

O MAL

O mal como crenza

José Luís Veira Veira

É vostede un psicópata... adaptado?

Parasafreando a Jon Ronson

Mercedes Castro Bal

Trastornos de personalidade e
interacción familiar: crecer malos?

*Dolores Mosquera, Paula Baldomir, Raquel Fernández,
Gerardo Flórez, Alberto Soto e Ana Cris Eiriz*

Confrontación: cando o terapeuta é o malo

Sara Cabezudo Fernández

Ovellas negras da familia: experiencia nun
centro terapéutico de menores

Jorge Bajo Lema

Cambio do prototipo de heroes nos cómics
e series modernas: o heroe malvado

Eva Álvarez Martínez

FERRAMENTAS

Como integrar as nosas partes boas e malas:

Dr. Jekyll e Mr. Hyde

José Eduardo Rodríguez Otero

ANUARIO ABERTO

• COMUNICACIÓN LIBRE:

Ciberacoso, características de personalidade
e psicopatolóxicas do Agresor e da Víctima

Cristina Alonso e Estrella Romero

• TRABALLOS PREMIADOS NAS XX XORNADAS DE PSICOLOXÍA E SAÚDE DO COPG:

- Análise cualitativo das habilidades de escoita activa
nunha mostra de profesionais sanitarios.

Bermúdez Míguez, S. e García Fernández, J.

- Análise da demanda na Unidade Infanto-Xuvenil
de Ferrol, 2014

Martínez Lamosa, E. e Díaz Sánchez, F.

Nº9 Revista Oficial da Sección de Psicoloxía e Saúde do COPG

Consello Editorial

Francisco Javier Sardiña Agra, Presidente
Delia Guitián Rodríguez, Vicepresidenta
José Eduardo Rodríguez Otero, Secretario
Luis Carlos Álvarez García, Tesoureiro
Alicia Carballal Fernández, Vogal
Rosa Cerqueiro Landín, Vogal
Mercedes Fernández Cabana, Vogal
Ignacio Dopico González, Vogal
Dolores Mosquera Barral, Vogal

Consello de Redación

Marta González Rodríguez (Directora)
PSICÓLOGA CLÍNICA, PRÁCTICA PRIVADA EN
PSICOSISOR (LALÍN).

Adalberto Iglesias Doval
PSICÓLOGO CLÍNICO, ASOCIACIÓN DOA
SAÚDE MENTAL.

Noelia Pita Fernández
PSICÓLOGA CLÍNICA, EAPS (EQUIPO DE ATENCIÓN
PSICOSOCIAL), AECC, VIGO.

Patricia María Tamara Rego Ribeiro
PSICÓLOGA CLÍNICA, COORDINADORA PROYECTO
"FORTALECIMIENTO DE LA RED DE SALUD MENTAL
DEL DEPARTAMENTO DE ESTELÍ, NICARAGUA".

Xacobe Abel Fernández García
PSICÓLOGO CLÍNICO. FUNDACIÓN PARA LA
INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA Y PERSONALIDAD
(FUNDIPP).

Delia Guitián Rodríguez
PSICÓLOGA CLÍNICA, USM (UNIDADE DE SAÚDE
MENTAL), EOXI LUGO-CERVO-MONFORTE.

Sabela Bermúdez Míguez
PSICÓLOGA CLÍNICA, COMPLEXO HOSPITALARIO DE
NAVARRA: CENTRO DE ATENCIÓN A LA MUJER DE
ITURRAMA (PAMPLONA).

O Consello Editorial e o Consello de
Redacción non se fan responsables das
opinións verquidas nos artigos publicados.
As opinións expresadas na Presentación
son responsabilidade do Consello Editorial.

