

PAPELES DEL PSICÓLOGO

ADOPCIÓN, ACOGIMIENTO FAMILIAR,
RECURSOS RESIDENCIALES



PSICÓPATAS INTEGRADOS/SUBCLÍNICOS - TRATAMIENTO DEL
SOBREPESO Y LA OBESIDAD - VIOLENCIA HACIA LA MUJER - *CYBERBULLYING*



Consejo General de la Psicología de España

C/ Conde de Peñalver, 45 - 5Izq. • 28006 Madrid
E-mail: secop@cop.es • Web: www.cop.es
Teléf.: 91 444 90 20 • Fax: 91 309 56 15

COLEGIOS OFICIALES DE PSICÓLOGOS

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE ÁLAVA



Creado por Decreto 247/2001 de 23/10/2001
Álava
C/ Cercas Bajas, 7 - pasadizo - oficina 16- 1ª planta
01001 Vitoria - Gasteiz
E-mail: cop.alava@terra.es E-mail: copalava@cop.es

Teléf.: 945 23 43 36
Fax : 945 23 44 56

COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL



Creado por Decreto 164/2001 de 03/07/2001
Cádiz, Córdoba, Huelva y Sevilla
Espinosa y Cárcel. 43-45 Bajo
41005 Sevilla
E-mail: cop-ao@cop.es

Teléf.: 95 466 30 76
Fax : 95 465 07 06

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE ANDALUCÍA ORIENTAL



Creado por Decreto 164/2001 de 03/07/2001
Almería, Granada, Jaén y Málaga
C/ San Isidro, 23
18005 Granada
E-mail: copao@cop.es

Teléf.: 958 53 51 48
Fax : 958 26 76 74

COLEGIO PROFESIONAL DE PSICÓLOGOS DE ARAGÓN



Creado por Ley 19/2002 de 18/09/2002
Huesca Teruel y Zaragoza
San Vicente de Paul, 7 Dpldo. 1º Izq.
50001 Zaragoza
E-mail: daragon@cop.es

Teléf.: 976 20 19 82
Fax : 976 36 20 10

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE BIZKAIA



Creado por Decreto 247/2001 de 23/10/2001
Vizcaya
C/ Rodríguez Arias, 5 - 2ª Planta
48008 Bilbao
E-mail: bizkaia@cop.es

Teléf.: 944 79 52 70
944 79 52 71
Fax : 944 79 52 72

COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE CANTABRIA



Creado por Decreto 44/2003 de 08/05/2003
Santander
Avda. Reina Victoria, 45-2º
39004 Santander
E-mail: dcantabria@cop.es

Teléf.: 942 27 34 50
Fax : 942 27 34 50

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE CASTILLA-LA MANCHA



Creado por Decreto 130/2001 de 02/05/2001
Albacete, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara y Toledo
C/ La Cruz, 12 bajo
02001 Albacete
E-mail: copclm@copclm.com

Teléf.: 967 21 98 02
Fax : 967 52 44 56

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE CASTILLA Y LEÓN



Creado por Acuerdo de 20/06/2002
Ávila, Burgos, León, Palencia, Salamanca, Segovia,
Soria, Valladolid y Zamora
C/ Divina Pastora, 6 - Entreplanta
47004 Valladolid
E-mail: dcleon@cop.es

Teléf.: 983 21 03 29
Fax : 983 21 03 21

COLLEGI OFICIAL DE PSICÒLEGS DE CATALUNYA



Creado por Orden 26/06/1985
Barcelona, Girona, Lerida y Tarragona
C/ Rocafort, 129
08015 Barcelona
E-mail: copc.b@copc.cat

Teléf.: 932 47 86 50
Fax : 932 47 86 54

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE CEUTA



Creado por Real Decreto 82/2001 de 26/01/2001
Ceuta
C/ Queipo de Llano, 6. (Esquina Jaudenes)
51001 Ceuta
E-mail: copce@cop.es

Teléf.: 956 51 20 12
Fax : 956 51 20 12

COLLEGI OFICIAL DE PSICÒLEGS DE LA COMUNITAT VALENCIANA



Creado por Ley 13/2003 de 10/04/2003
Alicante, Castellón y Valencia
Carrer Compte D'Olocau, 1
46003 Valencia
E-mail: copcv@cop.es

Teléf.: 96 392 25 95
Fax : 96 315 52 30

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE EXTREMADURA



Creado por Decreto 165/2004 de 03/11/2004
Badajoz y Cáceres
C/ Almonaster la Real, 1-1ºD
06800 Mérida (Badajoz)
E-mail: dextremadu@cop.es

Teléf.: 924 31 76 60
Fax : 924 31 20 15

COLEXIO OFICIAL DE PSICOLOXÍA DE GALICIA



Creado por Decreto 120/2000 de 19/05/2000
La Coruña, Lugo, Orense y Pontevedra
Rua da Espiñeira, 10 bajo
15706 Santiago de Compostela
E-mail: copgalicia@cop.es

Teléf.: 981 53 40 49
Fax : 981 53 49 83

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE GIPUZKOA



Creado por Decreto 247/2001 de 23/10/2001
Guipúzcoa
C/ José Arana, 15 bajo
20001 Donostia
E-mail: donostia@cop.es

Teléf.: 943 27 87 12
Teléf.: 943 32 65 60
Fax : 943 32 65 61

COLLEGI OFICIAL DE PSICÒLEGS DE LES ILLES BALEARS



Creado por Decreto 134/2001 de 14/12/2001
Islas Baleares
Manuel Sanchís Guarnier, 1
07004 Palma de Mallorca
E-mail: dbaleares@cop.es

Teléf.: 97 176 44 69
Fax : 97 129 19 12

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE MADRID



Creado por Decreto 1/2001 de 11/01/2001
Madrid
Cuesta de San Vicente, 4 - 5º
28008 Madrid
E-mail: copmadrid@cop.es

Teléf.: 91 541 99 98
91 541 99 99
Fax : 91 547 22 84

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE MELILLA



Creado por Real Decreto 83/2001 de 26/01/2001
Melilla
General Aizpúru, 3
52004 Melilla
E-mail: copmelilla@cop.es

Teléf.: 952 68 41 49

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE NAVARRA



Creado por Decreto Foral 30/2001 de 19/02/2001
Navarra
Monasterio de Yarte, 2 - Bajo Trasera
31011 Pamplona
E-mail: dnavarra@cop.es

Teléf.: 948 17 51 33
Fax : 948 17 53 48

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE LAS PALMAS



Creado por Resolución 290 de 19/02/2001
Las Palmas de Gran Canaria
Carvajal, 12 bajo
35004 Las Palmas de Gran Canaria
E-mail: dpalmas@cop.es

Teléf.: 928 24 96 13
Fax : 928 29 09 04

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



Creado por Decreto 66/2001 de 12/07/2001
Asturias
Ildefonso Sánchez del Río, 4 - 1ºB
33001 Oviedo
E-mail: dasturias@cop.es

Teléf.: 98 528 57 78
Fax : 98 528 13 74

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE LA REGIÓN DE MURCIA



Creado por Decreto 3/2001 de 19/01/2001
Murcia
C/ Antonio de Ulloa, 8 bajo Ed. Nevela Blq.1
30007 Murcia- En la Flota
E-mail: dmurcia@cop.es

Teléf.: 968 24 88 16
Fax : 968 24 47 88

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE LA RIOJA



Creado por Decreto 65/2002 de 20/12/2002
La Rioja
Ruavieja, 67-69, 3º Dcha.
26001 Logroño
E-mail: drioja@cop.es

Teléf.: 941 25 47 63
Fax : 941 25 48 04

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE SANTA CRUZ DE TENERIFE



Creado por Resolución 02/04/2001
Tenerife
C/ Malaquita, 5, Edificio Rodaderos, Local 4
38005 Sta. Cruz de Tenerife
E-mail: copstenerife@cop.es

Teléf.: 922 28 90 60
Fax : 922 29 04 45

Artículos

2. De los "hijos del corazón" a los "niños abandonados": construcción de "los orígenes" en la adopción en España
Beatriz San Román Sobrino
11. La calidad del acogimiento residencial en Portugal y el ejemplo de la evolución española
Sónia Rodrigues, Maria Barbosa-Ducharne y Jorge F. del Valle
23. Recursos residenciales para menores seriamente disruptivos: Aportaciones técnicas a un debate social e institucional
Antonio Galán Rodríguez
32. Psicópatas integrados/subclínicos en las relaciones de pareja: Perfil, maltrato psicológico y factores de riesgo
José Manuel Pozuelo Romero, Juan Manuel Moreno Manso, Macarena Blázquez Alonso y M^a Elena García-Baamonde Sánchez
49. El papel del Psicólogo Clínico en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad
Isaac Amigo Vázquez y Concepción Fernández Rodríguez
57. La violencia hacia la mujer mayor: Revisión bibliográfica
Montserrat Celdrán
65. Análisis psicosocial del ciberbullying: Claves para una educación moral
José María Avilés Martínez

Revisión libros

74. Manual de Consejo Psicológico: Una visión despatologizada de la Psicología Clínica
López, E. y Costa, M. Madrid: Síntesis, 2012
Serafín Lemos Giráldez
76. Diccionario Histórico de Instituciones de Psicología en Brasil/*Dicionário Histórico de Instituições de Psicologia no Brasil*
Jacó-Vilela, A. M. (Coord.). Rio de Janeiro: Imago, 2011
Tomás Caycho Rodríguez

Articles

2. From "children of the heart" to "abandoned children": Construction of the "origins" of adoption in Spain
Beatriz San Román Sobrino
11. The quality of residential child care in Portugal and the example of its evolution in Spain
Sónia Rodrigues, Maria Barbosa-Ducharne and Jorge F. del Valle
23. Residential care resources for severely disruptive minors: technical contributions to a social and institutional debate
Antonio Galán Rodríguez
32. Successful/subclinical psychopaths in intimate relationships: Profile, psychological maltreatment, and risk factors.
José Manuel Pozuelo Romero, Juan Manuel Moreno Manso, Macarena Blázquez Alonso and M^a Elena García-Baamonde Sánchez
49. The role of the Clinical Psychologist in the treatment of overweight and obesity
Isaac Amigo Vázquez and Concepción Fernández Rodríguez
57. Violence against older women: A bibliographical review
Montserrat Celdrán
65. Psychosocial analysis of cyberbullying: Keys for a moral education
José María Avilés Martínez

Book review

74. Manual de Consejo Psicológico: Una visión despatologizada de la Psicología Clínica [Handbook of psychological advice: A non psychopathological view of clinical psychology]
López, E. and Costa, M. Madrid: Síntesis, 2012
Serafín Lemos Giráldez
76. Diccionario Histórico de Instituciones de Psicología en Brasil/*Dicionário Histórico de Instituições de Psicologia no Brasil* [Historical dictionary of psychology institutions in Brasil]
Jacó-Vilela, A. M. (Coord.). Rio de Janeiro: Imago, 2011
Tomás Caycho Rodríguez

PAPELES DEL PSICÓLOGO

Edita

Consejo General de la Psicología de España

Director

Serafín Lemos Giráldez

Directores asociados

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

Consejo Editorial

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

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

Consejo Asesor

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

Diseño y maquetación

Cristina García y Juan Antonio Pez

Administración y publicidad

Silvia Berdullas y Cristina Castilla

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

Impresión

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

Depósito Legal

M-27453-1981 / ISSN 0214-7823

De este número 1 del Vol. 34 de Papeles del Psicólogo se han editado 54.950 ejemplares.

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

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

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

DE LOS "HIJOS DEL CORAZÓN" A LOS "NIÑOS ABANDONADOS": CONSTRUCCIÓN DE "LOS ORÍGENES" EN LA ADOPCIÓN EN ESPAÑA

FROM "CHILDREN OF THE HEART" TO "ABANDONED CHILDREN": CONSTRUCTION OF "THE ORIGINS" OF ADOPTION IN SPAIN

Beatriz San Román Sobrino

Universitat Autònoma de Barcelona/Grupo de Investigación AFIN

Los discursos sobre la adopción constituyen, para las familias adoptivas y las personas adoptadas, un repertorio que las interpela y en relación con el cual negocian el significado de la adopción en sus trayectorias vitales e identidades. A partir de los resultados de una investigación etnográfica sobre los discursos de las familias adoptivas, las personas adoptadas y los profesionales que con ellas intervienen, se analiza cómo se ha construido la noción de "los orígenes" en la adopción en España, desde el silenciamiento hasta la penetración de un discurso que considera al "abandono" como insoslayable en la trayectoria vital de toda persona adoptada y cuáles han sido sus implicaciones.

Palabras clave: Adopción, Orígenes, Pérdida, Abandono.

For adoptive families and adoptees, discourse on adoption raises a range of questions for discussion in relation to which they negotiate the meaning of the adoption in their life trajectories and identities. Based on the results of an ethnographic research study on the speech of adoptive families, adoptees and adoption practitioners, this article examines how the notion of the "origins" of adoption has been built in Spain, from their concealment to the propagation of the discourse that considers "abandonment" as an inescapable fact in the adoptees' lives. Finally, the implications of the latter are discussed.

Key words: Adoption, Origins, Loss, Abandonment.

En España, como en otras sociedades que siguen el modelo del parentesco euro-norteamericano, encontramos actualmente una gran diversidad de formas familiares y modos de constituirse en familia. La anticoncepción y las nuevas tecnologías reproductivas han permitido una planificación de la reproducción y la aparición de nuevos discursos sobre la misma: ser madre o padre ya no depende de una relación sexual heterosexual sino del "deseo" de serlo. En este sentido, tanto la adopción como las técnicas de reproducción asistida (TRA) con donación de material genético ponen en cuestión la necesidad de una relación biogenética para el establecimiento de vínculos de filiación. No obstante, como señaló Modell (1994) para las adopciones en el contexto norteamericano, estas nuevas formas de parentesco se construyen en relación al patrón marcado por el parentesco biológico, ya sea para cuestionarlo o para desarrollar estrategias que los igualen.

A diferencia de lo que ocurre con las TRA (excepción hecha de la gestación subrogada), en la adopción no solo se adoptan niños y niñas producidos por otros cuerpos (Howell, 2003), sino que estos, tras su nacimiento, pasan tanto simbólicamente como físicamente de una familia (la denominada

"biológica") a otra (la adoptiva). A este tránsito, así como a la familia de nacimiento y a lo acontecido antes de la adopción, hace referencia la noción de "los orígenes".

Como recuerda Palacios (2009), no hace tanto era una práctica común entre las y los profesionales de la adopción ocultar a las familias adoptivas información sobre la etapa preadoptiva de sus hijos e hijas por temor a su estigmatización o a levantar temores entre quienes adoptaban. Sin embargo, actualmente existe un cierto consenso en torno al derecho de las personas adoptadas a conocer su historia, lo que se ha reflejado en el reconocimiento legal de su derecho a la información que sobre este tema obre en poder de las entidades públicas (ver artículo 12 de la *Ley de Adopción Internacional* de 2007).

En lo que se refiere a la "revelación" –la comunicación de la condición de adoptado–, hay datos que muestran un notable avance. Si en 1996 un 50% de las niñas y niños adoptados en Andalucía desconocían serlo (Palacios, Sánchez-Sandoval y Sánchez, 1996), diez años después esa cifra era del 5% (Palacios, Sánchez-Sandoval y León, 2005). No obstante, investigaciones recientes señalan que hablar de la adopción no equivale a hablar de "los orígenes", debido a la singular dificultad –familiar y social– para incluir a los padres –y en particular a las madres– de nacimiento en esos relatos (Marre, 2009), así como para hablar de lo ocurrido antes de la misma (Berástegui y Jódar, en prensa).

Correspondencia: Beatriz San Román Sobrino. Departamento de Psicología Social de la Universitat Autònoma de Barcelona/ Grupo de Investigación AFIN. Carrencà, 5. 08017 Barcelona. España. E-mail: beatrizsroman@gmail.com



Jociles y Charro (2008) han señalado la influencia de los discursos de las y los profesionales de la psicología y el trabajo social encargados de la formación y evaluación de quienes desean adoptar transnacionalmente en la construcción de los roles parentales de las familias adoptivas. Dichos discursos insisten en diferenciar la parentalidad biológica de la adoptiva, señalando –entre otros aspectos– que los futuros padres y madres deberán “valorar y respetar los orígenes del menor y facilitar que pueda desarrollar un sentimiento de orgullo hacia su procedencia e identidad” (2008, p. 118). Sin embargo, al no explicitar qué se entiende por “orígenes”, qué aspectos de los mismos deben ser comunicados ni cuáles son las razones para sentir orgullo sobre su procedencia, “los orígenes” se transforman en una categoría vacía de contenido que, en el caso de las adopciones transnacionales, tiende a interpretarse como la cultura (del país de origen) que se supone que los niños y niñas traen consigo, aun cuando hayan llegado a España a edades muy tempranas, es decir, de manera casi genética o biológica (Marre, 2007).

La psicología discursiva que orienta este artículo y la investigación que lo sustenta ha señalado el papel esencial del discurso –entendiendo como tal el sistema de enunciados que construyen un objeto (Parker, 1992)– en la constitución de los sujetos sociales –las subjetividades y sus identidades asociadas– y en el establecimiento y estabilización de las relaciones de poder por parte de los grupos dominantes. “Las descripciones y los relatos construyen el mundo o, por lo menos, versiones del mundo” (Potter, 1998, p. 130) que compiten entre sí para construir la *verdad*, en relación con las cuales las personas negocian sus identidades (Hall, 2008). Los discursos sobre las familias ampliadas o formadas a través de la adopción constituyen para los padres y madres adoptivos y sus hijos e hijas un repertorio que los interpela, y en relación con el cual negocian el significado de la adopción en sus biografías y sus identidades.

El propósito de este artículo es analizar los discursos hegemónicos –en términos de su aceptación y reproducción por parte de las familias adoptivas y de las personas adoptadas– sobre el paso de una familia a otra en la adopción en España y su evolución, desde el silenciamiento inicial a la concepción del mismo como una “pérdida” o un “abandono” con consecuencias emocionales inevitables para las personas adoptadas. Esta última concepción, a diferencia de la hegemónica precedente que partía de la idea del niño adoptado como una *tabu-*

la rasa (Howell y Marre, 2006), entiende que la adopción no es un punto y aparte en las trayectorias vitales de las personas adoptadas porque las “secuelas del abandono” siguen presentes en su vida y afectan su personalidad y su relación con los otros y el mundo.

Aunque se enuncien como consecuencias *naturales* de no poder crecer en el seno de la familia en la que se ha nacido, la “pérdida” y el “abandono” son construcciones psicosociales y socioculturales. No cabe en este espacio una exposición exhaustiva de ejemplos en este sentido (ver Bowie, 2004; Carroll, 1970; Marre, 2010) aunque sí mencionar que, en muchas culturas, no son las relaciones biológicas las que construyen parentesco, por lo que el hecho de que procreación y crianza no coincidan en las mismas personas no constituye en ellas un estigma ni una desgracia sino, en muchos casos, lo contrario. Se trata de una constatación que, si bien no elimina el malestar derivado de las posibles “pérdidas” de la adopción en nuestra cultura, sí sugiere la necesidad de reflexionar sobre cómo se construye discursivamente el paso de una familia a otra y las posibles “pérdidas” derivadas.

Este artículo se basa en datos recogidos durante cuatro años de observación participante en el colectivo de familias adoptantes españolas (diez años si se tiene en cuenta que, durante los seis años previos al inicio de este estudio, la autora participó activamente en el colectivo de familias adoptantes y en el movimiento asociativo que de él emergió, y recogió información para la elaboración de dos libros relacionados con la adopción), en la participación en treinta y dos jornadas y cursos formativos para familias y profesionales sobre la integración social y familiar de las personas adoptadas, en textos escritos por psicólogos y psicólogas especializados en adopción y en diez entrevistas en profundidad a personas adoptadas y cuatro a profesionales y técnicos de base psicológica del área de la postadopción y/o la protección de la infancia en general.

Mi condición de madre adoptiva y miembro activo del movimiento asociativo de familias adoptivas, en el que tengo relaciones personales y virtuales desde hace más de una década, facilitó mi trabajo de campo, mi permanencia en el mismo, así como el acceso a determinada información. Sin embargo, también ha requerido de un ejercicio constante de reflexividad, con especial atención a equilibrar las nociones de empatía y extrañamiento para evitar que mi experiencia e ideas previas condicionaran la recogida e interpretación de datos. La relectura crítica del diario y los textos sobre adopción que escribí



durante el período de tramitación y los primeros años de maternidad adoptiva, así como la discusión de resultados preliminares de investigación en encuentros formales e informales con otras investigadoras, con miembros de la comunidad adoptiva y con profesionales de la psicología del área de la adopción, han sido de singular utilidad. Pertenecer y trabajar en un equipo multidisciplinar fue fundamental para orientar y reorientar el análisis a partir de los comentarios críticos y las aportaciones de sus integrantes.

Del tabú de la adopción a los “hijos del corazón” (2000-2008)

“(…) tienen unos padres que los engendraron en el corazón y no en la barriga (...) son nuestros hijos del corazón”.

De la página web de la asociación Adopchina (<http://www.adopchina.org/quienes.html>)

Hasta finales del siglo XX la adopción era, en España, la última oportunidad para quienes no podían procrear (Berástegui, 2010a), un hecho vergonzante que se convertía en un tabú rodeado de secretismo y ocultamiento (García Villaluenga y Linacero de la Fuente, 2006). Sin embargo, el desarrollo de la adopción transnacional y la mayor visibilidad de la adopción que conllevó produjeron cambios sustanciales en el modo en que la afrontan quienes adoptan.

La aparición, hace poco más de una década, de las primeras asociaciones de las autodenominadas “familias adoptantes” y de numerosos foros de Internet en los que se reunían para compartir información y experiencias y organizar encuentros periódicos fueron síntomas claros del cambio de tendencia (para un análisis del nacimiento del movimiento asociativo de familias adoptivas ver Marre, 2004). La decisión de adoptar y el proceso de adopción pasaron de ser un asunto íntimo a convertirse en una experiencia compartida. Internet, con su posibilidad de contactar con otras personas inmersas en el mismo tipo de proceso manteniendo el anonimato, fue utilizado inicialmente como fuente de información sobre los procesos y su tramitación, pero pronto se convirtió en un lugar donde compartir experiencias, dudas y sentimientos, y también obtener consejos y opiniones.

Los paralelismos con la parentalidad biológica y el adultocentrismo de los relatos son las características más notables de los discursos de esta etapa. El proceso y “la espera” (el tiempo que transcurre entre la consecución del certificado de idoneidad –por el que la ad-

ministración declara “aptas” a las familias solicitantes y la autoriza a seguir adelante con el proceso– y la culminación de la adopción) eran percibidos como un largo camino ralentizado por las trabas burocráticas que impedían reunirse con el futuro hijo o hija. Howell y Marre (2006) analizaron los paralelismos entre los procesos de adopción y los de procreación ‘natural’, sugiriendo que la etapa de “embarazo” se iniciaba cuando los futuros padres y madres adoptivos recibían la aprobación por parte de la Administración, mientras que el “nacimiento” se producía con la asignación de un niño o niña concretos y culminaba en el momento en que estos se encontraban con sus familias adoptivas. En las narraciones de quienes adoptan, la maternidad y paternidad biológicas son el referente –y modelo– constante e ineludible, manifiesto en el uso de metáforas y comparaciones que ligan ambos procesos. Así, por ejemplo, una madre adoptiva que acababa de recibir la primera foto del que sería su hijo describía su emoción en una lista de distribución en internet escribiendo “esto es como ver la primera ecografía”; otra, en un mensaje en el que respondía a una mujer que al fin tenía fecha para viajar a buscar a su hijo, comentaba jocosamente “¡se te ha puesto cara de parturienta!”. A menudo, para referirse al proceso de adopción, se utilizaban expresiones como “embarazo burocrático” o “embarazo de elefanta” (por su duración).

En esos discursos los niños estaban presentes en tanto que objetivo, la meta al final del camino. Tanto en las familias como en los medios de comunicación los discursos se centraban, como señaló Howell (2006), en el proyecto –adulto– parental. Los niños aparecían como los “hijos más deseados” (Cernuda y Sáenz-Diez, 1999), que llegaban a la familia después de un tortuoso camino burocrático que daba cuenta del esfuerzo de la familia y, por tanto, de la magnitud del deseo.

Lo ocurrido antes de la adopción quedaba eclipsado por la necesidad de poner en valor la filiación adoptiva, capaz de construir lazos equiparables a los biológicos. “Adoptar no es hacer una obra de caridad, ni un acto de solidaridad, adoptar es querer ser padre, querer ser madre, sin importarte el origen de este hijo” (cita original en catalán) escribía Mercedes Vilaseca (2008), presidenta de FADA (la Federación de Asociaciones por la Adopción). El “deseo de ser padres” era también para los profesionales encargados de la selección y formación de las personas adoptantes la motivación adecuada y correcta para iniciar un proceso de adopción, frente a otras consideradas incorrectas o in-



suficientes (Jociles y Charro, 2008). En los foros de Internet sobre adopción, se aconsejaba a quienes iniciaban el proceso que en las entrevistas de los estudios psicosociales contestasen a las preguntas sobre sus motivaciones para la adopción en este sentido, ya que, según se decía, cualquier respuesta que no se refiriera al deseo de “ser padres” podía ser causa de denegación del certificado de idoneidad.

Así, la expresión “hijos del corazón”, probablemente la que mejor representaba la magnitud del deseo y que sirvió de título a uno de los *bestsellers* sobre el tema (el libro de Javier Angulo y José A. Reguilón, cuya primera edición se publicó en 2001), llegó a convertirse en un lugar común. Aparecía profusamente en los relatos de las familias adoptivas –“yo a mi hija le digo que no crecí en mi barriga, sino un poco más arriba, en mi corazón”, explicaba una madre adoptiva– y también en numerosos artículos y reportajes en medios de comunicación, como la serie documental de ocho capítulos *Hijos del Corazón*, producida por TVE y emitida por primera vez el 12 de noviembre de 2006.

De los “hijos del corazón” a los niños “abandonados” (2008-...)

“El niño adoptado es un niño abandonado”

Del blog de Javier Múgica, psicólogo y terapeuta de familia

(<http://javiermugicaadoptia.blogspot.com/2012/01/el-nino-adoptado-es-un-nino-abandonado.html>)

Si bien los discursos analizados anteriormente no han desaparecido y siguen siendo frecuentes entre quienes inician un primer proceso de adopción, en los últimos años, se observan cambios en el modo en que quienes han adoptado hablan de la adopción.

Un primer factor que ha contribuido al cambio son los desafíos que ha planteado la inclusión familiar y social de los niños y niñas llegados a España a edades tempranas en la época de máximo auge de la adopción transnacional. Esta hipótesis es consistente con las investigaciones sobre la evolución de niñas y niños adoptados, como las referenciadas en los meta-análisis realizados por Wierzbicki (1993) y Brodzinsky (1993), que señalan que los trastornos adaptativos en este colectivo emergen con mayor claridad en la segunda infancia (edad escolar) y en la adolescencia. Si bien la adopción se ha revelado como una intervención con consecuencias positivas para el desarrollo de los niños y niñas, especialmente cuando se les compara con aque-

llos que no fueron adoptados y cuya infancia transcurrió en instituciones (Juffer y Van IJzendoorn, 2005), una parte de los niños y niñas adoptadas presentan dificultades adaptativas y relacionales (Abrines *et al.*, 2012; Barcons *et al.* 2011, 2012). Si bien, buena parte de las familias se muestran encantadas con los progresos de sus hijos durante la primera infancia, con el inicio de la escolarización obligatoria y la preadolescencia y adolescencia, los relatos sobre problemas en la escuela y trastornos externalizantes se incrementan sustancialmente, junto a la hipótesis sobre los efectos –negativos– de las vivencias previas a la adopción sobre las estructuras cognitivas y psicológicas.

Un segundo factor que ha contribuido al cambio en los discursos sobre la adopción es la aparición de nuevos actores en la escena postadoptiva: las personas adultas adoptadas y sus asociaciones y las y los profesionales de la postadopción, productores de “nuevas” explicaciones sobre lo que significa “ser adoptado”. El adjetivo “nuevas” aparece aquí entrecomillado porque, como se explicita más adelante, se basan en ideas difundidas en Estados Unidos, el primer país del mundo en número de adopciones, desde principios de los ‘90. En cambio, en Francia, uno de los países europeos con la más sostenida tradición en adopciones y donde ha pervivido la adopción simple (que no requiere de la ruptura con la familia de nacimiento, sino que a esa primera filiación se suma la adoptiva), este tipo de discursos son inusuales en la bibliografía aunque han tenido cierta penetración a través de la traducción de la obra de Verrier (2004).

En abril de 2008, tuvo lugar en Donostia la jornada “Postadopción: varias miradas al futuro”, organizada por la asociación de familias adoptantes Anichi y la federación estatal CORA (Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento), en la que participó como ponente la vicepresidenta de la asociación francesa *La Voix des Adoptés*. Su testimonio causó un gran impacto entre los asistentes (mayoritariamente familias adoptivas vascas y representantes de asociaciones de adoptantes de diversos puntos del estado español), que incluso meses más tarde seguían comentando cómo les había cambiado su visión de la adopción. Esta persona, adoptada a los pocos días de nacer, explicó que su infancia había sido normal, feliz, salvo por algunos problemas de salud de confuso diagnóstico a los que no supo encontrar respuesta hasta la edad adulta, cuando descubrió que sus problemas personales se debían a lo que llamó “la herida primaria



del abandono”. Durante buena parte de su intervención, sostenía en sus manos la traducción francesa de *The Primal Wound* [La herida primaria] de Nancy Verrier (que en 2010 sería traducido y publicado en España con el título *El niño adoptado: comprender la herida primaria*). Según dijo, ese libro le había cambiado la vida al permitirle “entender por qué soy cómo soy y por qué siento lo que siento”.

Publicado por primera vez en inglés en 1993, el libro de Verrier forma parte de una producción bibliográfica estadounidense de principios de la década de los '90 que señala que, junto al impacto de las privaciones y carencias de la etapa preadoptiva, el paso de una familia a otra produce secuelas psicológicas que la adopción debe reparar. Ya en 1990, en el capítulo introductorio al libro *The psychology of adoption* que reunía diversos trabajos provenientes de la investigación y la práctica clínica, Brodzinsky había señalado que “en los últimos años, los y las y las especialistas en adopción han reconocido el rol que juega la pérdida en el ajuste psicológico, incluso de aquellos niños y niñas a quienes se les ha proporcionado un hogar muy tempranamente” (1990, p. 7).

Tres años después, desde su experiencia como madre adoptiva, y tras la realización de una tesina para un máster en psicología clínica para el que entrevistó a personas adoptadas, Verrier apelaba a la “herida primaria del abandono” para argumentar –con referencias a la neurociencia, la teoría del apego y la “psicología pre- y perinatal” (Verrier, 2010, p. 26)– que la ruptura del vínculo gestado durante el embarazo afecta “dramáticamente” las estructuras cerebrales de las personas adoptadas, aun cuando sean adoptadas inmediatamente después del nacimiento. Siete años después, Soll (2000) –psicoterapeuta, hijo adoptado y director y cofundador de *Adoption Crossroads*, una organización internacional que agrupa más de 470 agencias de adopción, instituciones de salud mental y grupos de apoyo en la búsqueda de orígenes– adhería a esta idea, añadiendo que la “revelación” –que se produce generalmente durante la infancia– supone un segundo trauma, al que se suma un tercero cuando –alrededor de los seis u ocho años de edad– la frustración, la rabia, la ansiedad y el duelo que experimentan quienes han sido adoptados se encuentran con mensajes de su entorno que les instigan a reprimirlos. En su opinión, el no reconocimiento de esos sentimientos produce una “muerte psicológica” (Soll, 2000, p. 27) por represión o desconfianza de los propios sentimientos.

Otros autores y autoras norteamericanos que escriben sobre adopción desde la práctica profesional o la investigación hablan de “sentimiento de pérdida” (Brodzinsky, Schechter y Henig, 1993; Courtney, 2000; Groza y Rosenberg, 2001; Melina, 1998; Schooler, 2001) para referirse a las consecuencias de la separación de la familia de nacimiento, lo que implica una visión menos determinista. No utilizan el término “abandono”, sino “sentimiento/s (o sensación) de abandono”. El “abandono”, entonces, no se presenta como un hecho en sí mismo sobre cuya génesis la persona adoptada no ha tenido ninguna agencia, sino como un sentimiento –*feeling*– o una sensación –*sense*– que es “consecuencia de la pérdida” (Schooler, 2001, p. 57), ya sea de la madre tras el nacimiento o, en el caso de quienes son adoptados con cierta edad, de “todo lo que les es familiar, de la familia, la cultura, la comunidad” (Groza y Rosenberg, 2001, p. 10).

En España, el llamado *boom* de la adopción transnacional, que tuvo su punto álgido en 2004, dio lugar a un número creciente de profesionales que trabajan con personas adoptadas y sus familias. Paralelamente, ha aparecido también una creciente producción literaria sobre adopción en gran parte escrita por esos profesionales, en la que lo que Berastegui (2010b, p. 115) define como “la quiebra de la secuencia temporal del establecimiento de vínculos” aparece con frecuencia construido como “abandono” (Miravent y Ricart, 2010; Múgica, 2006 y 2010; Sagarna, 2010; Vilagínés, 2007). Se señala que “el niño ha sufrido de forma real el rechazo de los que le engendraron” (Miravent y Ricart, 2010, p. 307), que su historia está marcada por un abandono (Sagarna, 2010) y que, por tanto, la comunicación de “los orígenes” “no es un mero dato o información inocente [ya que implica] una auténtica y compleja reconciliación con los protagonistas y motivos del abandono vivido” (Múgica, 2006, p. 161).

A partir de aquella primera presentación realizada por su vicepresidenta en Donostia en 2008 y durante los dos años siguientes, las asociaciones españolas de adoptantes invitaron a la asociación *La Voix des Adoptés* a impartir conferencias en diferentes lugares de España –entre ellos, Vigo, Segovia, Valladolid, Zaragoza y Pamplona–. Si durante sus primeros años estas entidades se habían dedicado fundamentalmente a informar y orientar a las familias en los procesos de adopción (“el papeleo”), paulatinamente fueron destinando más recursos a actividades, talleres y conferencias sobre parentalidad adoptiva, a cargo de profesionales de la psicología de



los servicios públicos y privados de postadopción y de integrantes de la asociación española *La Voz de los Adoptados*, fundada a principios de 2009 y que –a diferencia de su homónima francesa– estaba integrada fundamentalmente por personas que llegaron a sus familias adoptivas a través de la adopción nacional. Los integrantes de la Junta Directiva de esta asociación asumieron desde el inicio el discurso del “abandono” en las conferencias que impartían. En octubre de 2009, al coincidir en Gijón con su presidente y vicepresidenta en las jornadas *La atención de la infancia en tiempos de crisis*, cuando les pregunté de qué trataría su ponencia, la respuesta fue rotunda: “De abandono, abandono y abandono”.

También las asociaciones de familias adoptivas fueron incorporando el “discurso del abandono”, junto a la reivindicación de su papel de “familias terapéuticas” (Azcona, 2009; Eguzkika citado por San Román, 2008; Nuñez, s.f.) y de la necesidad de servicios profesionalizados de apoyo postadoptivo.

No obstante, no siempre quienes fueron adoptados/as se perciben –o construyen– como “abandonados”. En Facebook, donde existe una intensa interacción entre personas adoptadas –muchas de las cuales están en proceso de búsqueda de sus “orígenes”–, se produjo un cierto debate sobre la cuestión. Mientras algunas veían el abandono como un hecho insoslayable de su biografía, otras señalaban que lo que sentían era más bien una acuciente curiosidad por tener información sobre su familia de nacimiento, de manera similar a lo descrito por Carsten (2000a) en su trabajo con personas adoptadas en Escocia que se han re-encontrado con sus familiares biológicos.

En España, la difusión del “discurso del abandono” coincidió en el tiempo con el “descubrimiento” de que buena parte de los niños y niñas procedentes de la adopción transnacional no eran huérfanos, como se había creído. La versión española del artículo de E. Graff (2009) “Hijos de la mentira” –“The lie we love” [La mentira que amamos] en la versión inglesa– causó una gran conmoción en los foros de Internet sobre adopción. Frente a la idea ampliamente extendida de que existía una “crisis mundial de huérfanos” en los países pobres para los que la adopción era la última oportunidad de vivir en familia, su autora ponía sobre la mesa no solo la existencia de madres (y padres) de nacimiento, sino también el hecho de que muchas de ellas se habían visto –o habían sido– obligadas a renunciar a sus hijos.

La idea de que “todo niño adoptado es un niño abandonado” que arrastra la “herida del abandono” ha ido ganando espacio hasta casi convertirse en hegemónica –en el sentido gramsciano del término–. Un ejemplo de ello fueron las *I Jornadas sobre Adopción y Acogimiento Familiar de Canarias* en abril de 2010, en las que participaron como ponentes profesionales de distintos ámbitos relacionados con la adopción, personas adoptadas y familias adoptivas o acogedoras. A partir de las tres primeras, prácticamente todas las presentaciones se congratularon de que quienes las precedieron hubieran hablado del “abandono inherente a toda adopción”. Unos meses más tarde, el 24 de septiembre de 2010, el Parlamento Navarro, a instancias de las asociaciones de familias adoptivas y de personas adoptadas, aprobó una enmienda a la *Ley Foral 15/2005 de promoción, atención y protección a la infancia y a la adolescencia* por la que reconocía el estatus de “víctimas del abandono” para estas últimas. Aunque sin consecuencias prácticas, el reconocimiento era una prueba más de la rápida penetración del “discurso del abandono” en tanto que solución al tema de “los orígenes”.

CONSIDERACIONES FINALES: IMPLICACIONES DEL DISCURSO DEL ABANDONO

Frente al silencio sobre lo ocurrido antes de la adopción que caracterizaba los relatos de las familias adoptivas hasta hace poco tiempo, la noción de “abandono” supone, cuando menos, el reconocimiento de la etapa preadoptiva en las trayectorias vitales de las personas adoptadas. Los relatos de vida y entrevistas a personas adultas que fueron adoptadas en su infancia confirman que el modo en que “los orígenes” han sido tratados (o soslayados) en los relatos familiares suele ser fuente de inquietud y malestar. De una parte, la escasa o nula información sobre las razones que llevaron a la separación de la familia de nacimiento es, con frecuencia, vivida con angustia; de otra, muchas personas adoptadas afirman haber sentido una fuerte presión de su entorno familiar y social que les demandaba un sentimiento de agradecimiento hacia sus familias adoptivas y la obligación de compensarlas por “todo lo que han hecho por ti”.

En este sentido, el “discurso del abandono” resulta liberador tanto para las personas adoptadas como para sus familias adoptivas. Para las primeras, porque las recoloca –o construye– como víctimas indefensas –por tanto, pasivas– que arrastran de por vida unas heridas emocionales de las que ni ellas ni sus familias adoptivas son responsa-



bles. Para las segundas, porque les permite enfrentarse a las preguntas y dudas sobre la adopción y/o a los posibles problemas de sus hijos e hijas como a algo de cuya génesis son totalmente ajenos –en tanto que consecuencia inevitable de “sus orígenes”– y ante los que pueden asumir el papel de *rescatadoras* o “familias terapéuticas”.

El lugar en el que este discurso coloca a las familias de nacimiento es, en cambio, muy distinto. El uso de un verbo transitivo en su forma pasiva, como en la cita que encabeza el apartado anterior (“el niño adoptado es un niño abandonado”), remite de inmediato a la existencia de un sujeto abandonador. Los progenitores, en particular las madres –que tradicionalmente han permanecido “silentes, invisibilizadas y desconocidas” (Marre, 2009, p. 99), tanto en la adopción nacional como en la transnacional–, cobran así protagonismo como “perpetradoras del abandono” y, por ello, causantes de los problemas adaptativos y emocionales –“manifestaciones de las secuelas emocionales del abandono” (Sagarna, 2010, p. 272)– de las personas adoptadas. De este modo, se naturaliza una concepción patriarcal de la maternidad, según la cual el embarazo (incluso cuando no hubiera sido deseado ni se hubiera dispuesto de métodos de planificación familiar para evitarlo) implica la obligatoriedad para la mujer de cuidar y amar a la criatura que dará a luz. El uso generalizado del término “abandono” engloba, como un acto de desamparo consciente y voluntario, una variada casuística en la que las mujeres son muchas veces objeto de una violencia simbólica (Bourdieu y Passeron, 1979), que las lleva primero a parir con independencia de la existencia o no de un proyecto de maternidad, y después a separarse de sus hijos o hijas. Sin entrar a analizar la diversidad de razones por las que un niño o una niña son dados en adopción, la renuncia a un hijo o una hija podría ser también una forma de proveerles de los cuidados que necesitan y que, por las razones que fuere, la familia de nacimiento no está en disposición de proporcionar. En el caso de la adopción transnacional, hoy se sabe que, con frecuencia, las familias de origen se ven empujadas o forzadas a entregar a sus descendientes en razón de su pobreza (Rotabi y Gibbons, 2011; Smolin, 2005). Como ha señalado Leinaweaver (2012), al declarar a estos últimos abandonados, “el acto de quitar y exportar a los hijos e hijas de los pobres se logra normalizar como algo moralmente apropiado y beneficioso”.

La construcción de “los orígenes” como “abandono” –y la asunción de que este causa un impacto psicológico

cuyas consecuencias perduran mucho después de la adopción–, desde mi punto de vista, se inscribe en lo que Pérez Álvarez (2011, p. 98) ha denominado la “tendencia cerebro-céntrica” que invade la psicología y la cultura popular. La idea de que la separación de la madre tras el nacimiento conlleva una serie de secuelas (que se suponen grabadas en los circuitos cerebrales) elude el papel crucial de las prácticas discursivas en la conformación de subjetividades –y en la (re)producción de estructuras de poder y opresión–, al tiempo que reduce los malestares y problemas emocionales de las personas a simples desequilibrios neuroquímicos o defectos en los circuitos cerebrales.

Desde otra perspectiva, sugiero que, para las personas adoptadas, asumirse como víctimas del abandono puede inducir a desresponsabilizarse de aquellos aspectos de sí mismas que desearían fueran de otro modo, diluyendo su capacidad de agencia. Así se trasluce tanto en los discursos de los miembros más activos de la asociación *La Voz de los Adoptados* como en dos de las entrevistas a personas adoptadas, que mencionaron espontáneamente el abandono como una clave no ya de su historia, sino de su manera de ser o de sus dificultades en las relaciones interpersonales.

La antropología ha demostrado desde sus inicios, a través de la descripción y análisis de otras culturas, que el parentesco en tanto que reconocimiento social de una relación biogenética es una construcción cultural –no natural– (Strathern, 1995) y, por tanto, contingente. Asimismo, las familias no-tradicionales y, desde los ‘80, las técnicas de reproducción asistida –las TRA– cuestionan también la relación entre lazos de sangre y parentesco desde el interior de nuestra propia cultura (Carsten, 2000b). Si en lugar de definir a las personas adoptadas como “víctimas” y de hablar de su experiencia como “abandono”, se hablara de “separación” (de sus primeras familias), tal vez se podría facilitar la reconciliación con “los orígenes”, no solo por parte de las personas adoptadas, sino también de (y con) las madres –y padres– de nacimiento, a cuyo silenciamiento y estigmatización sigue contribuyendo el “nuevo” discurso de la adopción en España. “Separación”, en tanto término neutro que describe un hecho –también– neutro, permitiría a las personas adoptadas incorporarlo como tal, es decir, como un hecho, en su relato autobiográfico y gestionar los posibles malestares derivados del mismo sin el dolor del rechazo (“¿por qué me abandonaron?”) ni el determinismo que le atribuye capacidad para incidir en sus circuitos cerebrales.



AGRADECIMIENTOS

Este artículo se realizó en el contexto del proyecto I+D "Domestic and International Adoption: Family, Education and Belonging from Multidisciplinary and Comparative Perspectives" (CSO2009-14763-C03-01 (subprograma SOCI), 2010-2012. Ministerio de Economía y Competitividad.

