinta y alejada de aquella. Lo que hizo no lo debe hacer quien ejerza esta profesión.

*nes. Si son científicas, mejor. Pero no es necesario que lo sean. Pueden proceder de una experiencia milenaria que la ciencia aún no ha explicado ni siquiera consagrado."* (1930, 61).

## Bibliografía

American Psychological Association. Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct (2002): <http://www.apa.org/ethics/code2002.pdf>

Benevides, A.; Moreno, B.; Garrosa, E.; González, J. (2002) La evaluación específica del síndrome de Burnout en psicólogos: el inventario de Burnout de psicólogos. *Clínica y Salud*, 13, 3, 257-283.

Bermejo, V., del Río, C., Díaz, R. et al. (2004) *Ética y Deontología para Psicólogos*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de España. También en: <http://www.cop.es/pdf/etica.pdf>

Canadian Psychological Association, Canadian Code of Ethics for Psychologists, Third Edition. (2000):

<http://www.cpa.ca/cpasite/userfiles/Documents/Canadian%20Code%20of%20Ethics%20for%20Psycho.pdf>

Colegio Oficial de Psicólogos (COP) (1987). Código Deontológico del Psicólogo. <http://www.cop.es>

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Proyecto de Código de la Profesión de Psicología. Finalizado el 5 de febrero 2008. Revisado el 04.04.2008 y aprobado por unanimidad por la Comisión Deontológica Estatal en esa misma fecha: en archivo informático V9.7.1. <http://www.cop.es>

Del Río Sánchez, C. (2005) *Guía ética profesional de psicología clínica*. Madrid: Pirámide.

European Federation of Psychologists Associations - EFPA- (1995) *Metha Code of Ethics*. <http://www.efpa.be> (Versión en español en: Alcalde, M. J. y del Río, C. (2001). "Metacódigo de ética de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA): Traducción y adaptación al castellano". *Infocop*, 80, 36-39). Y en Bermejo, V., del Río, C., Díaz, R. et al. (2004). *Ética y deontología para psicólogos*. Madrid: COP)

European Federation of Psychologists Associations - EFPA- (2005) *Metha Code of Ethics*. <http://www.efpa.be>

Gabbard, G. O. (2001) *Transgresiones de los límites*. En: Bloch, S., Chodoff, P. y Green, S. *La ética en psiquiatría*. Madrid: Triacastela. P: 143-160.

Llopis, V. (2001) La salud mental de los Psicólogos: una reflexión desde la ética profesional. *Informació Psicològica*, 77, 23-36.

Ortega y Gasset, J. (1930) *Misión de la Universidad*. Madrid, 1997: Alianza Editorial.

Pereira, M. Merino, H. (2001) El estrés en el psicólogo clínico. *Informació Psicològica*, 77, 29-32.

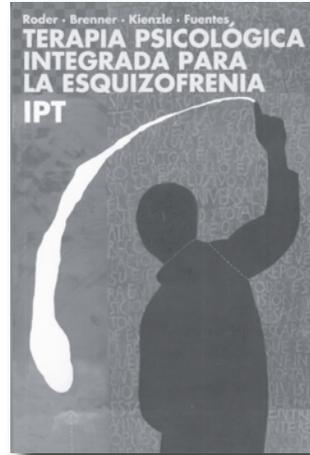
The British Psychological Association, Code of Ethics and Conduct (2006): [http://www.bps.org.uk/downloadfile.cfm?file\\_uid=5084A882-1143-DFD0-7E6C-F1938A65C242&ext=pdf](http://www.bps.org.uk/downloadfile.cfm?file_uid=5084A882-1143-DFD0-7E6C-F1938A65C242&ext=pdf)

Uno de los principales problemas existentes dentro de la patología mental de los seres humanos es la denominada esquizofrenia. Concepto que ha ido evolucionando en el tiempo desde una de las primeras definiciones realizadas por Bleuler en 1911 hasta las actuales definiciones descritas en el DSM-IV-TR. El problema básico de esta patología se da tanto en la comprensión de la misma como en el desarrollo de técnicas, instrumentos y programas de intervención que reduzcan los síntomas propios de la enfermedad y ayuden a estos pacientes en su reincorporación a la comunidad.