Edita

Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia
Espiñeira, 10 baixo
15706 Santiago de Compostela
Tfno.: 981 534049 Fax: 981 534983
www.copgalicia.es copgalicia@cop.es

Deseño e maquetación
ekinocio comunicación

Ilustración de portada

"The Evil Eye"
Footprints of the Lion, and other
stories of travel... de John Blaksley,
1897, Londres

ISSN: 2444-6653.
Novembro, 2016

- 4 Presentación
- 6 O mal como crenza
JOSÉ LUIS VEIRA VEIRA
- 16 É vostede un psicópata... adaptado?
Parasafreando a Jon Ronson
MERCEDES CASTRO BAL
- 24 Trastornos de personalidade e interacción familiar:
crecer malos?
DOLORES MOSQUERA, PAULA BALDOMIR, RAQUEL FERNÁNDEZ,
GERARDO FLÓREZ, ALBERTO SOTO e ANA CRIS EIRIZ
- 34 Confrontación: cando o terapeuta é o malo
SARA CABEZUDO FERNÁNDEZ
- 40 Ovellas negras da familia:
experiencia nun centro terapéutico de menores
JORGE BAJO LEMA
- 49 Cambio do prototipo de heroes nos cómics e
series modernas: o heroe malvado
EVA ÁLVAREZ MARTÍNEZ

FERRAMENTAS

- 62 Como integrar as nosas partes boas e malas:
Dr. Jekyll e Mr Hyde
JOSÉ EDUARDO RODRÍGUEZ OTERO