REFERENCIAS

- Abrines, N.; Barcons, N.; Marre, D.; Brun, C.; Fornieles, A. & Fumado, V. (2012). ADHD-like symptoms and attachment in internationally adopted children. *Attachment & Human Development*, 14 (4).
- Angulo, J., & Reguilón, J. A. (2001). *Hijos del corazón*. Madrid: Temas de Hoy.
- Azcona, I. (2009). Cuando el abandono marca: Niños con muchas necesidades. *Niños de Hoy*, 35, 14-22.
- Barcons, N., Fornieles, A., & Costas, C. (2011). International adoption: Assessment of adaptive and maladaptive behavior of adopted minors in Spain. *Spanish Journal of Psychology*, 14, 123-132.
- Barcons, N., Abrines, N., Brun, C., Fumadó, C., Marre, D. & Sartini, C. (2012). Social relationships in children from intercountry adoption. *Children and Youth Services Review*, 34 (5), 955-961.
- Berástegui, A. (2010a). Adopción internacional: ¿solidaridad con la infancia o reproducción asistida? *Aloma, Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 27, 15-38.
- Berástegui, A. (2010b). Relaciones afectivas familiares: Apego y adopción. En F. Loizaga (Ed.), *Adopción hoy: Nuevos desafíos, nuevas estrategias* (pp. 109-138). Bilbao: Ediciones Mensajero.
- Berástegui, A., & Jódar, R. (2012). Comunicación sobre adopción: logros y lagunas en la adopción internacional en España. En revisión.
- Bourdieu, P. & Passeron J.C. (1979). *La representación*. Barcelona: Laia. (Orig.1970).
- Bowie, F. (2004). *Cross-cultural approaches to adoption*. London: Routledge.
- Brodzinsky D. & Schechter M. (Eds.) (1990). *The psychology of adoption*. New York: Oxford University Press.
- Brodzinsky, D. (1990). A stress and coping model of adoption adjustment. En D. Brodzinsky, & M. Schechter (Eds.), *The psychology of adoption* (pp. 3-24). New York: Oxford University Press.
- Brodzinsky, D. M. (1993). Long-term outcomes in adoption. *The Future of Children*, 3, 153-166.
- Brodzinsky, D., Schechter, M., & Henig, R. M. (1993). *Being adopted, the lifelong search for self*. New York: Bantam Doubleday Dell Publishing Group.
- Carroll, V. (Ed.) (1970). *Adoption in Eastern Oceania*. Honolulu: University of Hawaii Press.
- Carsten, J. (2000a). "Knowing Where You've Come From": Ruptures and Continuities of Time and Kinship in Narratives of Adoption Reunions. *RJAI*, 6(4), 687-703
- Carsten, J. (2000b). Introduction: Cultures of relatedness. En J. Carsten (Ed.), *Cultures of relatedness: New approaches to the study of kinship* (pp. 1-36). Cambridge: Cambridge University Press.
- Cernuda, P. & Sáenz-Diez, M. (1999). *Los hijos más deseados*. Madrid: El País-Aguilar.
- Courtney, A. (2000). Loss and grief in adoption: The impact of contact. *Adoption & Fostering Journal*, 24 (2), 33-44.
- García Villaluenga, L. & Linacero de la Fuente, M. (2006). *El derecho del adoptado a conocer sus orígenes en España y en el derecho comparado*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Graff, E. J. (2009). Hijos de la mentira. *FP En Español*, 28 de noviembre. (Orig.2008).
- Groza, V., & Rosenberg, K. F. (2001). *Clinical and practice issues in adoption: Bridging the gap between adoptees placed as infants and as older children*. Westport: Greenwood Publishing Group. (Orig.1998).
- Hall, S. (2008). Who needs 'identity'? En P. Du Gay, J. Evans & P. Redman (Eds.), *Identity: A reader* (pp. 15-30). Londres: SAGE Publications. (Orig. 1996).
- Howell, S. (2003). Kinning: The creation of life trajectories in transnational adoptive families. *Journal of Royal Anthropological Institute (N.S)*, 9, 465-484.
- Howell, S. (2006). *Kinning of foreigners: Transnational adoption in a global perspective*. New York: Bergahn Books.
- Howell, S., & Marre, D. (2006). To kin a transnationally adopted child in Norway and Spain: The achievements of resemblances and belonging. *Ethnos*, 71(3), 293-316.
- Jociles, M. I., & Charro, C. (2008). Construcción de los roles paternos en los procesos de adopción internacional: El papel de las instituciones intermediarias. *Política y Sociedad*, 45(2), 105-130.
- Juffer, F. & Van IJzendoorn, M.H. (2005). Behavior problems and mental health referrals of international adoptees. *Journal of the American Medical Association*, 293, 2501-2515.



- Leinaweaver, J. B. (2012). El desplazamiento infantil: Las implicaciones sociales de la circulación infantil en los Andes. *Scripta Nova, Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, XVI, v. 395 (21). (Orig.2007).
- Marre, D. (2004). La adopción internacional y las asociaciones de padres adoptivos: Un ejemplo de sociedad civil virtual global. *Scripta Nova*, 8 (170), 1-17.
- Marre, D. (2007). 'I want her to learn her language and maintain her culture': Transnational adoptive families' views of 'cultural origins'. In P. Wade (Ed.), *Race, ethnicity and nation. perspectives from kinship and genetics* (pp. 73-94). New York and Oxford: Berghahn Books.
- Marre, D. (2009). Los silencios de la adopción en España. *Revista de Antropología Social*, 18, 97-126.
- Marre, D. (2010). Adopción familiar: una visión antropológica. En F. Loizaga (Coord.), *Adoptar hoy. Avanzando hacia nuevas estrategias* (pp. 139-173). Bilbao: Mensajero.
- Melina, L. R. (1998). *Raising adopted children: Practical reassuring advice for every adoptive parent* (edición revisada, 1ª edición: 1986). New York: Harper Collins.
- Miravent, V., & Ricart, E. (2010). El espacio imaginario y simbólico de la familia biológica (o donante) en el seno de la familia adoptiva. En F. Loizaga (Ed.), *Adopción hoy: Nuevos desafíos, nuevas estrategias* (pp. 303-331). Bilbao: Ediciones Mensajero.
- Modell, J. (1994). *Kinship with strangers: Adoption and interpretations of kinship in American culture*. Berkeley; London: University of California Press.
- Múgica, J. (2006). El programa Adoptia, una experiencia de atención psicosocial en el ámbito de la adopción en Bizkaia. *Letras De Deusto*, 36(111), 157-175.
- Múgica, J. (2010). Claves y recursos narrativos para el abordaje de la condición adoptiva de niños, niñas y adolescentes. En F. Loizaga (Ed.), *Adopción hoy: Nuevos desafíos, nuevas estrategias* (pp. 399-427). Bilbao: Ediciones Mensajero.
- Núñez, Alberto. (sf). Sanidad en adopción. [En línea]. <http://www.asatlas.org/salud/salud.html> [consultado el 10/12/2010].
- Palacios, J. (2009). The ecology of adoption. En G. M. Wrobel & E. Neil (Eds.), *International advances in adoption research for practice* (pp. 71-93). Malden: John Wiley and Sons.
- Palacios, J., Sánchez-Sandoval, Y. & León, E. (2005). *Adopción internacional en España: Un nuevo país, una nueva vida*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Palacios, J., Sánchez-Sandoval, Y., & Sánchez, E. M. (1996). *La adopción en Andalucía*. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía.
- Parker, I. (1992). *Discourse dynamics: critical analysis for social and individual psychology*. London: Routledge.
- Pérez Álvarez, M. (2011). The magnetism of neuroimaging: Fashion, myth and ideology of the brain. *Papeles del Psicólogo*, 32(2), 98-112.
- Potter, J. (1998). *La representación de la realidad*. Barcelona: Paidós. (Orig.1996).
- Rotabi, K., & Gibbons, J. (2011). Does the Hague Convention on intercountry adoption adequately protect orphaned and vulnerable children and their families? *Journal of Child and Family Studies*, 21(1), 106-119.
- Sagarna, G. (2010). La adaptación psicológica de niños y niñas adoptadas. En F. Loizaga (Ed.), *Adopción hoy: Nuevos desafíos, nuevas estrategias* (pp. 255-277). Bilbao: Ediciones Mensajero.
- San Román Sobrino, B. (2008). Cuando la adopción falla. *La Vanguardia, Magazine*, 7 de diciembre.
- Schooler, J. (2001). Search and reunion issues. In Groza, V. & Rosenberg, K. *Clinical and practice issues in adoption: Bridging the gap between adoptees placed as infants and as older children*. Westport: Greenwood Publishing Group. (Orig.1998).
- Smolin, D. M. (2005). Child laundering: How the intercountry adoption system legitimizes and incentivizes the practices of buying, trafficking, kidnapping, and stealing children. *Bepress Legal Series. Working Paper 74* (August), 113-200.
- Strathern, M. (1995). Displacing Knowledge: Technology and the Consequences for Kinship. En Ginsburg, F. and Rapp, R. (eds.), *Conceiving the New World Order* (pp. 346-364), Berkeley, University of California.
- Soll, J. (2000). *Adoption healing: A path to recovery*. Gateway Press.
- Verrier, N. (2004). *L'enfant adopté : Comprendre la blessure primitive*. Issy-les-Moulineaux: De Boeck Université. (Orig.1993).
- Verrier, N. (2010). *El niño adoptado: Comprender la herida primaria*. Barcelona: Albesa. (Orig.1993).
- Vilaginés, C. (2007). *L'altra cara de l'adopció*. Barcelona: L'Esfera dels Llibres.
- Vilaseca, M. (2008). L'adopció a Catalunya: Llums i ombres. *Quaderns d'Acció Social i Ciutadania*, 2, 76-79.
- Wierzbicki, M. (1993). Psychological adjustment of adoptees: A meta-analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 22, 447-454.



LA CALIDAD DEL ACOGIMIENTO RESIDENCIAL EN PORTUGAL Y EL EJEMPLO DE LA EVOLUCIÓN ESPAÑOLA

THE QUALITY OF RESIDENTIAL CHILD CARE IN PORTUGAL AND THE EXAMPLE OF ITS DEVELOPMENT IN SPAIN

Sónia Rodrigues¹, Maria Barbosa-Ducharne¹ y Jorge F. del Valle²

¹Universidade do Porto. ²Universidad de Oviedo

Este artículo describe el desarrollo histórico de los hogares para niños y jóvenes en Portugal y lleva a cabo una revisión de las investigaciones actuales sobre el sistema portugués de acogimiento residencial. Se apunta la necesidad de cumplir con criterios de calidad en los servicios prestados a los niños y jóvenes y se analiza el concepto de calidad en este contexto. Confrontando la realidad portuguesa con la española, se destaca el limitado número de trabajos de investigación sobre la calidad de los hogares de acogida portugueses y su adaptación a las necesidades de los niños y jóvenes. Se concluye que el acogimiento residencial de menores en Portugal ha ido evolucionando, y sigue funcionando, sin ningún apoyo real en un programa de evaluación amplio y exhaustivo de la calidad de sus servicios. A continuación, se describe un programa de evaluación de la calidad del acogimiento residencial en Portugal cuya implementación permitiría orientar las decisiones políticas y la definición de las prácticas profesionales que respondan a las necesidades de los niños y los jóvenes en acogimiento.

Palabras clave: Acogimiento residencial, Calidad de los servicios, Evaluación de necesidades, Menores en riesgo.

This article describes the evolution of residential care for children and young people in Portugal and how it developed. Institutional care in Portugal has changed and is still changing, but achieved improvements are not truly based on sound criteria and wide service quality evaluation. In comparison to Spanish reality, a research review in Portugal came to the conclusion that there are no studies on the quality of extended care or information about how those services suit the real needs of children and young people. This fact underlines the importance and urgency of carrying out a broad study on care quality, allowing the assessment of current status, measuring the suitability of the services provided and the matching of institutional offers with real needs. A nationwide evaluation proposal of the residential care system in Portugal is made based on the assessment of institutionalized children's needs and of the quality of the services provided by institutions. Such a broad study will support national-level policy decisions about structures, methods, mechanisms and resources, contributing to a higher degree of specialization and, ultimately, allowing the comparison of the state of residential care in Portugal with the reality in other countries.

Key words: Residential child care, Assessment of needs, Quality evaluation, Children at risk.

El acogimiento residencial es una de las medidas de promoción y protección de los niños y jóvenes en peligro consagradas en la legislación nacional portuguesa y representa más del 90% de las medidas de colocación extra familiar aplicadas en Portugal. A diferencia de la legislación española (Ley de Acogimiento y Adopción de 1987 y Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor de 1996), en la que la terminología elegida es "acogimiento residencial" (distanciándose, desde el aspecto histórico, de la designación de "caridad institucional"), en la legislación portuguesa, incluso hoy en día, el término "acogimiento institucional" se define como "la colocación del niño o joven en el cuidado de una entidad que cuenta con instalaciones y equipos permanentes y un equipo técnico que aseguren la atención adecuada a sus necesi-

dades y les proporcionen las condiciones para su educación, bienestar y desarrollo integral" (art.º 49 del Decreto Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo 147/99, LPCJP).

Desde el año 2004, de una manera muy gradual pero continuada, ha disminuido de año en año el número de niños acogidos en instituciones (Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco -CPCJR, 2010). Sin embargo, la comparación de los datos de 2011 con 2010 revela una disminución de sólo el 1,5% en esta medida, al tiempo que se observa que en el acogimiento familiar esta reducción ha sido de un 12% durante el mismo período (Instituto da Segurança Social, IP -ISS, 2012).

En fuerte contraste con la realidad de España, el porcentaje de niños menores de 3 años colocados en acogimiento familiar en Portugal es sólo el 0,7%, por lo que a la inmensa mayoría de estos niños apartados de su familia para su protección se les acoge en instituciones. Esta

Correspondencia: Sónia Rodrigues. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Rua Alfredo Allen. 4200-132 Porto. Portugal. E-mail: pdpsi11008@fpce.up.pt



situación esta plenamente en contra de todas las recomendaciones internacionales.

Con la entrada en vigor de la LPCJP en 1999, y hasta hoy, el acogimiento residencial en Portugal comenzó a tomar dos formas: la acogida de larga estancia dispensada en los Hogares para Niños y Jóvenes (LIJ), en los que la duración prevista es de más de seis meses, y la acogida de corta duración en un hogar temporal (CAT) por un período no superior a seis meses. En la legislación se define, sin embargo, que este plazo podrá ser prorrogado por razones justificadas, por ejemplo para el diagnóstico de la situación del niño o joven y la decisión sobre la medida más apropiada para él. Al diluirse en la práctica la diferencia de tiempo entre el acogimiento en LIJ y CAT, se acaba por confundir su naturaleza y de la de los servicios prestados en estas instituciones. De hecho, actualmente se argumenta que el niño, de acuerdo a su interés superior, debe permanecer en el recurso en que fue ubicado inicialmente (incluso si es un CAT) hasta la definición de su proyecto de vida. Este tiempo se debe establecer de acuerdo a sus necesidades, con el fin de reducir también el número de cambios de institución que afectan a los niños. Cabe señalar que en Portugal casi el 7% de los niños acogidos en 2011 han tenido que pasar de una institución a otra.

Esta equiparación, en la práctica, de LIJ y CAT requiere un cambio en la legislación portuguesa, una modificación en la metodología de intervención y un reajuste de las respuestas de acogida (ISS.PP, 2012).

La legislación portuguesa designa el acogimiento institucional como último recurso, que siempre se debe utilizar durante un período lo más corto posible. Sin embargo, cuando el plan de caso del niño o joven establece que regrese a su familia de origen, no hay en la ley portuguesa plazo límite para la determinación de la capacidad de reestructuración de la familia. Este vacío legislativo a veces compromete la definición de un diseño alternativo y perpetúa, más allá del recomendado, su colocación en el hogar de acogida. Por el contrario, en España, a partir de la promulgación de la ley de la adopción internacional (Ley 54/2007, de 28 de Diciembre) se establece que, una vez el niño es retirado de la familia, debido a una situación de desamparo, ésta tendrá un plazo de dos años para demostrar que las condiciones que originaron esa grave desprotección han sido superadas. Si así no fuera, la Administración que tutela al niño tiene la posibilidad de

tomar decisiones definitivas, como una adopción, con mayor facilidad.

En Portugal, la gran mayoría de los hogares de acogida (LIJ y CAT) son instituciones privadas de solidaridad social (IPSS) con acuerdo de cooperación con el Estado, que trabajan en régimen abierto y con el seguimiento y supervisión de los centros de distrito (unidades locales) de la Seguridad Social, bajo el control central del Instituto de Seguridad Social (ISS. IP).

De acuerdo con la *Lei da Adoção (Lei 31/2003, de 22 de Agosto)* estas instituciones reciben también a los niños confiados a su custodia por los tribunales en orden a futura adopción hasta que se pueda hacer un *matching* con una familia interesada en la adopción. En el caso de los niños mayores, con problemas de salud, discapacidades físicas o mentales y fratrías el tiempo de espera es aún mayor e incluso la adopción puede no ser posible, perpetuando el permanecer del niño en la institución.

Independientemente de las razones por las que los Comités para la Protección de Niños y Jóvenes (*Comissões para a Proteção de Crianças e Jovens - CPCJ*) o los tribunales portugueses deciden que el acogimiento residencial es la mejor opción para los intereses del niño, incluso con tan largas estancias, es urgente comprender cómo estas instituciones cumplen este objetivo. Cabe señalar que, de acuerdo a la lista actualizada a 31 de diciembre de 2011 por el ISS. IP, la red de acogimiento residencial en Portugal continental incluía, en esa fecha, 207 alojamientos de tipo LIJ en los que vivían 5923 niños y jóvenes y 127 CAT con 2218 niños. Estas respuestas institucionales acogen, por tanto, a aproximadamente 8000 niños y jóvenes.

En este artículo se procederá al análisis de la evolución del acogimiento residencial y del estado actual de la investigación en este área en Portugal, en comparación con la experiencia de España. Se reflejará la urgente necesidad de evaluar la calidad de los servicios de atención prestados a los niños y joven portugueses en estas instituciones.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL ACOGIMIENTO RESIDENCIAL EN PORTUGAL

Para una mejor comprensión de la evolución histórica (y técnica) del acogimiento residencial en Portugal, se ha sistematizado el proceso de cambio característico de estas instituciones en tres etapas, que se caracterizan por el predominio de un tipo de acogimiento: modelo institucional,



modelo familiar y modelo especializado, siguiendo el planteamiento de Bravo y Del Valle (2009a, 2009b). Esto nos permitirá aclarar mejor las similitudes y diferencias con respecto a España en la forma en que este proceso evolutivo se ha producido. Cabe señalar que, aunque estas fases pueden indicar etapas que corresponden a una evolución temporal, estos modelos pueden coexistir en la misma época. Por otra parte, este proceso de cambio se produce a un ritmo diferente de sociedad en sociedad, reforzando las diferencias internacionales en los sistemas de cuidado de niños y jóvenes de cada país, o incluso de cada región. Cada uno de estos modelos radica en principios y valores sobre el cuidado de los niños que reflejan la evolución de la misma sociedad.

En Portugal, hasta fines de los 80, las instituciones de acogimiento para niños y jóvenes funcionan en régimen cerrado, conviviendo un gran número de niños, casi sin personal técnico especializado o empleando solo a un pequeño número. Existían con el único propósito de satisfacer las necesidades más básicas (tutela, cuidado, alimentación, higiene y salud) de los niños y jóvenes que albergaban y, como mucho, dándoles la educación que vendría a apoyarles una vez que alcanzaran la edad adulta y dejaran la institución, reflejando el modelo institucional de acogimiento.

Cabe señalar que, a diferencia de España, estas instituciones no han alcanzado en Portugal las dimensiones de las macroestructuras donde se alojaban varios centenares de niños en los años setenta, y rara vez iban más allá de la prestación de los que se consideraban estrictamente cuidados de atención básica, sin grandes inversiones en áreas tales como el tiempo de ocio, la educación no formal o los cuidados de salud mental. En este sentido, estas instituciones en Portugal, más que en España, parecían llevar a que los niños que allí vivían recibieran un nivel de vida con un carácter aún más distintivo en relación con los niños que crecieron en un ambiente familiar. Sin embargo, la génesis de estas instituciones y cómo han evolucionado con el tiempo en ambos países tienen mucho en común. Al igual que en España, la mayoría de estas instituciones floreció a la sombra de las organizaciones religiosas y reflejaba una lógica católica de caridad para las personas sin amparo.

En 1980, por orden ministerial, se reorganizaron los centros existentes de acogimiento de niños, estableciendo los micro-hogares normalizados, de tipo familiar (Calheiros Fornelos y Dinis, 1993). Sin embargo, otras

tipologías de acogida residencial para niños iban a ir surgiendo. En 1986 se reconoce formalmente la condición jurídica de los hogares de Infancia y Juventud (LIJ), definidos como una respuesta orientada al acogimiento de niños en condiciones lo más similares posibles a la vida familiar (Martins, 2004). Se han creado centros de naturaleza más temporal, el número de niños por hogar comienza a declinar, las derivaciones hacia acogimiento familiar se incrementan y las medidas para fomentar la adopción toman una dimensión creciente.

En 1990, la Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada por España y Portugal un año después de su aprobación por las Naciones Unidas, hace comprometerse a los Estados firmantes, de acuerdo con su artículos 3 y 20, con que *“todas las decisiones que se tomen respecto a los niños adoptadas por instituciones públicas o privadas de protección social, por los tribunales, por las autoridades administrativas o por los órganos legislativos, tendrán en cuenta primordialmente el interés superior del niño”*.

Poco a poco, empezó a comprenderse la institucionalización en Portugal como parte de un sistema de protección de menores, cuya articulación tiene por obligación el deber de garantizar una respuesta cualificada y ajustada a las necesidades de los niños en desprotección (Martins, 2005a). El acogimiento residencial se convierte en una de las respuestas que este sistema integra.

En las últimas dos décadas, como había ocurrido en España, las instituciones residenciales para niños y jóvenes portugueses se han sometido a importantes cambios estructurales y funcionales. Poco a poco, la Seguridad Social (ISS. IP), la entidad tutelar, comienza a ejercer un mayor control sobre las instituciones de acogida. La publicación de la LPCJP, en 1999, procura formalizar las reglas de estas instituciones y normalizar su funcionamiento. La entrada en vigor de esta Ley en 2001 y la incorporación progresiva de técnicos en estas instituciones (en gran parte como resultado del Plan de DOM -Desafíos, Oportunidades e Mudança / Despacho N^o 8393/2007), han contribuido para iniciar la aplicación práctica de un modelo familiar en el sistema de protección infantil en Portugal. Algunas de estas instituciones, a continuación, comenzaron a preocuparse de manera más sistemática por las necesidades educativas integrales de cada niño o joven, por su socialización, su equilibrio emocional y tratando de dibujar un plan de vida para cada niño.



EL MOMENTO PRESENTE DEL ACOGIMIENTO RESIDENCIAL EN PORTUGAL

Aunque cada vez más el modelo institucional de acogimiento residencial haya sido abandonado, esto no sucedió en su totalidad. Su reemplazo por el modelo familiar, con pequeñas unidades de convivencia en viviendas normalizadas, lo más semejantes a un hogar familiar, completado a menudo con un modelo de respuesta especializada, ha tenido lugar en Portugal a un ritmo mucho más lento de lo deseado. Esto es particularmente notable en los LJJ de mayor tamaño, donde la aplicación de los modelos de tipo familiar choca con problemas estructurales, como la arquitectura y el tamaño de los edificios en los que estas instituciones se encuentran, así como la resistencia de las instituciones responsables de la gestión de LJJ a los cambios en la organización y funcionamiento. Otro factor que ha contribuido de manera decisiva a la mayor dificultad de los LJJ en asumir los cambios en que se basa la transición al modelo familiar, tiene que ver con temas económicos ya que los costes de las unidades pequeñas son lógicamente mayores.

Por otro lado, se han podido observar en Portugal algunos intentos de aplicación parcial del modelo familiar, pero sin abdicar de cuestiones tales como la segregación en función del sexo, la separación de niños y jóvenes por unidades teniendo como criterio la edad o el nivel de desarrollo, la imposición de medidas de control de la disciplina rígidas e inflexibles que exponen a los niños y jóvenes a prácticas educativas inapropiadas (Martins, 2005b) y la incorporación en los equipos educativos de personal sin formación específica, lo que contradice absolutamente la filosofía del modelo en sí.

Cabe señalar que hoy en día casi la mitad (48%) de las instituciones portuguesas de acogimiento residencial son segregadas por sexo. Este porcentaje se incrementa notablemente si nos referimos a los adolescentes o jóvenes mayores, en los que la separación por sexos es mucho más frecuente, de modo que los hogares que acogen solo estas edades suelen estar segregados.

Sin embargo, muchas de estas instituciones revelan hoy una mayor apertura a la comunidad de lo que lo hicieron en el pasado, realizando un trabajo más estrecho con las familias de origen de los niños y jóvenes, integrando técnicos en el personal y dando la necesaria atención a temas relativos al bienestar emocional de los niños y jóvenes acogidos.

El modelo familiar, tal como se aplica en España, se basa en una filosofía de intervención que enfatiza la importancia

del papel de los niños, el respeto de su individualidad y el principio de normalización. En la España de hoy, la gran mayoría de los hogares, de acuerdo con el modelo familiar, se caracteriza por tener pequeña dimensión, acoger pocos niños (8 a 12 por hogar), y utilizar recursos de la comunidad (escuelas y centros de formación profesional, instalaciones deportivas, servicios de salud, etc.), siguiendo el paradigma de la normalización (Del Valle y Fuertes, 2000). La atención se centra también en estas casas de acogida en la integración en los equipos educativos de personal cualificado (educadores sociales), lo que permite una intervención técnica y terapéutica dirigida al desarrollo integral bio-psico-social del niño o joven. Se intenta que los hogares estén abiertos a la participación de las familias y que exista una dinamización sistemática de los planes de caso de los niños y jóvenes (hacia la adopción, la reunificación familiar o la promoción de la independencia adulta) (Del Valle y Bravo, 2007a).

El modelo especializado, por su parte, surgió como un complemento al modelo familiar. Es el motor de cambio del paradigma actual, caracterizado por la creación o la diferenciación en centros de acogida especializados en ciertas necesidades de los jóvenes, fundamentalmente, los destinados a adolescentes con graves problemas de conducta, pero también hogares para preparar o apoyar la transición a la vida adulta de los que cumplen la mayoría de edad.

Los CAT creados en Portugal después de la entrada en vigor de la LPCJP ya se acercaron al modelo familiar y tras la plena aplicación del llamado Plan DOM se abogaba una combinación de los modelos familiar y especializado. La implementación nacional a partir de 2007 del programa designado Plan DOM en un gran número de hogares trató de operar una profunda transformación en el panorama del acogimiento residencial portugués. El Plan DOM tuvo como objetivo principal la implementación de acciones de calificación de la red de LJJ, incentivadora de la mejora continua en la promoción de los derechos y la protección de los niños y jóvenes acogidos, en el sentido de su educación para la ciudadanía y la desinstitucionalización en un tiempo breve.

En ese momento, Portugal tenía una tasa de institucionalización de niños y jóvenes superior a la media europea y, además, el acogimiento residencial estaba en el centro de atención de la opinión pública debido al denominado "caso Casa Pia", un escándalo que ha involucrado a figuras públicas portuguesas en el abuso sexual de niños institucionalizados.



La urgencia de acelerar la modernización de este contexto, llevó a la integración en los LIJ de equipos técnicos multidisciplinares formados por educadores, psicólogos y trabajadores sociales. Estos técnicos tenían una formación específica con el fin de estar muy implicados en el proyecto, conocer las directrices de la Administración y responder más eficazmente a todos los desafíos del día a día en los LIJ. El Plan preveía también el cambio, en el medio plazo, de los acuerdos de cooperación con los LIJ, a fin de permitir su progresiva modernización y conversión en unidades más pequeñas, recibiendo un menor número de niños y jóvenes. Este cambio tenía como finalidad una organización más humanizada, un funcionamiento más centrado en las necesidades de los niños y jóvenes y más cercano a la realidad de una familia, a la vez que ofrecía servicios especializados.

La crisis económica y las limitaciones financieras mundiales que derivan de ella han impedido el buen desarrollo de este proyecto y ha establecido la incertidumbre en la continuidad de los equipos técnicos multidisciplinares en los LIJ.

En septiembre de 2011, se suspendió el plan DOM, con la consiguiente salida de más de un centenar de técnicos de las instituciones. Sin embargo, ya después del anuncio de su fin y sin ninguna garantía de continuación o del restablecimiento de los técnicos retirados, el Plan DOM fue prorrogado. El gobierno portugués lo ha hecho en base a una evaluación de sus resultados, sin dar, sin embargo, indicaciones claras en cuanto a su futuro más allá de junio de 2012. Todo este escenario es un enorme retroceso en el proceso de cambio que se estaba produciendo en Portugal y que ha permitido el logro de la desinstitucionalización, en ese tiempo, de un porcentaje significativo de niños y jóvenes.

Las últimas informaciones disponibles apuntan a una sustitución del Plan DOM por un nuevo proyecto denominado SERE + (Sensibilizar, Implicar, Renovar la Esperanza), que continuará el trabajo realizado hasta ahora por los equipos DOM. Este proyecto tendrá una fase piloto en tres instituciones del país y prevé tres tipos de LIJ, de acuerdo con su especialidad: de tipo general (para niños y jóvenes en general), especializados y terapéuticos (para el acoger niños con problemas de salud mental, retrasos en el desarrollo o déficits cognitivos de cierta gravedad) y hogares para niños con problemas de conducta (pre-delinuencia, situaciones de conducta desviada).

En España, durante las últimas dos décadas, han surgido hogares que adoptaron diversas formas: apartamentos de independencia o autonomía, unidades de socialización, unidades terapéuticas, unidades para menores extranjeros no acompañados, etc. El sistema de acogimiento residencial se han tenido que especializar como respuesta a la aparición de nuevos perfiles en los jóvenes acogidos, tratando de tomar el modelo especializado (Del Valle y Bravo, 2007).

Sin embargo, en Portugal esta especialización es todavía muy incipiente, con tan sólo algunas respuestas recientes como las unidades de emergencia, apartamentos de autonomía o los LIJ especializados en la atención a los niños y jóvenes entre 12 y 18 años con graves problemas de conducta. Estas instituciones son todavía un número muy reducido y ensayan modelos de intervención que todavía tienen que consolidarse (Simões, 2011).

El aumento de la edad de la población que entra en los hogares y allí permanece hasta la mayoría de edad, o incluso después de los 18 años, es uno de los cambios observables en los sistemas de protección en Europa (Colton y Hellinckx, 1993) y también en Portugal y España. Por lo tanto, la población atendida en acogimiento residencial es cada vez mayor, convirtiendo los LIJ en un entorno de intervención dirigida principalmente a adolescentes y jóvenes que tienen características que dificultan su alojamiento en un contexto familiar (Dale Baker, Anastasio y Purcell, 2007), lo que exige respuestas urgentes, que incluyen la promoción de la autonomía. Por esta razón, se aboga, en línea con el modelo especializado, por la creación de unidades específicas de pre-independencia y autonomía. Sin embargo, a pesar del reconocimiento de su importancia, y como ocurrió con la creación de otras ofertas especializadas, la crisis económica también ha hecho restringir la disponibilidad de financiación que haría posible nuevos acuerdos de cooperación con este fin, lo que ha restringido a sólo ocho las respuestas de este tipo de acogimiento en todo el territorio continental portugués.

El creciente número de niños y jóvenes con problemas de salud mental, retraso en el desarrollo, déficits cognitivos, necesidades educativas especiales, dependencia de sustancias o problemas graves de comportamiento que entran en estos LIJ requiere una serie de recursos de acogimiento especializado con instalaciones, equipos y recursos técnicos adecuados a las características y necesidades de estos niños y jóvenes, proporcionándoles la necesaria supervisión y tratamiento. En este sentido, el



Decreto-Ley 8/2010, de 28 de Enero estableció los Cuidados Continuos Integrados de Salud Mental (CCISM), la creación de una respuesta de acogimiento residencial que integrara recursos de los servicios residenciales de los Ministerios de Salud y Seguridad Social, pero cuya aplicación, sin embargo, se ha mantenido en fase piloto, sin que haya garantías, en esta coyuntura económica, de su implementación futura.

SERVICIOS DE ACOGIMIENTO RESIDENCIAL: AJUSTE A LAS NECESIDADES DE LOS NIÑOS Y ESPECIALIZACIÓN

La falta de ajuste del acogimiento residencial a las necesidades de los niños y jóvenes (Bullock, Little y Milham, 1993; Calheiros, Lopes y Patrício, 2011; Casas, 1993, Del Valle y Casas, 2002; Del Valle y Zurita, 2000); y la reducida atención a la promoción de sus competencias personales y sociales, se traducen en limitaciones concretas en la calidad del acogimiento residencial. Esta insuficiente orientación hacia las necesidades específicas de los niños y los jóvenes (no teniendo en cuenta su opinión y sus intereses reales) conduce a su salida del acogimiento (o abandono del mismo) sin los recursos psicosociales necesarios para un desenvolvimiento autónomo (Colca y Colca, 1996).

Aunque el paradigma de la especialización esté en discusión en Portugal desde hace más de 10 años, la mayoría de las instituciones están todavía sin diferenciar y no han adaptado sus ofertas de servicios a las necesidades de la población en alojamiento. Se requiere fomentar la transformación de sus respuestas o la creación de servicios específicos, flexibles y diferenciados para adaptarse a las características, necesidades y etapas de desarrollo de sus usuarios (McCoy, McMillen y Spitznagel, 2008).

Los servicios que están diseñados teniendo como base las necesidades reales de los niños y jóvenes tienen más probabilidades de ser eficaces (Axford, Little, Weyts y Morphet, 2005). Por otra parte, el enfoque en las necesidades permite que la intervención sea más personalizada y fomenta el uso de técnicas cuya utilidad está demostrada. Cabe señalar también que este tipo de unidades más especializados proporciona asistencia específica y apropiada para el niño o joven (de bienes tangibles e intangibles) en todos los ámbitos de su vida (Axford y Little, 2004), lo que obliga a entender no sólo las características individuales del niño, sino también una mayor comprensión de sus necesidades en diferentes contextos, siguiendo así una orientación sistémica y ecológica.

Para promover un servicio de calidad se estableció que el hogar debe tener espacios cómodos y tranquilos, con rutinas diarias similares a las familiares y con adultos de referencia estables con los que los niños y los jóvenes puedan establecer relaciones emocionales significativas (Bravo y Del Valle, 2009b). Estos cambios tienen por objeto permitir una intervención personalizada y que conduce a un equilibrio físico, intelectual y moral, y a la inclusión de estos niños y jóvenes en la comunidad, facilitando su proceso de integración social (Ward, 2006) dirigido a niños y jóvenes que no eran posible poner en un ambiente familiar, pero sin perder nunca de vista la perspectiva de la reintegración en la familia (en la casa de su familia, en una familia por adopción o en una familia de acogida) a raíz de la introducción del concepto de *Permanency Planning* (Malluccio, Fein y Olmstead, 1986), por primera vez en los EE.UU. y luego en Europa.

Este cambio de paradigma requiere que el niño debe entenderse en su contexto, en una perspectiva ecológica (Colton y Hellinckx, 1993; Del Valle, 1992), habida cuenta de su familia de origen y del medio ambiente socio-cultural, con el fin de comprender al niño y sus dificultades como síntomas de una dinámica familiar disfuncional, que es necesario comprender. La familia, considerada como parte del problema, es necesariamente también objeto de la intervención, ya que es visto como un componente importante de la solución (Martins, 2005a).

Sin perder de vista los principios y supuestos de actuación consagrados en la Declaración de Estocolmo en Mayo de 2003, reconociendo a todos los niños el derecho a crecer en una familia o que se mantenga al cuidado de una institución el menor tiempo posible (en la postura menos radical asumida por la Declaración Malmö en 1990), se insta a ampliar el conocimiento y a seguir investigando en esta línea. Si bien puede ser cierto que la actitud hacia el acogimiento residencial en muchos países parece reflejar una clara desconfianza hacia esta respuesta, particularmente en los países anglosajones, parece muy prematuro anticipar el final, a medio plazo, de estas instituciones (Courtney y Iwaniec, 2009).

La investigación comparativa multinacional coordinada por Courtney y Iwaniec (2009), que reunió datos de la realidad del acogimiento residencial de países de los cinco continentes, llegó a la conclusión de que estas instituciones parecen seguir jugando un papel importante, aunque puede ser muy diferente entre unos países y



otros. Estos investigadores destacan la necesidad de más estudios para definir lo que es un acogimiento de calidad, ya que todavía hay muchos interrogantes sobre la eficacia de estos programas. Señalan, sin embargo, la escasez e inconsistencia de las investigaciones existentes sobre qué características del acogimiento residencial producen mejores resultados, en qué circunstancias y para que niños.

La necesidad de fortalecer los esfuerzos de investigación en el ámbito del acogimiento residencial se percibe tanto por profesionales como investigadores (Bravo y Del Valle, 2009b). Ya hace años Del Valle (1992) señalaba que la investigación se ha centrado siempre mucho más en los problemas psicológicos de los niños y jóvenes, y que había muy escasa investigación dirigida hacia la evaluación del propio contexto ambiental de las instituciones de acogimiento.

EL ESTADO ACTUAL DE LA INVESTIGACIÓN EN ACOGIMIENTO RESIDENCIAL EN PORTUGAL

En Portugal, la falta de investigación en el campo del acogimiento residencial es aún más crítica. Se trata de un ámbito muy descuidado (Mota y Matos, 2008), con una enorme escasez de estudios y las publicaciones o artículos científicos sobre el tema son casi inexistentes (Pacheco, 2010). Por otro lado, cuando se trata este tema en estudios académicos o tesis, la perspectiva parece estar restringida a su historia, las encuestas sociales y teóricas, y más dirigida a prácticas profesionales de los técnicos (Calheiros, Fornelos y Dinis, 1993; Gomes, 2010; Mota y Matos, 2008; Queirós, 2010; Simões, 2011; Vilaverde, 2000) y al desarrollo de los niños y jóvenes (Baptista, 2011; Manata, 2008; Pereira, 2008; Prior, 2010). La investigación no siempre se realiza desde el campo de la psicología, existiendo aportaciones de otros campos de las ciencias sociales como el trabajo social y las ciencias de la educación (Pacheco, 2010; Santos, 2010), limitándose muchas veces a la recopilación de datos estadísticos y demográficos, utilizando métodos cualitativos y/o muestras de ensayo (Alves, 2007; Carvalho y Manita, 2009; Centro de Estudos Territoriais - CET / ISCTE, 2005; Faria, Salgueiro, Trigo y Alberto, 2008; Morais y Ó, 2011; Quintãns, 2009; Santa Casa da Misericórdia de Lisboa - SCML, 2004), utilizando la *grounded theory*, estudios de casos, grupos focales, entrevistas y análisis de las narrativas de los usuarios o de los cuidadores. La mayoría de las investigaciones se centran en procesos específicos, como en los estudios sobre

el apego en los niños de los CAT (Soares, Silva, Marques, Baptista y Oliveira, 2010) o las investigaciones sobre el maltrato de los niños (Reis, 2009), a menudo en áreas y temas que ponen de relieve los efectos negativos de este tipo de respuesta social (Alberto, 2002; Marques, 2006; Pracana y Santos, 2010).

Si la escasez de investigaciones exhaustivas sobre el acogimiento residencial en Portugal es innegable, es notorio que los LJ siguen siendo campos de estudio muy poco explorados por lo que se debe considerar estos contextos como prioridades para la investigación científica.

Se necesita, a pesar de las pruebas académicas ya realizadas (Martins, 2004; Pacheco, 2010; Queirós, 2010), planificar y realizar investigaciones que permitan un estudio amplio y información corroborada sobre las instituciones y los niños acogidos. Estos datos apoyarían la búsqueda de la fundamentación empírica de las prácticas defendidas como positivas y de soluciones prácticas para la mejora, con base en criterios científicamente comprobados.

En los últimos años, se han desarrollado algunas herramientas de evaluación adaptadas a este contexto específico y esta población, incluidos cuestionarios para estudiar las necesidades de los niños y jóvenes en acogimiento (Calheiros, Lopes y Patrício, 2011; Patrício, 2009). Sin embargo, no se ha hecho hasta la fecha ninguna investigación que de manera integral y transversal se centre específicamente en la calidad de los servicios ofrecidos por las instituciones portuguesas de acogimiento residencial.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL ACOGIMIENTO RESIDENCIAL EN ESPAÑA: UN EJEMPLO A SEGUIR

A diferencia de Portugal, España ya tiene una larga historia en la evaluación de la calidad de sus instituciones de acogimiento para niños y jóvenes y de otros servicios de protección de la infancia.

En España, varias Comunidades Autónomas han optado, en colaboración con universidades especializadas (como el Grupo de Investigación en Familia e Infancia de la Universidad de Oviedo), por realizar investigaciones profundas de la realidad local del acogimiento residencial, lo que requiere evaluaciones periódicas de la calidad de los servicios prestados por las instituciones. Este enfoque ha sido un elemento importante de las reformas del "acogimiento residencial de los servicios sociales de la familia y la infancia" españoles. (Del Valle, 1998; Del Valle y Casas, 2002; Del Valle y Zurita, 2000; Del Valle y Bravo, 2007a; Del Valle y Bravo, 2007b). Estos autores, partiendo de un modelo de



raíces ecológicas han desarrollado herramientas para recopilar información y analizar el funcionamiento de las instituciones de atención residencial para niños y jóvenes, tanto en términos de objetivos como de los procesos, evaluando su calidad (algunas de ellas, como el caso del SERAR ha sido traducido al portugués y está siendo utilizado por algunas instituciones). El trabajo de los investigadores en España se ha traducido en la posibilidad de comparar diferentes tipos de intervenciones en este contexto (Del Valle y Casas, 2002; Martín, Torbay y Rodríguez, 2007), facilitando la toma de decisiones y opciones políticas para la definición de criterios y modelos de intervención a través de manuales de procedimientos basados en resultados de la investigación, que son promotores de la calidad y que permitan su evaluación continua (Del Valle, 2008).

El ejemplo de España es paradigmático en cuanto a la forma en que una estrecha y continua colaboración entre los investigadores científicos y los órganos del poder político responsable de la gestión y la supervisión del acogimiento residencial pueden marcar la diferencia y promover el desarrollo de servicios verdaderamente más sensibles a las necesidades reales de los niños y jóvenes bajo su custodia. En el fondo, para evaluar la calidad de los servicios prestados por las instituciones de acogimiento residencial se requiere a responder a la pregunta: "¿Qué funciona mejor y para quién?" Pero sin olvidar el "¿Cómo?" y el "¿Por qué?" (Palareti y Berti, 2009), tratando de entender la relación entre la intervención realizada y sus resultados, lo que implica ir más allá de las investigaciones meramente descriptivas y realizar estudios para cuestionar los mecanismos causales subyacentes (Rutter, 2000).

Es comprensible que, para llevar a cabo una evaluación que permita formar una imagen precisa de las necesidades de estos niños y jóvenes (y que ofrece un plan de intervención adecuada a sus diversos contextos de la vida), sea esencial estudiar y recopilar información de diferentes tipos y fuentes (Calheiros, Lopes y Patrício, 2011; Palareti y Berti, 2009; Taylor, 2005), de forma que sea posible evaluar la adecuación o inadecuación de los servicios y proponer el desarrollo de servicios específicos, con base en esta evaluación. Por lo tanto, más allá de la posibilidad de auto-regulación de la calidad de los servicios prestados por la institución, la Administración puede también desempeñar su función de regular la actividad de estas organizaciones, sobre la base de un control y de una supervisión basada en criterios adecuados de la calidad.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL ACOGIMIENTO RESIDENCIAL EN PORTUGAL

En los últimos años la calidad de estas respuestas y su adecuación a las necesidades reales de los niños y jóvenes comienza a establecerse como una preocupación central también en Portugal. El ISS. IP (2007a, 2007b), en los manuales de gestión de calidad de las respuestas sociales, estableció los estándares mínimos claros y explicitó mecanismos para el control de calidad. Sin embargo, ni la puesta en práctica de estas recomendaciones, ni su adecuación a las necesidades específicas de estos niños han sido evaluados rigurosamente. Por lo tanto, habrá que contribuir a desarrollar una base científica para las intervenciones que afectan a las vidas de los niños y jóvenes en acogimiento residencial en Portugal, dado el escaso apoyo empírico de las opciones estratégicas que se han publicado, incluso en forma de manual, y en las que se sostienen las prácticas y decisiones de quien administra y trabaja con las instituciones de acogimiento residencial en Portugal.

El reconocimiento de la importancia de un diagnóstico de necesidades (que dará voz a los niños y jóvenes y a los otros actores en el contexto) y una evaluación de la calidad de la CAT y LJJ en Portugal podrá justificar científicamente las decisiones técnicas y opciones políticas en relación con el mantenimiento, desarrollo y creación de unidades de atención residencial y programas de intervención especializados para esta población específica, como ya ocurre en España. Para ello deberán implicarse las universidades portuguesas y sus investigadores. Es importante comprender cómo las necesidades percibidas, los servicios prestados y el bienestar psicológico del niño están relacionados. La divulgación y publicación de los resultados de tales investigaciones en Portugal, permitirán revertir estos esfuerzos en la mejora de los servicios para niños y jóvenes.

CONCLUSIÓN

Del análisis de la evolución histórica y de la actual contextualización del acogimiento residencial de los niños y jóvenes en Portugal, destaca el desconocimiento de cómo estas instituciones trabajan en la actualidad, de la calidad de los servicios proporcionados, de su adecuación a las necesidades de los niños y jóvenes acogidos, del tipo de intervenciones realizadas y de cómo se promueven la atención y actividades que favorecen los aspectos físicos, psicológicos y sociales de sus clientes.



Hay que señalar que, hasta ahora, las decisiones tomadas por los órganos de gestión y la práctica concreta de los colaboradores de estas instituciones se basan únicamente en la extrapolación de las experiencias de otros países y en una intuición bien intencionada, sin el apoyo de datos científicos basados en la investigación.

Esta situación es bien diferente a la realidad observada en España, donde se han dado importantes avances en la evaluación de la calidad del acogimiento residencial, así como en la elaboración de manuales y criterios de actuación.

Se observa, por lo tanto, la urgente necesidad de comprender mejor la realidad del acogimiento residencial portugués mediante la investigación científica que permita apoyar las decisiones políticas y los criterios de intervención. Además de realizar contribuciones para la toma de decisiones políticas estructurales, será importante aportar elementos para decisiones de inversión económica, así como el desarrollo de estrategias de seguimiento, asesoramiento de métodos de trabajo más eficaces, de medios para promover mejores formas de intervención con esta población, establecer criterios de evaluación y supervisión, dar contenido a la fijación de estándares de autocontrol institucional, y asegurar la certificación de la calidad.

La importancia de definir criterios es indispensable, sobre todo cuando hasta la fecha la mayoría de las decisiones adoptadas en Portugal en las instituciones de acogimiento de niños y los procedimientos recomendados y protocolizados por los organismos de tutela no se basan en investigaciones científicamente comprobadas sobre la realidad actual.

Se impone apoyar decididamente la investigación sobre acogimiento residencial en Portugal con el fin de remediar la actual falta de datos, permitiendo la comparación de la realidad portuguesa en el ámbito del acogimiento residencial para niños y jóvenes con lo que está sucediendo y se hace en otros países, en particular con la realidad española que, sin perjuicio de las distinciones que ya se ha subrayado, comparte con las instituciones y la población de Portugal la historia, los problemas y los retos de futuro.

La identificación de factores de riesgo (que deben ser eliminados o controlados) y el reconocimiento de los factores de protección (a promover y proveer) en la vida de los niños y jóvenes en acogimiento residencial, podría marcar la diferencia en la realización de su proyecto de vida.

El futuro de estos niños se apoya en la forma en que le permitimos vivir el presente y sanar las heridas del pasado. Los niños en acogimiento residencial son, literalmente, los que necesitan más protección, y para los que, por lo menos temporalmente, se cerraron las puertas de una verdadera familia. Conocer, comprender y controlar la forma como se está cumpliendo en Portugal la misión de ayudar a estos niños a crecer es algo a lo que la comunidad científica portuguesa no puede renunciar.