El manual *Terapia Psicológica integrada para la esquizofrenia-IPT* viene a recoger los esfuerzos realizados durante los últimos quince años por diversos autores en la utilización de la IPT. Este manual ofrece un conocimiento teórico de los modelos explicativos más recientes sobre esquizofrenia que nos ayudan a una mejor comprensión de la misma. Estos modelos junto con datos epidemiológicos y el estado actual de la investigación configuran la primera parte del libro, siendo de destacar en esta primera parte el capítulo quinto que hace referencia a los fundamentos teóricos de los subprogramas de la IPT.

En una segunda parte se describe de un modo detallado el desarrollo del programa terapéutico, incluyéndose las condiciones que se han de dar para poder aplicar la terapia, así como su planificación y seguimiento. Asimismo, se

## Terapia psicológica integrada para la Esquizofrenia-IPT



Autores: Roder, V.; Brenner, H. D.; Kienzle, N. y Fuentes, I.  
Editorial: Alborán. Granada, 2007

aportan datos de investigación sobre su aplicación a España e Iberoamérica.

Por último, aporta en un anexo aquellos materiales e instrumentos que permiten una comprensión práctica de la terapia y su puesta en marcha. Por todo ello, considero que este libro tiene una orientación práctica que sirve como guía indiscutible para todas aquellas personas que desean intervenir con eficacia en el complejo mundo de la esquizofrenia.

Por *Francisco J. Santolaya Ochando*  
USM Malvarrosa.  
H. Clínico Universitario de Valencia

## El Duelo y la Muerte



Autora: Leila Nomen Martín

Editorial: Pirámide. Madrid, 2007

La muerte y los procesos asociados a la misma, como el duelo, son aspectos fundamentales en la trayectoria de vida de cualquier persona. Pensar en la muerte puede no resultar agradable para la gran mayoría, pero es inevitable y por lo tanto es conveniente leer y aprender sobre la misma, la obra que aquí se presenta es un ejemplo de ello. Mucho se ha escrito al respecto y son múltiples los enfoques que se han tomado para profundizar en el tema. Leila Nomen, en su obra muestra una visión plural, presentando diferentes puntos de vista y aproximándose a la cuestión desde una posición expositiva y con el objetivo claro de devolver el sentido natural de este fenómeno.

El duelo y la muerte es un trabajo que no profundiza en aspectos concretos pero no por ello es incompleta, tiene la virtud de haber esquematizado y recogido la esencia de este principio fundamental para todos los humanos. Pero también hay que señalar la amplitud del concepto de duelo que se trata en esta obra, pues la autora indica la importancia de considerar como proceso de duelo, cualquier tipo de pérdida percibida como significativa y por lo tanto, que cause malestar emocional y deterioro de la vida personal a diferentes niveles.

El manual se divide en diferentes capítulos, en los que se incluyen modelos explicativos del duelo, el diagnóstico, su evaluación y la intervención, entendiéndose ésta última, como todas las acciones dirigidas al tratamiento de este proceso, teniendo en cuenta las diferencias interindividuales, pues como se indica cada persona lo atraviesa de manera diferente. Es de especial interés el último apartado, pues está compuesto por testimonios de dolientes en diferentes momentos del proceso y la lectura de este capítulo, es fundamental, pues completa la obra de una manera muy acertada, primero porque se representa en un contexto real lo que se ha ido teorizando durante la obra y

segundo porque transmite de forma clara a los que no han padecido una pérdida cercana, los sentimientos y pensamientos que rodean una muerte, y por otro lado, permiten a aquellos que han vivido de cerca esta experiencia reflejarse en las vivencias a través de los relatos de otros.

Es destacable la aplicabilidad profesional del manual, éste facilita una serie de instrumentos útiles para trabajar procesos de duelo complicados con adultos y con niños. Además su fácil lenguaje permite dirigirse tanto a un público profesional como general. El lector encontrará en este escrito un acercamiento útil para tomar contacto con el proceso de duelo y para entender que la preparación para la muerte es necesaria e imprescindible.