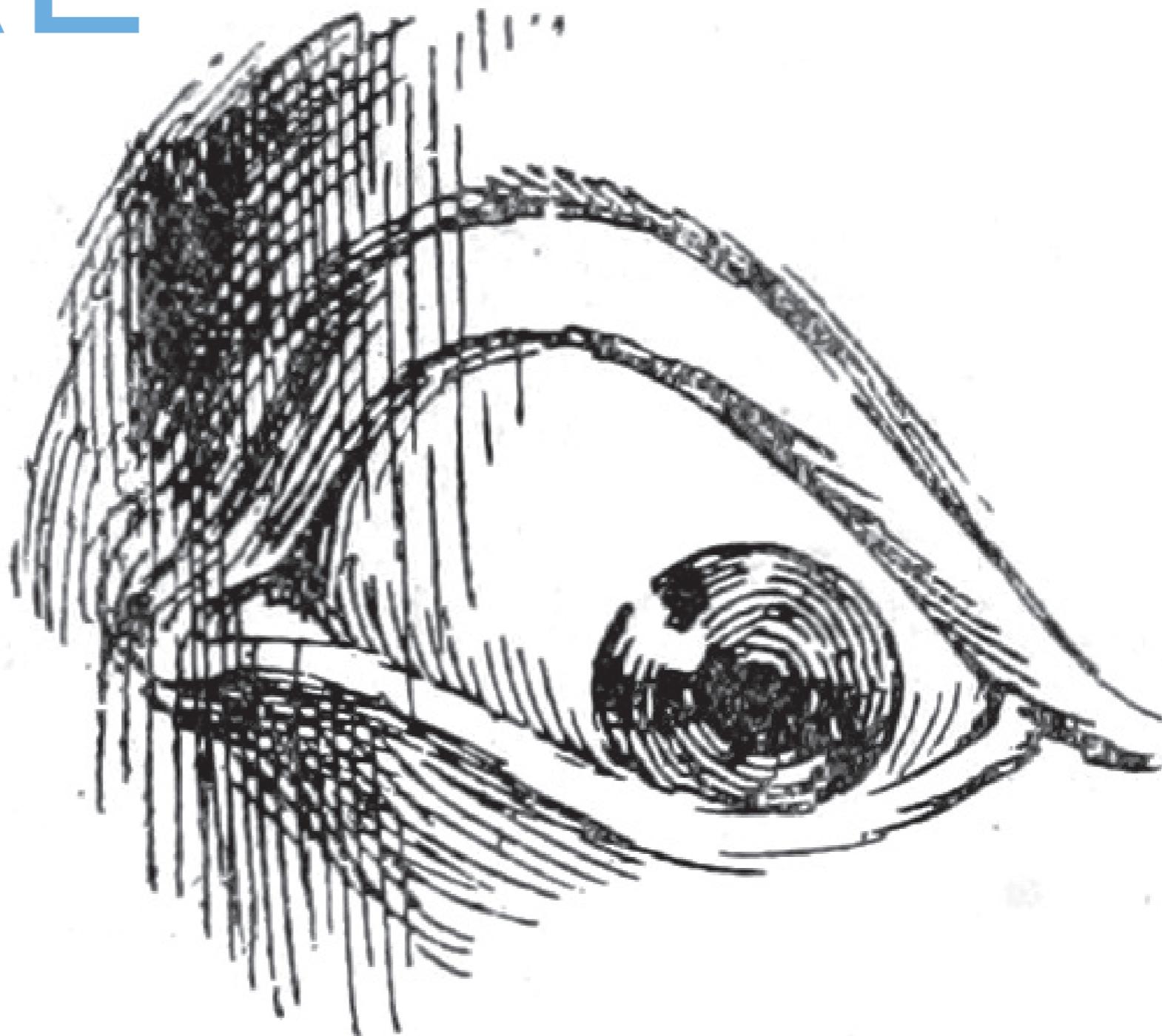
ANUARIO ABERTO

- **COMUNICACIÓN LIBRE:**
 - 71 Ciberacoso, características de personalidade e
psicopatolóxicas do Agresor e da Víctima
CRISTINA ALONSO E ESTRELLA ROMERO
- **TRABALLOS PREMIADOS NAS XX XORNADAS DE
PSICOLOXÍA E SAÚDE DO COPG:**
 - 83 COMUNICACIÓN ORAL: Análise cualitativo das habilidades
de escoita activa nunha mostra de profesionais sanitarios
BERMÚDEZ MÍGUEZ, S. e GARCÍA FERNÁNDEZ, J.
 - 88 COMUNICACIÓN ESCRITA-PÓSTER: Análise da
demanda na Unidade Infanto-Xuvenil de Ferrol, 2014
MARTÍNEZ LAMOSA, E. e DÍAZ SÁNCHEZ, F.
- 92 **NORMAS DE PUBLICACIÓN**

O MAL

“The Evil Eye”

Footprints of the Lion, and other
stories of travel... de John Blaksley,
1897, Londres



APUNTAMENTO

A versión en galego dos artigos
correspóndese cunha tradución libre
da versión orixinal escrita en castelán
polos autores, realizada polo Equipo
de Redacción do Anuario e revisada
por Eliana Martíns do Colexio Oficial
de Psicoloxía de Galicia.

PRESENTACIÓN

Marta González Rodríguez

PSICÓLOGA CLÍNICA, PRÁCTICA PRIVADA
EN PSICOSISOR (LALÍN).

✉ marta.glez.rguez@gmail.com

**“Aprende a ignorar o malo que hai no bo
decidiu aprender do bo que hai no malo
e, por momentos,
foi feliz.”**

MICRODESNUDOS

Non lembro como pasamos do Amor á Maldade. O termo debeu cho-
ver na tormenta de ideas previa á nosa reunión a primeiros de ano. Ou
quizais tronase, porque o verbo é potente.

Pero no equipo ilumináronsenos unha chea de *psicoposibilidades* en
torno a el.

Viamos maldade na sociedade, na vida política, nas series de TV, na
nosa propia consulta está ás veces aos dous lados da mesa. Viamos
psicopatoloxía, pero tamén socialización, adaptación..., e posibilida-
des de intervención.

Diso que viamos xurdiron os diferentes artigos que hoxe aquí presen-
tamos.

Iso si, despois de que os autores amigos pasasen (sendo bos e xene-
rosos), a darlle forma á nosa treboada para que todos poidamos facer
unha reflexión aberta cara á Maldade.

Enmarcamos o tema partindo da xenial colaboración do Dr. Veira, so-
ciólogo, que nos documenta a maldade como unha crenza orientada
a valores socialmente definidos. Agradecemos especialmente a súa
colaboración desde o seu retiro profesional e deixándose enlear por
profesionais, en teoría, “alleos”.

Metémonos máis en profundidade mirando o “mal” aos ollos, pero o
mal “adaptado”. Mercedes Castro afía a súa pluma para escribir sen

medo de psicópatas que fan o seu agosto nesta sociedade individualista, capitalista e corrupta que parece ser o escenario dos nosos días.

Se temos que pensar nunha patoloxía que etiquetan de “mala” na familia (e, ás veces, incluso os propios clínicos), probablemente nos veñan á cabeza os trastornos de personalidade. Dolores Mosquera e o seu equipo fálannos no seu artigo de como eses actos de “maldade” poden xerarse a través de interaccións familiares, dándonos así ideas para abordalos.

Do noso lado da mesa tócanos ás veces actuar como malos, cando temos que dicir cousas que non queren ser escoitadas, pero que nós cremos que pronuncialas sería terapéutico. Sara Cabezudo fálanos no seu artigo dun xeito moi esclarecedor sobre a Confrontación e a súa función.