REFERENCIAS

- Alberto, I. M. (2002). "Como pássaros em gaiolas". Reflexões em torno da Institucionalização de menores em risco. En C. Machado & R. A. Gonçalves (Coords.), *Violência e vítimas de crimes*, vol. 2, (pp. 227-237). Coimbra: Quarteto.
- Alves, S. (2007). *Filhos da madrugada – percursos de adolescentes em lares de infância e juventude*. Lisboa: I.S.C.S.P.
- Axford, N., & Little, M. (2004). *Meeting needs or protecting rights: Which way for children services?* Devon, U.K.: Dartington Social Research Unit.
- Axford, N., Little, M., Morpeth, L., & Weyts, A. (2005). Evaluating children's services: recent conceptual and methodological developments. *British Journal of Social Work*, 35, 73-88. doi: 10.1093/bjsw/bch163
- Baptista, J. (2011). *Do acolhimento institucional para a família adotiva: implicações no desenvolvimento da criança*. Tese de doutoramento em Psicologia. Porto: FPCEUP.
- Bravo, A. & Del Valle, J.F. (2001). Evaluación de la integración social en acogimiento residencial. *Psicothema*, 13(2), 197-204.
- Bravo, A. & Del Valle, J. F. (2009a). *Intervención Socioeducativa en Acogimiento Residencial*. Santander: Gobierno de Cantabria, colección documentos técnicos. Disponible en: http://www.gifi.es/administrador/publicaciones/archives/65706_Int_soc_acores.pdf
- Bravo, A. & Del Valle, J. F. (2009b). Crisis y revisión del acogimiento residencial. Su papel en la protección infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(1), 42-52.
- Bullock, R., Little, M., & Millham, S. (1993). *Residential Care: A Review of the Research*. London, UK: HMSO.
- Calheiros, M., Fornelos, M., & Dinis, J. (1993). Portugal. In M. Colton, & W. Hellinckx (Eds.), *Child Care in the EC*. (pp.177-194). Aldershot: Arena.



- Calheiros, M., Lopes, D., & Patrício, J. N. (2011). Assessment of the needs of youth in residential care: Development and validation of an instrument *Children and Youth Services Review*, 33, 1930-1938. doi: 10.1016/j.childyouth.2011.05.020
- Carvalho, T., & Manita, C. (2010) Percepções de crianças e adolescentes institucionalizados sobre o processo de institucionalização e a experiência na instituição. En C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A.T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, et al. (Eds.), *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 3326-3335). Disponible en: <http://www.actassnip2010.com/>
- Casas, F. (1993). Instituciones residenciales: ¿hacia donde? En Asociación para la Prevención de los Malos Tratos en la Infancia (Ed.), *III Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada* (pp. 29-48). Madrid: Asociación para la Prevención de los Malos Tratos en la Infancia.
- Centro de Estudos Territoriais - CET/ISCTE (2005). *Percurso de vida dos jovens após a saída dos lares de infância e juventude*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, I P. Disponible en: www.cnpqjr.pt/downloads/5CPercurso_jovens_saida_lares%20.pdf
- Colca, L., & Colca, C. (1996) Transitional independent living foster homes: a step towards independence. *Children Today*, 24, 7-11.
- Colton, M. J. & Hellinckx, W. (1993). *Child Care in the E C: A Country-Specific Guide to Foster and Residential Care*. Aldershot, UK: Arena.
- Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (2010). *Relatório de actividades de 2010*. Lisboa: Instituto para o Desenvolvimento Social. Disponible en: http://www.cnpqjr.pt/preview_documentos.asp?r=3453&m=PDF
- Courtney, M. E., & Iwaniec, D. (2009). *Residential care of children. Comparative perspectives*. Oxford: Oxford University Press.
- Dale, N., Baker, A. J. L., Anastasio, E., & Purcell, J. (2007). Characteristics of children in residential treatment in New York State. *Child Welfare*, 86(1), 5-27. PMID: 17408008 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- Declaración de Estocolmo (2003). *Child and Youth Care*. Vol.21 N°.5. Disponible en: <http://www.cyc-net.org/cyc-online/cycol-0903-stockholm.html>
- Declaración de Malmö (1990). *FICE International Bulletin*, 2. Zurich: International Federation of Educative Communities. Disponible en: <http://www.cyc-net.org/cyc-online/cycol-0208-malmo.html>
- Del Valle, J. F. (1992). Evaluación de programas residenciales de servicios sociales para la infancia. Situación actual y aportaciones de los enfoques psicopedagógicos. *Psicothema*, 4(2), 531-542.
- Del Valle, J. F. (1998). *Manual de programación y evaluación para los centros de protección a la infancia*. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social.
- Del Valle, J.F. (2008). *Modelo de intervención en acogimiento residencial*. Santander: Gobierno de Cantabria. Disponible en: http://www.gifi.es/administrador/publicaciones/archives/75555_Manualcantabria.pdf
- Del Valle, J.F., & Bravo, A. (2007a). La evaluación de programas de acogimiento residencial de protección infantil. En A. Blanco & J. Marín, (Eds.), *Manual de Intervención Psicosocial* (pp. 457-479). Madrid: Prentice Hall.
- Del Valle, J.F. & Bravo, A. (2007b). *SERAR: Sistema de Registro y Evaluación en Acogimiento Residencial*. Oviedo: NIERU.
- Del Valle, J.F., & Casas, F. (2002). Child residential care in the Spanish social protection system. *International Journal of Child and Family Welfare*, 5, 112-128.
- Del Valle, J.F., & Fuertes, J. (1996): La evaluación en programas residenciales de protección de menores: una propuesta metodológica. En *IV Jornadas de Intervención Social* (pp.:1271-1278). Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Del Valle, J. F. & Zurita, J. F. (2000). *El Acogimiento residencial en la protección a la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Faria, S. M. Salgueiro, A. G. Trigo, M. L. & Alberto, I. M. (2008). As narrativas de adolescentes institucionalizadas: Percepções em torno das vivências de institucionalização. Braga: *I Congresso Internacional em Estudos da Criança*. Disponible en: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/4700>
- Gomes, I. (2010). *Acreditar no Futuro*. Lisboa: Texto Editora.
- Instituto da Segurança Social, IP. (2007a). *Manual de Gestão da Qualidade das Respostas Sociais: Lar de Infância e Juventude*. Lisboa: ISS, IP. Disponible en: http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=21429&m=PDF
- Instituto da Segurança Social, IP. (2007b). *Manual de Gestão da Qualidade das Respostas Sociais: Centro de Acolhimento Temporário*. Lisboa: ISS, IP. Disponible en: http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=21644&m=PDF



- Instituto da Segurança Social, IP. (2012). *CASA-2011 Relatório de Caracterização Anual da Situação do Acolhimento das Crianças e Jovens: Centro de Acolhimento Temporário*. Lisboa: ISS, IP.
- Maluccio, A. N., Fein, E., & Olmstead, K.A. (1986). *Permanency Planning*. Londres, UK: Tavistock Publishers.
- Manata, S. (2008). *O impacto da institucionalização no comportamento e desenvolvimento das crianças integradas em famílias adoptivas há menos de um ano*. Dissertação de MIP. Porto: FPCEUP.
- Marques, R. (2006). *Crianças acolhidas em lar residencial: Representações de vinculação, desenvolvimento, competências sociais e comportamento*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Martín, E., Rodríguez, T., & Torbay, A. (2007). Evaluación diferencial de los programas de acogimiento residencial para menores. *Psicothema*, 19(3), 406-412.
- Martins, P. C. (2004). *Protecção de crianças e jovens em itinerários de risco: Representações sociais, modos e espaços*. Tese de Doutoramento em Estudos da Criança, Universidade do Minho. Disponible en: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/3238>
- Martins, P. C. (2005a). *A qualidade dos serviços de protecção às crianças e jovens – As respostas institucionais*. Lisboa: VI Encontro Cidade Solidária. SCML. Disponible en: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3163/1/A%2520Qualidade%2520dos%2520Servi%25C3%25A7os%2520de%2520Protec%25C3%25A7%25C3%25A3o%2520%25C3%25A0s%2520Crian%25C3%25A7as%2520e%2520Jovens%2520-%2520As%2520respostas%2520institucionais.pdf>
- Martins, P. C. (2005b). *O desenvolvimento pessoal e social da criança em contexto de vida institucional – elementos para uma análise da ecologia da interpersonalidade*. Porto: Encontro Inadaptação Social: Transformações, Intervenção e Avaliação. CID. Disponible en: <http://hdl.handle.net/1822/6750>
- McCoy, H., McMillen, J., & Spitznagel, E. (2008). Older youth leaving the foster care system: Who, what, when, where, and why? *Children and Youth Services Review*, 30, 735–745. doi:10.1016/j.childyouth.2007.12.003
- Morais, I., & Ó J. (2011). O território da privacidade das crianças em situação de acolhimento institucional prolongado. En M. Calheiros, M. Garrido & S. Santos, (Eds.), *Crianças em risco e perigo: contextos, investigação e intervenção*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Mota, C., & Matos, P. (2008). Adolescência e institucionalização numa perspectiva de vinculação. *Psicologia & Sociedade*, 20(3), 367-377.
- Pacheco, P. (2010). *Lares de Infância e Juventude: Contributos para um modelo de acolhimento e integração social*. Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social, Universidade Fernando Pessoa, Porto. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10284/1946>
- Palareti, L., & Berti, C. (2009). Different ecological perspectives for evaluating residential care outcomes: Which Window for the black box?. *Children and Youth Services Review*, 31, 1080-1085. doi:10.1016/j.childyouth.2009.07.011
- Patrício, J. N. (2009). *Avaliação de necessidades dos jovens em acolhimento residencial: Construção e validação de um instrumento*. Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e das Organizações, ISCTE-IUL. Disponible en: http://repositorio.iscte.pt/bitstream/10071/1866/1/Avaliação%20de%20Necessidades%20de%20Jovens%20em%20Acolhimento%20Residencial_Construção%20e%20Validação%20de%20um%20Instrumento_Outubro2009.pdf
- Pereira, M. (2008). *Desenvolvimento de crianças em centros de acolhimento temporário e relação com os seus cuidadores*. Tese de Mestrado em Psicologia. Braga: Universidade do Minho. Disponible en: <http://hdl.handle.net/1822/8078>
- Pracana, S. M., & Santos, S. V. (2010). Depressão em crianças e adolescentes em acolhimento institucional: Caracterização e relação com variáveis do acolhimento. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 721-735). Braga: Universidade do Minho. Disponible en: http://www.actassnip2010.com/conteudos/actas/PsiCli_7.pdf
- Prior, F (2010). *Impacto da institucionalização no comportamento e no desenvolvimento emocional de crianças adoptadas: um estudo longitudinal*. Dissertação de MIP. Porto: FPCEUP.
- Queirós, D. (2010). *Construindo (projectos de) vidas – Desafios, oportunidades e mudanças no acolhimento em Portugal*. Dissertação de MIP. Porto: FPCEUP.
- Quintãns, C. (2009). *Era uma vez a instituição onde cresci: Narrativas de adultos sobre experiências de institucionalização*. Tese de Mestrado em Psicologia. Braga:



- Universidade do Minho. Disponible en: http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9957/1/Tese_Final_Claudia_Quintans.pdf.pdf
- Reis, V. (2009). *Crianças e jovens em risco (Contributos para a organização de critérios de avaliação de factores de risco)*. Tese de doutoramento em Psicologia Clínica,. Coimbra: FPCEUC. Disponible en: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/11781/1/tese%20versao%20reformulada%20final2.pdf>
- Rutter, M. (2000). Children in substitute care: Some conceptual considerations and research implications. *Children and Youth Services Review*, 22, 685 - 703. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0190-7409\(00\)00116-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0190-7409(00)00116-X)
- Simões, M. H., (2011). *Crianças e jovens em perigo: Cuidado e responsabilidade no acolhimento institucional*. En T. S. Pereira, & G. Oliveira (Coord.), *Cuidado e responsabilidade*, (pp. 202-221). S. Paulo: Editora Atlas.
- Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (2004). *Estudo das trajetórias de vida das crianças e jovens saídas dos lares da SCML: 1986 - 2001*. Disponible en: http://www.cnpcjr.pt/downloads%5CPercursos_jovens_saida_lares%20.pdf
- Santos, M. A. (2010). *O acolhimento institucional prolongado de jovens em risco: a experiência passada de institucionalização e o seu significado actual para os sujeitos adultos*. Tese de Mestrado em Ciências da Educação. Coimbra: FPCEUC.
- Soares, I., Silva, J., Marques, S., Baptista, J., & Oliveira, A. (2010). O impacto da institucionalização e da adopção no desenvolvimento da criança. En C. Machado (Ed.), *Vitimologia: Das novas abordagens teóricas às novas práticas de intervenção*. (pp.45-80). Braga: Psiquilíbrios.
- Taylor, K. (2005). Understanding communities today: Using matching needs and services to assess community needs and design community-based services. *Child Welfare League of America*, 84, 251-264. INIST : 20612, 35400012934916.0090
- Vilaverde, M. (2000). *Factores de risco e factores protectores em crianças vítimas de maus-tratos a viver em instituições*. Tese de Mestrado em Psicologia. Braga: Universidade do Minho.
- Ward, A. (2006). Models of "ordinary" and "special" daily living: matching residential care to the mental-health needs of looked after children. *Child and family social work*, 11, 336-346.

NORMATIVA LEGAL

- Convenção Sobre os Direitos da Criança. Resolução da Assembleia da República, no 20/90. D.R. no 211, 1a Série, 12 de Setembro de 1990.
- Decreto Lei nº 147/99, de 9 de Setembro – Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo. Lisboa: Diário da República.
- Decreto Lei nº 31/2003, de 22 de Agosto - Lei da Adopção. Lisboa: Diário da República.
- Decreto Lei nº 8/2010, de 28 de Janeiro – Regulamentação do alargamento da Rede de Cuidados Continuados à Saúde Mental. Lisboa: Diário da República.
- Despacho nº 8393/2007, de 10 de Maio – Criação do Plano DOM. Lisboa: Diário da República.
- Ley 54/2007, de 28 de diciembre, de Adopción internacional. BOE número 312 de 29/12/2007, páginas 53676 a 53686. <http://www.boe.es/boe/dias/2007/12/29/pdfs/A53676-53686.pdf>
- Ley 21/1987, de modificación de determinados artículos del código civil y de la ley de enjuiciamiento civil en materia de adopción. BOE 17-11-1987, núm. 275, [pág. 34158] [tp://www.boe.es/boe/dias/1987/11/17/pdfs/A34158-34162.pdf](http://www.boe.es/boe/dias/1987/11/17/pdfs/A34158-34162.pdf)
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. BOE número 15 de 17/1/1996, páginas 1225 a 1238. <http://www.boe.es/boe/dias/1996/01/17/pdfs/A01225-01238.pdf>



RECURSOS RESIDENCIALES PARA MENORES SERIAMENTE DISRUPTIVOS: APORTACIONES TÉCNICAS A UN DEBATE SOCIAL E INSTITUCIONAL

RESIDENTIAL TREATMENT FOR SEVERELY DISRUPTIVE MINORS: TECHNICAL CONTRIBUTIONS TO A SOCIAL AND INSTITUTIONAL DEBATE

Antonio Galán Rodríguez

Servicio de Familias, Infancia y Adolescencia de Extremadura

Los centros para menores con graves conductas transgresoras son recursos muy cuestionados a nivel social e institucional, pero han recibido poca atención desde contextos académicos. Analizamos las dificultades que implica su definición, implementación y gestión, y abordamos especialmente los problemas ligados a una definición basada en criterios clínicos. Se defiende la conveniencia genérica de su adscripción al entorno sanitario, pero también al ámbito de la protección a la infancia cuando se trata de menores desprotegidos; para estos casos se sugiere el uso de conceptos y modelos diferentes a los clínicos: los déficits de autorregulación como problema básico, y la intervención socioeducativa como eje del tratamiento. Analizamos otros aspectos conflictivos como el uso de la contención, los modelos de intervención, o la relación con el Sistema de Justicia Juvenil. Finalmente, planteamos algunas recomendaciones en relación a la definición y funcionamiento de estos centros.

Palabras clave: Trastorno de conducta, Trastorno del comportamiento, Acogimiento residencial, Autorregulación.

Residential treatment for minors with severe conduct problems has been questioned from a social and institutional point of view, but little attention has been paid from academic contexts. Difficulties in definition, implementation and management are analyzed, including problems caused by clinical-based definitions. Management by the Healthcare System is considered the best choice in most cases; nevertheless, Child Protection Services could run these centers for children in foster care. If so, a number of concepts and models different from clinical ones should be used: deficits in self-regulation as the core problem, and psycho-educational intervention as the axis of the treatment. Other controversial topics are analyzed, such as restraint methods, intervention models, or the relationship with the Juvenile Justice System. Finally, some recommendations related to the definition and functioning of these facilities are provided.

Key words: Conduct disorder, Behavior disorders, Residential care, Self-regulation.

Los modelos actuales de atención en Salud Mental infante-juvenil y en Protección a la Infancia comparten el énfasis en la búsqueda de normalización en su intervención (utilización de recursos comunitarios, permanencia del niño en la familia, escolarización ordinaria...). No obstante, algunos menores requieren una atención muy específica que no se ajusta totalmente a ese modelo. Entre ellos podrían encontrarse algunos adolescentes y jóvenes cuyas dificultades personales conllevan un patrón de conductas transgresoras muy graves que dificultan seriamente la convivencia cotidiana (en su familia, o en un centro de acogida ordinario). Aunque para la mayoría de estos menores las intervenciones comunitarias y familiares constituyen la respuesta indicada, persiste un reducido grupo que requiere una intervención intensiva en un contexto de convivencia cotidiana, es decir, un recurso residencial de media-larga estancia.

Son numerosos los centros específicos diseñados para atenderlos, con formatos y denominaciones muy variadas. Se trata de dispositivos muy cuestionados a nivel

social y profesional, y se enfrentan a diversos problemas conceptuales, prácticos y jurídico-administrativos. El estudio de estos apenas ha sido abordado en contextos académicos, restringiéndose su análisis al ámbito institucional, o a debates sociales espoleados por los medios de comunicación a partir de sucesos desafortunados.

Frecuentemente se han dirigido las críticas al Sistema de Protección a la Infancia y Adolescencia (SPIA a partir de ahora), puesto que éste gestiona el grueso de dichos recursos. En efecto, y aunque los trastornos del comportamiento constituyen una de las principales causas de solicitud de atención en equipos de Salud Mental, pocos servicios sanitarios han optado por asumir esta atención residencial. Una muestra ilustrativa la encontramos al revisar el Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2010), que no incluye ningún dispositivo de este tipo, limitándose a señalar la conveniencia de "estudiar la necesidad de un Centro Terapéutico Residencial para ofrecer tratamiento intensivo a niños y adolescentes con trastornos mentales graves y de conducta" (p. 126). En cambio, el Instituto Madrile-



ño del Menor y de la Familia, ofrece en Mayo de 2012 un listado de nueve recursos bajo el rótulo de “Centros específicos para menores con trastornos de Salud Mental, de conducta y/o consumo de sustancias tóxicas”.

Posiblemente, los SPIA comenzaron asumiendo esta atención residencial especializada por la necesidad de ofrecer soluciones a menores acogidos en sus propios recursos, ante la falta de una respuesta adecuada desde otros lugares de la red asistencial. De esta manera, se consideró a estos menores como un nuevo perfil de población acogida, que necesitaba un modelo de atención especializada (Bravo y del Valle, 2009a). Como resultado, se ha creado una red de recursos y se ha acumulado un bagaje profesional, que han convertido a los SPIA en la principal referencia para este tipo de atención residencial. De hecho, en la actualidad es frecuente que el resto de la red trate de derivarle casos, o que las propias familias soliciten ingresos de menores; y todo ello sin que aún se haya abordado debidamente a nivel institucional y técnico la pertinencia de esta adscripción institucional.

Encontramos por tanto una precaria definición acerca de quién y cómo debe atender a esta población tan vulnerable. Considerando la necesidad de un trabajo de reflexión y definición, en el que los profesionales vinculados a la atención a la infancia sean parte activa, este documento es elaborado como una contribución al esfuerzo por delimitar algunos aspectos que deben ser tenidos en consideración a la hora de abordar esta polémica realidad.

UNA INQUIETUD INSTITUCIONAL

Son escasas las aportaciones desde ámbitos académicos o específicamente técnicos de nuestro país, que aporten análisis y propuestas en relación a estos recursos, de modo que gran parte de las referencias actuales proceden de instituciones implicadas en la defensa de la infancia. No obstante, el principal interés de éstas se ha situado en la salvaguarda de garantías jurídicas para los menores ingresados; de ahí las continuas referencias a los mecanismos de control frente a prácticas abusivas (propuesta de que se exija autorización judicial para los ingresos o se respete la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente en cuanto a prescripciones farmacológicas...) o las demandas de cambios legislativos (fundamentalmente, una normativa estatal con rango de ley orgánica). En este contexto, los aspectos más técnicos han ocupado un lugar secundario.

Por limitaciones de espacio nos limitaremos a breves referencias sobre un reducido número de documentos especialmente valiosos o ilustrativos para ofrecer una panorámica. Muchas de estas iniciativas surgieron a partir del informe presentado por el Defensor del Pueblo en 2009, en relación a los centros para “menores con trastornos de conducta y en situación de dificultad social”. Sus conclusiones generaron un importante revuelo social; pero más allá de su proyección mediática, y de su concepción excesivamente ingenua del problema, tuvo el efecto beneficioso de promover iniciativas destinadas a ordenar y clarificar el funcionamiento de estos recursos. El Informe mostraba la variedad de dispositivos, que quedaba ilustrada por la diversidad de denominaciones: centros para trastornos de conducta, unidades de régimen especial, centros u hogares de socialización o de asistencia terapéutica, centros educativo-terapéuticos... Esa variedad reflejaba la dificultad para definirlos, y la ausencia de una regulación estatal que unificase las respuestas autonómicas. Además, este Informe recogía la difícil realidad de algunas familias en las que hay niños con graves conductas disruptivas, o con ciertos trastornos mentales, porque no reciben una respuesta adecuada desde instancias educativas o sanitarias, y finalmente acaban recurriendo a la entidad pública de protección de menores para solicitar un centro específico.

Fueron precisamente las quejas sobre la atención proporcionada por los dispositivos públicos (educativos, sanitarios, sociales) las que ya habían motivado un informe del Defensor del Menor de Andalucía en 2007. Éste concluía que si un menor con trastornos del comportamiento presenta dificultades leves, éstas se detectan con prontitud y la familia demanda con rapidez la intervención, los recursos en los sistemas sanitario, educativo y social son suficientes para abordarlos; pero que si el trastorno es grave, el problema tarda en detectarse, o se acude tarde a los recursos públicos, es muy posible que la familia no encuentre respuestas adecuadas. Un elemento específico de este Informe es que para el Defensor del Pueblo Andaluz el problema central es una categoría clínica (el trastorno de conducta), y como tal requeriría una atención primariamente sanitaria. Su estudio mostró que el Sistema de Salud no ofrece la respuesta adecuada: tarda en detectar, derivar y diagnosticar, a veces aporta una respuesta exclusivamente médica, y no cuenta con recursos específicos para los casos más graves (cuando se requiere un internamiento de media-larga estancia); en



cambio, el Sistema de Protección sí ha creado esos recursos residenciales, pero como dispositivos específicamente dirigidos a sus menores.

Estos debates sociales y profesionales llegaron a su máximo nivel institucional cuando el Senado destinó una serie de sesiones (del 7 de marzo al 20 de septiembre de 2011) de la “Comisión Especial de Estudio de la Problemática de la Adopción Nacional y Otros Temas Afines”, para analizar la situación de los centros especializados para trastornos del comportamiento. En las comparecencias de distintos profesionales y responsables institucionales (pueden consultarse los diarios de sesiones en www.senado.es) pudo apreciarse la magnitud del problema y las incertidumbres que le acompañan. De esta Comisión surgieron propuestas destinadas a regular legalmente algunos aspectos del funcionamiento de estos centros, si bien la finalización de la legislatura impidió la completa tramitación de la Ley.

Otra institución implicada en esta problemática es la Fiscalía de Menores, en cuanto que supervisa las intervenciones protectoras de las Entidades Públicas y sus recursos residenciales. Por ello, ha generado cierta producción reglamentaria, como la Circular 8/2011 de la Fiscalía General del Estado (FGE) sobre criterios para la unidad de actuación especializada del Ministerio Fiscal en materia de Protección de Menores. La Fiscalía pone un gran énfasis en evitar vulnerar los derechos de los menores, especialmente al considerar la indefinición legal en que se encuentran estos recursos (no funcionan como centros ordinarios, pero tampoco pueden ser tipificados como centros especiales según el artículo 271 del Código Civil). Finalmente, el necesario uso de medidas de contención constituye otro importante factor de riesgo de prácticas abusivas. Frente a estos peligros, la Fiscalía demanda una regulación estatal, y mientras ésta llega, opta por las soluciones más garantistas respecto a los derechos de los menores.

Por su parte, las entidades públicas de protección a la infancia llevaron a cabo una aportación común en Mayo de 2010, cuando la Comisión Interautonómica de Directores Generales de Infancia consensuó el “Protocolo Básico de Actuación en Centros y/o Residencias con Menores Diagnosticados de Trastornos de Conducta” (Dirección General de Política Social, de las Familias y de la Infancia, 2010). A pesar de sus limitaciones a nivel normativo, adquirió una gran relevancia al convertirse en una guía de actuación con cierto respaldo institucional. En efecto, justificaba la existencia de recursos espe-

cíficos para atender graves trastornos del comportamiento y situaciones de crisis, porque éstas requieren un contexto muy estructurado, junto con un abordaje educativo y psicoterapéutico, que sólo se puede ofrecer en un programa específico. Además, ofrecía indicaciones concretas sobre diversos aspectos de su funcionamiento cotidiano.

LAS DIFICULTADES CON SU DEFINICIÓN

En la actualidad no existe una definición inequívoca de estos centros, ni a nivel administrativo ni técnico. Así, no existe una regulación a nivel estatal que les dé una entidad específica; y a nivel asistencial resulta difícil encontrar criterios operativos (y que soporten un cuestionamiento crítico) que permitan definir la población a atender. De ahí las variopintas propuestas de perfil de menor y de requisitos de ingreso, o la diversidad de denominaciones que reciben los recursos (centros residenciales de educación intensiva, terapéuticos, para trastornos de conducta, de socialización...); bajo esta variedad subyace, entre otras, la cuestión clave de si la orientación básica de estos recursos será sanitaria o de otro tipo (de protección a la infancia, socio-educativa...).

Una de los elementos más polémicos en este sentido es el papel que deben jugar los conceptos de “trastorno mental” y “trastorno de conducta” en la definición del recurso y en los criterios de ingreso. Su presencia es innegable, pero lo que inicialmente parece una buena opción (recurrir a diagnósticos clínicos), nos introduce en un terreno fangoso. Las clasificaciones de trastornos mentales ofrecen descripciones bien operativizadas de un perfil de menor que encaja bien en estos recursos (sobre todo el diagnóstico de trastorno disocial). Ahora bien, definir los recursos según estos criterios conlleva una serie de problemas.

- A. La mayoría de estos centros no son catalogados como dispositivos clínico-sanitarios, sino de protección a la infancia; por tanto, definir el perfil de residente a partir de diagnósticos clínicos lleva a plantearse la cuestión de por qué ese menor concreto no es atendido por la institución sanitaria.
- B. Algunos profesionales (y documentos) definen estos centros como recursos para “trastornos de conducta”, al mismo tiempo que señalan que no se debería atender patología mental; se hace esta afirmación pensando que no tienen cabida ciertos trastornos mentales (esquizofrenia, trastornos bipolares, ciertas evoluciones de trastornos generalizados del desarrollo, tras-



tornos de la conducta alimentaria), que deberían ser atendidos en otro tipo de recurso. Con ello, el concepto de “trastorno mental” se convierte en confuso, y obliga a establecer una difícil distinción entre tipos de patología mental. De alguna manera, pareciera que se hace una diferenciación no explicitada entre “auténtica enfermedad mental” y “trastorno de conducta”, reservando aquella para cuadros de mayor gravedad (la “patología pesada” que configura el bagaje más tradicional de la clínica psiquiátrica). Esto se corresponde con la existencia de dos perfiles diferenciados de menores que todo profesional puede intuir pero que no terminan de ser operativizados de una forma adecuada, quizá porque los diagnósticos clínicos en solitario no son suficientes para ello, y se requieren criterios de un carácter diferente (necesidades asistenciales, capacidades de contención del entorno, niveles de organización psíquica...).

Estas incoherencias nos están remitiendo a dificultades propias del ámbito clínico, que se amplifican a la hora de trasplantarlos a este contexto particular:

1. La debilidad de los sistemas de clasificación de trastornos mentales en la infancia. Así, el modelo de psicopatología infantil defendido en las clasificaciones internacionales de trastornos mentales podría ser inadecuado, porque supone una traslación a la infancia del modelo adulto. Las características del enfermar psíquico infantil (inespecificidad sintomatológica, capacidad de autorregulación, de reversibilidad y mutabilidad, patología cronodependiente, diferenciabilidad individual, comorbilidad, psicopatología del contexto) (Rodríguez-Sacristán, 1995) dan a éste una especificidad que demandaría una forma diferente de clasificación. A un nivel teórico esto se ha traducido en formulaciones diferentes, como la psicopatología del desarrollo (Lemos, 2003). Y a un nivel práctico del día a día, lo encontraremos en la resistencia de muchos profesionales sanitarios a formular diagnósticos cuando atienden a niños.
2. La debilidad de la categoría nosológica “trastorno de conducta”, como entidad clínica controvertida por su heterogeneidad sintomática, multicausalidad y alta comorbilidad (Fernández et al., 2010). De hecho, recoge tal heterogeneidad de situaciones, que frecuentemente resulta poco útil para caracterizar a los menores cuando se diseña una intervención psicológica.
3. La precariedad que presenta en muchos lugares la red asistencial sanitaria a la hora de atender a esta problemática cuando se trata de casos graves, introduce mucha confusión en relación al papel que realmente juega. A pesar de sus recursos conceptuales e institucionales (modelos teóricos, instrumentos de intervención, diseño de dispositivos de atención...), la realidad asistencial más frecuente ante casos graves es que la respuesta resulta limitada:
 - ✓ La psicofarmacología supone una importante ayuda en el tratamiento de muchos menores (Robb, 2010), pero no deja de ser una respuesta dirigida al síntoma (en cuanto reducción de ansiedad e impulsividad), y que por tanto resulta insuficiente en solitario.
 - ✓ La psicoterapia ambulatoria se enfrenta a serias limitaciones: la frecuente negativa de los menores a participar en una intervención de este tipo, y la necesidad de una frecuencia y regularidad de sesiones que la agenda saturada de muchos recursos de Salud Mental no puede aportar.
 - ✓ Las intervenciones domiciliarias aparecen como una importante herramienta del enfoque comunitario de la Salud Mental, pero en la realidad asistencial apenas está presente.
 - ✓ Los Hospitales de Día aparecen a priori como un recurso especialmente interesante para este tipo de menor: desarrollan espacios de convivencia con un componente terapéutico, despliegan una intervención integral, y respetan la obligatoriedad de escolarización. No obstante, éste es un tipo de recurso poco implantado, y que salvo contadas excepciones (véase p.e. Bertrán et al., 2011) se reservan para pacientes con otros perfiles clínicos (por ejemplo, trastornos de la conducta alimentaria) o para aquellos en los que la conducta disruptiva forma parte de problemas clínicos más amplios (trastornos generalizados del desarrollo, cuadros psicóticos en la adolescencia...).
 - ✓ Respecto a dispositivos de internamiento de larga duración, el ámbito clínico-sanitario ha realizado importantes aportaciones a nivel teórico (p.e. Jiménez, 2004). No obstante, en la actualidad son muy escasos los recursos de este tipo implementados por las administraciones sanitarias y, como ocurre con los Hospitales de Día, atienden preferentemente a casos diferentes a los menores que nos ocupan.



Vemos por tanto que el grueso de la atención residencial y de la intervención en contextos informales (el domicilio, los espacios de socialización...) son gestionadas por servicios sociales, tanto genéricos como especializados, más que por los clínico-sanitarios. E incluso parte de la respuesta psicoterapéutica es aportada también desde recursos sociales (programas de intervención familiar, unidades de psicoterapia concertadas por los Servicios de Protección de Menores...). Nos encontramos así con la paradoja de que un problema es definido desde los parámetros de un espacio asistencial ajeno al que asume una parte importante de la intervención. Es decir, que los conceptos clínico-sanitarios (como "trastorno de conducta") son los que definen la intervención en un espacio profesional diferente. Esto introduce un notable factor de confusión en la ciudadanía y en los profesionales respecto a quién debe asumir esta responsabilidad. Y desde un punto de vista técnico, frecuentemente asistimos en este ámbito psico-socio-educativo a un trasplante poco reflexivo de conceptos y modelos procedentes de otros contextos asistenciales, y a la consecuente desvalorización del bagaje del propio ámbito de pertenencia. Es por ello que consideramos recomendable que si los servicios sociales especializados continúan asumiendo esta responsabilidad asistencial, avancen en la elaboración de un modelo de comprensión del problema que sea coherente con los principios y herramientas propios de su ámbito de trabajo. Nuestra propuesta en este sentido sería abordar estos problemas desde dos presupuestos básicos:

- ✓ Los problemas de autorregulación (emocional, conductual, cognitiva), como manifestación comportamental clave y como elemento definitorio (en lugar de basarse en diagnósticos clínicos). Se parte de la concepción de la autorregulación como uno de los principales organizadores del desarrollo psicológico, tal como se plantea desde algunas formulaciones de la teoría del apego (Sroufe, 2005), o en algunas visiones de ciertas dificultades comportamentales (p.e. Mas, 2009)
- ✓ La necesidad de una intervención socio-educativa como eje central de la atención al menor, enfatizando su carácter intensivo y el hecho de constituir el eje sobre el que girarían las actuaciones complementarias. De esta manera, la atención a los menores se asentaría en el importante bagaje técnico y profesional acumulado en el ámbito de la protección a la infancia a lo largo de los últimos años, y que constituye uno de sus signos de identidad (Bravo y Del Valle, 2009b).

LAS DIFICULTADES PARA SU ADSCRIPCIÓN

A partir de algunas cuestiones planteadas pueden entenderse las dudas en torno a la delimitación entre las instituciones de protección a la infancia y las sanitarias, en cuanto que existe un importante solapamiento, sostenido sobre cuestiones teóricas pero también sobre negligencias institucionales.

Evidentemente, podemos definir los problemas de estos menores en términos clínicos, adscribir sus síntomas a categorías nosológicas, y hacer uso del bagaje conceptual y técnico propio del ámbito sanitario para atenderlos. Si se asumiera esta perspectiva clínico-sanitaria, el Sistema de Salud debería contar con todo el rango correspondiente de recursos asistenciales, incluyendo los residenciales de media-larga estancia para los casos graves inabordables a nivel ambulatorio. Este modelo resulta indiscutiblemente el más adecuado para cierto perfil de menor cuyas dificultades demandan de forma primaria conceptos, técnicas e instrumentos asistenciales propios de la Psiquiatría y la Psicología Clínica. Así, ante trastornos psicóticos, ciertas evoluciones de trastornos generalizados del desarrollo, patologías afectivas graves... la intervención socio-educativa ocupa un lugar claramente secundario en el programa de intervención para estos menores. Curiosamente, incluso centros dirigidos a estos perfiles son frecuentemente asumidos por servicios sociales especializados en lugar de sanitarios (véase por ejemplo el Decreto 355/2003 de Acogimiento Residencial en Andalucía).

Incluso excluyendo estos perfiles, y salvo excepciones puntuales, la realidad asistencial actual para gran parte de nuestro país es que la red sanitaria no ofrece una respuesta adecuada para los casos graves. En este sentido, parece situarse en una tendencia en muchos sistemas sanitarios del mundo a prescindir del tratamiento residencial a largo plazo para niños y adolescentes (Leventhal y Zimmerman, 2004). Y así, en nuestro país se dispone de pocos recursos de este tipo, y sólo excepcionalmente se opta por la derivación a centros privados; además, se tiende a asumir estos ingresos sólo cuando la conducta disruptiva aparece ligada a un trastorno mental de mayor entidad, con lo que nos remitimos a un perfil de menor diferente al que estamos considerando en este artículo. Esto resulta especialmente visible cuando algunos padres solicitan centros residenciales para sus hijos; la respuesta negativa de la instituciones sanitarias lleva a estos padres a recurrir al SPIA, a pesar de que éste ha sido creado para atender a menores abandonados, de-



satendidos, maltratados... Y de hecho, la incorporación de un menor a este Sistema implica la asunción de una medida de protección, lo que conlleva una descalificación legal de los progenitores. Se desemboca así en una situación anómala a la que no se está dando la relevancia pública que merece (con algunas excepciones, como en el ya mencionado informe del Defensor del Pueblo Andaluz).

Ahora bien, para aquellos menores que ya están en la red de protección y que presentan problemas graves de autorregulación, ¿cuál sería la respuesta adecuada? ¿Derivarlos al ámbito de Salud Mental, o continuar aportando la respuesta desde el propio SPIA? Consideramos que las dos opciones son viables y coherentes. Acabamos de justificar que el Sistema Sanitario asuma esta atención, pero también sería coherente que el propio SPIA asuma esa responsabilidad con los menores desprotegidos.

El principal argumento nos remite a las necesidades de gran parte de estos menores. Todos los adolescentes y jóvenes que forman parte del Sistema de Protección requieren un cuidado que sustituya al familiar, y una intervención socio-educativa que favorezca su desarrollo personal; la conducta seriamente disruptiva no anula esa necesidad de atención, y de hecho la intervención frente a los comportamientos problemáticos hace uso de los mismos conceptos y técnicas que se aplican a la hora de aportar ese cuidado sustituto y favorecedor del crecimiento. Es decir, gran parte de los menores en situación de desamparo con serios problemas de autorregulación, requieren una intervención cuyos dos elementos clave (el cuidado sustituto y la intervención socio-educativa) constituyen la especialidad propia del Sistema de Protección. De hecho, este modelo de intervención podría ser tomado en muchos aspectos como modelo por parte de recursos residenciales que quieran atender a menores no desprotegidos. Desde este argumento, cuando un menor acogido en un recurso residencial requiere un centro especializado, está demandando un tipo de atención muy similar a la que ya está recibiendo; lo que requiere es introducir algunos cambios cualitativos y, sobre todo, un importante incremento en la intensidad de la intervención; y sobre este objetivo básico tendrán que girar las necesarias intervenciones complementarias, muchas de las cuales podrían situarse en ámbitos institucionales diferentes al de la Protección a la Infancia. De hecho, algunos de estos centros han incorporado

conceptos y técnicas propias del ámbito clínico (técnicas psicoterapéuticas, categorías diagnósticas, psicofármacos, etc.), de ahí que externamente puedan parecer centros sanitarios, y con ello aumentar la confusión en torno a su identidad.

Este planteamiento establece una continuidad entre los recursos ordinarios y los especializados, y es coherente con una concepción de la atención residencial basada en un modelo de diversidad de recursos (Del Valle y Fuertes, 2000), que apuesta por la existencia de dispositivos especializados que cubran necesidades específicas que no puedan ser abordadas desde programas genéricos.

Vemos por consiguiente que ambas adscripciones (recursos sanitarios versus servicios de protección a la infancia) pueden resultar coherentes con los principios que sostienen a estos dos ámbitos asistenciales. Sería por tanto una decisión institucional la que debiera optar por el desarrollo integral de una respuesta sanitaria para toda la población (incluyendo a los menores en desprotección) o el mantenimiento de dos redes diferentes, cada una de ellas con su especificidad asistencial. Para algunos casos incluso se podría formular como opción ideal una doble adscripción, en la que ambas instituciones compartan la responsabilidad, y cada una aplique su bagaje específico ante problemas tan complejos. Incluso podríamos ampliar esa adscripción institucional para incluir al Sistema Educativo. De hecho, existen centros que han hecho uso de esta múltiple dependencia administrativa (véase por ejemplo Gausachs, 2004). No obstante, debemos aceptar que siempre resulta difícil lograr una sinergia adecuada entre instituciones cuyas prioridades o recursos pudieran no ir parejos. Por ello, y sin olvidar que es un ideal al que se debe avanzar, deberíamos optar provisionalmente por la solución más modesta de buscar definiciones conjuntas y de asegurar la coordinación institucional frente a los casos.

ASPECTOS CONFLICTIVOS

Son muchos más los aspectos delicados que requieren cierto análisis, como el referente a la contención. En el contexto que nos ocupa, éste ha adquirido connotaciones negativas, ligándolo a inmovilización física, maltrato o vejaciones, de ahí que se intente eludir el término. No obstante, una realidad ineludible es que el cuidado de un menor conlleva la necesidad de poner un límite a conductas destructivas; por ello, debemos



buscar conceptualizaciones y prácticas que permitan hacerlo de forma eficaz y respetuosa. Una forma productiva de entender la contención es incluirla en un continuo que comienza con la autorregulación, continúa con la regulación ordinaria y que, ante el fracaso de las anteriores, demanda un procedimiento extraordinario. Es entonces cuando “contención” sí se identifica con inmovilización física, aislamiento, o el uso de fármacos que calmen la angustia y la agitación. De esta manera, la contención:

- ✓ Es situada dentro del espacio de las necesidades del niño.
- ✓ Incluye dos dimensiones básicas: a) responde a una demanda urgente y actual (impedir un desborde afectivo, bloquear una agresión, evitar una auto-lesión); y b) tiene como objetivo final el desarrollo de la capacidad de auto-contención. Sólo sería buena la contención que busca ofrecer una seguridad básica y que al mismo tiempo contribuye a la construcción de esa capacidad de regulación interna.
- ✓ Incluye como idea básica la de que cuanto más externo es el recurso utilizado, más difícil es su interiorización. Esto implica que cuanto más pasivo sea el niño en ese proceso, mayores dificultades tendrá para desarrollar su propia capacidad de regulación. Por ello, un diálogo reflexivo es más productivo que una sujeción física, y la búsqueda de estrategias personales para evitar un desborde conductual (una actividad, un juego...) es más constructiva que un fármaco. De ahí que las estrategias más impositivas (contención farmacológica o mecánica) sean muy eficaces para ofrecer seguridad inmediata (de donde viene su necesidad) pero que contribuyan poco al desarrollo de mecanismos de autorregulación. Encontrar el punto óptimo entre seguridad inmediata y proceso de construcción personal, es una decisión que debe ser tomada de forma individual en cada caso.

Otro aspecto que genera debate es el referente a la supervisión de estos recursos, especialmente por el riesgo de prácticas abusivas. Su especificidad obliga a maximizar algunos aspectos de control y vigilancia, por ejemplo en lo referente a espacios físicos y de seguridad. Igualmente, el control institucional debería ser mayor que para un recurso ordinario, y debería quedar claramente especificado qué incidencias concretas deben ser comunicadas por los centros (ausencias injustificadas, intentos de autolisis, medidas de contención o aislamiento, etc.). En general, plantearíamos una mayor exigencia en la

búsqueda de calidad, que se reflejaría en la cualificación y formación del personal, en el diseño e implementación de los programas educativos, o en el desarrollo de protocolos específicos. De la misma manera, apostaríamos por la existencia de equipos técnicos especializados encargados de la valoración de los ingresos y del seguimiento de los casos (Observatorio de la Infancia en Andalucía, 2012).

Otra garantía de buen trabajo es asegurarse de que el ingreso forme parte de un Plan de Caso más amplio, que abarque de forma integral y longitudinal la atención al menor. Estos centros no deberían convertirse en lugares residuales, o en espacios ajenos al Sistema. Para evitarlo, la incorporación de un menor debe ser coherente con un plan general de intervención. Y esto va a implicar que dicho ingreso aparezca ligado a la formulación de objetivos concretos y al establecimiento de plazos temporales; por otra parte, aceptar que se trata de un recurso temporal obligará a trabajar desde el primer momento con el objetivo de un retorno del menor al hogar familiar o a su recurso residencial de origen. Además, debemos señalar que el énfasis actual en los modelos comunitarios tiene uno de sus orígenes en la constatación (tanto en recursos sanitarios como en los de protección a la infancia) de que las institucionalizaciones prolongadas conllevan diversos efectos perniciosos (pérdida de autonomía, empobrecimiento personal, estigmatización); todo ello abunda aún más en la necesidad de considerar los recursos residenciales (incluso de larga estancia) como una etapa transitoria dentro de una intervención más amplia.

Por otra parte, encontramos una amplia variedad de diseños en los programas de intervención, como recogía Zimmerman (2004) al clasificarlos en cinco tipos (modelos de ambiente terapéutico, de creación de una cultura positiva entre iguales, conductual, psicoeducativo, y cognitivo-conductual) a los que se podría añadir algún otro (como el enfoque médico-psiquiátrico, o los “modelos de desafío”). Los estudios de evidencia se han centrado fundamentalmente en modelos de intervención ambulatoria (p.e. Moreno y Meneres, 2011) o en centros para menores delincuentes (p.e. Le Blanc, 2004), de modo que la efectividad del tratamiento residencial para los menores que estamos abordando aquí aún no ha sido debidamente evaluada; en parte, esto podría responder a la heterogeneidad de los centros y de las poblaciones atendidas. Evidentemente algunos modelos son inadecuados, porque no se muestran útiles o porque resultan inaccepta-



bles para los principios básicos de nuestro sistema asistencial (por ejemplo los populares “boot camps” estadounidenses, cuyas prácticas se considerarían inapropiadas, e incluso ilícitas, en nuestro país). Pero contamos con pocas referencias de validez para otros modelos. Esto no impide que deba exigirse una estricta fundamentación teórica de su funcionamiento, en cuanto que una intervención improvisada conlleva un grave riesgo de fracaso, o la posibilidad de que el recurso se convierta en un mero instrumento de contención sobre conductas antinormativas. Esos modelos deben contemplar una concepción específica del ser humano, de la familia, del funcionamiento grupal y de la conducta transgresora, que debe ser explicitada y constituir la base sobre la que se asienten la organización y funcionamiento cotidiano. Obviamente, esos principios y su aplicación deben ser objeto de control por parte de las entidades que supervisen estos recursos.