Por *Silvia Tortajada Navarro*

Coordinadora Proyectos de Investigación

Tria-Ciencia

El nuevo libro de Xavier Serrano supone la plasmación material de un encuadre de psicoterapia caractereroanalítica que lleva ya muchos años contrastándose con la práctica tanto en diversas partes del estado español como en otros países de Europa y Sudamérica. Es un método desarrollado por el propio autor cuyos referentes teóricos, además de los de su propia corriente, son fundamentalmente el encuadre breve de la corriente psicodinámica con autores como Alexander, French, Bellach, Small, Balint, Malan, Sifneos, Davanloo y, más recientemente, Braier, Corderch o A. Sánchez Barranco. En realidad no se trata de un modelo nuevo de psicoterapia sino de la aplicación de la vegetoterapia caractereroanalítica (que es el “setting” profundo de la psicoterapia caractereroanalítica postreichiana) al campo psicosocial, por lo que se utiliza un “setting” breve con una perspectiva psicocorporal.

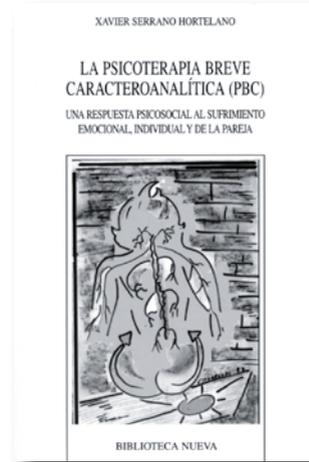
Se trata de una obra de madurez intelectual del autor que recoge una aportación teórica fundamental para la psicoterapia. El trabajo intenso y la honestidad profesional de Xavier Serrano son bien reconocidos en algunos foros europeos y sudamericanos. Así lo recoge Alejandro Ávila en el prólogo del libro con estas palabras: “el lector que inicie la lectura de este libro tiene en sus manos la obra de plenitud de un clínico comprometido vivencialmente en su recorrido personal, social y profesional, Xavier Serrano, quien nos narra la articulación de su experiencia y conocimientos y nos transmite la integración vivida de saber y practicar en el complejo campo de la psicoterapia” (pág. 19).

Esta metodología terapéutica es de primordial relevancia en ámbitos clínicos y psicosociales ya que permite aliviar el sufrimiento emocional, recupera dinámicas vitales saludables en los pacientes y hace desaparecer determinados síntomas psicopatológicos. Todo ello con un trabajo que incluye una sesión semanal durante un tiempo limitado entre dos y seis meses. Estos resultados se consiguen mediante un “setting” analítico especificado en el texto y unos medios técnicos procedentes tanto de la propia psicoterapia caractereroanalítica, del psicoanálisis breve, del psicodrama, de la logoterapia de V. Frankl y de la psicoterapia sistémica entre otros. Los resultados clínicos de este encuadre son tan esperanzadores que permiten plantear la posibilidad de aplicarse en centros de salud, hospitales o centros psicosociales resultando más rentables que algunas terapéuticas utilizadas hasta el momento.

Al mismo tiempo, el libro tiene un segundo nivel de lectura que relaciona al autor con todo una corriente de pensamiento freudomarxista o mejor libertaria. En este sentido se vislumbra una crítica al sistema en el que vivimos por generar patología.

## La psicoterapia breve caractereroanalítica (pbc)

Una respuesta psicosocial al sufrimiento emocional



Autor: Xavier Serrano

Editorial: Biblioteca Nueva. Madrid, 2007

Para Xavier Serrano la psicoterapia es una forma de abordar el sufrimiento humano y de acompañar en la enfermedad psíquica. Para el autor, nuestro bienestar y nuestra salud está en función de las dinámicas familiares, sociales, educativas, así como de nuestros hábitos y conductas cotidianas. Para incidir en la salud se precisa una intervención global, de compromiso con lo humano.