Jorge Bajo leva un tempo traballando con “malotes”, así que a el lle pedimos unha reflexión sobre o traballo do psicólogo nun centro terapéutico de menores. Da súa man facemos unha reflexión sobre o erro que implica enfocar a mirada só neles deixando de lado as características sistémicas da problemática, tanto no etiquetado como de cara á intervención.

Eva Álvarez é responsable esta vez da nosa sección máis cultural e fai un completo repaso sobre o cambio no prototipo de heroe nas series e nas bandas deseñadas actuais. Está o heroe clásico morto? Reflictese mellor a sociedade actual nun heroe menos maniqueo e máis tinguido de grises?

Rematamos o monográfico co apartado *Ferramentas*, no que José Eduardo Otero nos fala da intervención con eses grises, os dos pacientes, pero tamén os nosos. Partindo da terapia narrativa e do apego relata a intervención nun interesante caso clínico.

Na parte de *Anuario Aberto* contamos coa colaboración de Cristina Alonso, que nos fala do cibercoso e as características principais das cibervítimas e os ciberacosadores. Ela non sabía de que ía ir o monográfico, pero velaí temos unha pequena mostra de maldade virtual.

Como novidade, este ano publicamos os dous traballos que resultaron merecidamente premiados nas Xornadas do ano pasado: o póster de Eduardo Martínez e a comunicación de Sabela Bermúdez.

Coma sempre, moitas grazas a todos os autores, aos meus compañeiros de equipo, e ao Colexio, especialmente a Eliana Martíns que nos axudou este ano coa revisión lingüística.

Que gocedes da lectura como nós da elaboración.

Marta González Rodríguez
DIRECTORA CONSELLO DE REDACCIÓN



Ilustración do libro “Prose and Verse”
de William James Linton, 1836-86, Londres

O MAL COMO CRENZA

José Luis Veira Veira

CATEDRÁTICO XUBILADO
DE SOCIOLOXÍA DA UDC

✉ veiraj@udc.es

RESUMO: As crenzas son ideas sobre como funcionan as cousas, as persoas e o mundo en xeral. Neste artigo consideramos a idea do mal como unha crenza social orientada a valores socialmente definidos e como unha parte importante da cultura. Esta perspectiva permítenos comprender mellor que o mal, como calquera outra crenza, está baseado en razóns e, polo tanto, é explicable en termos científico-rationais. Neste artigo, de carácter exploratorio, abordamos a atribución de culpabilidade como un indicador da difusión da maldade na sociedade. Para isto empregamos datos da European Social Survey e do Eurobarómetro.

PALABRAS CLAVE: Mal; maldade; crenzas; culpa.

ABSTRACT: Beliefs are ideas about how things work, people and the world in general. In this article we consider the idea of evil as a social belief oriented socially defined values, and as an important part of culture. This perspective allows us to better understand that evil, like any other belief is based on reasons and therefore is explicable in scientific and rational terms. In this article, exploratory, we address the attribution of guilt as an indicator of the spread of evil in society. For this we used data from the European Social Survey and Eurobarometer. Keywords: evil; beliefs; guilt.

KEY WORDS: Evil; beliefs; guilt.

SUMARIO:

- 1 A maldade e o mal como crenzas.
- 2 Aproximacións teóricas ao problema do mal e a súa xustificación. Teodicea e Sociodicea.
- 3 Algunhas contribucións empíricas á explicación da maldade.
- 4 Importancia da atribución de culpabilidade para a prospectiva social.
- 5 Reflexións finais.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Alexander, J. C. (2003). *The meanings of social life: a cultural sociology*. Oxford; Nova York: Oxford University Press.

Arendt, H. (1964). *Eichmann in Jerusalem; a report on the banality of evil* (Rev. and enl. ed.). Nova York.: Viking Press.

Becker, E. (1980). *La Estructura del mal; un ensayo sobre la unificación de la ciencia del hombre*. México: FCE.

Boudon, R. (1995). *Le juste et le vrai. Études sur l'objectivité des valeurs et de la connaissance*. París: Fayard.