Finalmente, debemos señalar que muchos menores susceptibles de estos recursos llevan a cabo conductas delictivas, y por tanto les será de aplicación la Ley Orgánica 5/2000 de responsabilidad penal del menor. Esto va a significar que dos sistemas institucionales (Protección a la Infancia y Reforma) van a confluir en un mismo caso, y es posible que entonces surjan discrepancias en cuanto a sus respectivos objetivos y procedimientos. La casuística nos muestra que estas diferencias existen, que han dado lugar a múltiples conflictos institucionales, y que hay disparidad de criterios entre diferentes administraciones. Con algunas de estas cuestiones se haría necesario un pronunciamiento claro de las distintas instituciones implicadas (Fiscalía, Juzgados de Menores, Servicios de Protección a la Infancia), especialmente en algunos aspectos polémicos en torno a los cuales existe diversidad de posicionamientos. Pensemos por ejemplo en si los recursos adscritos a la red de protección a la infancia podrían atender a menores que cumplen la medida judicial de convivencia en grupo educativo. Un tema diferente es el relativo a qué recursos permitirían el cumplimiento de los internamientos terapéuticos, si bien su análisis escapa a los objetivos de este documento.

A un nivel puramente técnico estimamos que la imposición de una medida judicial no constituye en sí un criterio de exclusión. El elemento determinante para valorar la pertinencia de estos recursos son las dificultades del menor que le impiden desarrollar unos mecanismos básicos de regulación emocional y conductual; la comisión del delito y la imposición de una medida

judicial constituyen elementos significativos en la configuración personal y psicosocial del menor, pero no son el elemento nuclear a la hora de plantearse si este tipo de centro especializado puede ayudarle. En cambio, sí influirán en la forma en que se implementen las estrategias de intervención, ya sea en los aspectos administrativos o en los interpersonales. Así, el hecho de estar sujeto a una medida judicial va a introducir elementos como el carácter coercitivo de la intervención, la existencia de una serie de plazos a cumplir, la presencia de ciertas restricciones en su funcionamiento cotidiano, o las consecuencias que puede acarrear la falta de colaboración en el programa de intervención.

CONCLUSIONES

En nuestro esfuerzo por iniciar un debate en el ámbito técnico y profesional sobre estos centros especializados, podemos concluir con estas valoraciones finales:

- ✓ Existe una clara necesidad asistencial de contar con recursos residenciales específicos para menores con graves dificultades de autorregulación emocional y conductual, y las instituciones deberían asumir este compromiso ético con una población especialmente vulnerable.
- ✓ Cuando estos menores se encuentran en una situación de desprotección, su atención podría ser asumida tanto desde dispositivos sanitarios como desde la red de acogimiento residencial del Sistema de Protección a la Infancia y Adolescencia. No obstante, habría que definir perfiles y establecer marcos de comunicación que permitan situar a los menores en la red que mejor responda a sus necesidades.
- ✓ Situar parte de estos recursos en el ámbito de la protección a la infancia demanda el uso de conceptos y técnicas propias de este campo asistencial, de modo que el diseño y funcionamiento cotidiano resulten coherentes con su pertenencia institucional. Por ello, los recursos deberían ser definidos en función de criterios diferentes a los diagnósticos clínicos.
- ✓ Las especiales características de los menores y de la atención que estos requieren, obliga a enfatizar la necesidad de control y supervisión de la atención que se presta en el recurso.
- ✓ La excepcionalidad de estos dispositivos hace recomendable considerar la estancia en ellos como un recurso temporal, sujeto al cumplimiento de unos objetivos y plazos temporales, que serían coherentes con un Plan de Caso más amplio.



- ✓ El carácter tan especializado del trabajo técnico a realizar con los menores obliga a mantener unas mayores exigencias de calidad, que se reflejarían en la formación de los profesionales, la rigurosidad de los Proyectos Educativos, y la fundamentación de los modelos teóricos.
- ✓ La complejidad de los casos y la variedad de necesidades asistenciales a cubrir, hacen aconsejable la colaboración activa de distintas instituciones relacionadas con la atención a la infancia y adolescencia. Esto podría implicar la co-gestión de algunos recursos, pero sobre todo una relación fluida que incluya compartir profesionales para cubrir necesidades específicas.

REFERENCIAS

- Bertrán, S., Burgos, F.J., Fernández-Mayoralas, M.C. e Hielga, S. (2011). El Hospital de Día de Adolescentes de Martorell. *Informaciones Psiquiátricas*, 206, 375-383.
- Bravo, A. y Del Valle, J.F. (2009a). Crisis y revisión del acogimiento residencial. Su papel en la protección infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30, 42-52.
- Bravo, A. y Del Valle, J.F. (Comps.) (2009b). *Intervención socioeducativa en acogimiento residencial*. Oviedo: Dirección General de Políticas Sociales-Gobierno de Cantabria.
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2010). *Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2104*. Madrid: Consejería de Sanidad.
- Defensor del Menor de Andalucía (2007). *Menores con trastornos de conducta en Andalucía*. Sevilla: Defensor del Pueblo Andaluz.
- Defensor del Pueblo (2009). *Centros de protección de menores con trastornos de conducta y en situación de dificultad social*. Madrid: Defensor del Pueblo.
- Del Valle, J.F. y Fuertes, J. (2000). *El acogimiento residencial en la protección a la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Dirección General de Política Social, de las Familias y de la Infancia (2010). *Protocolo básico de actuación en centros y/o residencias con menores diagnosticados de trastornos de conducta*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Fernández, A., González, M.A., Abeijón, J.A., Bravo, B., Fernández de Legaria, J.A., Guadilla, M.L., Gutiérrez, J.R., Hernanz, M., Larrinaga, M.A., Lasa, A., Múgica, M.A., Palomo, J. y Rey, F. (2010). *Abordaje integrado intra y extrahospitalario de los trastornos de conducta en la adolescencia. Investigación comisionada*. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad y Consumo-Gobierno Vasco.
- Gausachs, R. (2004). Estructura y organización del centro de menores "Can Rubió": un modelo de abordaje. En Fundación Internacional O'Belen y Fundación MAPHRE Medicina (Comp.), *Trastornos del Comportamiento en Niños y Adolescentes* (pp. 313-320). Madrid: Editorial MAPHRE.
- Jiménez, A.M. (2004). Dispositivos de internamiento terapéutico para patología mental grave de niños y adolescentes. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 89, 167-186.
- Lemos Giráldez, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*, 85, 19-28.
- Leventhal, B.L. y Zimmerman, D.P. (2004). Residential treatment. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13(2), XV-XVII.
- Le Blanc, M. (2004). La readaptación de los jóvenes delincuentes. En Fundación Internacional O'Belen y Fundación MAPHRE Medicina (Comp.), *Trastornos del Comportamiento en Niños y Adolescentes* (pp. 3-52). Madrid: Editorial MAPHRE.
- Mas, C. (2009). El TDAH en la práctica clínica psicológica. *Clínica y Salud*, 20, 249-259.
- Moreno, I. y Meneres, S. (2011). Tratamiento de los trastornos del comportamiento. Revisión de las propuestas actuales. *Apuntes de Psicología*, 29, 183-203.
- Observatorio de la Infancia en Andalucía (2012). *Centros de Protección de Menores en Situación de Desamparo que presentan trastornos de conducta en Andalucía*. Junta de Andalucía-Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.
- Robb, A.S. (2010). Pharmacotherapy for aggression in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 40, 231-236.
- Rodríguez-Sacristán, J. (1995). Los rasgos propios del enfermar psíquico en la infancia. En J. Rodríguez-Sacristán (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp. 65-77). Sevilla: Universidad.
- Sroufe, L.A. (2005). Attachment and development: a prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, 7, 349-367.
- Zimmerman, D.P. (2004). Psychotherapy in residential treatment: historical development and critical issues. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13, 347-361.



PSICÓPATAS INTEGRADOS/SUBCLÍNICOS EN LAS RELACIONES DE PAREJA: PERFIL, MALTRATO PSICOLÓGICO Y FACTORES DE RIESGO

SOCIALIZED/SUBCLINICAL PSYCHOPATHS IN INTIMATE PARTNER RELATIONSHIPS: PROFILE, PSYCHOLOGICAL ABUSE AND RISK FACTORS

José Manuel Pozueco Romero, Juan Manuel Moreno Manso,
Macarena Blázquez Alonso y M^a Elena García-Baamonde Sánchez
Universidad de Extremadura

En la presente revisión teórica analizamos las posibles relaciones entre la psicopatía subclínica y las diversas manifestaciones de maltrato psicológico en las relaciones íntimas. Para ello es preciso delimitar el concepto de psicopatía subclínica, así como también la problemática del maltrato psicológico en la pareja, también denominado violencia emocional y/o violencia invisible, puesto que es el tipo de maltrato que mayormente perpetran las parejas psicópatas en sus relaciones, todo lo cual nos permitirá ofrecer un conjunto de indicadores para concretar un perfil no psicopatológico del agresor psicópata en la pareja. Delimitamos el perfil general del psicópata integrado en la pareja, así como también el tipo de relaciones íntimas que suelen establecer y los indicadores de maltrato psicológico que representan factores de riesgo de la relación. Finalmente, también revisamos las posibles relaciones entre esos indicadores y los rasgos psicopáticos.

Palabras clave: Factores de riesgo, Maltrato psicológico, Perfil, Psicopatía integrada/subclínica, Relaciones de pareja.

In the current theoretical review we analyze the likely relationship between subclinical psychopathy and various forms of psychological maltreatment in intimate relationships. Accordingly, it is necessary to delimit the concept of subclinical psychopathy, as well as the issue of psychological maltreatment in couple relationships, also known as emotional and/or invisible violence, since it is the type of abuse mostly perpetrated by psychopathic couples in their intimate relationships, all of which will allow us to provide a set of indicators in order to particularize a non psychopathological profile of the psychopathic aggressor in the couple. We delimit the general profile of the successful psychopath in the couple, as well as the kind of intimate relationships they often establish and the psychological abuse indicators/manifestations which depict risk factors in the relationship. Finally, we also review the likely associations between those indicators and psychopathic traits.

Key words: Intimate relationships, Profile, Psychological maltreatment, Successful/subclinical psychopathy, Risk factors.

i Psicópatas criminales y psicópatas integrados? ¿Qué diferencias existen entre ambos tipos? ¿Son entidades diferentes? A estas cuestiones ya se ha ofrecido sobrada evidencia a través de la investigación (Hare, 1993; Garrido, 2000; Pozueco, 2010; Pozueco, Romero y Casas, 2011a), así como también sobre la necesaria distinción entre la psicopatía y el trastorno antisocial de la personalidad (Hare, Hart y Harpur, 1991; Torrubia y Cuquerella, 2008; Pozueco, 2011; Pozueco et al., 2011b).

Aquí nos interesa recalcar y matizar que la diferencia fundamental entre los psicópatas criminales y los psicópatas integrados, subclínicos, "con éxito" o no criminales es la *concreta comisión de un delito*, del tipo que sea – estafa, robo, cohecho, prevaricación, delito fiscal, lesiones, violencia en la familia y contra la pareja, homicidio, asesinato, agresión sexual, etc.–, puesto que, según los diversos estudios, ambos tipos de psicópatas tienen la

misma estructura básica de personalidad y emociones, difiriendo en la *faceta o vertiente conductual* –unos son antisociales y delincuentes; otros, no –. Además, como Marietán (2011) ha puesto recientemente de manifiesto, también es importante distinguir a las personas que son psicópatas de las que simplemente *lo parecen*. Esta cuestión es muy importante porque no todas las personas que exhiben ciertos rasgos psicopáticos aislados en concretos o puntuales momentos y/o situaciones son psicópatas propiamente dichos, sino que, simplemente, se comportan como tales –*lo parecen*– en tales concretas situaciones.

Por otro lado, la relación de la psicopatía con el maltrato en las relaciones de pareja también ha venido siendo puesta de relieve por numerosos estudios, y no solamente se concentran, como tiende a pensarse generalmente, en las investigaciones que abordan la específica problemática de la violencia de género, en la cual se suele hacer referencia casi exclusiva a los hombres como los únicos maltratadores de sus parejas o ex-parejas. En este artículo no realizamos distinciones de sexo y/o género, ya que la

Correspondencia: José Manuel Pozueco Romero. C/ Juan Miró, N^o 11, Portal 3, Escalera 5, 2^o D. 06011 Badajoz. España.
E-Mail: jmpozueco@hotmail.com



psicopatía, como han hallado numerosos estudios recientes, es *a-sexual* –no es una cuestión de género, es decir, se da tanto en hombres como en mujeres–, y preferimos emplear el término *violencia en la pareja* porque no sólo se ciñe a la violencia de tipo física y porque abarca tanto al género femenino como al masculino.

En relación al concreto contexto de la *violencia en la pareja* y sus múltiples manifestaciones –física, psicológico-emocional, económica, sexual, etc.–, hay que señalar que ésta tiene unos correlatos previos bien asentados que ya comienzan a manifestarse incluso en la misma etapa de *noviazgo* de una relación de pareja. Hay tipos/estilos de amor o relaciones de pareja –según la *Escala Triangular del Amor* de Sternberg (1986, 1997)– que son poco recomendables para todas aquellas personas que confían en que es posible establecer una relación íntima sana y de auténtico compromiso, independientemente de los altibajos que suelen deparar tanto la vida cotidiana como la vida en pareja. En este sentido, las parejas psicópatas son incapaces de proporcionar una relación íntima basada en el respeto, el amor, el compromiso, la fidelidad, etc., y es más frecuente su recurso a la violencia psicológica que a la física.

El objetivo de la presente revisión teórica es ofrecer una panorámica actualizada sobre la problemática de la psicopatía subclínica en las relaciones de pareja. La conclusión fundamental estriba en que las dinámicas relacionales de pareja de los y las psicópatas integrados/as son muy parecidas, centradas básicamente en mentiras, infidelidades, manipulaciones y patrones de interacción coactiva de diversa índole, todo lo cual hace pensar que las relaciones íntimas con psicópatas integrados, a pesar de su encanto y apariencia superficiales, se caracterizan por un tipo de violencia mayormente de carácter psicológico y son generadoras de sufrimiento para las víctimas.

PSICÓPATAS INTEGRADOS Y MALTRATO PSICOLÓGICO EN LA PAREJA

El perfil psicosocial o caracterización de los psicópatas integrados o subclínicos

“Simpático”, “encantador”, “inteligente”, “despierto”, “que causa impresión”, “que inspira confianza” y “un gran éxito con las/os mujeres/hombres”: éstos son los tipos de descripciones repetidamente empleadas por Cleckley (1976) en sus ya famosos estudios de casos sobre psicópatas. Pero los y las psicópatas son también, por supuesto, “irresponsables”, “autodestructivos”, etc. Estas descripciones ponen de relieve las grandes frustraciones,

inquietudes y enigmas que rodean el estudio de la psicopatía:

Los psicópatas parecen tener en abundancia los mismos rasgos más deseados por las personas normales. Cuando tantas personas denominadas como normales asisten a entrenamiento en asertividad, la imperturbable confianza en sí mismo del psicópata parece casi como un sueño imposible. Cuando muchos jóvenes sienten la necesidad de entrenamiento en habilidades sociales, la atracción magnética del psicópata por los miembros del sexo opuesto debe parecer casi sobrenatural (Ray y Ray, 1982, p. 135).

La hipótesis principal de Cleckley (1976) en relación al psicópata es que presenta un déficit afectivo al que denominó *afasia semántica*. En una línea similar lo refirieron más gráficamente otros dos estudiosos de la psicopatía al decir que «el psicópata se sabe la letra, pero no la música» (Johns y Quay, 1962, p. 217). Este tipo de personas sienten emociones sólo del tipo de lo más superficiales. Hacen cosas extrañas, autodestructivas y heterodestructivas porque las consecuencias que llenarían a una persona común de vergüenza, de repudio a sí misma y de desconcierto le mueven al psicópata sólo en un grado insignificante. Lo que para otros sería algo terrible de hacer, para los psicópatas no es más que una molestia pasajera. Cleckley (1976) también expuso argumentos respecto a que la psicopatía es muy común en la sociedad en general; de hecho, y tras larga experiencia clínica en su práctica privada, recogió en su libro *The Mask of Sanity* varios casos de psicópatas que, por lo general, funcionan con normalidad en la sociedad como hombres de negocios, médicos e incluso psiquiatras.

Eysenck y Eysenck (1978) consideraban la psicopatía criminal como un extremo de una dimensión –o dimensiones– “normal” de la personalidad, si bien hay que puntualizar que estos autores trataron de equiparar, erróneamente, psicopatía con *psicoticismo*. Por su parte, Widom (1977, 1978) fueron los primeros en diseñar una metodología propia para evaluar y caracterizar de manera específica a los psicópatas no institucionalizados (Levenson, Kiehl y Fitzpatrick, 1995), catalogando a los psicópatas criminales como *psicópatas “sin éxito”* –por aquello de haber sido apresados y encarcelados por la comisión de algún delito o delitos–.

La implicación de todo esto es que, sin duda, a muchos psicópatas que existen en la sociedad se les puede hacer frente mucho mejor que aquellos que provienen de la atención de los sistemas judicial y de bienestar. Harring-



ton (1974) fue más allá al aseverar que el psicópata es, en realidad, “el hombre del futuro”, el nuevo tipo de persona que se origina o produce por las presiones evolutivas de la vida moderna. Smith (1978), sin embargo, estableció una serie de críticas a este punto de vista general, centrándose en las incapacidades reales que el *psicópata clínico* también padece.

No obstante, el problema principal es que el estudio de la psicopatía a nivel clínico se ha venido asociando de manera generalizada con los diversos trastornos mentales, tanto con los de carácter psicótico como con los del espectro neurótico, así como también con los diversos trastornos de la personalidad –con estos últimos comparte algunos rasgos aislados (por ejemplo, narcisismo, un cierto histrionismo en algunas de sus conductas y en muy concretas personas, etc.), pero poco más–. Es bien conocido que los trabajos de Eysenck aparecen principalmente para ocuparse del psicoticismo, cometiendo el error de incluir a la psicopatía como una mera subcategoría de aquel. Teniendo en cuenta los extremos a los que Cleckley llegó al enfatizar las enormes diferencias entre psicóticos y psicópatas, el enfoque de Eysenck parece, por lo menos, necesariamente confuso.

Desde el *punto de vista jurídico-forense*, tenemos el concepto de *psicopatía criminal*. Ciertamente, la psicopatía se ha venido estudiando mayormente a través de muestras de internos penitenciarios, y generalmente tam-

bién se han concentrado estos estudios más en los hombres que en las mujeres. El estado actual de la cuestión viene siendo diferente hace ya un par de décadas, cuando comenzaron a surgir los primeros autoinformes de evaluación de la psicopatía integrada o subclínica, los cuales no han necesitado largas entrevistas estructuradas que consumen excesivo tiempo de aplicación.

Las diferencias entre la *psicopatía subclínica* y la *psicopatía criminal* son evidentes, fundamentalmente, en su *vertiente conductual*. Los dos autores que principalmente han sido los promotores de ambos conceptos de psicopatía son, respectivamente, el psiquiatra norteamericano Hervey Milton Cleckley y el psicólogo forense canadiense Robert D. Hare. A modo comparativo, en la Tabla 1 se exponen los rasgos psicopáticos según la perspectiva de ambos autores.

El mayor problema con que se ha venido encontrando el constructo de psicopatía es el de haber sido constante y prejuiciosamente relacionado tanto con la *conducta antisocial* como con la *conducta criminal/delictiva*, muy a pesar de que, ya en 1941, Cleckley subrayara que la conducta antisocial no es un síntoma esencial del *síndrome* de la psicopatía, entendiéndolo de *síndrome*, sencillamente, como *conjunto de síntomas*, y no como sinónimo de *cuadro psicopatológico*, ya que la psicopatía también se caracteriza por la total ausencia de cualquier manifestación psicopatológica.

TABLA 1
LAS CARACTERÍSTICAS DE LA PSICOPATÍA SEGÚN LAS
PERSPECTIVAS CLÍNICA Y JURÍDICO-FORENSE

| PSICÓPATA SUBCLÍNICO (Hervey Milton Cleckley, 1941, 1976) | PSICÓPATA CRIMINAL (Robert D. Hare, 1991, 2003) |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Encanto superficial y notable inteligencia. 2. Ausencia de alucinaciones y otros signos de pensamiento irracional. 3. Ausencia de nerviosismo y/o de manifestaciones psiconeuróticas. 4. Indigno de confianza. 5. Falsedad o insinceridad. 6. Incapacidad para experimentar remordimiento o vergüenza. 7. Conducta antisocial sin aparente justificación. 8. Falta de juicio y dificultades para aprender de la experiencia. 9. Egocentrismo patológico e incapacidad para amar. 10. Pobres reacciones afectivas. 11. Pérdida específica de intuición. 12. Insensibilidad en las relaciones interpersonales ordinarias. 13. Conducta exagerada y desagradable bajo el consumo de alcohol y, a veces, sin él. 14. Amenazas de suicidio constantes, pero raramente consumadas. 15. Vida sexual impersonal, frívola y poco estable. 16. Incapacidad para seguir cualquier plan de vida. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Locuacidad y encanto superficial. 2. Sentido de autovaloración grandilocuente. 3. Necesidad de estimulación y propensión al aburrimiento. 4. Mentira patológica. 5. Estafador-engañoso y manipulador. 6. Ausencia de remordimientos y de sentimientos de culpabilidad. 7. Afecto superficial. 8. Insensibilidad, crueldad y falta de empatía. 9. Estilo de vida parásito. 10. Pobre control de la conducta. 11. Conducta sexual promiscua. 12. Problemas de conducta en la infancia. 13. Incapacidad para establecer metas realistas a largo plazo y aprender de la experiencia. 14. Impulsividad. 15. Irresponsabilidad. 16. Incapacidad para aceptar la responsabilidad de sus actos. 17. Relaciones maritales frecuentes y breves. 18. Delincuencia juvenil. 19. Revocación de libertad condicional. 20. Versatilidad criminal/delictiva. |



La *conducta criminal/delictiva* tampoco es un elemento central o esencial de la psicopatía, como recientemente han puesto de manifiesto, por ejemplo, Skeem y Cooke (2010). El problema de todo esto es que se han venido empleando los rasgos de la psicopatía incluidos en el *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R; Hare, 1991, 2003) como si fueran los que caracterizaran de manera exclusiva a los psicópatas. El PCL-R es la herramienta de evaluación más conocida a nivel internacional y que se emplea para evaluar la psicopatía específicamente en contextos judiciales y penitenciarios, pero no en la población general. Por lo demás, como indican estos mismos autores, «el PCL-R no es el constructo teórico de la psicopatía... El PCL-R es una de las varias herramientas útiles disponibles que ayudan al avance sobre el entendimiento de la psicopatía» (Skeem y Cooke, 2010, p. 442).

Así, pues, si los criterios o rasgos incluidos en el PCL-R fueran los únicos definitorios del constructo psicopatía, entonces es evidente que estaríamos erróneamente reduciendo y/o circunscribiendo a ésta en el ámbito de la delincuencia. Además, y aunque muchas veces parece olvidarse, el PCL-R, como el mismo Hare ha puesto de manifiesto en varios de sus trabajos (Hare, 1991, 1993, 1996, 2003), se basa casi enteramente en los trabajos previos de Cleckley (1941, 1976), hasta el punto de haber incluido en el PCL-R –como puede observarse en la Tabla 1– los mismos criterios de la psicopatía elaborados por Cleckley pero con ciertas modificaciones a nivel meramente terminológico e incluyendo, por su parte, rasgos conductuales de antisocialidad y delincuencia.

Finalmente, desde el *punto de vista subclínico*, sin embargo, no se estudia la psicopatía como una categoría clínica artificial, sino como un rasgo general de la personalidad en la población general o civil (Benning, Patrick, Blonigen, Hicks y Iacono, 2005; Hall y Benning, 2006; Lynam y Derefinko, 2006), y no ni en la población clínica ni en la jurídico-forense. Con este planteamiento, el estudio de los psicópatas integrados o subclínicos es sencillo de entender: se trata de personas que cumplen los criterios de la psicopatía y que no se involucran en conductas delictivas; tema aparte es que sean *potencialmente* delinquentes.

El maltrato psicológico en las relaciones de pareja: Una violencia invisible, pero detectable

La *violencia psíquica* ha recibido varias denominaciones: *abuso no físico* (Hudson y McIntosh, 1981), *tortura mental o psicológica* (Russell, 1982), *abuso psicológico* (Walker, 1979), *abuso emocional* (NiCarthy, 1986),

abuso indirecto (Gondolf, 1987), *agresión psicológica* (Murphy y O'Leary, 1989), *maltrato psicológico* (Tolman, 1989), *abuso verbal* (Evans, 1996), *terrorismo íntimo* (Johnson y Ferraro, 2000).

Mientras que la *agresión física* parece fácilmente delimitable en las relaciones interpersonales debido a que las secuelas en la víctima son observables, las manifestaciones del *maltrato psicológico* no son tan evidentes de cara a su detección. Independientemente de ello, existen manifestaciones y/o indicadores del maltrato psicológico en la pareja más o menos obvios. Algunos indicadores –como las amenazas, críticas, insultos y humillaciones– contribuyen a hacerla más obvia; otros, en cambio, tales como la manipulación de la información o la desconsideración de las emociones de la otra persona, son más sutiles (Marshall, 1999). A su vez, no debemos olvidar que la ausencia de evidencias que señalen el daño por parte de la persona abusada se produce más que por la inexistencia de las mismas porque, en la mayoría de los casos, este abuso se asienta en el amor (Ravazzola, 1997).

No todos los hombres y mujeres que desean controlar a su pareja llegan al extremo de utilizar la *violencia física* para conseguir sus propósitos. No obstante, algunos trabajos de investigación han señalado que los agresores tienden a presentar mayor necesidad de control sobre los demás que otras personas (Stets, 1991). La realidad nos muestra que ejercer control sobre la pareja es una cuestión que trasciende a la mera agresión física, cuya expresión en el seno del matrimonio es producto del incremento progresivo de *patrones de interacción coactiva* aparecidos en etapas precedentes a la consolidación de la pareja, es decir, durante el noviazgo (Blázquez, Moreno y García-Baamonde, 2010). Por tanto, el concepto clave aquí es el de *patrones de interacción coactiva*, que, trasladado al ámbito de la psicopatía, se trata del denominado *ciclo de manipulación psicopática* (Hare, 1993; Babiak, 1996, 2007; Garrido, 2000, 2001, 2004; Babiak y Hare, 2006; Marietán, 2011; Pozueco, 2010), un ciclo coactivo/manipulativo en el que, como veremos más adelante, la violencia psicológica, en sus más diversas manifestaciones, es la tónica general o *modus operandi* de las y los psicópatas integrados.

Finalmente, es importante subrayar que el maltrato psicológico puede ser inherente a la violencia física, anteceder a la misma, o bien se puede dar con independencia de estas agresiones. En cualquiera de estos casos, el abuso psicológico es más difícil de identificar y evaluar



que el resto de formas de violencia (McAllister, 2000), por lo que se sugiere que su severidad sea estimada en función tanto de la *frecuencia* con la que se da como del *impacto subjetivo* que supone para la víctima (Walker, 1979, 2000). Sus consecuencias son, al menos, tan perniciosas como las del maltrato físico (O’Leary, 1999).

Nos encontramos, pues, ante un tipo de *violencia invisible* (Asensi, 2008) que puede entenderse como cualquier conducta, física o verbal, activa o pasiva, que atenta contra la integridad emocional de la víctima, en un proceso continuo y sistemático (Loring, 1994) y con el fin de producir en ella intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento (Villavicencio y Sebastián, 1999; McAllister, 2000).

Los indicadores de maltrato psicológico (IMP) y/o mecanismos encubiertos y manifiestos de abuso emocional

Son varios los factores y subfactores o *indicadores/manifestaciones de maltrato psicológico (IMP)* en la pareja que ya comienzan a manifestarse incluso en la misma etapa de noviazgo (Blázquez y Moreno, 2008a; Blázquez

et al., 2009, 2010), entre los que se encuentran los siguientes: humillaciones, descalificaciones o ridiculizaciones, tanto en público como en privado; aislamiento social y económico; amenazas de maltrato a la pareja o a sus seres queridos; destrucción o daño a propiedades valoradas por la víctima –objetos o animales–; amenazas repetidas de divorcio o abandono, etc. También lo son la negación de la violencia y la atribución de responsabilidad absoluta a la víctima en los episodios de maltrato, así como todos aquellos comportamientos y actitudes en los que se produce cualquier forma de agresión psicológica (Blázquez y Moreno, 2008b; Moreno, Blázquez, García-Baamonde y Guerrero, 2011).

Taverniers (2001) ha recogido un amplio listado de IMP –que son los que se exponen en la Tabla 2–, y los ha categorizado según el *grado de evidencia* de los mismos. Más adelante, los ponemos en estrecha relación con los rasgos psicopáticos.

Asimismo, como nos informan Blázquez et al. (2009), varios estudios han considerado como *categorías diferenciales del maltrato psicológico* formas de violencia tales como las siguientes:

- ✓ El *maltrato económico*: que apunta el control absoluto de los recursos económicos de la víctima.
- ✓ El *maltrato estructural*: que alude a las diferencias y relaciones de poder que generan y legitiman la desigualdad.
- ✓ El *maltrato espiritual*: que sugiere la destrucción de las creencias culturales o religiosas de la víctima o a obligarla a que renuncie a sus creencias personales y acepte un sistema de creencias determinado.
- ✓ El *maltrato social*: que se refiere al bloqueo social de la víctima, al aislamiento de sus relaciones interpersonales y la degradación de éstas.

Sin embargo, se prefiere considerar a estos tipos de maltrato como subcategorías del maltrato psicológico, ya que se dirigen al expolio de la pareja a través de la creación de un arraigado sentimiento de desvalorización que destruye la autoestima y genera un estado de indefensión en la misma (Blázquez et al., 2009).

Finalmente, hay que matizar que Asensi (2008) sostiene la inclusión del maltrato económico en el maltrato psicológico como una forma de controlar a la víctima, y engloba los IMP señalados por Taverniers (2001) bajo la categoría de *mecanismos encubiertos y manifiestos de abuso emocional* –véanse en la Tabla 3–. Al igual que para el caso de los IMP de Taverniers (2001), más adelante también ponemos en estrecha relación a estos mecanismos de abuso emocional con los rasgos psicopáticos.

**TABLA 2
LOS IMP, SEGÚN TAVERNIERS (2001)**

| FACTORES | SUBFACTORES |
|----------------------------|--|
| 1. DESVALORIZACIÓN | 1. Ridiculización 2. Descalificaciones 3. Trivializaciones 4. Oposiciones 5. Desprecio |
| 2. HOSTILIDAD | 1. Reproches 2. Insultos 3. Amenazas |
| 3. INDIFERENCIA | 1. Falta de empatía y de apoyo 2. Monopolización |
| 4. INTIMIDACIÓN | 1. Juzgar, criticar, corregir, etc. 2. Posturas y gestos amenazantes 3. Conductas destructivas |
| 5. IMPOSICIÓN DE CONDUCTAS | 1. Bloqueo social 2. Órdenes 3. Desviaciones 4. Insistencia abusiva 5. Invasiones en la privacidad 6. Sabotajes |
| 6. CULPABILIZACIÓN | 1. Acusaciones 2. <i>Gaslighting</i> (luz de gas) 3. Negación/desmentida |
| 7. BONDAD APARENTE | 1. Manipulación de la realidad |



LOS PSICÓPATAS INTEGRADOS EN LAS RELACIONES DE PAREJA

El perfil general del psicópata integrado en las relaciones de pareja

La violencia psicológico-emocional como recurso principal: Un perfil cognitivo-conductual compartido con la Tríada Oscura de la personalidad

La psicopatía subclínica es uno de los tres miembros que configuran la denominada “Dark Triad of personality” – *Tríada Oscura* de la personalidad (TRÍOPE); los otros dos miembros de esta tríada son el *maquiavelismo* y el *narcisismo*, ambos también evaluados y caracterizados a nivel subclínico, con los cuales comparten muchas características cognitivo-conductuales, aunque se trate de constructos independientes (Paulhus y Williams, 2002). Aunque la TRÍOPE no es objeto específico de análisis en el presente artículo, es preciso saber que ésta ha venido siendo estudiada en numerosas investigaciones sobre las relaciones íntimas y el maltrato psicológico, constatándose, por ejemplo, que las personas con TRÍOPE:

- ✓ Buscan venganza y se vengan de aquellos que los han ofendido (Nathanson, Paulhus y Williams, 2004).
- ✓ Acosan a sus objetivos románticos (Lau y Paulhus, 2008).
- ✓ Actúan en función de sus fantasías sexuales desviadas (Williams, Spidel y Paulhus, 2005; Williams, Cooper, Howell, Yuille y Paulhus, 2009).

- ✓ Promueven y mantienen relaciones íntimas y/o de pareja desastrosas, contraproducentes e incluso peligrosas (McHoskey, 2001; Austin, Farrelly, Black y Moore, 2007; Ali, Amorim y Chamorro-Premuzic, 2009; Jonason, Li, Webster y Schmitt, 2009; Ali y Chamorro-Premuzic, 2010; Jonason y Kavanagh, 2010; Jonason y Webster, 2010; Jones y Paulhus, 2010, 2011; Jonason, Valentine, Li y Harbeson, 2011).

Como decíamos antes, aunque la psicopatía subclínica se configure como un constructo independiente, lo cierto es que la misma incluye entre sus características varios de los rasgos tanto narcisistas como maquiavélicos. El punto en común que comparten estos tres tipos de personalidades “oscuras” es que no suelen utilizar la violencia física para conseguir sus objetivos a menos que perciban que no les quedan más recursos o tretas a través de los cuales obtenerlos. Es la violencia psicológico-emocional el principal recurso que emplean estas personalidades con sus víctimas: mienten, engañan, manipulan, extorsionan, cosifican, etc. Los motivos que hay detrás de todas estas execrables conductas que desestabilizan a sus víctimas son muy personales y de lo más variopinto, y habría que estudiar caso por caso para concretarlos; de todas formas, generalmente agreden psicológica y/o emocionalmente con el propósito de ejercer control y poder sobre las víctimas, ya que perciben que ésta es una de las maneras más fáciles de aprovecharse de las mismas y poder sacar beneficio.

TABLA 3
MECANISMOS ENCUBIERTOS Y MANIFIESTOS DE ABUSO EMOCIONAL, SEGÚN ASENSI (2008)

| MECANISMOS ENCUBIERTOS | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Descalificar ✓ Negar ✓ Proyectar/acusar ✓ Desmentir el abuso por parte del abusador | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Connotar negativamente ✓ Amenazar sutilmente con abandono físico o emocional ✓ Abandonar en realidad, física o emocionalmente |
| MECANISMOS MANIFIESTOS | |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Despreciar ✓ Gritar ✓ Insultar o expresar malas palabras ✓ Criticar ✓ Ordenar ✓ Mostrar malhumor ✓ Negar y retener afecto ✓ Ignorar ✓ Aislar a la víctima de sus familiares y amigos ✓ Monitorear el tiempo y las actividades de la víctima ✓ Intentar restringir recursos (finanzas, teléfono, etc.) ✓ Interferir con oportunidades (trabajo, atención médica, educación, etc.) ✓ Acusar a la víctima de estar involucrada en conductas repetidas e intencionalmente dañinas | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tirar objetos, no necesariamente hacia la víctima ✓ Golpear objetos, dar portazos ✓ Ridiculizar a la víctima ✓ Expresar asco hacia la víctima ✓ Amenazar con dejarla (física o emocionalmente) ✓ Expresar celos excesivos ✓ Amenazar la vida, las mascotas, la propiedad o la familia de la víctima ✓ Exponer a la víctima a escenas de abuso hacia sus hijos, mascotas, padres, etc. ✓ Obligar a la víctima a que realice actividades ilegales ✓ Provocar a la víctima para que se defienda |



Si bien los/os agresores/as de pareja psicópatas coinciden en algunos aspectos con los típicos agresores inordinados en los estudios sobre la denominada violencia de género, los primeros ni responden a un *perfil psicopatológico* ni tampoco emplean la violencia física de manera exclusiva. Por tanto, las parejas psicópatas tienen un *perfil cognitivo-conductual* específico que coincide en algunos puntos con el perfil del *maltratador generalmente violento* (Spidel, Vincent, Huss, Winters, Thomas y Dutton, 2007), pero sin connotaciones psicopatológicas que no hacen otra cosa que tratar de exculparlos de sus actos (Warren, 2009). A continuación revisamos algunos de esos rasgos cognitivo-conductuales y sus dinámicas relacionales.

Antes que nada, es importante volver a recordar una vez más que no todos los varones y mujeres que desean controlar a su pareja –este *deseo de control* es otro indicativo potentemente explicativo– llegan a utilizar el extremo de la violencia física para conseguir sus propósitos (González y Santana, 2001a, 2001b); no obstante, algunos trabajos de investigación han señalado que los agresores tienden a presentar mayor necesidad de control sobre los demás que otras personas (Stets, 1991).

Si se da violencia, ésta suele aparecer en las relaciones de forma gradual, a medida que aumenta el compromiso entre los miembros de la pareja (Arias, Samos y O’Leary, 1987). No obstante, antes de que pueda darse violencia, hay una serie de indicios que deberían alertar a quienes comienzan una nueva relación de pareja, siendo los siguientes factores antecedentes algunos de los predictores explicativos de la agravación que podría acontecer en una fase avanzada de la relación (Adams, 1988, 2007; Hare, 1993; Cerezo, 2000; Garrido, 2000, 2001, 2004; Rodríguez de Armenta, 2007, 2008; Blázquez y Moreno, 2008a, 2008b; Blázquez et al., 2009, 2010; Storey, Hart, Meloy y Reavis, 2009; Pozueco, 2010; Moreno et al., 2011):

✓ *Intentos de control y aislamiento*: quiere saber todo lo que haces, exige explicaciones por todo, formula prohibiciones y amenazas, impone reglas, impone “juegucitos” infantiloides y aparentemente divertidos e inofensivos que le aseguren el control sobre la víctima –tretas psicológicas–, pretende que no tengas secretos para él/ella, critica a las personas con las que te relacionas –e intenta, además, dar una justificación “razonada” sobre por qué no debes andar “con esa gente”–, te exige que le dediques la mayor parte de tu tiempo, etc. En muchos casos, las conductas que despliega para controlar a la víctima son, fundamental-

mente, la *coerción* y la *intimidación*, asegurándose con ello “el silencio de la víctima”.

- ✓ *Agresividad manifiesta y encubierta*: muestra enojo con frecuencia y es verbalmente agresivo/a, independientemente de que no emplee violencia física.
- ✓ *Desprecio y humillación*: deja de hablar o desaparece sin dar explicaciones, llega tarde, se burla, utiliza lo que sabe de tu vida para hacerte reproches, se muestra seductor con otras personas para hacerte daño, etc.
- ✓ *Manipulación*: te pone trampas para averiguar si mientes o hasta qué punto le quieres, miente de forma reiterada y, aun a sabiendas de que sabe que la historia que cuenta será inverosímil, trata de ajustar la historia para que encaje mejor si le pillas en la mentira, y generalmente suele tener alguna rectificación que hacer a tus ideas o comentarios, etc.
- ✓ *Negación de los errores y culpabilización externa*: no pide disculpas –y si las pide, no las siente en realidad, ya que volverá a hacerlo: es cuestión de tiempo–, se niega a discutir las cuestiones que te preocupan, te culpabiliza, etc. Cuando culpan a los demás, llegan a presentarse en la mayoría de los casos como si fueran las víctimas, intentando con ello *desviar la atención hacia el comportamiento de su víctima*, a la que intenta hacer ver como “un/ a loco/ a y mentiroso/ a”.
- ✓ *Fachada externa de buena apariencia*: existen grandes discrepancias entre el comportamiento que muestran en público y el que mantienen en privado.

A la vista está que el *perfil cognitivo-conductual del psicópata integrado* es *multifacético*. Además, todos los indicadores o factores de riesgo que hemos expuesto ponen de manifiesto que la agresión más frecuentemente perpetrada por estas personas contra sus víctimas es de carácter psicológico-emocional.

Los psicópatas integrados se caracterizan por mentir de forma brillante, en ocasiones por el puro placer de hacerlo y sin que haya nada obvio que ganar, y también aparentan ser tipos encantadores. Sin embargo, esa capacidad de fascinar es sólo su modo de captar el interés de potenciales parejas/víctimas; no hay nada genuinamente humano detrás de esa máscara/fachada. En este sentido, habitualmente, la potencial víctima solamente será otra más de las que se habrá aprovechado en su vida, independientemente de que la relación de pareja haya durado unas semanas o muchos años, tiempo durante el cual se ejerce un maltrato psicológico reiterado que puede llegar a ser posteriormente casi intratable/incurable para la víctima. Los efectos de este tipo de maltrato perpetrado por psicópatas son realmente perniciosos para sus víctimas:



Tener relaciones –¡y, peor aún, estar casado!– con un psicópata es un mal negocio; probablemente el peor que puedes hacer [...]. Quizá no tiene por qué ser el tipo de sujeto que más te golpeé, pero sin duda es quien lo hará con la mayor “tranquilidad”, del modo más preconcebido, implacablemente. Lo tiene muy fácil, ya que no te quiere en absoluto (Garrido, 2001, pp. 66-67). Desde luego, los agresores habituales atacan emocionalmente a sus parejas, buscando erosionar su autoestima y avergonzarlas, todo ello con el fin de aumentar su grado de control y su poder sobre ellas, y también por el mero placer de hacer daño y/o de “devolver el golpe”. El abuso físico está muy unido al emocional, y es muy improbable que se dé el primero sin el segundo –de hecho, podríamos decir que *todo* abuso físico es también una herida emocional, ya que cuando somos golpeados sentimos necesariamente rabia y humillación–. Ambos son medios para lograr el control y el dominio de la víctima (Garrido, 2001, p. 117).

Relaciones entre los IMP y los rasgos de la psicopatía subclínica: Factores de riesgo

Además de lo dicho anteriormente, si prestamos especial atención a los IMP (Taverniers, 2001) y a los *mecanismos encubiertos y manifiestos de abuso emocional* (Asensi, 2008) que ya revisamos con anterioridad –véanse las Tablas 2 y 3–, en seguida nos apercebiremos de que las similitudes con los *rasgos psicopáticos* –y también con varios de los narcisistas y maquiavélicos– son ostensiblemente evidentes.

La mayoría de estos indicadores y/o mecanismos de maltrato psicológico-emocional se incardinan dentro de la esencia misma de los distintos rasgos psicopáticos, fundamentalmente aquellos que tienen que ver con el *Factor 1* del PCL-R o *rasgos de personalidad/interpersonales y emocionales*, y también, aunque en menor medida y no siendo estrictamente necesarios, con algunos de los rasgos del *Factor 2* del PCL-R o *rasgos conductuales/estilo de vida*. De especial relevancia para los propósitos de este apartado es el reciente artículo de investigación titulado *Psychological Abuse in Young Couples: Risk Factors* (Moreno et al., 2011).

En un estudio realizado en la Universidad de Extremadura, estos autores evaluaron a 648 estudiantes universitarios –277 hombres y 371 mujeres– procedentes de distintas Facultades y con edades entre 17 y 23 años pa-

ra identificar las manifestaciones de maltrato psicológico o IMP previos a la consolidación del estado civil –por ejemplo, matrimonio, inicio de la convivencia–.

Para evaluar el abuso psicológico en las relaciones íntimas de los estudiantes, Moreno et al. (2011) crearon un *Cuestionario de Maltrato Psicológico –CMP–*, basado en numerosas encuestas e instrumentos de cribado y diagnóstico nacionales e internacionales que han estudiado la problemática de la violencia doméstica. Los resultados mostraron *patrones coercitivos de interacción* en las relaciones de noviazgo de los estudiantes, estando entre los IMP la hostilidad, la culpabilización, la insistencia abusiva, la bondad aparente, la indiferencia y el menosprecio. Algunos de los ítems incluidos en el CMP son los siguientes:

- ✓ *Comportamiento Destructivo y Reproches*: “Mi pareja a menudo me decía, de manera repetida, las cosas que no le gustan de mí” y “Mi pareja con frecuencia sacaba a relucir las cosas del pasado para burlarse de mí”.
- ✓ *Gaslighting o “luz de gas”*: “Mi pareja negaba haberme dicho cosas que realmente me había dicho” y “Mi pareja me acusaba constantemente de imaginar cosas que no habían sucedido”.
- ✓ *Denegación/Refutación/Desmentimiento*: “Mi pareja me aseguró que nunca haría daño a nadie, y menos a mí” y “Mi pareja me acusó de inventarme el hecho de que él/ella me hizo daño”.
- ✓ *Culpabilización*: “Mi pareja me acusaba de estar constantemente imaginando cosas que nunca ocurrieron”.

Además de lo ya analizado hasta aquí, sigamos poniendo en relación los IMP y los mecanismos manifiestos y encubiertos de abuso emocional con los rasgos psicopáticos.

Por ejemplo, el IMP *bondad aparente* se corresponde en gran medida con el rasgo psicopático *locuacidad y encanto superficial*, y también con el rasgo psicopático *manipulación de la realidad*. El subfactor *manipulación de la realidad* que incluye el IMP *bondad aparente* puede tener varias lecturas. Por lo general, los psicópatas tratan de iniciar un contacto íntimo presentándose como buenas personas, con gran bondad, etc., pero siempre manipulando la realidad, ya que realmente no son así, aspectos que las víctimas no perciben hasta que sus parejas psicópatas se quitan la máscara, es decir, hasta que cambian de comportamientos y comienzan a mostrarse tal como son (Pozueco, 2010). Esta manipulación de la realidad va *in crescendo* cuando el miembro agresor/a de la pareja inicia o perpetra al mismo tiempo el insidioso proceso



del *gaslighting*, que consiste en hacer que la víctima pierda incluso la cordura (Blázquez y Moreno, 2008b).