En el libro también aparece la visión del ser humano que tiene la ecología de los sistemas humanos desarrollada por Xavier Serrano y otros investigadores, que se inscribe en el nuevo paradigma de la ecología global. Así, pues, el carácter como estructura de la persona es generado a partir de un patrón de organización en defensa específica ante el medio. Para finalizar, desde esta perspectiva de la ecología de los sistemas humanos, aborda los conflictos de pareja, esbozando un encuadre específico para este campo de la salud humana que cada vez plantea mayor demanda.

Si alguien desea recibir más información puede contactar con el autor a través de su correo, [serrano@mac.com](mailto:serrano@mac.com) o conmigo a través de mi correo particular [xaviertorro@telefonica.net](mailto:xaviertorro@telefonica.net)

Por *Javier Torró Biosca*

Psicólogo; Psicoterapeuta Caractereroanalítico

## Inteligencia emocional en situaciones de estrés laboral

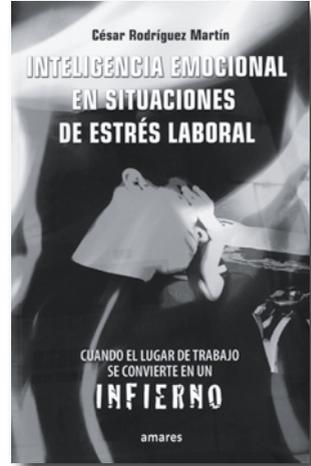
Cada día es más común escuchar los términos Mobbing o acoso laboral y, aunque parece algo surgido en los últimos tiempos, algo que está de “moda”, es, sin embargo, y como se muestra en el presente libro, un problema del que ya aparecían referencias a mediados del siglo XX. Un problema que, como muchos otros, se escondía en el silencio.

El autor del presente libro pretende, partiendo del testimonio real de una víctima del mobbing, dar una visión amplia y pormenorizada, tanto del entramado que rodea la situación de mobbing como de las estrategias para evitar convertirse en víctima. Una situación en la que el silencio, la ocultación y la descalificación de la víctima crean un muro infranqueable que la encierra y de la que no encuentra ningún tipo de salida, siendo la envidia la responsable de la mayoría de estos escenarios.

Haciendo un recorrido por los diferentes aspectos de la inteligencia emocional muestra cómo puede influir la percepción de la situación, los pensamientos, la cognición social y los sentimientos en la conducta resultado, donde la ansiedad, como estado predominante, lleva al estrés y éste al agotamiento laboral. Un bucle en el que, cuando la víctima se da cuenta de que algo está ocurriendo, no tiene forma de volver atrás.

Como señala el propio autor, el objetivo que propone es, por un lado, comprender como el estrés provocado por la situación laboral influye en la vida emocional y, por otro, dar las estrategias para evitarlo.

A través de 16 capítulos muy claros, y partiendo de la base de la inteligencia emocional, desarrolla la reconstrucción de todo un proceso de mobbing, enlazando las cogniciones con las emociones hasta llegar al deterioro que se produce en la víctima, dejando claro como se desarrolla todo el proceso. A partir de aquí, se dan estrategias de control de la ansiedad, especificando una serie de competencias emocionales que permitirán superar o evitar determinadas situaciones de estrés laboral: Auto-conocimiento, autocontrol,



Autor: César Rodríguez Martín

Editorial: Amares. Zaragoza, 2007

auto-motivación, autoestima y habilidades de relación con los compañeros.

La obra no se centra en la víctima, sino que intenta explicar y analizar de forma detallada las claves que explican el origen y la permanencia del acoso laboral. La última parte del libro da las claves o los comportamientos que se tienen que interiorizar para evitar convertirse en la víctima.

En general, el presente libro nos da una visión amplia e integradora de un problema que, aunque se ha dado de forma implícita a lo largo de la historia, ha salido a la luz en los últimos años. Con un lenguaje accesible, tanto para profesionales como estudiantes o población general interesada en la materia, pretende dar un enfoque diferente al tema tratado, centrándose más en las causas que pueden estar en el origen del mobbing y que todos, como potenciales víctimas, podemos evitar.