Campbell, M., & Vollhardt, J. R. (2014). "Fighting the good fight: the relationship between belief in evil and support for violent policies". *Pers Soc Psychol Bull*, 40(1), 16-33. doi:10.1177/0146167213500997

Giner, S. (2015). *Sociología del mal*. Madrid: Los Libros de la Catarata.

Leibniz, G. W. (2001). *Compendio de la controversia de la Teodicea*. Madrid: Encuentro.

Mandeville, B. (1997). *La fábula de las abejas o Los vicios privados hacen la prosperidad pública*. México: Fondo de Cultura Económica.

Mukerjee, R. (1964). *The dimensions of values, a unified theory*. Londres: Allen & Unwin.

Norwegian, Social Science Data Services, N. D. A. a. d. o. E. d., & ERIC., f. E. (2012). ESS Round 6: European Social Survey Round 6 Data. Data file edition 2.2.

Ramos, R. (2012). "Sociología del mal y teodicea en Las Formas Elementales de la Vida Religiosa de E. Durkheim". En *Política y sociedad*. 49(2), 223-240. Universidad Complutense de Madrid.

Roth, B. (2015). "Banal no more: an essay on the film Hannah Arendt, with special reference to Eichmann and the Nazi killing groups". *Psychoanal Rev*, 102(2), 265-289. doi:10.1521/prev.2015.102.2.265

Veira, J. L., Castellanos García, P., López Rey, J. A., Míguez González, S., Muñoz Goy, C., Pena López, J. A., & Sánchez Santos, J. M. (2010). *La evolución de los valores sociales en Galicia*. España: Netbiblo.

Weber, M. (1997). *Sociología de la religión*. Madrid: Istmo.

Introdución

A idea de analizar o mal social desde o ámbito teórico das crenzas foi inspirada pola relectura da obra de J. Alexander, *The meanings of social life: a cultural sociology*, e en especial do capítulo “A cultural sociology of Evil” (Alexander, 2003). Aínda que na obra non se achegan datos estatísticos sobre o mal, dela extraemos a posibilidade de explorar un tratamento empírico do problema do mal, co ánimo de facilitar unha concordanza entre a teoría e os datos de enquisa. Se partimos dunha idea do mal como unha crenza sometida ás mesmas leis que o resto de crenzas, poderemos abordar empiricamente a aparición do mal e a súa difusión na sociedade. Para comezar, Alexander defende a idea de que é fundamental comprender que a dimensión cultural da sociedade se organiza arredor dos conceptos do ben e do mal, non como entes separados senón complementarios. Por esta razón o mal debe ser codificado, narrado e incorporado en todas e cada unha das esferas da vida social –a familia, o mundo da ciencia, a relixión, a economía, o goberno, os grupos comunitarios e a sociedade global–coa fin de comprender o seu significado e prever os seus efectos devastadores. O mal, ao igual que o ben, segundo este autor, é unha definición social produto de determinadas circunstancias sociais. Como exemplo, Alexander esténdese pormenorizadamente na análise do Holocausto nazi, para mostrarnos como o discurso sobre tan horrendo e vergoñento episodio foi pasando dunha interpretación interesada dos aliados a ser un suceso cunhas consecuencias que fortalecen a crenza no ben e nun futuro mellor para a humanidade. A memoria do Holocausto cumpriría así a súa función de manter viva unha moral baseada en valores pretendidamente universais. En consecuencia, pode afirmarse que o mal debe ser tratado no mesmo plano que o ben, como un contra-valor que ao manifestarse non fai senón reforzar a crenza no ben social. En resumo, o ben e o mal son valores complementarios aínda que non equivalentes.

Pola nosa parte e ao fío desta argumentación sobre a funcionalidade do mal, vemos xustificada a idea de mostrar as vantaxes de considerar o mal como unha *crenza social* orientada a valores socialmente definidos e como parte importante da configuración da cultura. Esta perspectiva

lévanos ás mesmas ou parecidas conclusións que as de Alexander, pero contribúe, ao noso xuízo, a comprender mellor que o mal, como calquera outra crenza, está baseado en razóns e polo tanto é explicable en termos científico-rationais e empíricos. Esta orientación teórica pode facilitar unha explicación máis completa da propagación do mal e das súas raíces, precisamente porque o mal como crenza obedece a mesma lóxica que o resto das crenzas sociais. Ademais poderemos ver que este enfoque non entra en contradición coa maior parte das achegas empíricas (incluídas as experimentais) realizadas polas ciencias sociais e a psicoloxía.