Tal y como señala Taverniers (2001), las *descalificaciones* son la forma de maltrato psicológico en que típicamente se descarta la parte femenina/masculina de la víctima, así como sus habilidades, realidad y experiencia. Se trata de «un mecanismo base dirigido a infundar los sentimientos de inferioridad necesarios para que se establezca la relación asimétrica que propicia la aparición de otras manifestaciones violentas en la pareja, ya sea de forma enmascarada o explícita» (Blázquez et al., 2009, p. 707). Este subfactor de los IMP queda reflejado en la investigación de Moreno et al. (2011) en críticas corrosivas, humillaciones y frecuentes conductas de desautorización que facilitan la puesta en práctica de actitudes muy sutiles que ponen en tela de juicio la relevancia de cada una de las acciones que efectúa el sujeto a diario mediante la *trivialización* de las mismas. En este punto, no hay que olvidar que los psicópatas, al igual que los narcisistas, se caracterizan por un sentido grandilocuente de autovaloración (Cleckley, 1941, 1976; Hare, 1991, 2003), el cual suelen obtenerlo por sí mismos e incrementarlo cuando humillan a sus parejas, familiares, amigos, empleados, conocidos, etc. (Hare, 1993; Garrido, 2000, 2001; Pozueco, 2010).

En cuanto al subfactor *trivialización*, los IMP encontrados por Blázquez et al. (2009) y por Moreno et al. (2011) aluden a comentarios de infravaloración y conductas de no reconocimiento del éxito personal recogido por la pareja. Instaurada esta dinámica relacional, cuyo objetivo se centra en establecer continúa y sistemáticamente el control sobre la víctima (Loring, 1994), la aparición de *conductas destructivas* con ánimo de atemorizar a la misma y obligarla a mantenerse en el seno de la pareja es una estrategia frecuente que, a juzgar por los IMP en las relaciones íntimas, se materializa en diversas puestas en escena que van desde la destrucción de objetos de valor económico o afectivo para la víctima hasta el maltrato de sus animales domésticos. A este respecto, varias investigaciones también han encontrado que tanto los psicópatas subclínicos como las personas con altas puntuaciones en la TRÍOPE emplean tácticas de retención de parejas para sus propios beneficios, tanto económicos como sociales y sexuales, reteniéndolas hasta que las exprimen al máximo o se aburren de las mismas (Williams et al., 2005; Jonason et al., 2009; Jonason, Li y Cason, 2009; Jonason, Li y Buss, 2010; Jonason, Li y Richardson, 2010; Jones y Paulhus, 2010, 2011).

Por otro lado, como decíamos anteriormente, los motivos más frecuentes por los cuales las parejas psicópatas ejercen maltrato psicológico contra sus parejas/víctimas estriban en obtener el *poder* y el *control* sobre las mismas (Hare, 1993; Garrido, 2000), y para ello, frecuentemente, las aíslan de cualquier contacto –social, amistades y familiares– que pudiera impedirlo (Garrido, 2001, 2004). El aislamiento o *bloqueo social* también es otro de los IMP encontrados en las relaciones íntimas de las parejas jóvenes, consiguiendo con ello el control total sobre la víctima (Blázquez et al., 2009), lo que ha llegado a conseguir a través de un insidioso y denominado *ciclo de manipulación psicopático* (Garrido, 2001, 2004; Babiak y Hare, 2006; Pozueco, 2010):

El agresor/a alcanzará el control total sobre la víctima cuando le impone conductas de *bloqueo social* que la aíslan de familiares, amigos y cualquier contacto que ésta pueda entablar con un mundo exterior que no esté al alcance de su control y manipulación. Las manifestaciones de este subfactor aquí recogidas se sintetizan en intentos de restricción continua, ya sean de tipo afectivo o social, hasta límites degradantes (Blázquez et al., 2009, p. 708).

Los *reproches*, según Taverniers (2001), probablemente constituyan la forma más frecuente de hostilidad entre las formas de violencia dentro de las parejas, instalándose como parte de la relación disfuncional de la pareja en la vida diaria. El reproche abarca varios significados:

Se entiende como un mecanismo violento, aunque no de agresión explícita, que consiste en exigir al otro/a de forma rígida y estereotipada que se adapte a las propias expectativas de cómo ha de ser y actuar, ignorando la individualidad de la víctima.

Esta variable puede verse en nuestro estudio al observar las recriminaciones sobre hechos que sucedieron en el pasado, repetidas quejas sobre aspectos que le insatisfacen de su persona, comentarios maliciosos cuyo único objetivo es alterar intencionadamente el bienestar de la pareja y, el más representativo, la constante censura de la conducta llevada a cabo por la víctima y en virtud de la cual, arbitrariamente, estima como apropiada (Moreno et al., 2011, p. 563).

Los reproches constantes y maliciosos suelen ser característicos en las personas egoístas; las personas maquiavélicas son extremadamente egoístas, corrosivas y censoras (Christie y Geis, 1968, 1970), y también



es bien conocido que uno de los rasgos esenciales de la psicopatía es el tremendo egocentrismo que perfilan en su vida ante los demás (Cleckley, 1941, 1976; Hare, 1991, 1993). Recriminar aspectos del pasado que en realidad no le sucedieron a la víctima es una de las tácticas frecuentemente empleadas por las parejas psicópatas hasta el extremo de intentar y llegar hacerles creer que, finalmente, les sucedió, aunque así no fuera, con objeto de volver a insistir de manera insidiosa en reproches que rozan incluso lo absurdo (Garrido, 2001, 2004; Pozueco, 2010).

Otro subfactor incluido en el factor principal de la *culpabilización* es el referido a las *acusaciones*. Se trata de un IMP...:

(...) empleado por los sujetos para instilar un sentido de oprobio en las víctimas. Así, la víctima se convierte en el objetivo de los ataques de rabia o sentimientos de inseguridad de la pareja y en el objetivo sobre el que el sujeto proyecta de manera indiscriminada su propia falta de satisfacción. La incontrolable naturaleza de estas acusaciones por parte de la víctima, que se encuentra a sí misma criticada independientemente de su comportamiento, será suficiente para que llegue a aprender a vivir en un perpetuo estado de indefensión [Seligman, 1974], que a su vez produce un desgaste psicológico y un deterioro de su personalidad [Martos, 2006].

Las acusaciones que se producen con mayor frecuencia en nuestro estudio son la de culpabilizar exclusivamente a la víctima por cualquier situación problemática que la pareja pueda estar pasando, la atribución generalizada de connotaciones ofensivas a los comentarios irrelevantes de todos los días, las afirmaciones sentenciosas que determinan la anormalidad del sujeto con respecto a los hombres y las mujeres que se toman como punto de referencia, y, por último, la descalificación masiva de las acciones que la víctima puede llevar a cabo en cualquier ámbito que sea (Moreno et al., 2011, pp. 563-564).

A este respecto, hay que recordar que otro de los rasgos esenciales de la psicopatía es la ausencia de culpabilidad y/o de remordimientos por las acciones que comete (Cleckley, 1941, 1976; Hare, 1991, 1993); así, una persona que no se siente culpable ni le remuerde la conciencia por las consecuencias negativas de sus actos está libre de los "frenos morales" que a los demás nos

hacen recapacitar, pedir disculpas y no volver a cometer la misma acción. Unido a todo esto también hay que subrayar la ausencia de vergüenza y/o de escrúpulos tan característicos de los psicópatas, por lo que lanzar acusaciones contra su pareja u otras personas no les supondrá mayores reparos.

Finalmente, vamos a revisar el subfactor *insistencia abusiva*, que se enmarca en el factor principal *imposición de patrones de conducta*. Siguiendo de nuevo a los autores del estudio aquí tomado como referencia, veamos en qué consiste este subfactor:

En cuanto a la *insistencia abusiva*, debemos destacar que es una forma de imposición de conducta que se caracteriza por reiterar las demandas personales a la pareja hasta obtener de ella los propósitos marcados a través de generarle cansancio. La evidencia de nuestro estudio indica que el sujeto reclama persistentemente tener la razón ante cualquier situación de discrepancia, induce a la pareja a realizar sexo aun cuando ésta no quiera, presiona a su pareja hasta que ésta desista de hacer sus propios planes en virtud de los suyos, y, por último, persiste obstinadamente en hacer que la pareja o víctima cumpla con todos sus deseos (Moreno et al., 2011, p. 564).

Los psicópatas también se caracterizan por una *vida sexual impersonal y/o poco integrada* (Cleckley, 1976), y aquí caben tanto el forzar a las parejas a mantener relaciones sexuales a pesar de no desear tenerlas como el insistirles en que realicen prácticas sexuales incluso degradantes (Williams et al., 2005). La insistencia abusiva comienza a aparecer por parte de las parejas psicópatas cuando éstas ya llevan un cierto tiempo de relación con sus víctimas, suele estar a menudo centrada en requerimientos sexuales frívolos y se enmarca en una fase intermedia del *ciclo de manipulación psicopática* (Pozueco, 2010).

Finalmente, hay que señalar que todos estos rasgos y conductas del psicópata que se relacionan con los diversos IMP van a estar en función del tipo de relación que pretendan entablar, así como según el tipo de víctima al que traten de parasitar. Al mismo tiempo, también van a aparecer, si la relación ya está iniciada, en según qué fases del denominado generalmente como *ciclo de la manipulación psicopática*, que abarca desde el acecho y estudio de las potenciales víctimas hasta la ruptura misma de la relación (Hare, 1993; Garrido, 2000, 2001, 2004; Pozueco, 2010).



Caracterización de las relaciones íntimas de los psicópatas integrados con sus parejas/víctimas

Con mayor claridad si cabe se pueden observar las relaciones entre los diversos IMP y los rasgos psicopáticos al revisar la literatura científica específica al respecto. Para los propósitos de este concreto apartado es de especial relevancia la ponencia titulada *Sex, Lies, and More Lies: Exploring the Intimate Relationships of Subclinical Psychopaths* que Williams et al. (2005) presentaron en la 1ª conferencia de la Society for the Scientific Study of Psychopathy. En esta ponencia, que seguimos de forma expresa, se expusieron los resultados hallados en un estudio de investigación sobre el tema.

Los problemas en las relaciones íntimas son de interés tanto para los investigadores como para el público en general, y entre estos problemas se encuentran la violencia en la relación –por ejemplo, el maltrato contra las mujeres–, las conductas sexuales coercitivas o de riesgo y la infidelidad o la “caza furtiva de compañeros íntimos” –lo que en español se conoce coloquial y vulgarmente como “pisarle/robarle a otro/a su pareja”– (Williams et al., 2005).

Según las investigaciones clásicas, entre las distintas variables individuales identificadas como predictores de los problemas de relación se encuentran el trastorno límite de la personalidad, el uso de sustancias y la ira como rasgo (Dutton, 1998). Sin embargo, una variable importante de la personalidad y especialmente destructiva se ha descuidado mucho en esta línea de investigación: la psicopatía subclínica (Williams et al., 2005). La psicopatía subclínica comparte las principales características de su contraparte jurídico-forense, si bien tienden a ser menos extremas que las de la psicopatía criminal (Cleckley, 1976; Hall y Benning, 2006; Patrick, 2007; López, 2010).

La relación entre la psicopatía y la violencia en las relaciones íntimas puede ser obtenida de la investigación sobre los maltratadores de mujeres. Aunque los académicos suelen variar con respecto al etiquetado de los subgrupos de maltratadores de mujeres, existen una razonable consistencia o acuerdo sobre los rasgos de personalidad, la psicopatología y los patrones de maltrato que definen a estos subgrupos (véase, para una revisión, Dutton, 1998; Tweed y Dutton, 1998; Huss y Langhinrichsen-Rohling, 2000, 2006). Uno de estos subgrupos se conoce como el *generalmente violento/antisocial*. A la luz de las sorprendentes similitudes entre los maltratadores *generalmente violentos/antisociales* y los

hombres con psicopatía (Spidel et al., 2007), puede ser que la *psicopatía criminal* sea un buen candidato como correlato de los problemas en muchas relaciones íntimas (Williams et al., 2005).

En el estudio de Williams et al. (2005) se critica que se haya obviado a «la personalidad más destructiva –la *psicopatía subclínica*–» (p. 1) en los estudios sobre los problemas en las relaciones íntimas. Estos autores estudiaron la influencia de la psicopatía subclínica en las relaciones íntimas de 612 estudiantes universitarios, y para ello emplearon la tercera versión de la *Self-Report Psychopathy Scale* (SRP-III), de Paulhus, Neumann y Hare (en prensa), que es un autoinforme de psicopatía subclínica con 44 ítems y derivado del original PCL-R. A grandes líneas, Williams et al. (2005) hallaron que la psicopatía subclínica se relacionaba con una amplia gama de conductas sexuales arriesgadas y violentas, con diversas actitudes y cogniciones negativas hacia sus parejas y hacia las relaciones íntimas en general, así como también con diferentes indicadores de infidelidad. En conjunto, estos resultados sugieren que las relaciones íntimas de los psicópatas subclínicos son extremadamente abusivas y volátiles con respecto tanto a las actitudes/posturas como a los comportamientos.

Veamos un poco más en detalles los resultados estadísticos de este interesante estudio de investigación. En el apartado final de conclusiones también detallamos de forma narrativa las mismas a las que estos autores llegaron.

Con respecto a la variable *conductas arriesgadas/peligrosas/aventuradas y violentas*, ésta fue medida a través del *Violence Assessment Index* (Dobash, Dobash, Cavanagh y Lewis, 1998), el *Aggressive Sexual Behavior Inventory* (Mosher y Anderson, 1986) y la *HIV/AIDS Risk Behavior Form* (Huba et al., 2000). En su estudio, Williams et al. (2005) hallaron correlaciones con la SRP-III, siendo todas significativas en $p < 0.01$. Las puntuaciones totales de la SRP-III correlacionaron fuertemente con la conducta sexual coercitiva ($r = 0.38$), con la conducta sexual arriesgada ($r = 0.37$) y con la violencia en la relación íntima ($r = 0.32$). Un análisis más detallado de estas correlaciones reveló que cada una de las cuatro subescalas de la SRP-III –*Insensibilidad Afectiva*, *Manipulación Interpersonal*, *Estilo de Vida Errático* y *Conducta Antisocial*– correlacionaba significativamente y en diversos grados con las diferentes medidas dependientes o instrumentos de auto-informe que sirvieron para evaluar las variables que aquí estamos revisando de este estudio.



Por otro lado, en cuanto a la variable *actitudes/posturas hacia las relaciones y hacia la pareja*, ésta fue medida a través de la *Rape Supportive Attitudes Scale* (Lottes, 1991), el *Perceived Relationship Quality Component* (Fletcher, Simpson y Thomas, 2000) y el *Relationship Questionnaire* (Bartholomew y Horowitz, 1991). También se hallaron en el estudio de Williams et al. (2005) correlaciones entre la SRP-III y las escalas de actitudes mentadas. Estos autores encontraron que la SRP-III correlacionaba positivamente con la aceptación de los mitos de la violación ($r = 0.33$) y con un estilo de apego indiferente ($r = 0.10$, $p < 0.05$). También se observaron correlaciones negativas entre las puntuaciones de la SRP-III y los sentimientos tanto de compromiso ($r = -0.32$) como de confianza ($r = -0.23$, $p < 0.05$) hacia la pareja. Dos subescalas del SRP-III, la de *Insensibilidad Afectiva* y la de *Conducta Antisocial*, mostraron fuertes correlaciones con la ausencia de compromiso, mientras que la correlación más fuerte de la subescala *Conducta Antisocial* fue sólo con respecto a la desconfianza. Por otra parte, la subescalas *Insensibilidad Afectiva* y *Manipulación Interpersonal* mostraron las asociaciones más fuertes con la aceptación de los mitos de la violación, y fue concretamente la subescala *Manipulación Interpersonal* la que correlacionó más fuertemente con el estilo de apego indiferente.

Finalmente, la tercera variable estudiada por Williams et al. (2005) en relación con la psicopatía subclínica fue la *infidelidad*, la cual fue medida a través de la *HMP Attraction Survey* (Schmitt, Shackelford, Duntley, Tooke y Buss, 2001), la *Anonymous Romantic Attraction Survey* (Schmitt, y Buss, 2001) y el *Sociosexual Orientation Inventory* (Simpson y Gangestad, 1991). Los autores hallaron sólidas correlaciones entre la SRP-III y las fantasías de engaño ($r = 0.42$) y las conductas de engaño ($r = 0.39$). Aunque los psicópatas eran más propensos a intentar “cazar furtivamente/pisar” a un compañero íntimo ($r = 0.41$), no hubo relación con la variable *caza furtiva exitosa* ($r = 0.11$, $p > 0.05$). Las personas con puntuaciones altas de psicopatía subclínica también eran más propensas a la *búsqueda de parejas a corto plazo* ($r = 0.36$) y a considerar la posibilidad de tener *relaciones sexuales con alguien que acaban de conocer* ($r = 0.34$). En diversos grados, todas las subescalas de la SRP-III mostraron correlaciones significativas con los diversos instrumentos o medidas de infidelidad. Por último, y en contra de lo que tiende a pensarse coloquialmente –unos piensan que los hombres son más infieles, mientras que otros piensan lo mismo con respecto a las mujeres–, estos autores hallaron que «las diferencias de género en cualquiera de los

patrones de correlación mencionados fueron mínimas» (Williams et al., 2005, p. 5).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En general, los estudios han revelado y descrito al psicópata subclínico como una persona –sea del sexo que sea– con un ideal de auto-concepto bastante similar al que tienen muchas personas de la población general. Ray y Ray (1982) ironizaban respecto a que, de hecho, «el psicópata es [un tipo de persona] demasiado bueno para ser cierto» (p. 140); no fue casualidad que a su artículo lo titularan *Algunas Ventajas Aparentes de la Psicopatía Subclínica*. Sin duda alguna que, como la imagen que dan estas personas, esas “ventajas” no son más que apariencias, aspecto que también han remarcado autores como Cleckley (1941, 1976), Hare (1993), Lykken (1995) y Garrido (2000), entre otros, al comprobar, tras muchos años de investigación poniéndose al frente de casos reales, que la psicopatía integrada es especialmente prominente en personas de alto estatus socioeconómico y profesional, citando ejemplos/casos de médicos, profesores, políticos, artistas, empresarios, etc. Más recientes son las investigaciones que durante las dos últimas décadas han venido corroborando la presencia de la psicopatía subclínica en la población general a través del estudio de los rasgos y modelos de personalidad normal (Williams y Paulhus, 2004; Benning et al., 2005; Cooke, Michie y Hart, 2006; Hall y Benning, 2006; Lilienfeld y Fowler, 2006; Lynam y Derefinko, 2006).

Por otro lado, y como hemos señalado, son varios los factores y subfactores que configuran los IMP en la pareja que ya comienzan a manifestarse incluso en la misma etapa de noviazgo (Blázquez y Moreno, 2008a). Todo parece indicar que la presencia de cada uno de estos indicadores o manifestaciones de violencia emocional como elementos reguladores de la interacción conyugal puede irrumpir en cualquier momento de la vida en pareja (Blázquez et al., 2009, 2010), adquiriendo diferentes formas de expresión que se irán transformando en función de la evolución de la propia pareja (Castellano, García, Lago y Ramírez, 1999). De esta forma, aunque partimos de la existencia de propiedades inherentes a la dinámica de maltrato, tales como el carácter cíclico y la intensidad creciente de las agresiones (Walker, 2000), también se ha comprobado la existencia del empleo diferencial de los IMP según la edad en que se encuentra el sujeto, siendo puestos en práctica en mayor medida por los y las jóvenes de 17-18 años (Blázquez et al., 2009; Moreno et al., 2011).



Tema aparte es la posible relación entre los IMP y los rasgos psicopáticos, trabajo que habría que comprobar empíricamente y, aún así, tomar con cautela los resultados obtenidos a través de estudios meramente correlacionales, ya que las interpretaciones que pudieran hacerse al respecto podrían ser aventuradas. En este sentido, por supuesto, nosotros no sostenemos la idea de que los miembros de la pareja que ejerzan manifestaciones de maltrato psicológico contra sus compañeros/as íntimos/as sean, a su vez, psicópatas –ni integrados ni potencialmente delincuentes–. Así, es preciso volver a insistir que una persona podría ser diagnosticada como psicópata sólo cuando se le haya evaluado con los instrumentos de evaluación específicos creados al efecto, y esto independientemente de si ha tenido, tiene o no relaciones de pareja. Por tanto, psicopatía y maltrato psicológico deben evaluarse de forma independiente, y también puede y debe estudiarse la posible relación que existe entre ambos y que varias investigaciones ya han puesto reiteradamente de manifiesto.

Lo que sí ha quedado claro, de acuerdo a la literatura científica afín, es que los/as psicópatas integrados/as mantienen relaciones de pareja en las que aparecen la mayoría de los IMP aquí revisados. El estudio que ya revisamos de Williams et al. (2005) es una muestra de ello; volvamos una vez más al mismo para trasladar aquí, literalmente, sus propias conclusiones:

La psicopatía ha mostrado correlaciones fuertes y consistentes con una amplia gama de comportamientos problemáticos de relación. No sólo son los psicópatas más propensos a involucrarse en conductas sexuales de riesgo, sino también más propensos a utilizar tácticas coercitivas para obtener sexo, incluyendo el uso de drogas o actos de intimidación física o verbal. Este último indica que los psicópatas utilizan el miedo y otras tácticas de manipulación para dominar y controlar a sus parejas. La violencia que impregna la vida de los psicópatas parece extenderse a sus relaciones íntimas.

La psicopatía también se asoció con varias actitudes negativas con respecto a sus parejas y las relaciones en general. Es de notar que muchas de estas mismas actitudes y cogniciones han sido reconocidas como factores de riesgo de agresión sexual [por ejemplo, Malamuth, 2003]. En particular, los psicópatas muestran menos compromiso y confianza hacia su pareja, y tienen un estilo de apego más despectivo en general. Aún más in-

quietante es el hecho de que los psicópatas son más receptivos a los mitos de la violación y se mantienen más a favor de las actitudes de violación. En conjunto, es posible que estas actitudes y cogniciones siembren las semillas de la violencia de los psicópatas hacia los compañeros íntimos.

Por último, la psicopatía mostró relaciones consistentes con otra cuestión fundamental de la relación íntima: la infidelidad. Los psicópatas parecen estar contemplando constantemente o buscar activamente oportunidades sexuales a corto plazo, independientemente de su estado civil y del de sus posibles objetivos. Los psicópatas también se desprecupan de si su objetivo hace trampa, lo que sugiere que el objetivo bien podría ser un extraño anónimo. Este estilo de apego indiferente y la falta de compromiso hacia su pareja tienden a jugar un papel en su infidelidad.

Sobre la base de las correlaciones entre la psicopatía subclínica y la violencia en las relaciones, parece que la relación entre los maltratadores de mujeres y la psicopatía criminal puede también ser generalizada a la psicopatía subclínica. Además del actual comportamiento auto-informado, la psicopatía subclínica también se asocia con varias actitudes y cogniciones que se consideran factores de riesgo del abuso. Las relaciones íntimas de los psicópatas parecen ser un ambiente peligroso para sus parejas, lleno de desapego, desconfianza y abuso (Williams et al., 2005, pp. 5-6).

Suele decirse que no hay dos personas iguales; tampoco dos psicópatas iguales. Partiendo de la propia idiosincrasia de cada persona en particular, parece lógico pensar que las dinámicas relacionales que mantienen los/as psicópatas subclínicos/as con sus parejas o potenciales parejas deben ser muy diferentes. No obstante, los resultados de investigación han demostrado que, a pesar de lo dicho, la mayoría de las dinámicas de relación de pareja que llevan este tipo de personas son muy parecidas, fundamentalmente orientadas a la selección de parejas a corto plazo, a crear un ambiente de relación volátil (Jonason et al., 2011) y a maltratar psicológicamente a sus parejas si la relación perdura. Estas personas comparten muchos aspectos en común, lo que puede facilitar a los profesionales trazar un perfil relativamente prototípico de este tipo de agresor/a psicológico/a de pareja y, asimismo, delinear directrices básicas de prevención para las víctimas y potenciales víctimas.



REFERENCIAS

- Adams, D. (1988). Treatment models of men who batter: A pro-feminist perspective on wife abuse. En K. Yllö y M. Bograd (Eds.), *Feminist perspective on wife abuse* (pp. 176-199). Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Adams, D. (2007). *Why do they kill?: Men who murder their intimate partners*. Nashville, TN: Vanderbilt University Press.
- Ali, F., Amorim, I. S. y Chamorro-Premuzic, T. (2009). Empathy deficits and trait emotional intelligence in psychopathy and Machiavellianism. *Personality and Individual Differences*, 47(7), 758-762.
- Ali, F. y Chamorro-Premuzic, T. (2010). The dark side of love and life satisfaction: Associations with intimate relationships, psychopathy and Machiavellianism. *Personality and Individual Differences*, 48(2), 228-233.
- Arias, I., Samos, M. y O'Leary, K. D. (1987). Prevalence and correlates of physical aggression during courtship. *Journal of Interpersonal Violence*, 2, 82-90.
- Asensi, L. (2008). La prueba pericial psicológica en asuntos de violencia de género. *Revista Internauta de Práctica Jurídica*, 21, 15-29.
- Austin, E. J., Farrelly, D., Black, C. y Moore, H. (2007). Emotional intelligence, Machiavellianism and emotional manipulation: Does EI have a dark side? *Personality and Individual Differences*, 43, 179-189.
- Babiak, P. (1996). Psychopathic manipulation in organizations: Pawns, patrons, and patsies. En D. J. Cooke, A. E. Forth, J. P. Newman y R. D. Hare (Eds.), *Issues in criminological and legal psychology: No. 24, International perspectives on psychopathy* (pp. 12-17). Leicester, UK: British Psychological Society.
- Babiak, P. (2007). From darkness into the light: Psychopathy in industrial and organizational psychology. En H. F. Hervé y J. C. Yuille (Eds.), *The psychopath: Theory, research, and practice* (pp. 411-428). Mahwah, NJ: LEA.
- Babiak, P. y Hare, R. D. (2006). *Snakes in suits: When psychopaths go to work*. New York, NY: Regan Books.
- Bartholomew, K. y Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles in young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 226-244.
- Benning, S. D., Patrick, C. J., Blonigen, D. M., Hicks, B. M. y Iacono, W. G. (2005). Estimating facets of psychopathy from normal personality traits: A step toward community epidemiological investigations. *Assessment*, 12(1), 3-18.
- Blázquez, M. y Moreno, J. M. (2008a). Análisis de la inteligencia emocional en la violencia de género. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 6(2), 475-500.
- Blázquez, M. y Moreno, J. M. (2008b). *Maltrato psicológico en la pareja: Prevención y educación emocional*. Madrid: EOS (Colección Psicología Jurídica).
- Blázquez, M., Moreno, J. M. y García-Baamonde, M^ª. E. (2009). Estudio del maltrato psicológico, en las relaciones de pareja, en jóvenes universitarios. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 7(2), 691-714.
- Blázquez, M., Moreno, J. M. y García-Baamonde, M^ª. E. (2010). Revisión teórica del maltrato psicológico en la violencia conyugal. *Psicología y salud*, 20(1), 65-75.
- Castellano, I., García, M. J., Lago, M. J. y Ramírez, L. (1999). La violencia en parejas universitarias. *Boletín Criminológico*, 42, 1-4.
- Cerezo, A. I. (2000). *El homicidio en la pareja: Tratamiento criminológico*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Cleckley, H. M. (1941). *The mask of sanity: An attempt to clarify the so-called psychopathic personality* (1st ed.). St. Louis, MO: C.V. Mosby.
- Cleckley, H. M. (1976). *The mask of sanity: An attempt to clarify the so-called psychopathic personality* (5th ed.). St. Louis, MO: C.V. Mosby.
- Christie, R. y Geis, F. L. (1968). Some consequence of taking Machiavelli seriously. En E. F. Borgatta y W. W. Lambert (Eds.), *Handbook of personality theory and research* (pp. 959-973). Chicago, IL: Rand McNally.
- Christie, R. y Geis, F. L. (1970). *Studies in Machiavellianism*. New York, NY: Academic Press.
- Cooke, D. J., Michie, C. y Hart, S. D. (2006). Facets of clinical psychopathy: Toward clearer measurement. En C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 91-106). New York, NY: Guilford Press.
- Dobash, R.P., Dobash, R. E., Cavanagh, K. y Lewis, R. (1998). Separate and intersecting realities: A comparison of men's and women's accounts of violence against women. *Violence Against Women*, 4(4), 382-415.
- Dutton, D. G. (1998). *The abusive personality: Violence and control in intimate relationships*. New York, NY: Guilford Press.
- Evans, P. (1996). *The verbally abusive relationship: How to recognize it and how to respond*. Cincinnati, OH: Adams Media Corporation.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1978). Psychopathy,



- personality, and genetics. En R. D. Hare y D. Schalling (Eds.), *Psychopathic behaviour: Approaches to research* (pp. 197-223). Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Fletcher, G. J. O., Simpson, J. A. y Thomas, G. (2000). The measurement of perceived relationship quality components: A confirmatory factor analytic approach. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 26, 340-354.
- Garrido, V. J. (2000). *El psicópata: Un camaleón en la sociedad actual*. Alzira: Algar.
- Garrido, V. J. (2001). *Amores que matan: Acoso y violencia contra las mujeres*. Alzira: Algar.
- Garrido, V. J. (2004). *Cara a cara con el psicópata*. Barcelona: Ariel.
- Gondolf, E. W. (1987). Evaluating programs for men who batter: Problems and prospects. *Journal of Family Violence*, 2(1), 95-108.
- González, R. y Santana, J. D. (2001a). La violencia en parejas jóvenes. *Psicothema*, 13(1), 127-131.
- González, R. y Santana, J. D. (2001b). *Violencia en parejas jóvenes: Análisis y prevención*. Madrid: Pirámide.
- Hall, J. R. y Benning, S. D. (2006). The "successful" psychopath: Adaptive and subclinical manifestation of psychopathy in the general population. En C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 459-478). New York, NY: Guilford Press.
- Hare, R. D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)*. Toronto, Ontario, Canadá: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D. (1993). *Without conscience: The disturbing world of the psychopaths among us*. New York, NY: Pocket Books.
- Hare, R. D. (1996). Psychopathy: A clinical construct whose time has come. *Criminal Justice and Behavior*, 23(1), 25-54.
- Hare, R. D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R): 2nd Edition*. Toronto, Ontario, Canadá: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D., Hart, S. D. y Harpur, T. J. (1991). Psychopathy and the DSM-IV criteria for antisocial personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 391-398.
- Harrington, A. (1974). *Psychopaths*. St. Albans, UK: Panther Books.
- Huba G. J., Melchior, L. A., Greenberg, B., Trevithick, L., Feudo, R., Tierney, S., Sturdevant, M., Hodgins, A., Remafedi, G., Woods, E. R., Wallace, M., Schneur, A., Kawata, A. K., Brady, R. E., Singer, B., Marconi, K., Wright, E., Panter, A. T. (2000). Predicting substance abuse among youth with, or at high risk for, HIV. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(2), 197-205.
- Hudson, W. y McIntosh, D. (1981). The assessment of spouse abuse: Two quantifiable dimensions. *Journal of Marriage and the Family*, 43, 873-884.
- Huss, M. T. y Langhinrichsen-Rohling, J. (2000). Identification of the psychopathic batterer: The clinical, legal, and policy implications. *Aggression and Violent Behavior*, 5(4), 403-422.
- Huss, M. T. y Langhinrichsen-Rohling, J. (2006). Assessing the generalization of psychopathy in a clinical sample of domestic violence perpetrators. *Law and Human Behavior*, 30(5), 571-586.
- Johns, J. H. y Quay, H. C. (1962). The effect of social reward on verbal conditioning in psychopathic and neurotic military offenders. *Journal of Consulting Psychology*, 26(3), 217-220.
- Johnson, M. y Ferraro, K. (2000). Research on domestic violence in the 1980's: Making distinctions. *Journal of Marriage and the Family*, 62(4), 948-963.
- Jonason, P. K. y Kavanagh, P. (2010). The dark side of love: Love styles and the Dark Triad. *Personality and Individual Differences*, 49, 606-610.
- Jonason, P. K., Li, N. P. y Buss, D. M. (2010). The costs and benefits of the Dark Triad: Implications for mate poaching and mate retention tactics. *Personality and Individual Differences*, 48, 373-378.
- Jonason, P. K., Li, N. P. y Cason, M. J. (2009). The booty call: A compromise between men and women's ideal mating strategies. *Journal of Sex Research*, 46, 1-11.
- Jonason, P. K., Li, N. P. y Richardson, J. (2010). Positioning the booty call on the spectrum of relationships: Sexual but more emotional than one-night stands. *Journal of Sex Research*, 47, 1-10.
- Jonason, P. K., Li, N. P., Webster, G. D. y Schmitt, D. P. (2009). The dark triad: Facilitating a short-term mating strategy in men. *European Journal of Personality*, 23, 5-18.
- Jonason, P. K., Valentine, K. A., Li, N. P. y Harbeson, C. L. (2011). Mate-selection and the Dark Triad: Facilitating a short-term mating strategy and creating a volatile environment. *Personality and Individual Differences*, 51, 759-763.
- Jonason, P. K. y Webster, G. D. (2010). The Dirty Dozen. A Concise Measure of the Dark Triad. *Psychological Assessment*, 22(2), 420-432.



- Jones, D. N. y Paulhus, D. L. (2010). Differentiating the Dark Triad within the interpersonal circumplex. En L. M. Horowitz y S. Strack (Eds), *Handbook of interpersonal psychology: Theory, research, assessment and therapeutic interventions* (pp. 249-268). Hoboken, NJ: Wiley.
- Jones, D. N. y Paulhus, D. L. (2011). The role of impulsivity in the Dark Triad of personality. *Personality and Individual Differences*, 51(5), 679-682.
- Lau, K. S. L. y Paulhus, D. L. (2008). "Profiling the female stalker". Póster presentado en la Canadian Psychological Association's Annual Convention. Halifax, Nova Scotia, Junio de 2008.
- Levenson, M. R., Kiehl, K. A. y Fitzpatrick, C. M. (1995). Assessing psychopathic attributes in a non-institutionalized population. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(1), 151-158.
- Lilienfeld, S. O. y Fowler, K. A. (2006). The self-report assessment of psychopathy: Problems, pitfalls, and promises. En C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 107-132). New York, NY: Guilford Press.
- López, R. (2010). *Déficit en el sistema motivacional aversivo en psicópatas subclínicos evaluados mediante el Psychopathic Personality Inventory-Revised (PPI-R)*. Castellón: Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Universitat Jaume I. (Tesis doctoral no publicada).
- Loring, M. T. (1994). *Emotional abuse*. New York, NY: Lexington Books.
- Lottes, I. L. (1991). Belief systems: Sexuality and rape. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 4, 37-59.
- Lykken, D. T. (1995). *The antisocial personalities*. Hillsdale, NJ: LEA.
- Lynam, D. R. y Derefinko, K. J. (2006). Psychopathy and personality. En C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 133-155). New York, NY: Guilford Press.
- Marietán, H. R. (2011). No son psicópatas, pero lo parecen. *ALCMEÓN, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 17(1), 74-93.
- Marshall, L. L. (1999). Effects of men's subtle and overt psychological abuse on low-income women. *Violence and Victims*, 14(1), 69-88.
- McAllister, M. (2000). Domestic violence: A life-span approach to assessment and intervention. *Lippincott's Primary Care Practice*, 4(2), 174-189.
- McHoskey, J. W. (2001). Machiavellianism and sexuality: On the moderating role of biological sex. *Personality and Individual Differences*, 31, 779-789.
- Moreno, J. M., Blázquez, M., García-Baamonde, M^a. E. y Guerrero, E. (2011). Psychological abuse in Young couples: Risk factors. *Journal of Social Service Research*, 37, 555-570.
- Mosher, D. L. y Anderson, R. D. (1986). Macho personality, sexual aggression, and reactions to guided imagery of realistic rape. *Journal of Research in Personality*, 20, 77-94.
- Murphy, C. M. y O'Leary, K. D. (1989). Psychological aggression predicts physical aggression in early marriage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(5), 579-582.
- Nathanson, C., Paulhus, D. L. y Williams, K. M. (2004). The challenge to cumulative learning: Do introductory courses actually benefit advanced students? *Teaching of Psychology*, 31, 5-9.
- NiCarthy, G. (1986) *Getting free: A handbook for women in abusive relationships*. Seattle, WA: Seal Press.
- O'Leary, K. D. (1999). Psychological abuse: A variable deserving critical attention in domestic violence. *Violence and Victims*, 14, 1-21.
- Patrick, C. J. (2007). Getting to the heart of psychopathy. En H. F. Hervé y J. C. Yuille (Eds.), *The psychopathy: Theory, research, and practice* (pp. 207-252). Mahwa: LEA.
- Paulhus, D. L. y Williams, K. M. (2002). The dark triad of personality: Narcissism, machiavellianism, and psychopathy. *Journal of Research in Personality*, 36, 556-563.
- Paulhus, D. L., Neumann, C. F. y Hare, R. D. (en prensa). *Manual for the Self-Report Psychopathy Scale (SRP-III)*. Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.
- Pozueco, J. M. (2010). *Psicópatas integrados: Perfil psicológico y personalidad*. Madrid: EOS Psicología Jurídica.
- Pozueco, J. M. (2011). *Psicopatía, trastorno mental y crimen violento: Aspectos clínico-forenses, médico-legales y criminológicos*. Madrid: EOS Psicología Jurídica.
- Pozueco, J.M., Romero, S.L. y Casas, N. (2011a). Psicopatía, violencia y criminalidad: Un análisis psicológico-forense, psiquiátrico-legal y criminológico (Parte I). *Cuadernos de Medicina Forense*, 17(3), pp. 123-136.
- Pozueco, J.M., Romero, S.L. y Casas, N. (2011b). Psicopatía, violencia y criminalidad: Un análisis psicológico-forense, psiquiátrico-legal y criminológico (Parte II). *Cuadernos de Medicina Forense*, 17(4), pp. 175-192.



- Ravazzola, M. C. (1997). *Historias infames: Los maltratos en las relaciones*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Ray, J. J. y Ray, J. A. B. (1982). Some apparent advantages of subclinical psychopathy. *The Journal of Social Psychology*, 117, 135-142.
- Rodríguez de Armenta, M^a. J. (2007). *Violencia de género: Guía asistencial* (2^a edición). Madrid: EOS (Colección Psicología Jurídica).
- Rodríguez de Armenta, M^a. J. (2008). *Mujeres maltratadas*. Madrid: Pirámide (Colección SOS-Psicología Útil).
- Russell, D. E. (1982). *Rape in marriage*. New York, NY: Collier Books.
- Schmitt, D. P. y Buss, D. M. (2001). Human mate poaching: Tactics and temptations for infiltrating existing mateships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 894-917.
- Schmitt, D. P., Shackelford, K., Duntley, J., Tooke, W. y Buss, D. M. (2001). The desire for sexual variety as a key to understanding basic human mating strategies. *Personal Relationships*, 8, 425-455.
- Simpson, J. A. y Gangestad, S. W. (1991). Individual differences in sociosexuality: Evidence for convergent and discriminant validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 870-883.
- Skeem, J. L. y Cooke, D. J. (2010). Is criminal behavior a central component of psychopathy?: Conceptual directions for resolving the debate. *Psychological Assessment*, 22(2), 433-445.
- Smith, R. J. (1978). *The psychopath in society*. New York, NY: Academic Press.
- Spidel, A., Vincent, G., Huss, M. T., Winters, J., Thomas, L. y Dutton, D. G. (2007). Psychopathy: Subtyping perpetrators of domestic violence. En H. F. Hervé y J. C. Yuille (Eds.), *The psychopath: Theory, research, and practice* (pp. 327-342). Mahwah, NJ: LEA.
- Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93, 119-135.
- Sternberg, R. J. (1997). Construct validation of a triangular theory of love. *European Journal of Social Psychology*, 27, 313-335.
- Stets, J. E. (1991). Psychological aggression in dating relationships: The role of interpersonal control. *Journal of Family Violence*, 6, 97-114.
- Storey, J. E., Hart, S. D., Meloy, J. R. y Reavis, J. A. (2009). Psychopathy and stalking. *Law and Human Behavior*, 33, 237-246.
- Taverniers, K. (2001). Abuso emocional en parejas heterosexuales. *Revista Argentina de Sexualidad Humana*, 15(1), 28-34.
- Tolman, R. M. (1989). The development of a measure of psychological maltreatment of women by their male partners. *Violence and Victims*, 4(3), 159-178.
- Torrubia, R. y Cuquerella, A. (2008). Psicopatía: Una entidad clínica controvertida pero necesaria en psiquiatría forense. *Revista Española de Medicina Legal*, 34(1), 25-35.
- Tweed, R. G. y Dutton, D. G. (1998). A comparison of impulsive and instrumental subgroups of batterers. *Violence and Victims*, 13(3), 217-230.
- Villavicencio, P. y Sebastián, J. (1999). *Violencia doméstica: Su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer.
- Walker, L. E. A. (1979). *The battered woman*. New York, NY: Harper and Row.
- Walker, L. E. A. (2000). *The battered woman syndrome*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Warren, G. C. (2009). *The relationship between psychopathy and indirect aggression in a community sample*. Heslington, York, UK: Department of Psychology, The University of York. (Tesis Doctoral no publicada).
- Widom, C. S. (1977). A methodology for studying non-institutionalized psychopaths. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45(4), 674-683.
- Widom, C. S. (1978). A methodology for studying non-institutionalized psychopaths. En R. D. Hare y D. Schalling (Eds.), *Psychopathic behaviour: Approaches to research* (pp. 71-84). Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Williams, K. M., Cooper, B. S., Howell, T. M., Yuille, J. C. y Paulhus, D. L. (2009). Inferring sexually deviant behavior from corresponding fantasies: The role of personality and pornography consumption. *Criminal Justice and Behavior*, 36(2), 198-222.
- Williams, K. M. y Paulhus, D. L. (2004). Factor structure of the Self-Report Psychopathy scale (SRP-II) in non-forensic samples. *Personality and Individual Differences*, 37(4), 765-778.
- Williams, K. M., Spidel, A. y Paulhus, D. L. (2005). "Sex, lies, and more lies: Exploring the intimate relationships of subclinical psychopaths". Ponencia presentada en la 1st Conference of the Society for the Scientific Study of Psychopathy. Vancouver, BC, Canada, Julio de 2005.



EL PAPEL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL TRATAMIENTO DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

THE ROLE OF THE CLINICAL PSYCHOLOGIST IN THE TREATMENT OF OVERWEIGHT AND OBESITY

Isaac Amigo Vázquez y Concepción Fernández Rodríguez

Universidad de Oviedo

En este trabajo se presentan los elementos básicos de un programa psicológico para el control del peso. En él se parte de un hecho que habitualmente no se tiene en cuenta en los programas comerciales más comunes y que no son eficaces para mantener la pérdida de peso a medio y largo plazo. Esto es, que la pérdida de peso sostenible sólo es posible cuando se respeta los límites que cada organismo marca. Esto implica un trabajo de reajuste de expectativas, mostrando a los clientes cuanto peso es posible perder, enseñando un cierto autocontrol alimentario, promoviendo cambios en el estilo de vida y proponiendo un modo distinto de relacionarse con el propio cuerpo.

Palabras clave: Sobrepeso, Obesidad, Control del peso.

In this paper, we present the basic structure of a psychological program for weight control. It is rooted in a fact that is usually not taken into account in most common commercial programs, which are not effective in maintaining medium and long-term weight loss. That is, sustainable weight loss is only possible when we respect the limits set in each organism. This work involves a readjustment of expectations showing how much weight it is possible to lose, teaching self-control techniques, promoting changes in lifestyle and proposing a different way of relating to one's own body.

Key words: Overweight, Obesity, Weight control.

El sobrepeso y obesidad constituyen en la actualidad una preocupación de referencia diaria para la mayor parte de la población del mundo desarrollado. El sobrepeso se alcanza cuando el índice de masa corporal (IMC) se sitúa entre 25 y 29.9 y la obesidad cuando el IMC es mayor de 30. Desde la perspectiva de la salud existen múltiples evidencias que relacionan el incremento del IMC con el incremento de morbilidad (p.e. artrosis, diabetes, hipercolesterolemia o incremento del riesgo quirúrgico) y con el de morbilidad atribuible a todas las causas (p.e. cardiovascular o cáncer). El problema lleva un patrón de crecimiento muy llamativo. En España, en 2003 un 49,23 de la población tenía algún grado de exceso de peso (el 13,32% estaba obesa y el 36,91% tenía sobrepeso). En 2006, según la Encuesta Nacional de Salud un 15,25% y un 37,4% de los adultos mostraban obesidad y sobrepeso, respectivamente. El avance de resultados del estudio ENRICA realizado por la Universidad Autónoma de Madrid, muestra que el 62% de los españoles mayores de dieciocho años tiene un exceso de peso (el 23% obesidad y el 39% de sobrepeso).

No obstante respecto a este tema es necesario tener en

cuenta dos hechos importantes. Por un lado que la relación estadística entre el exceso de peso y la enfermedad es puramente correlacional y no causal. Esto explicaría que el 20% de los diabéticos, el 40% de los hipertensos y el 50% de las personas con el colesterol elevado tengan un peso normal. Y por otro que la relación entre el IMC y la mortalidad no es lineal sino que adopta una forma de U. Esto significa que el riesgo de fallecimiento se eleva tanto en las personas con obesidad pero también en los niveles de IMC más bajos (Allison, Zhu, Plankey, Faith y Heo, 2002). Y, sorprendentemente, también se ha mostrado en uno de los mejores estudios sobre el tema, que la tasa de mortalidad es incluso algo menor en el rango del sobrepeso (25-26,9) que en el rango de peso normal (18,5-24,9) (Flegal, Graubard, Williamson y Gail, 2005).

Estos datos son de gran importancia en la medida que, muchas personas que buscan ayuda para perder peso no lo hacen tanto por motivos de salud cuanto por una preocupación por una imagen corporal que la sociedad demanda y los medios de comunicación difunden. Esto conlleva que, particularmente muchas mujeres, cuyo IMC es adecuado y no muestran problemas de salud traten de un modo reiterado de perder peso. En la actualidad un IMC de 25 no es considerado estéticamente adecuado. Muchas personas piensan, por ejemplo, que una mujer de 1.65 m debería estar entre los 60 y 63 kg, esto



significa un IMC situado entre 21 y 23, entre dos y cuatro puntos (es decir, al menos 5kg) por debajo del límite de lo que es plenamente saludable.