*Por Noelia Llorens Aleixandre*

Doctora en Psicología. Tria- Ciencia

*Informació Psicològica* acceptarà para su publicació trabajos de orientación científico-profesional en los diversos ámbitos de aplicación de la Psicología.

## trabajos originales

Todos los artículos deberán ser inéditos.

El autor cede los derechos de publicación a *Informació Psicològica*, indicando expresamente que el trabajo no ha sido enviado a otras publicaciones.

El idioma de los artículos será en una de las lenguas oficiales de la CV o en inglés.

Los originales se remitirán a la Secretaría de Redacción en formato electrónico con letra Times New Roman a doble espacio, tamaño 12, por una sola cara y en formato DIN A-4, numerados en el ángulo superior derecho.

Su extensión no excederá de 18 páginas y se admitirán hasta seis figuras y seis tablas.

En la primera página se indicará: título del artículo, nombre y apellidos de los autores, nombre completo del centro y dirección del mismo, así como la dirección para la correspondencia.

Se podrán presentar un máximo de seis gráficas en tinta negra (formato 9x12 o múltiplo) numeradas como figuras.

Se incluirá un resumen y palabras clave en el idioma del artículo y en inglés.

Las referencias bibliográficas y las citas de libros y artículos seguirán las normas internacionales de la APA. Ejemplos:

Bayes, R. (2001) *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.

Calvete, E. y Villa, A. (2000) Burnout y síntomas psicológicos. Modelo de medida y relaciones estructurales. *Ansiedad y Estrés*, 6 (1), 117-130.

Burns, L.H. (1999) Sexual Counseling and Infertility. En L. H. Burns (Ed) *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians*. New York: Parthenon Publishing Group.

Por su parte, en la sección Praxis tienen cabida un rango heterogéneo de trabajos como son: casos clínicos específicos, exposición de técnicas terapéuticas, descripción de métodos de trabajo, revisión de prácticas clínicas e incluso otros contenidos que tengan como finalidad comunicar un saber práctico o aplicado.

## artículos breves

En esta sección se publican artículos que presenten resultados originales preliminares o parciales sobre trabajos de investigación, experiencias piloto, programas preventivos o comunitarios, series clínicas de suficiente interés, etc. y que requieran de una rápida difusión.

El artículo deberá ser comprensible en su totalidad sin necesidad de tener que recurrir a otras fuentes.

La presentación deberá cumplir con las mismas normas de contenido y con el estándar de rigor científico de los trabajos de mayor extensión. Se seguirán las normas de publicación generales de la Revista, salvo que la extensión será de aproximadamente 6/8 hojas, dos cuadros o figuras, un resumen no mayor de 100 palabras y un máximo de 10 citas bibliográficas.

## proceso de aceptación de los originales

La Revista sigue un proceso de evaluación acreditado y regular con cada trabajo que llega a la redacción –evaluación por pares (externos y anónimos)-. Los evaluadores son miembros del Comité Editorial, expertos en el tema tratado e independientes, que emiten su revisión sobre el estado del trabajo mediante un protocolo de actuación. Finalmente, la Dirección de la Revista juzga sobre la conveniencia de su publicación, propuesta de modificación o, en su caso, rechazo del original, lo cual es comunicado al autor/es por escrito.

Si el trabajo es aceptado para su publicación, los derechos de impresión y reproducción por cualquier forma y medio son del editor, aunque se atenderá cualquier petición razonable por parte del autor para obtener el permiso de reproducción de sus contribuciones.

Los originales se remitirán a la Secretaría de Redacción de la revista *Informació Psicològica*: Col.legi Oficial de Psicòlegs. c/Comte d'Olocou, 1. 46003 Valencia o a la dirección electrónica: revistaip@cop-cv.org

## crítica de artículos, revistas y libros

La Revista publicará reseña crítica de los libros recibidos que considere oportunos.

Una vez publicada la crítica se enviará ejemplar de la misma al autor o dirección de la editorial.