El objetivo de este artículo es, en primer lugar, presentar las barreras fisiológicas y psicológicas para perder peso y mantener esa pérdida a largo plazo. Y, por otra parte, describir el trabajo clínico que el psicólogo puede desempeñar en este ámbito corrigiendo expectativas, mostrando cuanto peso es posible perder, enseñando un cierto autocontrol alimentario, promoviendo cambios en el estilo de vida y proponiendo un modo distinto de relacionarse con el propio cuerpo.

LÍMITES DE LA PÉRDIDA DE PESO

Antes de iniciar cualquier programa para la reducción del peso es necesario tener en cuenta (y en esta línea habría que educar a los clientes) que el organismo pone en marcha una serie de frenos que tratan de bloquear dicha reducción. Entre dichas barreras cabe destacar el llamado efecto suelo de las dietas (Amigo y Fernández, 2004). En esencia, este efecto se refiere a que si una persona comienza a restringir el número de calorías que consume habitualmente, los primeros kilos se perderán rápidamente, sin embargo, al cabo de algunas semanas observará como, a pesar de mantener dicha restricción, pierde cada vez menos kilos hasta que ya no baja más. El estudio sobre los efectos del hambre de Keys, Brozek, Henschel, Mickelsen, y Taylor (1950) ha permitido mostrar experimentalmente este proceso. Esto supone que el organismo del ser humano se comporta como si dispusiese de una barrera que es muy difícil de traspasar, lo que se ha denominado *setpoint* o punto fijo (Keesey, 1980). Ahora bien, el *setpoint* no es inamovible, de hecho, a medida que se va ganando peso con los años se situando cada vez más arriba. Por el contrario, si se pierde peso y se mantiene dicha pérdida de peso, el *setpoint* también puede situarse más abajo, pero son necesarios algunos años para su consolidación. Aunque en la actualidad no hay datos para precisarlos, algunos autores hablan de hasta seis años. Este dato es revelador de la dificultad del mantenimiento de la pérdida de peso a largo plazo. De él se deduce que el organismo tiende durante mucho tiempo a la recuperación del peso después de haberlo perdido.

El concepto de *ponderostato* añade más elementos para comprender la tendencia del peso a la homeosta-

sis (Schwartz, Woodst, Porte, Seeley y Baskin, 2000). Los resultados experimentales han mostrado que cuando los adipocitos comienzan a vaciarse dejan de fabricar leptina y esto incrementa la sensación de hambre. En sentido inverso, cuando los adipocitos se llenan la producción de leptina bloquea la sensación de hambre. Esto puede explicar la voracidad que sienten las personas cuando restringen significativamente su alimentación y, en sentido inverso, como después de unos días de excesos, el organismo tiende a comer menos y volver a su peso normal (Klok, Jakobsdottir y Drent, 2007).

En la actualidad, se publicitan muchas dietas que ofrecen pérdidas de peso muy superiores a las que organismo puede aceptar y todas ellas son igualmente ineficaces para control del peso a largo plazo. Sus efectos a corto plazo se explican por lo que tienen en común, esto es, la reducción del consumo total de calorías, que se puede conseguir de formas muy diversas (Grande-Covían, 1988). La *dieta de Atkins*, por ejemplo, se basa en una restricción muy severa de los hidratos de carbono. Al principio, sólo se pueden consumir unos 20g de carbohidratos diarios con un incremento gradual hasta los 50g diarios. La dieta de los *Weight watchers* opta fundamentalmente por una restricción de las calorías medida en puntos, de tal forma que la persona sólo puede ingerir el equivalente a un determinado número de «puntos» en función de su peso. Cada punto equivale a unas 50 calorías. La dieta de *la Zone* busca un balance de los nutrientes de acuerdo a la siguiente proporción: 40 por 100 de hidratos de carbono, 30 por 100 de grasas y 30 por 100 de proteínas. La dieta de *Ornish*, al contrario que la dieta de *Atkins*, restringe las grasas y establece una alimentación casi vegetariana, reduciendo el consumo de grasa a un 10 por 100.

Dansinger, Gleason, Griffith, Selker y Schafer (2005) compararon las cuatro dietas antes descritas y constataron que sólo un 50 por 100 de las personas con sobrepeso u obesidad fueron capaces de mantener cualquiera de las dietas durante año. Las personas que al año seguían a régimen sólo habían conseguido perder entre 5 y 7 kg de peso. Datos muy similares se obtendrán, probablemente, cuando se evalúe el efecto de la *dieta dukan* que tanta popularidad ha alcanzado en los últimos años y que no deja de ser una variante de la dieta de *Atkins*.



En conjunto los resultados de diversas investigaciones epidemiológicas también han llegado a la conclusión de que el 95 por 100 de las personas que pierden peso lo recuperarán entre uno y cinco años más tarde. No obstante, se debe tener en cuenta que esos datos suelen obtenerse estudiando a personas que habitualmente acuden a las consultas de nutrición médicas y, por lo tanto, no se pueden aplicar al conjunto de la población que se somete a dieta (Sarlio-Lahteenkorva, Rissanen, & Kaprio 2000).

Para explicar esa tendencia a recuperar el peso que se ha perdido, *la teoría de la restricción alimentaria* propuesta por Herman y Mack (1975) postula que las personas restrictivas, es decir, aquellas que se encuentran atrapadas en un proceso continuo de dietas y que para regular su ingesta atienden más a creencias de lo que deben hacer que a las sensaciones reales de hambre o saciedad, tienden a comer descontroladamente y darse atracones cuando violan la dieta o cuando están alteradas emocionalmente. En el experimento en el que se fundamentó esta teoría se comparó a un grupo de personas restrictivas con otro de personas no restrictivas a quienes se les decía que la prueba tenía como objeto examinar las preferencias por los sabores. Dicho experimento consistía en comer primero un batido de vainilla y, a continuación, comer libremente y tanto como quisieran de tres tipos de helados diferentes. Lo que ocurrió fue que las personas no restrictivas cuanta más cantidad de batido tomaban menos helado consumían y, por el contrario, las personas restrictivas cuanto más batido tomaban más cantidad de helado consumían. Es decir, la ruptura de la restricción lleva a la desinhibición alimentaria.

Posteriormente, Herman y Polivy (1984) ampliaron esta teoría con el *modelo de los límites de la regulación de la ingesta*. Este modelo subraya la naturaleza psicológica de este efecto desinhibitorio, ya que los participantes en este tipo de experimentos no se descontrolaban comiendo helado cuando se les decía que el batido era bajo en calorías, aunque en realidad su contenido calórico fuese muy elevado. Las personas restrictivas parecen tener un límite respecto a lo que pueden comer y cuando lo traspasan tienden a comer desinhibidamente.

Por lo tanto, si las personas recuperan un peso igual o superior al que han perdido tras una dieta hipocalórica, ello se debe, en gran medida, a los cambios que dicha

dieta puede provocar en su comportamiento alimentario, y que se traduce en una mayor sensibilidad y gusto por los alimentos (Raynor y Epstein, 2003) y una mayor desinhibición alimentaria (Lowe, Foster, Kerzhnerman, Swain y Wadden, 2001).

LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA LA REDUCCIÓN DEL PESO

El breve esbozo de la tendencia homeostática del peso y de los mecanismos psicológicos y fisiológicos que se activan para facilitar la recuperación del mismo, deja ver la insuficiencia y escasa efectividad que puede tener cualquier dieta hipocalórica a largo plazo. Si el control del peso fuese posible mediante una reducción de las calorías, bastaría una calculadora y una tabla del valor energético de los alimentos para perder peso de un modo permanente. De hecho, esto es lo que hacen más o menos los llamados *dieters* (personas que se someten muy frecuentemente dietas hipocalóricas) y nunca consiguen su objetivo.

Hasta la fecha gran parte de la investigación que se ha hecho sobre las estrategias psicológicas para el control del peso se han basado en las técnicas cognitivo-conductuales que han mostrado cierta efectividad. En el programa que se propone a continuación se ha incorporado el planteamiento de la Terapia de Aceptación y Compromiso que puede resultar de gran interés y utilidad sobre este problema.

¿Cuánto peso es posible perder?

Uno de los primeros temas a abordar con el cliente es su expectativa respecto a la cantidad de peso que quiere perder. Sus experiencias con las dietas hipocalóricas pueden haberle hecho creer que es razonable esperar una pérdida mucho mayor de peso de la que es sostenible a largo plazo. Muchas personas creen que se pueden conseguir reducciones de más de un 10%-15% de un modo permanente. En este punto es necesario desarrollar un trabajo educativo para mostrar que tales pérdidas, aunque a corto plazo son posibles no se mantienen en el tiempo. De hecho es conocido que, cuantos más fracasos previos se han tenido con las dietas hipocalóricas y cuanto mayor es el porcentaje de peso que se ha perdido, mayor es la probabilidad de fracaso con una nueva dieta (McGuire, Wing, Klem, Lang y Hill, 1999; Vogels, Diepvens y Westerterp-Plantenga, 2005).



Además, una revisión reciente ha mostrado que entre uno y dos tercios de los llamados *dieters* reganan más peso del que perdieron y esta cifra parece subestimar el problema dado las limitaciones metodológicas de muchas de las investigaciones que han analizado este asunto (Amigo y Fernández, 2007; Mann, Tomiyama, Westling, Lew, Samuels, y Chatman, 2007).

También en este momento sería interesante cuestionar el tópico común de la existencia de un peso ideal para cada persona. El IMC es el mejor índice para establecer el peso de una persona en relación a su talla. Este índice marca una banda bastante amplia dentro de la cual el peso de una persona no representa problemas para la salud. Una persona cuya altura fuese 1,72 estaría en un peso saludable tanto si pesase 60 kg (IMC=20,33) como si su peso fuese de 74 kg (IMC=25). No obstante, muchas personas no aceptan inicialmente esta idea y su pretensión suele ser tener el cuerpo que tenían en un momento particular de su vida (p.e. antes del primer embarazo). Se trata de una negativa a asumir que su cuerpo ahora no es el que fue y que los cambios que puedan lograr ahora parten del tamaño actual del cuerpo.

A la luz de lo expuesto cabría preguntarse, entonces, ¿cuánto peso es adecuado perder para facilitar que no se vuelva a recuperar? La respuesta va implícita en el concepto de *set-point*. Como se señaló, el proceso de pérdida de peso suele iniciarse con una bajada inicial pronunciada que poco a poco va cediendo hasta estabilizarse. Si una persona, por ejemplo, pasa de consumir 2.500 calorías a 2.000, transcurridas unas semanas notará que, a pesar de seguir consumiendo esas 2.000 calorías, la báscula no refleja ningún descenso posterior. Probablemente es porque ha alcanzado su *set-point* y cualquier intento de perder más peso podría, paradójicamente, facilitar su recuperación. La razón de ello es que, para seguir perdiendo peso, sería necesaria una reducción adicional de la ingesta calórica que ahora tendría que limitarse, por ejemplo, a 1.800 calorías. En esta situación, tal como propone la *teoría de la restricción alimentaria*, la persona se sitúa ante muchos estímulos potenciales (p.e. violaciones de la dieta o estados de desánimo) que la lleven a desinhibirse y, por lo tanto, a comer mucho más.

Para la mayor parte de las personas, reducciones en torno a un 5% son posibles y sostenibles a lo largo del tiempo y, aunque puedan parecer limitadas respecto a los deseos personales, pueden ser muy beneficiosas en

términos de salud (Nanri, Mizoue, Takahashi, Noda, Inoue, y Tsugane, 2010).

No obstante, cada persona es distinta y tiene una biografía diferente. Es por ello, que no habría que prejuzgar el peso que se puede perder y así habría que transmitírselo al cliente. Dejar que los cambios alimentarios y en el estilo de vida que se le proponen vayan surtiendo su efecto hasta que esa pérdida de peso se vaya estabilizando parece lo más prudente.

Aprender a aceptar el propio cuerpo

Como la pérdida sostenible de peso es limitada, muchas personas se pueden sentir decepcionadas por este hecho. Es por esto, que enseñar a aceptar el propio cuerpo puede ser un elemento crítico en el éxito del programa (Amigo, 2010). El procedimiento para lograrlo encajaría adecuadamente dentro de la lógica de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes y Strosahl, 2004). El objetivo aquí no es que la persona se resigne a verse gorda. Por el contrario, se trata de promover el cambio en todos aquellos aspectos de su estilo de vida que puedan contribuir a perder peso (alimentación, ejercicio, control emocional...). Esto implica que la persona tendrá que abrirse a muchas fuentes de malestar y a convivir con ellas sin tratar de eliminarlas. Tendrá que estar dispuesta a convivir con: que su cuerpo no es el que desea tener pero es el suyo; el límite en la reducción de peso; la inquietud que le causan los cambios alimentarios que se ha impuesto; la agitación que le provocará el deseo de iniciar otra dieta hipocalórica para bajar rápidamente de peso otra vez; los sentimientos de rabia por sentirse observada por su sobrepeso o la incomodidad que pueda generar observar continuamente modelos que a través del mundo virtual alcanzan una esbeltez perfecta.

Se trata, en definitiva, de aprender a sobrellevar aquello que no se puede cambiar de otro modo. La frustración y la rabia por el deseo de perder peso y no conseguirlo provocan aún más malestar y sufrimiento. Dejar de luchar contra lo incontrolable hace que ese malestar se viva de un modo limpio y sin cargas emocionales. Y libera mucho espacio para ocuparse de otros elementos importantes de la vida y para centrarse en aquello que se puede controlar.

Obviamente, para lograr todo ello es necesario recurrir al conjunto de técnicas y procedimientos de la ACT. La desesperanza creativa puede servir para mostrar al cliente como sus esfuerzos para controlar su peso a tra-



vés de todo tipo de restricciones y dietas hipocalóricas han fracasado. Plantear como tratar de ejercer el control más allá de lo que se puede controlar no sólo no genera malestar sino que además agrava el problema al inducir una sucesiva serie de fracasos e, incluso, puede llevar al incremento del peso. Las técnicas de de-fusión son útiles para mostrar como el lenguaje y los pensamientos son una fuente adicional de sufrimiento puesto que reverberan la obsesión por el volumen del cuerpo sin que la persona sea capaz de darse cuenta que los pensamientos son sólo eso, pensamientos que la están apartando de vivir en el aquí y ahora. Adoptar la postura del espectador permite tomar conciencia de que la persona no es sólo su cuerpo sino que es algo que trasciende sus pensamientos, emociones, sensaciones y su cuerpo. Trabajar de cara a los valores personales es fundamental para liberarse de la preocupación continua por el cuerpo al tiempo que se hace aquello que para cada persona es lo más valioso e importante.

Adherirse a un programa de alimentación personalizado y con menos calorías

Para conseguir el control del peso es necesario adaptarse a una alimentación no demasiado calórica y que contenga la proporción de nutrientes adecuada para facilitar el control del peso. Esto supone asumir que el nuevo patrón alimentario tendrá que mantenerse de modo indefinido, ya que dicho patrón sólo es eficaz durante el tiempo en el que se realiza. Además, para que se consolide este nuevo hábito es imprescindible que el estilo de alimentación respete los gustos de cada cual, por lo que nada puede quedar prohibido. Se podrá moderar la cantidad de algún alimento pero nunca eliminarlo totalmente de nuestra dieta, ya que eso sólo contribuiría a fortalecer el llamado efecto "manzana prohibida" (Lemmens, Born, y Rutters et al, 2010).

El estilo de alimentación más adecuado para el ser humano supone que al menos el 50%-55% de las calorías que se consuman deben provenir de los hidratos de carbono de cadena larga (legumbres, cereales, arroz, pasta, patatas y verduras). Alrededor del 30% deben proceder de las grasas (preferentemente grasas insaturadas, como el aceite de oliva o el pescado azul que reducen los riesgos de colesterol) y entre el 15%-20% restante de las calorías se deben consumir en forma de proteínas. Aunque esto pueda parecer una contradicción respecto a los tópicos actuales sobre la

alimentación, no se debe olvidar que cuando las calorías provienen de los hidratos complejos, el nivel de glucemia sube más lentamente, permanece más tiempo constante y cae poco a poco. Este tipo de hidratos tarda más tiempo en absorberse y su efecto saciante es más prolongado. Por lo tanto, los hidratos complejos deben estar en la base de la pirámide de la alimentación, facilitando la reducción de peso hasta 2 kilos tal y como ha mostrado el proyecto europeo CARMEN. (Saris, Astrup, Prentice et al 2000).

Un programa de alimentación que recoge esa proporción saludable de nutrientes que acabamos de comentar se expone en la tabla 1. Obviamente, sería muy deseable que la persona estableciese su nuevo patrón alimentario. Si surgen dudas en este aspecto, la tabla 1 puede servir de orientación general sobre las cantidades y tipos de alimentos preferibles.

Otro aspecto importante de la alimentación es que hay que distribuirla entre cuatro y seis ocasiones al día. Esto puede chocar con los hábitos de muchas personas que

TABLA 1
ESQUEMA ALIMENTARIO ORIENTATIVO PARA
EL CONTROL DEL PESO

| | |
|---------------------------|---|
| Desayuno | Una taza de café con leche o dos yogures + Una ración de pan o de cereales ó tostadas |
| Media mañana | Una pieza de fruta o una ración de pan con fiambre o un lácteo |
| Comida | <i>Primer plato</i> de verdura o ensalada o Dos cazos de legumbres (garbanzos, lentejas, etc.), pasta, arroz, guisantes, etc. <i>Segundo plato</i> de carne, pescado o un huevo Postre, una pieza de fruta mediana o queso fresco |
| Merienda | Media taza de café con leche o un yogur |
| Cena | Igual que la comida variando menús |
| Antes de acostarse | Media taza de leche o un yogur |

Las raciones deben ser de unos: 40 gr. para el pan. 30 gr. para los cereales. 200 gr. para la verdura, 175 gr. para la pasta, legumbres y arroz; 120 gr. para la carne; 160 gr. para el pescado; 200 gr. para la fruta y 125 gr. para los lácteos. El aceite, debido a su alto valor calórico, no debería superar las 3 cucharadas soperas al día, incluido el que se utilice para la preparación de los alimentos.



han basado todos sus esfuerzos para controlar su peso en restringir su alimentación, llegando a saltarse algunas comidas para evitar la ganancia de peso. Tal y como hemos ya señalado, nada más ineficaz para perder peso que la restricción alimentaria que incluso puede llevar a ganar algunos kilos.

El agua debe ser la bebida de referencia de la persona que trata de controlar su peso, ya que es posiblemente la única que garantiza la hidratación sin aporte calórico alguno. Al café o a las infusiones se suele añadir azúcar y muchas bebidas light no siempre tienen cero calorías. Si se acostumbra a beber vino, se tendría que limitar su consumo a una copa al día. También se debe tener una especial prevención con todas las bebidas endulzadas con fructosa tales como los refrescos, las colas o los zumos envasados. Cuando se ingieren de modo regular y en cantidades elevadas, llevan a producir una alteración en el metabolismo que se traduce en una reducción de la capacidad para sentirse saciado y, por lo tanto, en la tendencia a comer más. La fructosa también se encuentra en la fruta, sin embargo, cuando se consume directamente a través de este tipo de alimentos sólidos resulta muy beneficiosa porque se ingiere en menor cantidad y contiene una gran cantidad de fibra que, en este caso, sí favorece la saciedad.

Siguiendo esta propuesta y en función de la diferencia entre el gasto energético total y el número de calorías que se ingieran, se puede empezar una pérdida lenta y gradual de peso que se estabilizará en un determinado momento. El mantenimiento de esa pérdida, al margen de lo pronunciada que sea, es el mejor indicador de que en el futuro se seguirá perdiendo peso y no tendría que recuperarse.

Reforzar los cambios en los hábitos de vida y retirar el foco del peso

Al inicio de cualquier cambio dietético suele surgir la tentación de pesarse a diario para ver si efectivamente funciona lo que se está haciendo. El peso no es algo que se pueda controlar directamente o que responda a los deseos que uno tenga, por mucho que uno se pese varias veces al día. Pero lo que si queda dentro de la posibilidad de control de una persona, son los cambios que puede introducir en su vida. El hecho de pesarse sistemáticamente puede empeorar el estado de ánimo de la persona, especialmente si no se encuentra el resultado esperado en la báscula. El peso, incluso cuan-

do se utiliza alguna dieta, no desciende sistemáticamente en cada pesaje, sino que además de mostrar fluctuaciones diarias de la mañana a la noche, también puede estancarse durante varios días. Cuando así ocurre, se puede provocar un sentimiento de desmoralización en la persona que le lleve, incluso, a violar el régimen que está llevando a cabo. Se ha observado que cuando las personas están a dieta y se les informa que pesan más que en la ocasión anterior tienden a desinhibirse delante de los alimentos y a renunciar al control sobre la alimentación (Shanker, 2005). Por todo esto, el pesarse debe realizarse siempre a la misma hora, una vez a la semana y sin la expectativa de un descenso significativo inmediato.

Estimular la práctica de alguna actividad física

La actividad física moderada (no extenuante) es un elemento fundamental en la regulación del peso, aunque el ejercicio físico no provoca una pérdida significativa del mismo, sí se ha demostrado que es fundamental para no incrementarlo y también que el sedentarismo sí engorda (Gordon-Larsen, Hou et al, 2009).

Además, la actividad física moderada causa cierto cansancio físico que, a su vez, suele facilitar un mejor descanso e incrementar la calidad del sueño lo que sitúa a la persona en una condición más favorable para iniciar el día siguiente. La cantidad y calidad del sueño es también importante para el control del peso porque se asocia con la correcta regulación de las sensaciones de hambre y saciedad (Appelhans, Janssen, Cursio et al, 2012).

La actividad física también modera el apetito, y sirve también para controlar los estados emocionales de ansiedad y depresión que pueden llevar a muchas personas a una ingesta de alimentos hipercalóricos como una forma de calmar los nervios a corto plazo. Annesi y Unruh (2008) han mostrado que el ejercicio físico puede tener efectos muy positivos sobre el mantenimiento de la pérdida a largo plazo debido, sobre todo, a la mejora en el estado de ánimo que provoca.

Posiblemente la ilustración más clara de cómo el ejercicio es un excelente estabilizador del peso lo mostró el estudio de (Tudor-Locke, Bassett, Rutherford, Ainsworth, Chan, Croteau et al, 2008). En este trabajo participaron 3.217 personas de cinco países distintos con un rango de edad entre 18 y 94 años y ha permitido determinar el número de pasos necesarios para mantenerse en un peso normal.



La contabilización de los pasos se realizó con un podómetro. Los resultados han mostrado, con gran precisión, que las personas que andan una media de 12.000 pasos totales al día, incluyendo los que caminan dentro de sus casas o en el trabajo, al menos tres veces por semana, están exentas del problema del sobrepeso. No obstante, el número de pasos varía en función de la edad y el sexo. Las mujeres de más de 60 años no necesitan más que 8.000, las que están entre 40 y 50 años necesitarían 10.000, y los hombres mayores de 50 unas 11.000. El resto de la población necesitaría en torno a unos 12.000 pasos diarios para mantener su peso. Además, también llama la atención que si para la mejora de la salud cardiovascular es necesario realizar el ejercicio dentro con una intensidad moderada, para el control del peso, según los autores de este estudio, cada paso cuenta y llegando a las cifras antes descritas el control del peso es más que probable.

Crear nuevos contextos para el establecimiento de los nuevos hábitos

Tras lo expuesto, se hace evidente que el control del peso requiere la modificación de muchos hábitos que definen el estilo de vida individual de cada cliente. Es por ello que crear contextos adecuados para la generación de los nuevos comportamientos es importante para optimizar el éxito.

En este sentido, se ha de aprovechar todos los recursos personales, familiares y sociales de la persona para reforzar el nuevo repertorio de conductas. Así por ejemplo, comprometer a toda la familia en el nuevo estilo alimentario podría ser una vía para estimular el cambio alimentario, ya que ello facilita la preparación de los alimentos y el control estimular. La red social puede facilitar que la práctica de la actividad física pueda ser, a la vez, una forma de establecer y mantener el apoyo social, buscando personas y lugares comunes donde hacer ejercicio. Aprovechar las rutinas cotidianas para incorporar una nueva conducta, por ejemplo, caminar una hora al día durante desplazamientos al trabajo o debidos al quehacer diario puede ser una buena opción para mantener una actividad mínima. Si no existen estos recursos habrá que buscar con el cliente otros modos de promover su modificación de conducta. En este sentido, el desarrollo de un programa de estas características en grupo facilita la propuesta, por parte de sus miembros, de distintas alternativas a las dificultades que vayan surgiendo.

Una barrera a la que muchas personas se agarran para no cambiar es buscar razones para justificar el porqué de la dificultad para no hacer ejercicio o no seguir una alimentación adecuada. Sin embargo, en este punto no estaría de más recordar que esas razones no son las causas de ese comportamiento y, en muchos casos, no son otra cosa que coartadas. Esto se puede explicar mostrando cómo todas las personas siempre han hecho algo aunque tuviesen razones para no hacerlo. Así, por ejemplo, se puede afirmar que no se sale a caminar, aunque esto pudiese ayudar a controlar el peso, porque no se encuentra ningún sitio agradable para hacerlo. Aun cuando eso pueda ser una razón para no hacerlo, la realidad es que el que no se encuentre un sitio adecuado no es la causa de que no se vaya a caminar, ya que se puede caminar por un lugar que no resulte especialmente atractivo. Mostrar como a través del lenguaje podemos caer en determinadas trampas que rompen con nuestros compromisos y necesidades, es una condición fundamental para promover el autocontrol personal.

REFERENCIAS

- Allison, D.B., Zhu, S.K., Plankey, M., Faith, M.S. y Heo, M. (2002). Differential associations of body mass index and adiposity with all-cause mortality among men in the first and second national Health and Nutrition Examinations Survey (NHANES I and NHANES II) follow-up studies. *International Journal of Obesity*, 26, 410-416.
- Amigo, I. (2010). *Ser gordo, sentirse gordo*. Madrid: Pirámide.
- Amigo, I. y Fernández, C. (2004). El efecto iatrogénico de las dietas. *Revista Española de Obesidad*, 4, 207-215.
- Amigo, I. y Fernández, C. (2007). Effect Effects of diets and their role in weight control. *Psychology, Health & Medicine*, 12, 321-327.
- Annesi, J. J. y Unruh, J. L. (2008). Relations of exercise, self-appraisal, mood changes and weight loss in obese women: testing propositions based on Baker and Brownell's (2000) model. *American Journal of Medical Science*, 335,198-204.
- Appelhans, B.M., Janssen, I., Cursio, J.F., Matthews, K.A., Hall, M., Gold, E.B., Burns J.W. y Kravitz, H.M. (2012). Sleep Duration and Weight Change in Midlife Women: The SWAN Sleep Study. *Obesity doi: 10.1038/oby.2012.175*. [Epub ahead of print]



- Dansinger, M. L., Gleason, J. A., Griffith, J. L., Selker, H. P. y Schafer, E. J. (2005). Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone diets for weight loss and heart disease risk reduction: a randomized trial. *Journal of American Medical Association*, 293, 43-53.
- Flegal, K.M., Graubard, B.I., Williamson, D.F. y Gail, M.H. (2005). Excess deaths associated with underweight, overweight and obesity. *Journal of American Medical Association*, 293, 1861-1867.
- Gordon-Larsen, P., Hou, N., Sidney, S., Sternfeld, B., Lewis, C.E., Jacobs, D.R. Jr y Popkin, B.M. (2009). Fifteen-year longitudinal trends in walking patterns and their impact on weight change. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 89, 19-26.
- Grande-Covián, F. (1988). *Nutrición y Salud*. Madrid: Temas de Hoy.
- Hayes, S.C. y Strosahl, K. D. (2004). *A Practical Guide of Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer.
- Herman, C.P., & Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*, 43, 647-660.
- Herman, C. P. y Polivy, J. (1984). *A boundary model for the regulation of eating*. En A. J. Stunkard y E. Stellar (Eds.). *Eating and its disorder*, Nueva York: Raven Press.
- Keesey, R.E. (1980). The regulation of body weight: A set-point analysis. En A. J. Stunkard (Ed.), *Obesity*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O. y Taylor, H. L. (1950). *The biology of human starvation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Klok, M.D., Jakobsdottir, S. y Drent, M.L. (2007). The role of leptin and ghrelin in the regulation of food intake and body weight in humans: a review. *Obesity Review*, 8, 21-34.
- Lemmens, S.G., Born, J.M., Rutters, F., Schoffelen, P.F., Wouters, L., Westerterp-Plantenga, M.S. (2010). Dietary restraint and control over "wanting" following consumption of "forbidden" food. *Obesity* 18, 1926-1931.
- Lowe, M., Foster, G.D., Kerzhnerman, I., Swain, R. M. y Wadden, T. (2001). Restrictive dieting vs «undietering». Effects on eating regulation in obese clinic attenders. *Addictive Behaviors*, 26, 253-266.
- McGuire, M.T., Wing, R.R., Klem, M.L., Lang W. Y Hill, J.O. (1999). What predict weight regain in a group of successful weight losers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 177-185.
- Mann, T., Tomiyama, A.J., Westling, E., Lew, A., Samuels, B. y Chatman, J. (2007). Medicare's Search for Effective Obesity Treatments: Diets Are Not the Answer *American Psychologist* 62, 220-233.
- Nanri, A., Mizoue, T., Takahashi, Y., Noda, M., Inoue, M., Tsugane, S. (2010). Weight change and all-cause, cancer and cardiovascular disease mortality in Japanese men and women: the Japan Public Health Center-Based Prospective Study. *International Journal of Obesity*, 34, 48-56.
- Raynor, H. y Epstein, L. (2003). The relative reinforcing value of food under differing levels of food deprivation and restriction. *Appetite*, 40, 15-24.
- Saris, W.H., Astrup, A., Prentice, A.M., Zunft, H.J., Formiguera, X., Verboeket-van de Venne, W.P., Raben, A., Poppitt, S.D., Seppelt, B., Johnston, S., Vasilaras, T.H. y Keogh, G.F. (2000). Randomized controlled trial of changes in dietary carbohydrate/fat ratio and simple vs complex carbohydrates on body weight and blood lipids: the CARMEN study. The Carbohydrate Ratio Management in European National diets. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24, 1310-1318.
- Sarlio-Lahteenkorva, S., Rissanen, A. y Kaprio, J. (2000). A descriptive study of weight loss maintenance: 6 and 15 year follow-up of initially overweight adults. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24, 116-125.
- Schwartz, M.W., Woodst, S.C., Porte, Jr., Seeley, J. y Baskin, D.G. (2000). Central nervous system control of food intake. *Nature*, 404, 661-671.
- Shanker, W. (2005). *Mucha Talla*. Barcelona: Editorial Lumen.
- Tudor-Locke, C., Bassett, DR Jr. Rutherford, W.J., Ainsworth, B.E., Chan, C.B. y Croteau, K. (2008). BMI-referenced cut points for pedometer-determined steps per day in adults. *Journal of Physical Activity and Health*, 5, Suppl 1: S126-39.
- Vogels, N., Diepvens, K., Westerterp-Plantenga, M.S. (2005). Predictors of long-term weight maintenance. *Obesity Research*, 13, 2162-2168.
- Wadden, T. A., Foster, G. D., Stunkard, A. J. y Conill A. M. (1996). Effects of weight cycling on the resting energy expenditure: body composition of obese women. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 5-12.



LA VIOLENCIA HACIA LA MUJER MAYOR: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

VIOLENCE AGAINST OLDER WOMEN: A REVIEW OF THE LITERATURE

Montserrat Celdrán
Universitat de Barcelona

A pesar de que el maltrato y la negligencia hacia las personas mayores no es una temática desconocida ni a nivel científico ni de la intervención práctica, perspectivas actuales señalan que al resaltar la edad como factor explicativo de la violencia hacia este colectivo, se ha olvidado la perspectiva de género como forma de entender y actuar sobre la violencia hacia las personas mayores. Esta revisión bibliográfica se centra en esta cuestión de género a la hora de detectar e intervenir en la violencia dirigida hacia la mujer mayor. En concreto se analizarán tres ámbitos estudiados a nivel internacional: características del maltrato hacia la mujer mayor, consecuencias de dicho maltrato a nivel de salud y calidad de vida y propuestas de intervención hacia este colectivo. El artículo quiere servir de marco para iniciar estudios a nivel nacional sobre la problemática de las mujeres mayores que sufren violencia de pareja, tema todavía inédito en nuestro entorno.

Palabras clave: Violencia, Mujer, Persona mayor, Intervención.

Although elder abuse and neglect is not an unknown situation in research and intervention programs, current perspectives indicate that when highlighting age as a factor for this kind of violence, the gender perspective in the understanding of violence towards the elderly has been overlooked. This review attempts to shed light on this gender perspective when we look at what kind of abuse older people, and especially older women, are suffering. Three issues concerning the mistreatment of older women will be reviewed: the characteristics of intimate partner violence against older women, health and quality of life consequences of this kind of abuse, and intervention programs implemented in this group. The aim of this paper is to provide a framework to start national studies and interventions regarding intimate partner violence against older women, an issue barely studied in our country.

Key words: Intimate partner violence, Women, Ageing, Intervention.

E L MALTRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES
El maltrato dirigido hacia las personas mayores es la temática de violencia familiar menos investigada y con menos recursos a nivel de políticas de intervención si la comparamos con el maltrato infantil y el maltrato hacia la mujer adulta (Tabueña, 2006). La aparición de revistas especializadas (como el *Journal of Elder Abuse & Neglect*), cuestionarios (como las Escalas de Detección de Riesgo de Malos Tratos Domésticos y Comportamientos Autonegligentes de Touza, Segura, Prado, Ballester y March, 2009) o protocolos específicos para el colectivo de las personas mayores son indicativos del trabajo que se ha estado realizando.

Una posible definición sobre esta tipología de violencia familiar hacia el colectivo mayor fue propuesta por la *International Network for the Prevention of Elder Abuse* (INPEA <http://www.inpea.net/>) de la siguiente forma: "Acto (único o reiterado) u omisión que causa daño o aflicción a una persona mayor que se produce en el se-

no de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza". Sin embargo, la definición del maltrato hacia las personas mayores es compleja ya que puede darse en múltiples escenarios (familiar, institucional, social) y de múltiples formas (violencia física, psicológica, económica, entre otras) (Muñoz, 2004).

Igualmente, no todas las tipologías de maltrato hacia las personas mayores se han estudiado de igual forma. Desde la gerontología y geriatría se ha hecho mucho énfasis en las situaciones de maltrato que son fruto del cuidado de personas mayores dependientes. En nuestro entorno contamos con varios estudios sobre el perfil más habitual en la víctima mayor (Iborra, 2008); sobre la percepción de estas situaciones de violencia por parte de los profesionales de atención a las personas mayores (SEGG, 2004) así como sobre instrumentos de medición y cribaje realizados para su detección (pe. Touza et al., 2009). Así, la víctima de situaciones de maltrato en el ámbito del cuidado familiar suele ser una mujer, mayor de 75 años, dependiente en sus actividades de la vida diaria y en una situación de aislamiento social (Iborra, 2008). Sin embargo, otros tipos de maltratos en la vejez,



como sería el maltrato de pareja durante este periodo del ciclo vital son más desconocidos.

EL MALTRATO DE PAREJA EN LA VEJEZ

Desde hace unos años ha aumentado la sensibilidad desde los profesionales e investigadores hacia la violencia de género ejercida sobre las mujeres mayores. Por ejemplo, hay diferentes proyectos financiados por la Unión Europea en el subprograma Daphne de violencia contra la mujer como el IPVoW (*Intimate Partner Violence and older Women*) o el AVOW (*Prevalence study of Violence and Abuse against Older Women*) que han intentado estudiar esta perspectiva.

Se pueden contemplar al menos tres escenarios vitales en los que se podrían producir situaciones de violencia de pareja en la tercera edad (Brandl y Raymond, 1998). El primero haría referencia a casos de una larga relación de maltrato en parejas mayores; mujeres que han vivido gran parte de su vida matrimonial sufriendo los abusos de su esposo. Es de especial importancia destacar que los casos de separación y divorcio en la población mayor actual son muy poco frecuentes; únicamente el 3,9% de los mayores en España está divorciado/a según el último Informe Mayores del IMSERSO (2009). Esta baja cifra de separaciones junto con otras características de las mujeres mayores actuales (como el menor poder adquisitivo en comparación con el hombre mayor o una fuerte socialización bajo unos marcados roles de género) dificulta que la mujer mayor busque ayuda en casos de maltrato continuado de pareja. Normalmente los estudios de violencia de pareja en mayores consideran únicamente este tipo de violencia (Desmarais y Reeves, 2007).

En segundo lugar, se podrían dar casos de violencia de pareja en personas mayores en la que dichos abusos aparezcan en esta etapa del ciclo vital. Estas situaciones de maltrato se asociarían con el inicio de enfermedades en un miembro de la pareja (por ejemplo, una demencia y la aparición de ideas delirantes), a cambios en los roles familiares y sociales (el nido vacío, la jubilación) o cambios físicos que comporten dificultades a nivel sexual en unos de los miembros de la pareja (Band-Winterstein y Eisikovits, 2009; Desmarais y Reeves, 2007). A veces, sin embargo, estos mismos cambios pueden motivar a una mujer mayor que ha sufrido durante años una relación de pareja abusiva se decida a denunciar, como es el caso de divorcios o denuncias después del abandono de los hijos del hogar familiar (Buchbinder y Winterstein, 2003).

Por último, habría mujeres mayores que podrían iniciar una relación de pareja abusiva alrededor de su vejez.

Sin embargo, esta situación en la actualidad aún sería muy poco habitual si tenemos en cuenta que los nuevos matrimonios en la tercera edad no representan ni el 2% de todos los matrimonios en España según Sánchez y Bote-Díaz (2005).

Las investigaciones sobre el maltrato hacia mujeres mayores en relaciones de pareja no están exentas de dificultades. Además de los pocos estudios sobre esta temática, las revisiones realizadas sobre estas publicaciones (por ejemplo, Brandl y Cook-Daniels, 2002) señalan los problemas para comparar y analizar los diferentes artículos aduciendo discrepancias a la hora de definir qué es el maltrato, por las muestras poco representativas que se utilizan o la forma en cómo se ha realizado el muestreo del estudio. Además existe una sobrerrepresentación de estudios cualitativos en detrimento de estudios más epidemiológicos y cuantitativos con muestras representativas de la población mayor (Weeks y Leblanc, 2011) lo que dificulta la generalización de los resultados. En esta revisión sobre los estudios realizados hasta la fecha nos centraremos en tres aspectos: las características de este maltrato hacia la mujer mayor, sus consecuencias y las posibles intervenciones.

CARACTERÍSTICAS DEL MALTRATO HACIA LAS MUJERES MAYORES

Muchas encuestas no contemplan en sus muestras a mujeres mayores de 59 años para preguntarles si han sufrido o no maltrato en el seno de una relación de pareja. Por un lado este hecho no nos permite conocer la prevalencia de la problemática y por el otro, evidencia una falta de reconocimiento del problema. Esta discriminación por edad formaría parte del edadismo al que se ven enfrentados muchos mayores tanto a nivel laboral, personal como social (Butler, 1969). Una excepción en nuestro entorno es la Macroencuesta sobre "Violencia contra las mujeres" (Instituto de la Mujer, 2007). Dicha encuesta señaló que un 6,9% de las mujeres mayores de 65 años sufrían maltrato a manos de sus parejas, porcentaje menor al 9,6% que se señala en la población general.

A nivel internacional, los resultados de prevalencia y tipología de maltrato sufrido por mujeres mayores varían en función del estudio, de la metodología utilizada y el tipo de maltrato estudiado. Por ejemplo, algunos estudios han preguntado a personas mayores de 60 años si desde que tienen 55 años han sufrido algún tipo de abuso (Fisher y Regan, 2006) mientras otros han indagado preguntando si han sufrido dichos abusos en el último año (Mouton, 2003). Sin embargo, todos los estudios re-



alizados resaltan la existencia del maltrato hacia mujeres mayores de 60 años. Por ejemplo, Cook, Dinnen y O'Donnell (2011) apuntan que la prevalencia del maltrato en pareja a partir de los 50 años se situaría entre el 6 al 18% de la población mayor, aunque otros autores aumentan dicha cifra hasta el 25% (Luoma et al., 2011). Son además, maltratos de larga duración (de más de 10 años) (Bonomi et al., 2007; Montminy, 2005; Wilke & Vinton, 2005) y en los que los diferentes tipos de abusos (físico, emocional, sexual, entre otros) se pueden dar de forma conjunta (Fisher y Regan, 2006; Leite, Cavalcante y Reichenheim, 2008). Otras investigaciones señalan la mayor prevalencia de abusos emocionales (como las amenazas o el control por parte del marido) o incluso económicos frente a los abusos más físicos (Bonomi, Anderson, Reid, Carrell, Fishman, Rivara y Thompson, 2007; Zink, Jacobson, Regan, Fisher y Pabst, 2006).

Por último, los estudios que han comparado los perfiles de mujeres maltratadas según su edad, encuentran que a mayor edad de la víctima existiría: (a) una mayor dependencia hacia el agresor a nivel económico, emocional e incluso físico (Beaulaurier, Seff, Newman y Dunlop, 2007); (b) una mayor presión de los imperativos culturales sobre lo que significa e implica un matrimonio lo que dificultaría que denuncien a sus parejas, y (c) una mayor presión familiar y social para que la mujer actúe como cuidadora cuando su pareja se encuentre en una situación de dependencia (Band-Winterstein y Eisikovits, 2009; Seaver, 1996). Además, como ya hemos mencionado anteriormente, las mujeres mayores suelen sufrir la violencia de su pareja durante más tiempo (Wilke y Vinton, 2005) y suelen pedir menos ayudas aun después de haber podido denunciar a su agresor (Lundy y Grossman, 2009). Por ejemplo, el estudio cualitativo de Band-Winterstein y Eisikovits (2009) entrevistó a 40 mujeres mayores que habían vivido o seguían viviendo violencia familiar por parte de su pareja. Los resultados arrojaron que las mujeres sentían que el maltrato seguía existiendo, aunque ya no fuera tan físico y sobre todo destacaban que se veían enfrentadas a la expectativa de cuidar a esa persona, con lo que en muchas ocasiones la diada cuidador-persona cuidada era un nuevo escenario para seguir sufriendo las mismas vejaciones o humillaciones por parte de su pareja.

CONSECUENCIAS DEL MALTRATO HACIA LAS MUJERES MAYORES

Las consecuencias que el maltrato hacia las mujeres mayores no difiere por razón de edad con las mujeres

adultas en aspectos como la gravedad de la violencia, el tipo de heridas sufridas, la presencia de la culpa en las víctimas (Wilke y Vinton, 2005), pero sí se ha observado que las mujeres mayores tendrían más problemas de salud, ansiedad y somatización, y utilizarían más medicamentos (antidepresivos, ansiolíticos,...) (Stein y Barrett-Connor, 2000; Wilke y Vinton, 2005).

Por tanto, el impacto que tiene en la mujer mayor la violencia de pareja abarcarían tanto el ámbito de salud física, como psicológica, incluso llegando a producirse fallecimientos por dicho maltrato (McGarry, Simpson y Hinchliff-Smith, 2011). En primer lugar los estudios que han comparado mujeres mayores víctimas de violencia de pareja con mujeres mayores que no sufren dicha violencia se ha observado en las primeras una peor salud en general, tanto objetiva como subjetiva (Mouton et al., 2004; Mouton, Rodabough, Rovi, Brzyski y Katerndahl, 2010). Por ejemplo, el impacto a nivel físico se concretaría en la aparición de problemas óseos, digestivos, dolor crónico, mayor presión arterial o problemas de corazón (Fisher y Regan, 2006; Fisher, Zink y Regan, 2011; Zink, Fisher, Regan, y Pabst, 2005).

En segundo lugar, en una dimensión más psicológica, se han encontrado mayores niveles de depresión y ansiedad en las mujeres mayores víctimas de violencia de pareja comparadas con la población mayor general (Fisher y Regan, 2006; Fisher et al., 2011; Mouton et al., 2010; Zink et al., 2005). También es importante destacar el impacto que la larga trayectoria de maltrato de estas mujeres mayores tiene sobre su identidad, en cómo se definen a sí mismas (autoconcepto) y en cómo se valoran (autoestima). Desde el marco de la psicología del ciclo vital, la vejez puede ser un periodo de reflexión y valoración de la vida, tal y como Erikson (1982) describía en la última crisis de su teoría denominada Integridad versus Desesperanza. Buchbinder y Winterstein (2003) entrevistaron a veinte mujeres mayores de 60 años que habían vivido situaciones de maltrato por parte de sus parejas. Estas mujeres reflejaban una identidad enfrentada tanto a su pasado, presente como a su futuro. De esta forma, si miraban hacia atrás se sentían o bien heroínas por todas las situaciones que habían aguantado o defraudadas consigo mismas por el mismo hecho. En el presente manifestaban el dolor por el sacrificio realizado en el pasado, sobre todo con sus hijos para protegerlos, y que dicho sacrificio no se veía recompensado con mayores niveles de apoyo social y emocional por parte de sus hijos en el momento presente. Y en tercer lugar, su identidad se veía proyectada con miedos hacia el futuro



presentado ante ellas como una trampa, dependiendo de su pareja que tal vez a la larga debieran cuidar.

Por último, algunos estudios incluso se han preguntado si las consecuencias de este maltrato hacia la mujer mayor podrían ser mortales. Por ejemplo, Baker, Lacroix, Wu, Cochrane, Wallace y Woods (2009) recogieron datos de un estudio longitudinal con mujeres de entre 50 y 79 años, el que preguntaban si habían sufrido abusos físicos, verbales o ambos en el último año. Encontraron una asociación positiva entre el abuso físico o la presencia de abuso físico y verbal con la mortalidad posterior de las mujeres mayores, incluso después de controlar variables como la edad o el nivel educativo. Sin embargo, estas muertes no se producían por homicidio. Algunos autores apuntan a que es el estrés sufrido por dicha situación lo que tendría un efecto dañino llegando a impactar a un nivel psiconeuroinmunológico a la mujer mayor (Baker, 2007). Pocos son los estudios que han aportado datos sobre homicidios de mujeres mayores fruto de la violencia de pareja sufrida, aunque algunos apuntan que pueden ser o bien por fuente de negligencia en el cuidado y otros por homicidio con suicidio posterior del agresor (Karch y Nunn, 2011; Malphurs, Eisdorfer y Cohen, 2001).

INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE MALTRATO EN PAREJA DE PERSONAS MAYORES

Un tercer bloque de revisión en este artículo versa sobre las necesidades de intervención que se han puesto en marcha en el ámbito de la violencia de pareja hacia la mujer mayor. Antes de comentar algunas de las intervenciones realizadas hay que tener en cuenta dos aspectos importantes: la propia visión del maltrato en la vejez por parte de los profesionales y las barreras que impiden a la mujer mayor hacer uso de dichos servicios.

Visión del profesional sobre el maltrato en la vejez

Autores como Scott, McKie, Morton, Seddon y Wosoff (2004) resaltan la poca comunicación y trabajo conjunto entre aquellos profesionales del campo de la gerontología y geriatría con aquellos que trabajan atendiendo al colectivo de mujeres maltratadas. El especialista en vejez ha tendido a contemplar las situaciones de maltrato hacia la persona mayor desde la teoría del estrés y sobrecarga del cuidador. Sirva de ejemplo la siguiente historia que Brandl (1997) utiliza para remarcar lo perverso que puede ser esta práctica. La historia está narrada por un hombre de 70 años que ha provocado varios moratones a su mujer:

“Mi mujer es la persona más importante del mundo para mí. Pero no puede entender cómo son de difíciles las cosas. Ella no puede hacerse cargo de sí misma o cuidar la casa o cocinar. Sólo le he golpeado una vez, perdí el control por unos instantes. No volverá a ocurrir, la quiero demasiado”.

En muchos casos los servicios sociales pueden recomendar soporte y ayuda psicológica hacia este cuidador varón y respiro y cuidado diario en un centro de día para la mujer, validando así al agresor y empatizando con él. Según Straka y Montminy (2006), el modelo basado en el abuso a la persona mayor se apoya más en la ayuda al cuidador y en el cambio de domicilio de la persona mayor a una residencia. Sin embargo, si esta misma historia tuviera como protagonista a un hombre de 25 años podría ser un ejemplo de un hombre maltratador que minimiza el problema, se escuda y exculpa de toda culpa y además responsabiliza a su mujer por hacerle perder el control (Brandl, 1997).

En contraste, los profesionales que trabajan con mujeres maltratadas y los servicios que se procuran para este colectivo, no han tenido en cuenta las necesidades y la presencia de las mujeres mayores bajo situaciones de violencia de pareja con lo que en general el uso que estas mujeres hacen de ellos es muy escaso (Straka y Montminy, 2006).

Las barreras para pedir ayuda

En general, estas mujeres mayores suelen denunciar y hablar menos de la violencia a la que están sometidas que las mujeres más jóvenes (Zink et al., 2005). En este sentido, Beaulaurier, Seff y Newman (2008) realizaron un modelo de ayuda en el cual presentan los diferentes tipos de barreras que se encuentran las mujeres mayores a la hora de pedir ayuda. En este modelo se recogen aspectos internos de la persona, externos y características de la persona que abusa, tres bloques de barreras similares a otros modelos realizados con otros colectivos de mujeres (pe. Grigsby y Hartman, 1997). En cuanto a las **barreras internas** los autores explicitan cinco tipologías (Beaulaurier, Seff, Newman y Dunlop, 2005): (1) el *deseo de proteger a la familia* y sobre todo a los hijos de la situación; (2) el *sentimiento de autoculpa* y resignación después de tantos años de violencia familiar; (3) el *sentimiento de estar desprotegidas* y ser dependientes económicamente y socialmente de sus parejas; (4) el *sentimiento de desesperanza* por un futuro incierto y (5) el *valor del secretismo*, común en otras edades, es decir, la idea de que aquello que ocurre en la familia no debe



sobrepasar otras esferas de la vida de sus integrantes. Así, las mujeres mayores pueden entender de forma diferente lo que es el abuso (por su educación), pueden no verse como personas que están siendo abusadas, pueden sentir como más propio el estigma y la vergüenza por denunciar a sus maridos y pueden sentirse más solas y aisladas socialmente que otras mujeres más jóvenes.

En cuanto a las **barreras externas**, los mismos autores del modelo (Beaulaurier et al., 2007) resaltan cuatro tipos de estas barreras: (1) el poco apoyo que las mujeres mayores creen que van a recibir por parte del resto de la familia; (2) la presión religiosa y el *valor del matrimonio* en su comunidad; (3) la desconfianza que a estas mujeres les suscita el *sistema judicial* y los profesionales especializados en violencia de pareja y (4) los pocos recursos que existen en su comunidad pensados para su problemática. La no existencia de información específica sobre violencia hacia la mujer mayor, la creencia que los propios médicos o profesionales del sector no piensan en la vejez como etapa en la que presenciar situaciones de violencia de género o el miedo a que el resultado final de la denuncia sea ser ingresada en una residencia, son ejemplos de las barreras externas que estas personas mayores pueden sentir (Beaulaurier y Taylor, 2001; Zink, Jacobson, Regan y Pabst, 2004). Por último, en cuanto a las **características de la persona maltratadora**, apuntan al *aislamiento*, la *intimidación* y los *celos* que ejercen sobre ellas actúan como barreras a la hora de pedir ayuda (Beaulaurier et al., 2008).

Intervenciones en mujeres mayores

En general las intervenciones sobre el colectivo de mujeres mayores en situaciones de violencia de pareja disponen de pocos instrumentos específicos para detectar estas situaciones, de pocos servicios y circuitos de intervención para su uso y de pocos estudios sobre la validez y utilidad de dichos programas (Brownell y Heiser, 2006; Seaver, 1996; Vinton, 1999). Por ejemplo, en una revisión, Brandl y Cook-Daniels (2002) encontraron sólo 26 artículos que hablasen sobre servicios e intervenciones hacia este colectivo, destacando cómo a las mujeres mayores les cuesta pedir ayuda y suelen rechazar más las opciones de intervención que se les ofrece. Tampoco se cuenta con instrumentos específicos para estudiar este fenómeno, excepto casos puntuales como sería la escala de violencia familiar hacia las mujeres mayores (Family violence against older women scale) publicada por Paranjape, Rodriguez, Gaughan y Kaslow (2009).

En los estudios realizados sobre los servicios generales

para la violencia de pareja se observa una infrarepresentación de servicios y programas dirigidos hacia las mujeres mayores (Fisher, Zink, Pabst, Regan, y Rinto, 2003). Por ejemplo, en un estudio realizado sobre la zona de Columbia (Canadá), Hightower, Smith, Ward-Hall y Hightower (2000) observaron cómo sólo un 2% de las mujeres de los centros de refugio eran mujeres mayores de 60 años, y en dichos centros sólo un 4% ofrecía algún programa específico para personas mayores. Además, cuando se ofertaban cursos de prevención a la comunidad contrastaba la poca presencia de conferencias y cursos en centros de mayores. No obstante, una vez se ha sensibilizado a los profesionales de servicios hacia el maltrato a personas mayores, los estudios encuentran mejoras a la hora de ofrecer y atender a este colectivo. Por ejemplo, en un seguimiento de cinco años, Vinton, Altholz y Lobell-Boesch (1997) resaltaron cómo los centros de atención a la víctima de violencia de pareja pasaron de ofrecer un 8% de servicios específicos para mujeres mayores a un 22%.

Uno de los aspectos más trabajados es la utilidad y adaptación de los centros de acogida a mujeres víctimas de violencia de pareja hacia el colectivo de mujeres mayores. Hay autores que consideran que las necesidades de las mujeres mayores son similares a las más jóvenes; a saber, un lugar seguro, sustento de sus necesidades más básicas, acceso a un asesoramiento psicológico, asistencia médica y un apoyo social y emocional, entre otras (Pritchard, 2000; Schaffer, 1999; Vinton, 1998). En otros casos se considera que los centros de acogida están pensados para personas jóvenes ya que por ejemplo sus grupos de apoyo giran alrededor de sus temáticas (hijos, trabajo), aspectos que no estarían en la línea de las dificultades que puede tener que hacer frente una mujer mayor que ha denunciado a su marido o pareja por violencia. Por ejemplo, Straka y Montminy (2006) realizaron un compendio de los problemas que los centros de acogida para mujeres tienen para adaptarse a las personas mayores. Destacaron sobre todo aspectos organizativos y del personal, como el hecho de que los centros no están adaptados a las dificultades de movilidad de las personas mayores y cómo el personal no está familiarizado con la vejez y sus necesidades.

Otros autores como Buchbinder y Winterstein (2003) van más allá y resaltan las necesidades de intervención específicas que las mujeres mayores tendrían debido a su edad. Siguiendo de nuevo la teoría Erikson, para estos autores los profesionales que trabajen con mujeres mayores que han sufrido violencia por parte de sus parejas deberían tener en



cuenta la importancia de su narrativa vital, cómo ven su vida y cómo entienden el sufrimiento y el dolor que han experimentado durante tantos años, ayudándolas a construir un futuro donde ellas puedan sentirse más fuertes y autónomas. Por último, un problema añadido es que en algunas intervenciones realizadas en mujeres mayores se observa que el índice de abandono de sus parejas es poco elevado. Por ejemplo, Seaver (1996) describe una experiencia en Milwaukee (USA) en la que participaron 132 mujeres mayores que estaban siendo maltratadas por sus parejas. Contaban con un grupo de apoyo semanal, educación de servicios especialmente diseñados para ellas y aun así sólo el 39% de ellas finalizó la relación con su pareja.

DISCUSIÓN

En este artículo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la temática de la violencia hacia las mujeres mayores desde una perspectiva de género destacando sus principales características, sus consecuencias y las intervenciones a realizar. Este planteamiento de la violencia hacia la mujer mayor es importante ya que tanto desde los estudios en gerontología y geriatría como desde la violencia de pareja no se ha contemplado estos abusos en mujeres mayores (Beaulaurier et al., 2005). De esta forma muchos estudios desde la violencia de pareja han sido edadistas por no tener en cuenta el periodo de la vejez como etapa en la que se puede producir este tipo de violencia, y desde los estudios de maltrato hacia las personas mayores han olvidado la cuestión del género al estudiar únicamente los abusos bajo situaciones de cuidado (Weeks y Leblanc, 2011).

Es importante resaltar esta perspectiva de género ya que no sólo se producen casos de maltrato de pareja en mujeres mayores sino que también son mujeres las personas mayores maltratadas en situaciones de dependencia. Por tanto, la mujer es la víctima en los dos tipos de maltratos: cuando necesitan un cuidador en sus actividades de la vida diaria y cuando recibe abusos por parte de su pareja en el seno de una relación sin dependencia. No obstante, hay que incidir también en la idea de que estos dos tipos de maltratos hacia la mujer mayor no son mutuamente excluyentes ya que pueden existir casos de violencia de pareja que continúen cuando uno de los miembros de la relación se vuelve más dependiente debido a un problema de salud.

De los estudios contemplados en esta revisión se extraen las siguientes conclusiones. Los maltratos de pareja en la vejez existen y tienen unas características diferentes a los producidos en otras etapas vitales. De esta forma en

estas mujeres mayores se aglutinan aspectos de su generación-cohorte por los problemas de acceso a una educación o trabajo que en la actualidad les hace ser más dependientes de sus parejas, efectos del periodo histórico y de los valores e ideas alrededor del matrimonio y la violencia familiar que existía en su época y por último estarían los efectos asociados a su edad y a la larga exposición a la violencia sufrida (Zink, Regan, Jacobson y Pabst, 2003). La fragilidad que comporta una salud posiblemente ya mermada por la edad (tanto de la mujer como de su pareja) y el miedo a la soledad o a una residencia dificultan aún más el poder denunciar los abusos que sufren estas mujeres.

Además, es importante replantearse los servicios que atienden a las mujeres víctimas de violencia de pareja para introducir las necesidades de las mujeres mayores. Serían necesarios por un lado planes de formación a los profesionales y técnicos para sensibilizar sobre el colectivo de personas mayores y a la vez ofrecer grupos de ayuda, servicios de asesoramiento, campañas de prevención en centros de mayores, hacia el colectivo mayor. Por último no podemos olvidar la nula investigación que se ha realizado en esta temática en nuestro entorno por lo que tanto estudios a nivel más cualitativo como estudios más cuantitativos y epidemiológicos son imprescindibles para conocer la realidad de las mujeres mayores en nuestro país.

REFERENCIAS

- Baker, M. W. (2007). Elder mistreatment: Risk, vulnerability, and early mortality. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 12, 313–321.
- Baker, M. W., Lacroix, A. Z., Wu, Ch., Cochrane, B., Wallace, R., y Woods, N. F. (2009). Mortality risk associated with physical and verbal abuse in women aged 50 to 79. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57, 1799–1809.
- Band-Winterstein, T., y Eisikovits, Z. (2009). Aging out of violence: Multiple faces of intimate violence over the life span. *Qualitative Health Research*, 19(2), 164–180.
- Beaulaurier, R. L., y Taylor, S. H. (2001). Dispelling fears about aging with a disability: Lessons from the disability rights community. *Journal of Gerontological Social Work*, 35(2), 81–98.
- Beaulaurier, R. L., Seff, L. R., y Newman, F. L. (2008). Barriers to help-seeking for older women who experience intimate partner violence: A descriptive model. *Journal of Women & Aging*, 20(3/4), 231–248.



- Beaulaurier, R. L., Seff, L. R., Newman, F. L., y Dunlop, B. (2005). Internal barriers to help seeking for middle-aged and older women who experience intimate partner violence. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 17(3), 53–74.
- Beaulaurier, R. L., Seff, L. R., Newman, F. L., y Dunlop, B. (2007). External barriers to help seeking for older women who experience intimate partner violence. *Journal of Family Violence*, 22, 747–755.
- Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Reid, R. J., Carrell, D., Fishman, P. A., Rivara, F. P., y Thompson, R. S. (2007). Intimate partner violence in older women. *The Gerontologist*, 47(1), 34–41.
- Brandl, B. (1997). *Developing services for older abused women: A guide for domestic abuse programs*. Madison: Wisconsin Coalition Against Domestic Violence.
- Brandl, B., y Cook-Daniels, L. (2002). *Domestic abuse in later life*. Washington, DC: National Resource Center on Domestic Violence.
- Brandl, B., y Raymond, J. A. (1998). Family violence in later life, situations of elder mistreatment another form of domestic violence that requires interdisciplinary solutions. *Victimization of the Elderly and Disabled*, 1(1), 3–4.
- Brownell, P., y Heiser, D. (2006). Psycho-Educational Support Groups for Older Women Victims of Family Mistreatment. *Journal of Gerontological Social Work*, 46(3-4), 145–160.
- Buchbinder, E., y Winterstein, T. (2003). "Like a wounded bird": Older battered women's life experiences with intimate violence. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 15(2), 23–44.
- Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, 243–246.
- Cook, J. M., Dinnen, S., y O'Donnell, S. (2011). Older women survivors of physical and sexual violence: a systematic review of the quantitative literature. *Journal of Women's Health*, 20(7), 1075–1081.
- Desmarais, S. L., y Reeves, K. A. (2007). Gray, black and blue: The state of research and intervention for intimate partner abuse among elders. *Behavioral Sciences and the Law*, 25, 377–391.
- Erikson, E. H. (1982). *The Life Cycle Completed*. Norton: New York.
- Fisher B., y Regan S. (2006). The extent and frequency of abuse in the lives of older women and their relationship with health outcomes. *The Gerontologist*, 46(2), 200–209.
- Fisher, B. S., Zink, T., y Regan, S. L. (2011). Abuses against older women: Prevalence and health effects. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(2) 254–268.
- Fisher, B. S., Zink, T., Pabst, S., Regan, S., y Rinto, B. (2003). Services and programming for older abused women: the Ohio experience. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 15(2), 67–83.
- Grigsby, N., y Hartman, B. (1997). The barriers model: An integrated strategy for intervention with battered women. *Psychotherapy*, 31, 485–497.
- Hightower, J., Smith, M. J., Ward-Hall, C. A., y Hightower, H. C. (2000). Meeting the needs of abused older women? A British Columbia and Yukon transition house survey. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 11(4), 39–57.
- Iborra, I. (2008). *Maltrato de personas mayores en la familia en España*. Fundación de la Comunitat Valenciana para el estudio de la violencia (Centro Reina Sofía). Consultado Febrero 2012 http://www.centro-reinasofia.es/informes/Maltrato_Elder.pdf
- IMSERSO (2009). *Las personas mayores en España. Informe 2008*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Instituto de la Mujer (2007). *La violencia contra las mujeres. Resultados de la macroencuesta*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer.
- Karch, D., y Nunn, K. C. (2011). Characteristics of elderly and other vulnerable adult victims of homicide by a caregiver: national violent death reporting system—17 U.S. States, 2003–2007. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(1), 137–157.
- Leite, C., Cavalcante, P., y Reichenheim, M. E. (2008). Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(10), 2289–2300.
- Lundy, M., y Grossman, S. F. (2009). Domestic violence service users: A comparison of older and younger women victims. *Journal of Family Violence*, 24, 297–309.
- Luoma, M. L., Koivusilta, M., Lang, G., Enzenhofer, E., De Donder, L., Verté, D., Reingarde, J., Tamutiene, I., Ferreira-Alves, J., Santos, A. J., y Penhale, B. (2011). *Prevalence Study of Abuse and Violence against Older Women. Results of a Multi-cultural Survey in Austria, Belgium, Finland, Lithuania, and Portugal (European Report of the AVOW Project)*. Finland: National Institute for Health and Welfare (THL). Consultado en Febrero 2012 en <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/e9532fd3-9f77-4446-9c12-d05151b50a69>



- Malphurs, J., Eisdorfer, C., y Cohen, D. (2001). A comparison of antecedents of homicide-suicide and suicide in older married men. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(1), 49–57.
- McGarry, J., Simpson, C., y Hinchliff-Smith, K. (2011). The impact of domestic abuse for older women: a review of the literature. *Health and Social Care in the Community*, 19(1), 3–14.
- Montminy, L. (2005). Older women's experiences of psychological violence in their marital relationships. *Journal of Gerontological Social Work*, 46(2), 3–22.
- Mouton, C. P. (2003). Intimate partner violence and health status among older women. *Violence Against Women*, 9, 1465–1477.
- Mouton, C., Rodabough, R., Rovi, S., Brzyski, R. G., y Katerndahl, D. A. (2010). Psychosocial effects of physical and verbal abuse in postmenopausal women. *Annals of Family Medicine*, 8(3) 206–213.
- Mouton, C., Rodabough, R., Rovi, S., Hunt, J., Talamantes, M., Brzyski, R., et al. (2004). Prevalence and 3-year incidence of abuse among postmenopausal women. *American Journal of Public Health*, 94, 605–612.
- Muñoz, J. (2004). *Personas mayores y malos tratos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Paranjape, A., Rodriguez, M., Gaughan, J., y Kaslow, N. J. (2009). Psychometric properties of a new scale to assess family violence in older African American women: The Family Violence Against Older Women (FVOW) Scale. *Violence Against Women*, 15, 1213–1226.
- Pritchard, J. (2000). *The needs of older women: Services for victims of elder abuse and other abuse*. Bristol, UK: Policy Press.
- Sánchez, P., y Bote-Díaz, M. A (2005). Los mayores ante el nuevo matrimonio. El caso de España. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40(3), 158–165.
- Schaffer, J. (1999). Older and isolated women and domestic violence project. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 11(1), 59–77.
- Scott M., McKie L., Morton S., Seddon E., y Wosoff, F. (2004). *Older women and domestic violence in Scotland ... and for 39 years I got on with it*. Edinburgh: Health Scotland.
- Seaver, C. (1996). Muted lives: Older battered women. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 8(2), 3–21.
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. (2004). La percepción de los profesionales sobre negligencia, abuso y maltrato a las personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39(4), 240-254.
- Stein, M.B., y Barrett-Connor, E. (2000). Sexual assault and physical health: Findings from a population-based study of older adults. *Psychosomatic Medicine*, 62, 838–843.
- Straka, S. M., y Montminy, L. (2006). Responding to the needs of older women experiencing domestic violence. *Violence Against Women*, 12(3), 251–267.
- Tabueña, M. (2006). Los malos tratos y vejez: un enfoque psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 15(3), 253–274.
- Touza, C., Segura, M. P, Prado, C., Ballester, Ll. y March, M. X. (2009). *Personas mayores en riesgo. Detección del maltrato y la autonegligencia*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Vinton, L. (1998). A nationwide survey of domestic violence shelter's programming for older women. *Violence Against Women*, 4(5), 559–571.
- Vinton, L. (1999). Working with abused older women from a feminist perspective. *Journal of Women & Aging*, 11, 85–100.
- Vinton, L., Altholz, J. A., y Lobell-Boesch, T. (1997). A five year follow up study of domestic violence programming for older battered women. *Journal of Women & Aging*, 9, 3–15.
- Weeks, L. E., y LeBlanc, K. (2011). An ecological synthesis of research on older women's experiences of intimate partner violence. *Journal of Women & Aging*, 23(4), 283–304.
- Wilke, D. J., y Vinton, L. (2005). The nature and impact of domestic violence across age cohorts. *Affilia*, 20(3), 316–328.
- Wolf, R. S. (2001). Support groups for older victims of domestic violence. *Journal of Women & Aging*, 13(4), 71–83.
- Zink, T., Fisher, B. S., Regan, S., y Pabst, S. (2005). The prevalence and incidence of intimate partner violence in older women in primary care practices. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 884–888.
- Zink, T., Jacobson, J., Regan, S., y Pabst, S. (2004). Hidden victims: The healthcare needs and experiences of older women in abusive relationships. *Journal of Women's Health*, 13(8), 898–908.
- Zink, T., Regan, S., Jacobson, J., y Pabst, S. (2003). Cohort, period, and aging effects: A qualitative study of older women's reasons for remaining in abusive relationships. *Violence Against Women*, 9, 1429–1441.
- Zink, T., Jacobson, C. J., Regan, S., Fisher, B., y Pabst, S. (2006). Older women's descriptions and understandings of their abusers. *Violence Against Women*, 12(9), 851–865.



ANÁLISIS PSICOSOCIAL DEL CIBERBULLYING: CLAVES PARA UNA EDUCACIÓN MORAL

A PSYCHOSOCIAL ANALYSIS OF CYBERBULLYING: KEYS TO A MORAL EDUCATION

José María Avilés Martínez

Doctor en Psicología por la Universidad de Valladolid

En el artículo se revisan los procesos que se dan en el ciberbullying en los planos interpersonal, intrapersonal, grupal y contextual, analizando los componentes más significativos en los perfiles de sus participantes. Por otra parte, se relacionan con los valores morales que ponen en juego. Por ello, se destacan las condiciones educativas que favorecen tareas de prevención e intervención en el ciberbullying por la comunidad educativa. Igualmente se sugieren líneas de trabajo para tratar los contenidos de la educación moral por parte de los agentes educativos para erradicar estas conductas.

Palabras Clave: *Ciberbullying, Educación moral, Prevención, Internet, Educación en valores.*

The paper revises the processes that take place in cyberbullying at the interpersonal, intrapersonal, group and contextual levels, analyzing the most significant components in the profiles of participants of cyberbullying. Moreover, these situations are related to the moral values that may arise. Thus, educational conditions that favour prevention and intervention tasks in cyberbullying by the educational community are highlighted. Lines of work to approach the necessary moral education issues needed by educational agents to eradicate these behaviours are also suggested.

Key words: *Cyberbullying, Moral education, Prevention, Internet, Values education.*

El maltrato entre iguales a través de los dispositivos móviles o Internet (*ciberbullying*) se ha convertido en un problema complejo entre nuestros adolescentes, que suele tener repercusiones indeseables en la convivencia escolar.

Las bases comunes entre *bullying* y *ciberbullying* son como caras de una moneda que comparten componentes básicos del maltrato entre iguales (Olweus, 1998; Ortega, 1992). Son el mismo fenómeno metamorfoseado, que en el *ciberbullying* muestra el ejercicio del abuso con tecnologías como los dispositivos móviles e Internet, a través de sus múltiples modalidades. Ello no debe impedir descubrir los componentes comunes y pormenorizar los específicos, que sin duda existen y marcan las consecuencias que provocan. Las tareas de prevención e intervención en la comunidad educativa habrán de dirigirse a analizar esos componentes comunes como los identitarios del maltrato entre iguales y a encarar los propios del *ciberbullying* con medidas efectivas en el contexto en que sucede.

En este artículo se desmenuzan las especificidades del *ciberbullying* y se realzan los procesos básicos que tiene en común con el *bullying* tradicional como forma de maltrato. Por otra parte, se señalan líneas de trabajo para encarar educativamente la interiorización de pautas morales en la interacción virtual con los iguales y para mediar en el proceso de construcción de estructuras hacia la autonomía moral (Kolhberg y Kramer, 1969).

Las actuaciones de acoso contra los iguales, ya sea de forma directa y presencial como de forma distanciada a través de dispositivos móviles y espacios virtuales, pretenden socavar la dignidad de sus destinatarios, las víctimas. La mayoría participan de intención y de recurrencia y visualizan la distancia de poder que hay entre quienes agreden y quienes son maltratados. En su justificación están desprovistas de argumentación admisible y cargadas de gratuidad y de juicios morales inaceptables. La manifiestación de estas conductas es exponente de una carencia de prisma moral que las oriente. Quien las practica no recuerda, ni posee, ni construye referentes morales adecuados para tomar conciencia, y termina echando mano de otros. Suele ignorar los que le ajustan a la norma social y moral. No cumple ni la premisa de '*deber hacer*' -moral- ni la de '*querer hacer*' -ética- (Tognetta, 2009), y orienta su conducta hacia lo negativo e indeseado, hacia la agresión y el abuso. De ahí su intensa relación con los procesos de desarrollo moral y la necesidad de prevención e intervención educativas.

En el *ciberbullying* los distintos perfiles implicados revelan su grado de desarrollo moral en los razonamientos morales que ponen en juego y las conductas morales que practican, así como en los vínculos que esamblan esos dos extremos al mostrar su identidad moral en un contexto de valores sociales. Esto se pone de manifiesto en el posicionamiento, la toma de decisiones y las emociones de cada perfil en las dinámicas de ciberacoso, sean víctimas, agresores o testigos. Cuando agreden a



alguien que saben que es más débil, cuando se suman a los ataques del abusón, en caso de que defiendan a la víctima aun poniéndose en riesgo ellos mismos, o cuando no son capaces de oponerse al agresor aunque saben que deberían hacerlo.

La intervención educativa, por tanto, debe situar en un punto central estos aspectos si quiere abordar lo más nuclear del maltrato entre iguales y atacarlo así en su raíz, más allá de que puedan ser necesarias otras ejecuciones dependiendo de los casos y la tipología del maltrato. La educación moral y su práctica en terrenos como el cognitivo (juicios morales), el emocional (emociones morales) y el conductual (conducta moral) deben constituir los contenidos básicos que cualquier programa escolar que aborde el maltrato entre iguales tiene que saber transmitir y gestionar, haciendo al alumnado el protagonista en ese proceso. Los casos de *ciberbullying* aportarán a esas situaciones especificidades (Avilés, 2009 y 2010), que complejizan y diversifican su abordaje y desarrollo, y que serán objeto de análisis aquí.

El *ciberbullying* como modalidad de maltrato entre iguales a través de los dispositivos móviles y de Internet, aporta a ese constructo connotaciones particulares en su desarrollo y consecuencias para cada uno de los perfiles participantes.

Quienes sufren ciberacoso constituyen blancos más amplios ante los ataques del agresor. El medio a través del que se transmiten los ataques facilita su disponibilidad espaciotemporal. Están localizados siempre a través de su e-mail o buzón de voz. Su sufrimiento se agranda. Las estrategias de control, evitación y/o evasión son más limitadas que en el presencial.

Al contrario, los agresores disponen de más ventaja, ya que no tienen que exponerse como en el *bullying* tradicional y tienen más ocasiones para plasmar sus agresiones, que suelen adoptar formas más elaboradas y frecuentemente más dañinas.

Otro punto de inflexión entre *ciberbullying* y *bullying* tradicional es el contexto de desarrollo respectivo. El medio virtual facilita la generalización del daño, su permanencia y la ampliación de audiencia. Incluso, rebaja la exigencia de posicionamiento moral a los espectadores, facilitándoles la desinhibición ante los ataques, al evitarles el *feedback* de sufrimiento de la víctima, que se configura como diana invisible de las agresiones.

Por otra parte, la relación que el profesorado establece con los agresores en el ciberacoso también difiere. Los ciberacosadores pueden llegar a tener una relación con sus docentes aparentemente buena y pasar más desapercibidos que quienes son agresores presenciales, tradicionalmente en papeles conflictivos e indiscipli-

nados (Olweus, 1998). Al contrario, pueden llegar a obtener éxito escolar (Avilés, 2010), otro dato de contraste.

Así, a los adultos nos resulta más difícil detectar el acoso virtual. Esto y las dificultades tecnológicas para establecer vínculos causales y de responsabilidad, como reunir las pruebas inculpatorias directas, ponen en cuestión el desarrollo moral de muchos estudiantes a la hora de reconocer ante los adultos su participación como actores en un caso de *ciberbullying*.

Sin duda, estas diferencias entre *ciberbullying* y *bullying* presencial orientan las líneas de prevención e intervención para la educación moral del alumnado en cada caso y modulan las consecuencias que provocan en los participantes. Consecuencias que a continuación señalaremos a partir del análisis de los componentes específicos que se producen en el ciberacoso.

COMPONENTES DEL CIBERBULLYING

En la identificación de los componentes del *ciberbullying* indicamos cuatro campos de análisis: el interpersonal, el intrapersonal, el intergrupalo y el contextual. En ellos reconocemos procesos que suceden en el *ciberbullying*, algunos comunes al *bullying* presencial.

Entendemos por componentes (Avilés y Alonso, 2008) los procesos identificativos e inherentes a la conducta que observamos y que la sostienen. Los componentes son constantes, sustanciales y constitutivos y están subyacentes en las diversas formas en que una conducta puede mostrarse. Por ello, son indicadores y referencias en las que los agentes educativos deben apoyarse para la identificación, evaluación, prevención e intervención de las conductas de acoso.

Plano interpersonal

Son procesos que suceden entre individuos a partir de las relaciones que se establecen entre ellos. En el *ciberbullying* se escenifican en quien ejerce el maltrato y quien lo recibe. Este plano muestra indicadores en tres vertientes de interacción: el ejercicio del poder, los niveles de seguridad y el grado de control que manifiestan los personajes participantes (ver Figura 1).

Ejercicio del poder: Dominio – Sumisión

En el *ciberbullying* el agresor se cree en una posición de poder y lo ejerce con suficiencia sobre quien considera que es víctima. Juicio moral y conducta moral van de la mano. Justifica el ejercicio de poder abusivo y cree a la víctima inferior. El contexto en el que producen las agresiones y la distancia que existe entre el origen y destino de las mismas, favorece que el desequilibrio de po-



der entre agresor y víctima ofrezca peculiaridades, menor posibilidad de escape, mayor anonimato y, en ocasiones, conocimiento tecnológico (Smith, Salmivalli y Cowie, en prensa). Quien ejerce el maltrato ante la comunidad virtual posee un ‘poder’ para hacerlo. Reside en él, en el grupo que acepta la debilidad de la víctima (atmósfera moral del grupo), en el contexto de invisibilidad, y en la posición de desprotección de la víctima, que se ve descolocada y confundida.

Sin embargo, en ocasiones, las condiciones contextuales también favorecen que sujetos víctimas, que no responderían en una situación de *bullying* presencial, lo hagan en el plano virtual. Escudadas también en la distancia que proporcionan las redes, algunas víctimas están más respaldadas para reaccionar agresivamente y responder al agresor desafiando su poder, aunque obtengan más presión y victimización. Esto suele agravar su posición y escalar las agresiones.

El desequilibrio suele ser social, psicológico y/o tecnológico.

Nivel de seguridad: Exposición – Accesibilidad

También hay desequilibrio de seguridad entre víctima y agresor, que se manifiesta en la dimensión exposición-accesibilidad. Los niveles de seguridad afectan a víctima y a agresor, agrandando el desequilibrio entre ambos. El agresor obtiene ‘más por menos’. El entorno virtual del *ciberbullying* reduce el nivel de exposición del agresor al atacar, y maximiza hasta el extremo la accesibilidad a la víctima, siempre disponible como blanco.

En el ciberagresor el cálculo costes-beneficios (Avilés, 2010) potencia el logro de objetivos sin apenas riesgo, al tener acceso instantáneo a la víctima en su e-mail, buzón de voz o perfil de red social. Sin embargo, en la víctima agrava su indefensión y vulnerabilidad, estando disponible para el agresor en todo momento.

Esto aumenta el desequilibrio de poder, seguridad y reacción entre ambos, representado en el esquema dominio-sumisión: “serás mía, como y cuando yo quiera, basura” (Conversación entresacada del ciberacoso de un agresor a una víctima, vía mensaje de texto en una red social española popular entre adolescentes, llamada Tuenti).

Grado de control: Distancia – Vulnerabilidad

Víctima y agresor se caracterizan por una ‘relación chicle’, donde los contactos se establecen, en general, a voluntad del agresor y donde la vulnerabilidad (blanco fácil) y la distancia juegan un papel fundamental en el ejercicio del control en la situación. Muchas víctimas no saben quién les acosa y los agresores se escudan en el

supuesto anonimato de la red para enmascarar la autoría y explotar sus acciones a distancia. Algunos pueden ser cercanos a la víctima, incluso ésta puede pensar que son amigos. Sin embargo, distancia y ocultamiento son coadyuvantes e indicadores del control y de protección del agresor en la situación. Este la maneja como un chicle en frecuencia e intensidad sobre la víctima. Mientras, la vulnerabilidad de ésta como blanco visible y fácil ahonda su falta de control e indefensión, generando un desconcierto que radicaliza su desequilibrio con el agresor. Desde el punto de vista educativo estas situaciones exigen como mínimo un análisis e intervención sobre los juicios, emociones y conductas morales que suponen.

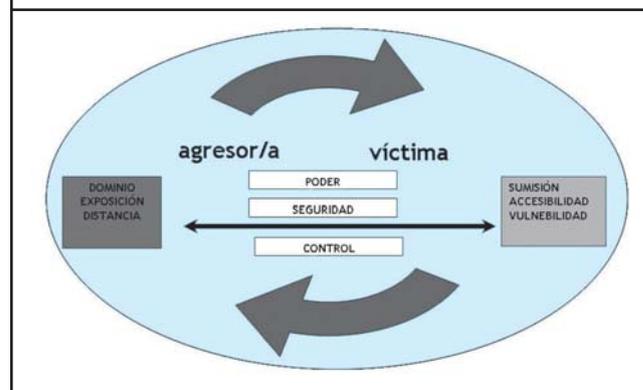
Los ataques de *ciberbullying* los suelen protagonizar sujetos del entorno de la víctima, incluso cercanos a ella (Smith, Salmivalli y Cowie, en prensa). Algunas no son conscientes del lugar que ocupan o pueden llegar a ocupar en el grupo cuando los equilibrios de poder cambian en su seno o el capricho del agresor actúa de forma arbitraria en el ejercicio de la agresión.

Poder, seguridad y control son exponentes del desequilibrio manifiesto que se establece entre agresor y víctima en el *ciberbullying* y que alguno, como el poder, también caracteriza al *bullying* presencial de manera básica (Avilés, 2006).

Plano intrapersonal

Diversas investigaciones (Mason, 2005; Shariff, 2008; Willard, 2006) ponen de manifiesto la existencia de procesos sociales, emocionales y cognitivos que afectan a los sujetos involucrados en el *ciberbullying*, bien como víctimas o agresores. Son los que identificamos en el plano intrapersonal (ver Figura 2). Además de coincidir con los del *bullying* presencial (Olweus, 1998), añaden otros propios del *ciberbullying* que señalamos ahora.

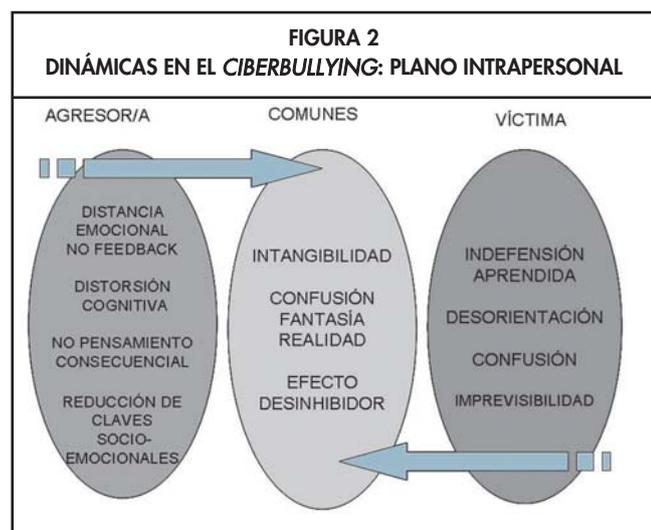
FIGURA 1
DINÁMICAS EN EL CIBERBULLYING: PLANO INTERPERSONAL



A nivel emocional

En el agresor se produce un *efecto desinhibidor* (Mason, 2005), favorecido por la sensación de distancia y de supuesto anonimato. Estar al otro lado del teclado y no tener presentes interlocutores favorece una sensación de no juicio inmediato y despreocupación por lo que piensen los otros, por lo que uno mismo dice-hace. Esto supone constantes emocionales de riesgo entre quienes habitualmente interactúan así para el desarrollo de la personalidad, si hablamos de la infancia y la adolescencia:

- ✓ Ausencia de *feedback*: no presencia la reacción a sus ataques, a lo que dice o hace en Internet. Carece de elementos para la autocorrección y autorregulación.
- ✓ Falta de empatía: no contar con las reacciones emocionales de la víctima puede acostumbrarle al ejercicio frío y cruel del maltrato, sin provocar sentimientos de culpa, arrepentimiento o malestar emocional. La falta de información de lo que siente el otro, de sus gestos, ayuda a construir un perfil psicopático de falta de empatía y de compasión ante el sufrimiento de los otros. Favorece la desvinculación de las consecuencias de sus actos y puede hacerle creer que en el mundo virtual todo está permitido porque no hay restricciones ni consecuencias.
- ✓ Relajación y bienestar ante la agresión: puede haber sensación placentera ante las agresiones dado que no hay efectos tras ellas. Entender que esa es la forma de conseguir objetivos. Incluso, puede interiorizarse como forma de trato a personas consideradas inferiores, diferentes o rechazables.
- ✓ Resistencia a la frustración: obtener lo que se quiere y cuando uno lo quiere, sin resistencia ni *feedback*, no educa la frustración. Evita interiorizar mecanismos de canalización de la ira y puede generar más agresión cuando no se consigue aquello que se quiere.



En la víctima, con el *ciberbullying* se agrava el sufrimiento y la inseguridad por la falta de previsión de los ataques, generalizándose su ansiedad anticipatoria, estrés y depresión (Juvonen y Gross, 2008). Hay riesgo de escalada hacia una indefensión aprendida al no poder organizar una defensa efectiva. En víctimas reactivas, su reacción suele incrementar la intensidad y frecuencia, de los ataques, lo que agrava su victimización. Además, el efecto desinhibidor del entorno virtual (Siegal, Dubrovsky, Kiesler y Maguire, 1986) hace que algunas víctimas, que no responderían agresivamente en situaciones cara a cara, lo hagan en el ciberespacio (pérdida de vergüenza social).

Algunas emociones morales que se ponen en juego en ambos perfiles (crueldad, falta de compasión y desconexión moral en el agresor e indefensión y vergüenza en la víctima) y aquellas que no llegan a producirse pero deberían (empatía, culpabilidad o arrepentimiento en el agresor), exigen una intervención desde una óptica de educación moral.

En lo cognitivo

La permanencia habitual de los adolescentes en los entornos virtuales y la focalización de sus relaciones interpersonales en ellos pueden propiciar el desarrollo de algunos riesgos. El ciberespacio facilita el ensayo de posibles y diferentes identidades en los sujetos (Mason, 2005), a modo de escenario virtual. Estas oportunidades, beneficiosas en períodos como la adolescencia, han de mantener un *equilibrio entre los planos fantástico y real*. Si eso no se respeta, y los sujetos muestran cierta predisposición, pueden aparecer algunos riesgos, la mayor parte entre los agresores:

- ✓ Riesgo de despersonalización y cosificación. Puede verse a los otros individuos como objetos a quienes manipular y poder atacar, simulando el lenguaje y las acciones de los videojuegos. Riesgo favorecido por la distancia emocional y falta de *feedback* interpersonal (Suler, 2004).
- ✓ Confusión realidad-fantasia: la focalización y permanencia en los contenidos, lenguaje y dinámicas de los entornos virtuales pueden llegar a favorecer en los individuos cierta confusión y una mezcla de los planos fantástico y real.
- ✓ Distorsión cognitiva: la ilusión de invisibilidad en el ciberespacio y la presencia no física de los sujetos de interacción puede ayudar a acrecentar percepciones falsas de lo que uno es y hace, y sobre cómo ve y qué son los otros.
- ✓ Normalización de la agresión: la falta de consecuencias de las acciones negativas (Ybarra y Mitchell,



2004) puede ayudar a percibir y a hacer entender la conducta agresiva como adecuada y, por tanto, idónea para la obtención de objetivos (Tattum, 1989).

En el plano cognitivo, la víctima muestra *confusión y desorientación* sobre el origen de lo que le sucede y en la *toma de decisiones* para resolver con garantías el *ciberbullying*. A ello contribuye su desconocimiento sobre por qué le sucede, y en ocasiones, el anonimato de los hechos, con lo que su vida cotidiana y social se ve invadida de dudas y cierta parálisis para actuar.

Los riesgos descritos en lo cognitivo favorecen en el agresor la construcción de juicios morales erróneos que hacen imprescindible una intervención educativa que oriente su adecuado desarrollo moral.

En lo social

Las relaciones sociales también se construyen en lo intrapersonal, la imagen que construimos de nosotros mismos y la que los demás tienen, así como las relaciones interpersonales que establecemos con ellos (Fritzen, 1987).

En este plano los individuos involucrados en el *ciberbullying* están marcados por el propio *medio tecnológico* a través del que establecen la interacción, así como por la *intangibilidad* de la propia relación.

La intangibilidad y la invisibilidad de las relaciones favorecen que en lo social muchos sujetos lleguen a relacionarse con sus iguales en gran medida sólo a través de mecanismos tecnológicos y a distancia, apartando las relaciones presenciales *bis a bis* o de grupo. Es usual que lo hagan, incluso, en encuentros físicos grupales, mediante washaps y/o mensajes cortos a sus dispositivos móviles. Esto favorece en la vida social de los grupos diferentes niveles de vinculación entre miembros, y/o en ocasiones, ocurrencia de agresiones virtuales estando presentes en grupo.

Como consecuencia, virtualmente se constata una tendencia a la evitación del contacto directo y físico en la relación social con otros iguales (Lenhart, 2005) y una reducción de las claves recíprocas de interpretación de esa relación. Además, como en el *bullying* presencial, puede llegar a construirse la relación social de dominio y control en forma de *díada*, aún estando el resto del grupo presente. Así, se hacen plausibles diversos riesgos entre los ciberimplicados:

- **Déficit en las claves sociales de control:** en cualquier interacción social los interlocutores poseen claves sociales (individuales y grupales, verbales y no verbales) que recíprocamente se transmiten. Éstas se reducen en el ciberacoso con carencia de *feedback* social:

- ✓ Ausencia de los beneficios que los juicios de los otros y su presión social ejercen en el reequilibrio de las actuaciones y los posicionamientos individuales. Pierden peso en la autoevaluación de los actos propios.

- ✓ Tendencia a 'racionalizar' y 'justificar' las actuaciones, al no recibir *feedback*. Se 'imaginan' correctas pues es mucho más difícil recibir la corrección o rectificación de los otros. Las figuras de autoridad moral (profesores, padres y madres) no están presentes, se carece de guía de corrección. El agresor no recibe una versión alternativa a lo que hace, opina o dice porque físicamente no es posible.

- **Carencia de claves diferenciadoras fantasía-realidad.** Como consecuencia de lo anterior, y alimentada por los riesgos ligados a una socialización *on line* predominante o exclusiva.

- **Desinhibición social:** lo que facilita el ensayo y ejecución de conductas agresivas que no suelen producirse en la realidad.

- **Riesgo de conducta contradictoria:** la intangibilidad y la ilusión de anonimato puede favorecer conductas antagónicas entre lo que se hace en Internet y en la vida real.

- **Conductas de riesgos social y personal:** tras la habituación y seguimiento de pautas en intercambios, espacios, foros o páginas que exaltan comportamientos inadecuados y peligrosos (trastornos de la alimentación, promoción del suicidio ...)

El clima moral negativo que instala el *ciberbullying* en el grupo de iguales afecta al desarrollo moral individual de quienes lo ejercen y lo contemplan sin oponerse.

Plano intragrupal

Son procesos que suceden dentro del grupo implicado en el *ciberbullying*. Se trata de la red de poder en el grupo, su cultura sobre el abuso, la presión de los códigos y reglas de control grupal y las acciones positivas de los espectadores ante el acoso (ver Figura 3). Señalamos algunas variables significativas:

- ✓ **Identidad grupal frente identidad individual:** la *afiliación y pertenencia* a una red, foro o grupo social que habitualmente limita la participación en torno a sus miembros favorece el sentido de colectividad (Reicher, Spears y Postmes, 1995, citado en Mason, 2005). Además les ajusta más o menos rígidamente a una norma grupal, que todos cumplen a modo de regulación conductual. Facilita la 'unanimitad' y dificulta la 'contestación' ante un ataque, ridiculización o abuso, especialmente si quien lo ejerce tiene poder en el grupo. Como sucede en el *bullying* presencial (Olweus, 1998), se reduce el sentido de responsabilidad individual.



✓ Menos implicación de los testigos: el medio virtual favorece la interconexión y la instantaneidad y ayuda a compartir ideas y relaciones. También a responder a los ataques a través de ese mismo medio (Ortega y del Rey, 2011). Sin embargo, y contrariamente a lo que pudiera pensarse, los espectadores del maltrato virtual se sienten menos llamados a intervenir en el *ciberbullying* que en el *bullying* presencial (Shariff, 2008), precisamente por la identidad colectiva expresada anteriormente. Al contrario, se ven expuestos al concepto de *influencia* y de *autorregulación conductual* a la norma del grupo. La sensación de invisibilidad, anonimato e intangibilidad favorecen su inhibición y complicidad, y dificultan su intervención. Sería bueno revertir esa actitud en favor de la víctima y en contra del clima moral negativo instalado en el grupo que favorece al agresor.

Plano contextual

El contexto en que sucede el *ciberbullying* da claves situacionales del desarrollo del maltrato, que afectan a los individuos en lo personal, grupal e interpersonal. De hecho, caracteriza al propio *ciberbullying*: el medio a través del cual se difunde la información, la simultaneidad de la comunicación, la inmediatez de las respuestas, la facilidad para llegar hasta cualquier destinatario, la sensación de anonimato, invisibilidad o posibilidad de enmascaramiento voluntario, la frialdad emocional, la aparente pérdida de intimidad o la esclavitud de las palabras escritas o de las imágenes publicadas.

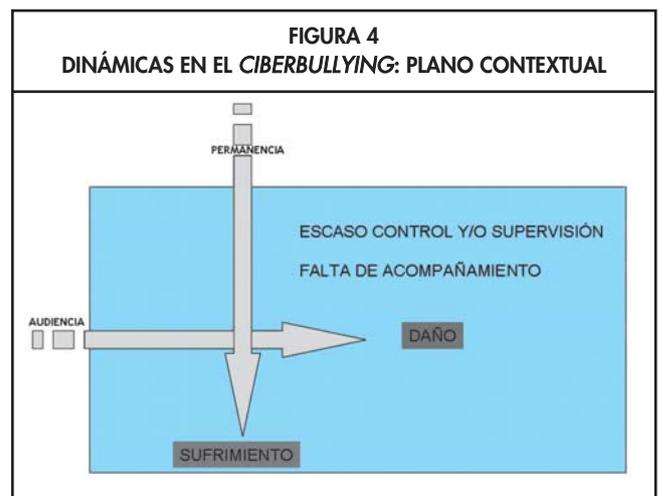
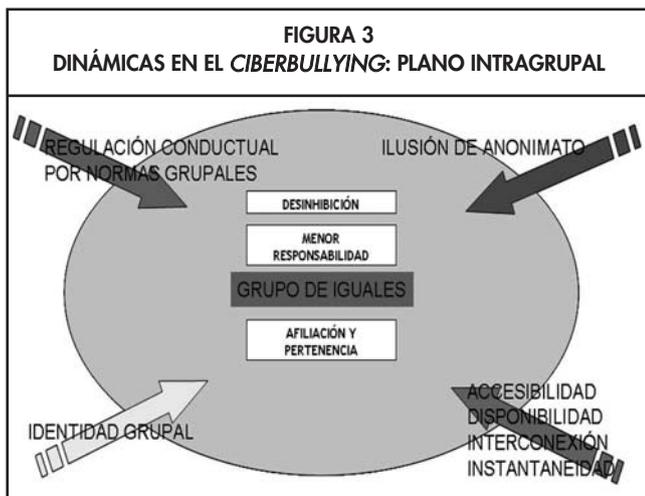
En el plano contextual, los componentes más característicos vienen marcados por tres vectores relevantes (ver Figura 4): la *audiencia*, que es más extensa que en el *bullying* presencial, la *duración*, que en el caso del *ciberbullying* hasta puede llegar a ser permanente, y la

escasez de control y/o supervisión sobre la información, con una frecuente ausencia de acompañamiento por parte de los agentes educativos en la práctica.

✓ *Audiencia – Daño*: la audiencia tiene relación directa con el *daño producido*. Si en el *bullying* presencial son los que presencian los ataques quienes constituyen la audiencia real, en el *ciberbullying* se extiende más allá de las personas interesadas o relacionadas con los individuos implicados. Incluso desconocidos o personas completamente al margen de los individuos afectados pueden ser receptores de los hechos. La extensión de la audiencia agranda el daño en la víctima al ser más quienes reciben o contemplan las agresiones.

✓ *Permanencia – Sufrimiento*: la duración de las agresiones son más extensas en el *ciberbullying*, llegando a ser permanentes en webs o redes sociales hasta que los propios autores las modifican. A diferencia del *bullying* presencial el *sufrimiento* no se limita a los momentos del ataque ya que la amenaza o la agresión permanece publicada por el agresor a disposición de quienes acceden a ella.

✓ *Grado de control y acompañamiento*: no parece adecuado el grado de *control y/o supervisión* que los agentes educativos destinan a los chicos y adolescentes ante su uso de las nuevas tecnologías. Igualmente, los adultos no realizan suficiente *acompañamiento* (Avilés, Iruña, García-López y Caballo, 2011), sobre todo en el inicio y familiarización de los más pequeños con los medios virtuales. En ocasiones, por desconocimiento, dado el abismo tecnológico que los separa; en otras, por falta de intención, abonada desde modelos educativos permisivos o contradictorios; y/o por falta de disponibilidad parental, marcada por los horarios laborales de padres y madres, rupturas familiares, etc. Es una intervención pendiente de perfilar como tarea





preventiva y propedéutica habitual en las familias para evitar los riesgos en el ciberespacio. Diversas investigaciones ponen de manifiesto que una mayoría de padres y madres no saben qué hacen sus hijos cuando acceden a Internet (Lenhart, 2005; Rosen, Cheever y Carrier, 2008).

ORIENTACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y LA INTERVENCIÓN

Hacer prevención o intervenir con la comunidad educativa en situaciones de *ciberbullying* debe ir más allá de la información y/o la formación sobre situaciones de riesgo, hábitos de uso y buenas prácticas saludables con las nuevas tecnologías o gestión adecuada de respuestas ante situaciones de acoso. La verdadera prevención debe tener como objetivo último la toma de conciencia, gestión de sentimientos y pautas de actuación de los implicados ante las decisiones morales que se ponen en juego en esos casos. La educación moral debe constituir el eje vertebrador de las actuaciones preventivas y de intervención, más allá de los modelos disciplinarios que puedan estar vigentes en la comunidad educativa y/o de las consecuencias legales del *ciberbullying*. Si el objetivo es educar, hemos de trabajar la interiorización y gestión de pautas morales ante esas situaciones desde cada perfil implicado.

Dado que cualquier intervención sobre el *ciberbullying* debe manejar los condicionantes descritos anteriormente, esto debe hacerse asegurando, por una parte, las claves que la hagan efectiva (condiciones necesarias) y, por otra, abordando contenidos imprescindibles para un desarrollo moral adecuado, contrarios a los componentes del *ciberbullying*. Será necesario ayudar al alumnado en la resolución de dilemas morales, en la gestión de sus sentimientos y emociones y en la autorregulación de sus conductas.

A continuación señalaremos condiciones favorecedoras en la puesta en práctica de un trabajo preventivo y de intervención, y después, indicaremos los contenidos de trabajo que habría que abordar intencionalmente para que cada individuo logre construir salidas adecuadas para resolver las situaciones en las que se produce el *ciberbullying*.

Condiciones favorables para la prevención y la intervención

✓ Hacer protagonista al propio alumnado. En la prevención, acompañamiento y tutorización al acceso y gestión de las nuevas tecnologías. Modalidades como Equipos de Ayuda (Avilés, Torres y Vián, 2008), Alumnado Tutor (Sullivan, 2001), Hermanos Mayores, Voluntarios (Trianes, 2005), Cibermentores (Avilés,

2012) o Teleayudantes (Cowie y Fernández, 2006) pueden facilitar esta línea de trabajo.

- ✓ Trabajar con el grupo de convivencia, como grupo y no sólo individualmente. Supone abordar la red social de poder dentro del grupo como objetivo de trabajo, y su concreción en las redes virtuales; la cultura del grupo y lo que piensan sobre el comportamiento 'chivato' o delator, trabajar las normas anti-*ciberbullying* (revisables) dentro del grupo, y construir estructuras estables de apoyo dentro de él para quien las necesite (Avilés, 2012).
- ✓ Adoptar acuerdos que sostengan la lealtad educativa entre los sectores de la comunidad educativa. En especial entre el profesorado y las familias. Acuerdos institucionales que legitimen la intervención educativa aunque los hechos sucedan en el ámbito de lo privado ya que afectan a la convivencia escolar (Comunidad de Madrid, 2010).
- ✓ Disponer instrumentos institucionales para combatir el *bullying* y el *ciberbullying*. El Proyecto Antibullying (Avilés, 2005), consensuado e impulsado en la comunidad educativa, es una herramienta eficaz que reúne decisiones y esfuerzos que combaten el acoso.
- ✓ Educar en hábitos saludables de autoprotección y de buenas prácticas en los espacios virtuales. Manejo de información personal, cuidado de la intimidad, riesgos a evitar, etc. Interiorización de pautas de autoprotección y autorregulación.
- ✓ Aprender a valorar en positivo los contenidos virtuales (comunicaciones, interacciones, páginas web, foros, documentos, propuestas, ...), en función de criterios morales establecidos. Por ejemplo, veracidad, honestidad, equilibrio, sostenibilidad, reciprocidad, empatía, respeto a las diferencias, altruismo, simpatía, concordia, etc. Aprender a identificar, valorar y practicar esos valores morales.
- ✓ Insertar en el curriculum el trabajo en valores de convivencia respecto al *ciberbullying* y los de desarrollo moral (justicia, respeto, generosidad, derechos, honestidad, cooperación, coherencia, aceptación y crítica de la autoridad ...). Abordando con el alumnado la educación emocional y los valores que suelen necesitarse en el desarrollo moral autónomo a través de las actuaciones (Tognetta, 2009).
- ✓ Organizar el centro para abordar el *ciberbullying*. Contar con un grupo de trabajo que analice y gestione los casos, una designación adecuada de tutores que supervisan cada grupo, criterios de agrupamiento favorecedores de la convivencia y la ayuda entre iguales, medidas de supervisión en los ordenadores que aseguren ciertos niveles de *feedback* y control, canales



de comunicación segura para hacer llegar inquietudes o miedos, mecanismos automáticos y establecidos para responder inicialmente a las situaciones que puedan darse, estructuras sociales de alumnado ciberayudante o cibermentor, etc.

- ✓ Haber consensuado un protocolo de respuesta que contemple pasos claros con responsabilidades de gestión y supervisión definidas.
- ✓ Modelos disciplinarios que establezcan, prioritariamente y siempre que sea posible, la justicia restaurativa como práctica en la resolución de los casos y que persiga la educación y el equilibrio moral de los implicados.

Trabajar los contenidos relacionados con la educación moral

Tomar decisiones político-educativas que visualicen las intenciones para combatir el *ciberbullying*, organizar el centro para hacerlo posible y disponer de condiciones y herramientas que lo favorezcan, permite poner en marcha estrategias didácticas y educativas que aborden los contenidos morales con ciertas garantías de éxito.

Los contenidos de trabajo para una educación moral de base que incida en los componentes del *ciberbullying* pasa por algunas intenciones y actuaciones educativas que deben ser compartidas por los agentes de la comunidad educativa:

- ✓ Manejar y decidir de forma intencional y secuenciada los tópicos de trabajo para conseguir una moral verdaderamente autónoma en los individuos (Justicia, Respeto, Generosidad, Derechos, Honestidad, Cooperación, Igualdad, Solidaridad, Aceptación, y Crítica de la autoridad...). Confrontar estos contenidos morales en cada plano, el cognitivo, el afectivo y el conductual, con los contravalores que definen el *ciberbullying*.
- ✓ Activar en los individuos (observación, ejercicio práctico y construcción autónoma) la disposición para actuar (contenidos éticos) de forma intencional e intensa a favor de los valores universales mínimos y en contra de los antivalores inherentes al acoso.
- ✓ Ayudar a que el alumnado aprenda criterios de gestión en la construcción de salidas morales adecuadas a las diversas situaciones. Trabajar el posicionamiento individual y grupal ante dilemas morales y ejercitar el pensamiento alternativo y consecuencial.
- ✓ Buscar el equilibrio moral en los distintos ámbitos, situacional (contexto), social (grupal) e individual, que asegure la coherencia entre los planos cognitivo (lo que pienso), emocional (lo que siento) y conductual (lo que hago).

- ✓ Orientar las decisiones y medidas en el marco de la justicia restitutiva (Aviles, 2012; Cowie, Hutson, Jennifer y Myers, 2007), respetando sus elementos y procesos: el respeto recíproco, el reconocimiento del maltrato, la restitución del daño y la petición y el otorgamiento del perdón.
- ✓ Primar la gestión respetuosa de los sentimientos y las emociones que se dan como consecuencia del *ciberbullying*, y que están en relación directa con los tópicos inherentes en la construcción de una moral autónoma.
- ✓ Ayudar al alumnado a hacer una lectura lineal entre los procesos que suceden en el *ciberbullying*, su relación con el contenido moral con el que se relacionan y las emociones y sentimientos que ponen en juego.

CONCLUSIÓN

Sin duda, el trabajo de los contenidos de la educación moral de forma intencional en la escuela exige una disposición política por parte de la comunidad educativa, una formación específica por parte de los agentes educativos (familias, profesorado, iguales, medios) para abordar esas cuestiones y estructuras organizativas y educativas que favorezcan ese trabajo. Aunque es cierto que esto en muchas escuelas no siempre se da en su grado idóneo, eso no es óbice para que puedan diseñarse estrategias efectivas en este sentido, especialmente las dirigidas a tratar los valores, emociones y conductas que suelen pasar desapercibidas u ocultas para el alumnado, el profesorado o las familias, como son las que ocurren en el *ciberbullying*.

En este informe hemos puesto de manifiesto los procesos más relevantes que el *ciberbullying* muestra en los planos interpersonal, intrapersonal, intragrupal y contextual. De esos procesos se desprenden los valores morales y contravalores que se ponen en juego y la necesidad de construir estrategias colectivas y consensuadas para abordarlos con el alumnado, dándoles una orientación restauradora de las relaciones interpersonales en el marco normativo y convivencial de la escuela.

Sólo el tratamiento educativo intencional para conocer, gestionar y practicar los valores morales que contrarrestan el abuso estará incidiendo directamente en la raíz del maltrato ya sea presencial o virtual. Conducido de forma consensuada, posibilitará a los sujetos un itinerario constructivo en el que puedan ir tomando decisiones y posicionarse moralmente ante las situaciones vividas por los participantes en los distintos perfiles del *bullying* y por el propio grupo de iguales en sus dinámicas.



REFERENCIAS

Avilés, J.M. (2005). Intervenir contra el bullying en la Comunidad Educativa. Concejo Educativo: www.concejoeducativo.org

Avilés, J. M. (2006). *Bullying: el maltrato entre iguales. Agresores, víctimas y testigos en la escuela*. Salamanca: Amarú.

Avilés, J.M. (2009). Ciberbullying. Diferencias entre el alumnado de secundaria. *Boletín de Psicología*, 96, 79-96.

Avilés, J. M^a (2010). Éxito escolar y ciberbullying. *Boletín de Psicología*, 98, 73-85.

Avilés, J. M^a (2012). *Manual contra el bullying. Guía para el profesorado*. Lima: Libro Amigo.

Avilés, J. M. y Alonso, M. N. (2008). Análisis de componentes identificativos de la violencia en el contexto escolar. Violencia, conflicto y maltrato. Itinerario de frontera. En I. Leal, J.L. Pais, I. Silva y S. Marques, (Eds.), *7º Congresso nacional de psicologia da saúde*, (pp. 119-129). Porto: ISPA Ediciones.

Avilés, J. M., Torres, N. y Vian, M.V. (2008). Equipos de ayuda, maltrato entre iguales y convivencia escolar. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 6(3), 357-376.

Avilés, J.M., Iruñia, M.J., García-López, J. y Caballo, V. (2011). Bullying, el maltrato entre iguales, *Behavioral Psychology*, 19(1), 57-90.

Comunidad de Madrid Consejería de Educación (2010). Ley 2/2010, de 15 de junio, de Autoridad del profesor. Madrid: BOCAM.

Cowie, H. y Fernández, F.J. (2006). Ayuda entre iguales en las escuelas: desarrollo y retos. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 4(2), 291-310.

Cowie, H., Hutson, N. Jennifer, D. y Myers, C. (2007). Taking stock of violence in U.K. schools. Risk, regulation, and responsibility. *Education and Urban Society*, 40(4), 494-505. doi:10.1177/0013124508316039

Fritzen, S.J. (1987). *La ventana de Johar*. Bilbao: Salterrae.

Juvonen, J. y Gross, E. (2008). Extending the school grounds? Bullying experiences in cyberspace. *The Journal of school health* 78, 496-505. doi:10.1111/j.1746-1561.2008.00335.x

Kohlberg, L. y Kramer, R. (1969). Continuities and discontinuities in childhood and adult moral development, *Human Development*, 12, 93-120. doi: 10.1159/000270857

Lenhart, A. (2005). *Protecting teens online*. Consultado el 17 de enero de 2009. Disponible en: <http://www.pewinternet.org/Search.aspx?q=protecting%20teens%20o%20line>

Mason, T. (2005). *How to teach children at-risk of educational failure: Coping with poverty, bullying, disease, crime and ethnicity*. Lewiston, NY: The Edwin Mellen Press.

Olweus, D. (1998). *Conductas de acoso y amenaza entre escolares*. Madrid: Morata.

Ortega, R. (1992). Violence in schools. Bully-victims problems in Spain, *Vth. European Conference on Developmental Psychology*, pp.27. Sevilla.

Ortega, R. y del Rey, R. (2011). Estudios avanzados sobre convivencia, bullying, ciberbullying y dating violence. Consultado el 30 de abril de 2011, Comunicación presentada en el VI Congreso internacional psicología y educación. Disponible en: [http://www.eventoplenos.com/cipe2011/Simposios\(version3\)0.xls](http://www.eventoplenos.com/cipe2011/Simposios(version3)0.xls)

Rosen, L., Cheever, N., & Carrier, L. M. (2008). The Association of parenting style and child age with parental limit setting and adolescent MySpace behaviour, *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29(6), 459-471. doi: 10.1016/j.appdev.2008.07.005

Shariff, S. (2008). *Cyber-bullying*. New York: Routledge.

Siegal, J., Dubrovsky, V., Kiesler, S., y McGuire, T. (1986). Group processes in computer-mediated communication. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 37, 157-187.

Smith, P.K., Salmivalli, C. y Cowie, H. (en prensa). Facing cyberbullying: Review of empirical evidence regarding successful responses by students, parents and schools. *Documento no publicado*.

Suler, J. (2004). The online disinhibition effect. *Cyberpsychology and Behavior*, 7(3), 321-326. doi: 10.1089/1094931041291295

Sullivan, K. (2001). *The anti-bullying handbook*. Singapore: Oxford University Press.

Tattum, D.P. (1989). Bullying, a problem crying out for attention. *Pastoral Care in Education: An International Journal of Personal, Social and Emotional Development*, 7(2), 21-25. doi:10.1080/02643948909470661

Tognetta, L. (2009). *A formação da personalidade ética*. São Paulo: Mercado de Letras.

Trianes, M. V. (2005). Métodos didácticos para prevenir o acoso [Teaching methods to prevent bullying]. *III jornadas Convivencia escolar "O acoso nas aulas"*. Pontevedra.

Willard, N. (2006). *Cyberbullying and cyberthreats*. Eugene, OR: Center for Safe and Responsible Internet Use.

Ybarra, M., y Mitchell, K. (2004). Youth engaging in online harassment: associations with caregiver-child relationships, internet use, and personal characteristics. *Journal of Adolescence*, 27, 319-336. doi:10.1016/j.adolescence.2004.03.007



MANUAL DE CONSEJO PSICOLÓGICO: UNA VISIÓN DESPATOLOGIZADA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

López, E. y Costa, M.
Madrid: Síntesis, 2012

Serafín Lemos Giráldez
Universidad de Oviedo

El excelente manual, publicado recientemente, además de ser recomendado como de obligada lectura, está llamado a ser un libro de cabecera, un excelente manual de instrucciones, que induce inevitablemente a la reflexión sobre nuestros fundamentos teóricos y ejemplifica magníficamente cuál debe ser la actuación profesional del psicólogo clínico.

El Consejo Psicológico (CP) se defiende como un paradigma que debe sustituir al enfoque tradicional de clasificación de los trastornos mentales, impuesto por la Organización Mundial de la Salud y la *American Psychiatric Association*, basado en la supuesta existencia de entidades psicopatológicas equivalentes a las enfermedades somáticas. Es verdad que voces discrepantes en torno a las clasificaciones de los "trastornos mentales" ya han surgido hace tiempo de la mano de la antipsiquiatría, de los modelos teóricos del Etiquetado Social o de la Modificación de Conducta, y también de muchos investigadores de la psicología clínica y experimental, que han mostrado su desacuerdo con la reificación de términos y denominaciones clínicas como entidades patológicas naturales, cuando han demostrado carecer, además, de validez de constructo (Lemos Giráldez, 2008). Se ha señalado también que el modelo categorial imperante rompe el concepto de continuidad y establece fronteras entre normal y patológico (Pérez Alvarez & González Pardo, 2007).

El CP supone un cambio radical de paradigma, un análisis crítico del modelo psicopatológico, que pretende despojar la patología de los problemas psicológicos y comprender su naturaleza, su génesis y su significado, como meras experiencias de naturaleza transaccional, en donde el análisis de la biografía y del contexto puede explicar su origen y ofrecer las claves para encontrar soluciones (López Méndez & Costa Ca-

banillas, 2012). Bajo esta óptica, los comportamientos considerados como anormales no son diferentes, ni cuantitativa ni cualitativamente en su desarrollo y mantenimiento, a cualesquiera otros comportamientos aprendidos en la historia biográfica de la persona; mientras que en el modelo patológico imperante, determinados comportamientos pierden su significado autónomo y pasan a ser interpretados como signos o síntomas de enfermedades que la persona padece, generalmente construidas con argumentos tautológicos. La ansiedad en algunas situaciones sociales como síntoma del "trastorno de ansiedad social o fobia social", el comportamiento desafiante como síntoma del "trastorno negativista desafiante", o la conducta despistada e inquieta como síntoma del "trastorno de déficit de atención e hiperactividad" son algunos ejemplos de dicha cosificación de las conductas problemáticas como trastornos, en donde lo psicopatológico se hace funcionalmente equivalente a lo anatomopatológico y a lo psicofisiológico.

Es verdad que todo comportamiento, sea o no problemático, conlleva correlatos fisiológicos, inevitablemente como resultado de alguna activación neurológica, así como es posible encontrar también concomitantes genéticos; pero nunca podrá comprenderse dicho comportamiento sin el estudio de las transacciones biografía-contexto, en las que se integran las variables fisiológicas, para las que la biografía puede ser más o menos sensible o vulnerable, con las contextuales. En este sentido, los cambios observados, por ej., en los neurotransmisores, en el flujo cerebral vascular o en parámetros ofrecidos por las técnicas de neuroimagen, no deben ser entendidos como la verdadera causa de la conducta normal o de la experiencia problemática, porque, como afirman estos y otros autores, "en el cerebro no hay ningún lugar donde la neurofisiología se convierta misteriosamente en psicología" (Pérez Alvarez, 2011a, 2011b).

Correspondencia: Serafín Lemos Giráldez. Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo. España. E-mail: slemos@uniovi.es



El CP utiliza como herramienta hermenéutica el Análisis Funcional de la Conducta (AFC), cuyo objetivo no es establecer un diagnóstico sino comprender las transacciones entre la persona y el contexto, analizar las funciones y significados que tienen y que han desencadenado el problema, o que todavía lo sustentan, con el fin de diseñar la intervención más apropiada a cada caso, aunque en apariencia la fenomenología pudiera ser semejante. El AFC requiere, para comprender la experiencia problemática, el trabajo conjunto de la persona-consultante y el profesional-consultor; para lo cual es necesario establecer principios básicos de un proceso de empoderamiento o auto-gestión del problema, que incluye: alianza de trabajo conjunto, aceptación y validación de la biografía personal y apoyo, promover el compromiso responsable con las decisiones y acciones de cambio, y rediseñar el contexto y fortalecer los recursos de la persona. Como los autores refieren, “las intervenciones del CP tienen el propósito de *compartir poder y control* con los consultantes, *empoderarlos*, para que puedan caminar hacia valores y objetivos que les importan en la vida, influir en sus *elecciones, decisiones y acciones responsables* en el curso de su propia vida, desarrollar y poner en práctica las *capacidades de afrontamiento* del problema, acceder a los recursos y *factores de protección* personales y del contexto disponibles, y *hacer los cambios* que la solución del problema requiere” (pág. 94). El modelo de empoderamiento o auto-gestión ha cobrado también especial importancia en la recuperación de problemas psicológicos graves, considerando la recuperación desde la perspectiva del consumidor y no desde los enfoques clínicos tradicionales (Andresen, Oades, & Caputi, 2011).

La obra desarrolla didácticamente su contenido en cinco partes. La parte I contrapone los problemas de la vida al concepto tradicional de trastorno y su categorización, con el fin de despatologizar las experiencias vitales problemáticas. La parte II desarrolla los principios básicos del proceso de empoderamiento o auto-gestión del problema, frente al tradicional rol pasivo y pérdida de control en la solución del problema, característico

del modelo de trastorno o enfermedad mental. En la parte III se exponen amplia y detalladamente los pasos fundamentales del AFC. La parte IV se dedica a presentar las técnicas instrumentales para resolver los problemas psicológicos: técnicas de exposición activa y aceptación, de gestión de las consecuencias de la conducta, de gestión de las propias acciones, de control de las reglas verbales y de la conducta verbal, y de gestión de la actividad fisiológica. La parte V finaliza con el CP como proyecto compartido de cambio y solución de problemas, mediante la descripción de todo el proceso sistemático y estructurado en una serie de fases y tareas, así como de las habilidades requeridas en el consultor, en donde la metodología de la entrevista motivacional subyace longitudinalmente el proceso terapéutico.

En resumen, con este libro los autores hacen un excelente análisis crítico de la ortodoxia psicopatológica, planteando un cambio radical de paradigma respecto a la naturaleza de los problemas psicológicos y a la forma de resolverlos.

REFERENCIAS

- Andresen, R., Oades, L. G. y Caputi, P. (2011). *Psychological recovery: Beyond mental illness*. New York: Wiley-Blackwell.
- Lemos Giráldez, S. (2008). Clasificación y diagnóstico en psicopatología. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología (Vol. 1, Edición revisada)* (pp. 93-118). Madrid: McGraw-Hill.
- López Méndez, E. y Costa Cabanillas, M. (2012). Desvelar el secreto de los enigmas: Despatologizar la psicología clínica. *Papeles del Psicólogo*, 33, 162-171.
- Pérez Alvarez, M. (2011a). El magnetismo de las neuroimágenes: Moda, mito e ideología del cerebro. *Papeles del Psicólogo*, 32, 98-112.
- Pérez Alvarez, M. (2011b). *El mito del cerebro creador: Cuerpo, conducta y cultura*. Madrid: Alianza.
- Pérez Alvarez, M. y González Pardo, H. (2007). *La invención de los trastornos mentales*. Madrid: Alianza Editorial.



DICCIONARIO HISTÓRICO DE INSTITUCIONES DE PSICOLOGÍA EN BRASIL/ DICIONÁRIO HISTÓRICO DE INSTITUICOES DE PSICOLOGIA NO BRASIL

Jacó-Vilela, A. M. (Coord.)
Rio de Janeiro: Imago, 2011

Tomás Caycho Rodríguez

Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Perú

La elaboración de enciclopedias y diccionarios tiene una larga tradición en Europa, en especial en Alemania, donde los germanos parecen especialmente preparados para el trabajo lexicográfico, no solo en psicología sino también en otras ciencias. Los diccionarios reúnen de manera apropiada información con una adecuada coherencia interna que llegan a ser obras de referencia importante pues en su contenido se evita la existencia de ambigüedades y posiciones contrarias. Los diccionarios, además, son una manera democrática de difundir el conocimiento.

En el terreno de la psicolexicografía, en América la preparación de diccionarios no es habitual. Por eso es relevante la aparición del *Dicionário Histórico de Instituições de Psicologia no Brasil* (Diccionario Histórico de Instituciones de Psicología en Brasil), trabajo coordinado por la Dra. Ana María Jacó-Vilela, obra forjada en portugués, por una autora y en un país latinoamericano. Esto, unido al prestigio del que goza la Dra. Jacó-Vilela entre muchos psicólogos y estudiantes, asegura para esta obra un vasto público lector.

El nombre de Jacó-Vilela es, en efecto, ampliamente conocido en América Latina. Esta autora nacida en Brasil, formada en la Universidad Federal de Minas Gerais, la Universidad de Sao Paulo y la Universidad Autónoma de Barcelona, en donde cursó estudios post-doctorales en Historia e Historiografía de la Psicología, se desempeña actualmente como docente asociada de la UERJ, en el Programa de Postgrado en Psicología Social, y coordinadora del Laboratorio de Investigación en Historia de la Psicología. Es también coordinadora de la Red Iberoamericana de Investigadores de la Historia de la Psicología que agrupa en la actualidad a más de un centenar de investigadores de diferentes países. Ha publicado numerosos artículos de investigación. Su área de mayor interés es la historia de la psicología, a la que ha dedicado, entre otros libros, *Clio-Psyché Hoje: Fazeres e dizeres psi na história do Brasil*, *Clio-Psyché - Gênero, Psicologia, História*, *História da Psicologia - rumos e percursos*, entre otros. La investigación en historia de la psicología, llevada a cabo por Jacó-Vilela, tiene como objetivo investigar la emergencia, desarrollo, empoderamiento e institucionalización de la psicología en Brasil, poniendo énfasis en las condiciones históricas que la favorecieron. Jacó-Vilela es una autora es particularmente calificada para emprender una tarea de envergadura como es la de historiar una disciplina como la psicología en cuyo interior hay tantas y tantas discusiones.

Desde el Perú, es muy poco lo que sabemos de la psicología en Brasil. No es un problema geográfico ni lingüístico, pues con un poco de esfuerzo puede leerse un libro en portugués. En general, los países en América Latina se conocen poco. Un psicólogo peruano sabe más de lo que ocurre en la psicología de Estados Unidos que de lo que pasa en Chile o el mismo Brasil.

El *Dicionário* que comentamos ahora es un inmenso e impresionante trabajo que pone a disposición de los interesados la descripción de 265 instituciones, asociaciones y organizaciones públicas, privadas de formación, investigación y prestación de servicios en Brasil, un país con una larga tradición psicológica y psiquiátrica. Este *Dicionário* es un proyecto llevado a cabo por el Grupo de Trabajo de Historia de la Psicología de la Asociación Nacional de Investigación y Postgrado en Psicología (ANPEPP) conjuntamente con el Consejo Federal de Psicología. Si bien el *Dicionário* cuenta con una cantidad enorme de instituciones, los mismos autores consideran que no es una obra acabada, pues muchas instituciones

Correspondencia: Tomás Caycho Rodríguez. *Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Av. Pettit Thouars 248. Lima. Perú.*

E-mail: tcaycho@uigv.edu.pe

no están incluidas, porque no se encontraba información alguna o porque estas informaciones eran incompletas.

Diversos criterios fueron empleados para la inclusión de las instituciones o asociaciones en el *Dicionário*. En primer lugar, se incluyeron instituciones creadas antes de 1980. En la década de 1980 se dio una gran expansión de instituciones de psicología y psicoanálisis, que hubiese obligado a una exhaustiva búsqueda de información en este periodo de tiempo, además de enfrentarse con instituciones con periodos de vida de corta duración. Así mismo, se incluyeron instituciones que, de alguna manera, fueran pioneras en la formación profesional, realización de publicaciones, creación de nuevas áreas de actuación, entre otros. Las instituciones nivel nacional fueron subdivididas en regiones tratando de dar la mayor representatividad posible del territorio brasileño.

El *Dicionário* es exhaustivo, como ya se dijo se incluyen 265 instituciones ordenadas alfabéticamente, en donde participaron más de dos centenares de autores. En sus páginas aparecen instituciones y asociaciones como el Instituto de Psicología de la Universidad Federal de Rio de Janeiro, Asociación Brasileña de Psicología Social (ABRAPSO), Asociación Brasileña de Psicología Aplicada (ABRAPA), entre muchos otros. Pero no solo están las instituciones y asociaciones psicológicas, aparecen también descripciones de instituciones que ejercieron alguna influencia en la psicología de ese país. Cada institución y asociación inclui-

da en el *Dicionário* es tratada de modo relativamente amplio, existiendo una constante en la manera de tratarlos. En primer lugar, aparece el nombre actual completo de la institución acompañada de la sigla con las que se conoce más a la institución. Posteriormente, se brindan datos de la creación o eventual disolución, para pasar a una descripción histórica que da lugar a una presentación de sus actividades. Al finalizar aparecen siempre los nombres de los autores y las referencias bibliográficas.

Índices onomásticos y de instituciones permiten un rápido y efectivo manejo de esta obra. El índice onomástico detalla los personajes en el *Dicionário*

El *Dicionário* es una valiosa obra de consulta, escrito en un lenguaje directo, no afirmativo y sin adjetivos. Un trabajo de primer orden que no solo pone de manifiesto el gran desarrollo alcanzado por la historia de la psicología como especialidad en ese país, sino que también nos muestra la rica tradición de la psicología brasileña. El título mismo pone de manifiesto el propósito abarcador de la obra: las instituciones y asociaciones que han contribuido al desarrollo de la psicología en Brasil, deben estar representadas en ella y estudiadas desde una perspectiva histórica. Como toda obra lexicográfica, el *Dicionário* constituye lectura de base y de permanente consulta. Su valor habrá de aumentar con los años conforme el movimiento historiográfico siga creciendo, tal parece la tendencia, de acuerdo con lo se observa en la actualidad.

INFOCOP ONLINE

HAY MUCHAS FORMAS DE COMUNICACIÓN ...

UNA PÁGINA 'VIVA' DE CONSULTA PARA PROFESIONALES, DOCENTES Y ESTUDIANTES

www.infocoponline.es

Solicita TU CORREO ELECTRÓNICO cop.es

El Consejo General de la Psicología de España facilita una cuenta de correo electrónico micuenta@cop.es totalmente gratuita para todos los colegiados que lo soliciten.

¡Infórmate en tu Colegio!



INFÓRMATE

Formación Continuada a Distancia
Consejo General de la Psicología de España

El Consejo General de la Psicología de España ya ha puesto en marcha el Programa de Formación Continua a Distancia en Psicología (FOCAD).

Esta iniciativa tiene como finalidad promover la *actualización científico-profesional* de los psicólogos y psicólogas colegiados españoles, en diferentes campos de intervención psicológica, entre otros, Psicología Clínica y de la Salud, Psicología Educativa y Psicología del Trabajo, de las Organizaciones y los Recursos Humanos.



FORMACIÓN
continuada a
DISTANCIA



Bienvenidos a las actividades de Formación Continuada a Distancia del Consejo General de la Psicología de España

www.cop.es/focad



Distribución de Revistas de

Consejo General de la Psicología de España



Infocop y Papeles del Psicólogo comprometidos con el medio ambiente, dan opción a sus colegiados de recibir sólo sus versiones electrónicas

Ante la demanda de numerosos colegiados sensibilizados con el medio ambiente, y gracias a que la tecnología actual habilita nuevas posibilidades y mejoras en los servicios que se ofrecen a los colegiados, **a partir de enero de 2013** *Papeles del Psicólogo* e *Infocop* estarán disponibles en versión electrónica en diferentes formatos.

Con esta medida se pretende hacer un consumo responsable del papel, reduciendo de manera significativa todo aquel que no sea necesario utilizar, así como mejorar y hacer más accesible, en un tiempo real, toda la información sobre la psicología. *Infocop* ofrecerá nuevos servicios como, por ejemplo, una revista mensual que estará únicamente disponible online o mejoras en su página web para facilitar la navegación y la experiencia de exploración y lectura de las páginas.

Si usted ya no desea recibir por correo postal las ediciones tradicionales en papel de *Papeles del Psicólogo* e *Infocop*, acceda al siguiente enlace para registrar su petición. **En este caso, dejarán de enviársele las revistas en formato papel.**

<http://www.cop.es/distribucion/>

Podrán ver la edición digital en: <http://www.infocop.es>

En el caso de no recibir notificación alguna, continuaremos enviándole las versiones en formato papel.

NORMAS PARA LA PUBLICIDAD EN LAS PUBLICACIONES DEL CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA

La Junta de Gobierno del COP ha tomado la decisión de acomodar, de forma más efectiva, el contenido de la publicidad que se inserta en sus publicaciones con los principios que respalda públicamente en torno a la defensa de la Psicología como ciencia y profesión.

La publicidad que se inserte en los medios de comunicación del COP se atenderá, en todos los casos, a los principios éticos, de decoro y de defensa de la Psicología como ciencia y profesión que son exigibles a una organización como el COP.

En este sentido, y desde hace ya bastante tiempo, la Organización Colegial ha venido manteniendo, en diversos foros tanto oficiales como profesionales, que la formación post-grado, referida explícitamente a algún ámbito de la Psicología, debería estar encaminada únicamente a psicólogos. Así mismo, el COP, en su calidad de miembro de la EFPA (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos), está comprometido con el desarrollo del Certificado de Acreditación para Psicólogos Especialistas en Psicoterapia, y los principios que lo sustentan, siendo uno de los más relevantes, la consideración de que la formación especializada en Psicoterapia debe estar ligada a una formación básica en Psicología, y articulada en torno a unos criterios exigentes de calidad.

En consecuencia, y con el ánimo de dar un mensaje claro y coherente a nuestros colegiados y a la sociedad en general, la publicidad de post-grado que se inserte en las publicaciones del COP deberá guardar las siguientes normas:

1 Cuando se inserte publicidad en alguna de las publicaciones del Consejo General de la Psicología de España (*Infocop*, *Infocop Online*, *Papeles del Psicólogo*, *Psychology in Spain*, Boletines de distribución por correo electrónico) que haga referencia expresa o implícita a formación postgrado en algún campo de la Psicología, dicha formación deberá estar dirigida únicamente a psicólogos, y el texto del anuncio deberá decir expresamente que dicha formación está dirigida únicamente a psicólogos.

2 Cuando se inserte publicidad en alguna de sus publicaciones (*Infocop*, *Infocop Online*, *Papeles del Psicólogo*, *Psychology in Spain*, Boletines de distribución por correo electrónico) que haga referencia expresa o implícita a formación en el campo de la Psicoterapia, dicha formación deberá estar dirigida únicamente a médicos y psicólogos, y el texto del anuncio deberá decir expresamente que dicha formación está dirigida únicamente a psicólogos o médicos.

3 En ningún caso, los anuncios insertados en cualquier publicación colegial podrán incluir referencia alguna a acreditaciones concedidas por sociedades nacionales o internacionales que no hayan suscrito los correspondientes acuerdos de reconocimiento mutuo con la EFPA (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos) o el Consejo General de la Psicología de España. Se excluyen de esta norma las acreditaciones concedidas por organismos oficiales españoles.

Consejo General de la Psicología de España

Normas de Publicación

Papeles del Psicólogo

1 La revista Papeles del Psicólogo publica trabajos referidos al campo profesional de la psicología, principalmente en su vertiente aplicada y profesional.

2 Los trabajos habrán de ser inéditos y los derechos de reproducción por cualquier forma y medio son de la Revista.

3 La preparación de los originales ha de atenerse a las normas de publicación de la APA (Manual de publicación de la APA, quinta edición, 2001). Algunos de los requisitos básicos son:

Las citas bibliográficas en el texto se harán con el apellido y año, entre paréntesis y separados por una coma. Si el nombre del autor forma parte de la narración se pone entre paréntesis sólo el año. Si se trata de dos autores se citan ambos. Cuando el trabajo tiene más de dos y menos de seis autores, se citan todos la primera vez; en las siguientes citas se pone sólo el nombre del primero seguido de “et al” y el año. Cuando haya varias citas en el mismo paréntesis se adopta el orden cronológico. Para identificar trabajos del mismo autor, o autores, de la misma fecha, se añade al año las letras a, b, c, hasta donde sea necesario, repitiendo el año.

Las referencias bibliográficas irán alfabéticamente ordenadas al final siguiendo los siguientes criterios:

- a) Para libros: Autor (apellido, coma e iniciales de nombre y punto. En caso de varios autores, se separan con coma y antes del último con una “y”), año (entre paréntesis) y punto; título completo en cursiva y punto. En el caso de que se haya manejado un libro traducido con posterioridad a la publicación original, se añade entre paréntesis “Orig.” y el año.
- b) Para capítulos de libros colectivos: Autor (es); año; título del trabajo que se cita y, a continuación, intro-

ducido por “En” las iniciales del nombre y apellidos del director (es), editor compilador(es), el título del libro en cursiva y, entre paréntesis, la paginación del capítulo citado; la ciudad y la editorial.

c) Para revistas: Autor: título del artículo; nombre de la revista completo en cursiva; volumen en cursiva, número entre paréntesis y página inicial y final.

4 Los trabajos tendrán una extensión máxima de 6000 palabras (que incluirá las referencias bibliográficas, figuras y tablas), en páginas tamaño DIN-A4 con 40 líneas y tipo de letra Times New Roman cuerpo 12, con interlineado normal por una cara, con márgenes de 3 cms y numeración en la parte superior derecha.

La primera página debe contener: título en castellano e inglés. Nombre, apellidos, profesión y lugar de trabajo de cada autor. Nombre y dirección del autor al que dirigir la correspondencia. Teléfono, Fax, Correo electrónico de contacto. La segunda página ha de incluir un resumen de no más de 150 palabras en castellano e inglés.

Papeles del Psicólogo acusará recibo inmediato de todo artículo recibido. Los originales no serán devueltos ni se mantendrá correspondencia sobre los mismos. En un plazo máximo de 90 días se contestará acerca de la aceptación o no para su publicación.

Todos los documentos que publique Papeles del Psicólogo serán previamente evaluados de forma anónima por expertos, para garantizar la calidad científica y el rigor de los mismos, así como su interés práctico para los lectores. Podrán no ser evaluados aquellos trabajos empíricos y de corte experimental, más apropiados para las revistas especializadas; manuscritos cuyo estilo de redac-

ción fuese también muy especializado y que no se ajustase al amplio espectro de los lectores de Papeles del Psicólogo; originales que abordasen cuestiones que hubieran sido ya recientemente tratadas y que no ofrecieran contribuciones relevantes a lo publicado; o trabajos cuya redacción no estuviera a la altura de la calidad exigible.

Los trabajos serán enviados a través de la página web de la revista: www.papelesdelpsicologo.es (siguiendo las instrucciones que se encuentran en el apartado “envío originales”). Su recepción se acusará de inmediato y, en el plazo más breve posible, se contestará acerca de su aceptación.

Los trabajos sometidos a revisión para Papeles del Psicólogo podrán abordar cualquiera de las siguientes cuestiones:

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

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

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

NOVEDADES

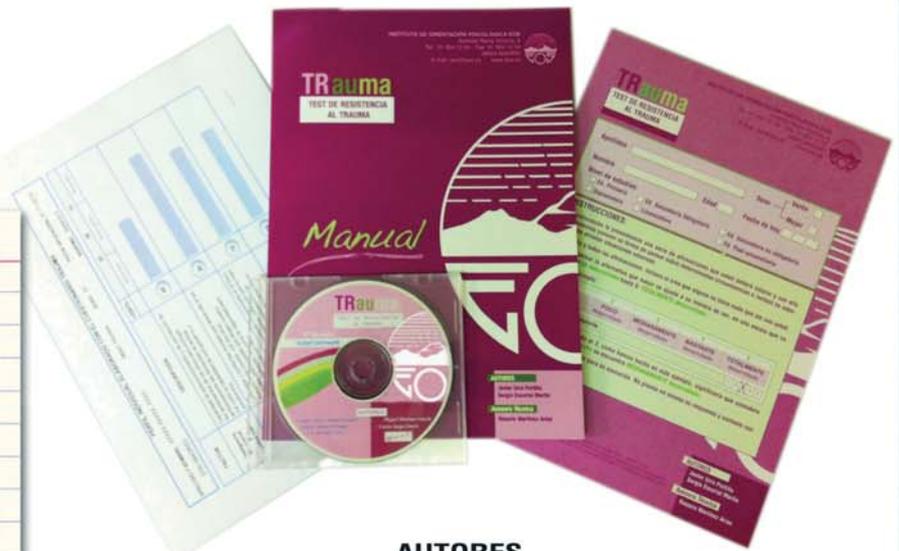
WWW.EOS.ES

TRauma

TEST DE RESISTENCIA AL TRAUMA

El Test Trauma es un breve y fiable instrumento, que permite conocer la capacidad de afrontamiento de graves acontecimientos que pueden ocurrir en la vida.

No evita ni el dolor, ni el sufrimiento, pero nos indicará cómo y en qué fortalecerse para resistir o minimizar daños y secuelas.



AUTORES

Javier Urra Portillo y Sergio Escorial Martín

Forma de aplicación: INDIVIDUAL Y COLECTIVA
Ámbito: JÓVENES Y ADULTOS
Tiempo de aplicación: 10-15 MINUTOS
Corrección y elaboración de perfiles: INFORMATIZADO

JUEGO COMPLETO:
MANUAL

HOJA DE RESPUESTAS (10 unidades)
CD DE CORRECCIÓN (200 usos)



Este programa ha demostrado su eficacia en la mejora de la Memoria en personas mayores y en jóvenes.

La obra consta de un **MANUAL DEL TERAPEUTA** (Guía para el profesional) y un **CUADERNO DE ENTRENAMIENTO** (para la persona que va a realizar el programa).

Se pueden adquirir por separado.

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA MEMORIA

María Luisa Delgado Losada

LA MEDIACIÓN EN ESCENA

Trinidad Bernal Samper

COLECCIÓN EOS PSICOLOGÍA JURÍDICA

- La mayor experta en materia de MEDIACIÓN nos regala un libro eminentemente práctico.
- Nos presenta la técnica (modelo de Competencia).
- Sitúa al mediador como acompañante de los actores principales y le dota de recursos para que contribuya a que estos saquen lo mejor de sí mismos.





Consejo General de la Psicología de España