A tradición aristotélica legounos unha idea do ben como valor orientado á comunidade fronte ao egoísmo que encarna o mal. A reflexión de Sócrates ao respecto é importante: obramos con maldade porque eliximos erradamente a nosa conduta. A maldade é o resultado dun defectuoso coñecemento do ben. En consecuencia, debemos redobrar os nosos esforzos en coñecer o ben, porque o mal só se produce por descoñecemento do ben. Esta preocupación de Sócrates pola definición do ben levou ás ciencias sociais a definir a cultura dunha sociedade como un conxunto de crenzas, normas e valores orientados ao ben da comunidade, o cal impediu, ou polo menos dificultou, a percepción de que o mal é un compoñente importante da cultura (Alexander, 2003); e que ademais este mal pode ser obxecto de valoracións positivas por amplos sectores da poboación. Debemos entender que a cultura tamén se compón de contravalores ou “*disvalues*” (Mukerjee, 1964) e que a cada valor se opón un anti-valor e a cada norma unha anti-norma (Alexander, 2003)

Este enfoque permite considerar o mal e a súa manifestación obxectiva, a maldade, como crenzas orientadas a valoracións, de modo que unha conduta inmoral ou malvada poda ser explicada en termos racionais, porque dela pode o autor obter beneficios ou vantaxes. Para isto é preciso enmarcar o mal e/ou a maldade no ámbito dos valores e as crenzas, o cal esixe algunhas precisións conceptuais previas sobre que entendemos por “crenzas”.

1 A maldade e o mal como crenzas

As crenzas son ideas acerca de como funcionan o mundo, as persoas e as cousas (Veira et al., 2010). Pódese crer que a orixe do mundo é unha creación de Deus ou que é produto dun “big-bang”; tamén podemos crer que os seres humanos son bos por natureza ou polo contrario que son malos de nacemento; ademais podemos crer que somos xoguetes do destino e que todo o que nos ocorre é produto dese destino xa escrito (fatalismo) ou podemos crer que a nosa sorte non está escrita senón que depende do noso esforzo e dos nosos actos; en fin, podemos crer que todo iría mellor se nos cinguimos aos consellos e ás tradicións dos nosos maiores ou que máis ben melloraríamos o noso futuro se adoptásemos actitudes innovadoras ou incluso transgresoras.

As crenzas teñen un impacto importante no comportamento e os valores; así, se estamos convencidos de que os seres humanos son malos por natureza ou son proclives a facer o mal en canto a ocasión o permita, é lóxico que admitamos a necesidade de dotarnos de institucións como a pena de morte, a cadea perpetua, o endurecemento das penas, o reforzamento policial, a disciplina escolar ou o control estrito sobre o traballo no taller e a discriminación social, co obxecto de erradicar ou prever a maldade. No caso oposto de que creamos na bondade natural das persoas, seremos máis partidarios da eliminación da pena de morte e da atenuación das penas en beneficio dunha política de reinserción laboral para os delincuentes, unha maior énfase na educación baseada na responsabilidade e a confianza individuais, unha maior autonomía no posto de traballo e dunha maior integración social que impida a discriminación.

Ambas as posturas responden a dúas concepcións antropolóxicas do ser humano: unha optimista, a crenza en que o ser humano é bo por natureza, e outra pesimista (ou realista para algúns) baseada na crenza de que o ser humano é malo por natureza. Na historia do pensamento social estas concepcións foron representadas por Rousseau e Hobbes respectivamente. Para o primeiro o ser humano é bo por natureza, só a sociedade o fai malo, mentres que para o segundo a inclinación ao mal forma parte da natureza humana (*homo homini lupus*).

Pero a crenza na maldade das persoas non adoita ser absoluta (no caso contrario, o crente tería que admitir que tamén el é malvado) senón que se atribúe a maldade a outros. Estes outros poden ser determinados sectores ou categorías de poboación, tal como historicamente sucedeu cos xudeus, cos negros ou cos primeiros cristiáns, por citar algúns exemplos. O noso propósito é mostrar que só se entendemos a xénese e natureza destas crenzas, así como o seu posterior desenvolvemento, podemos explicar a orixe de males tan horrendos como o xenocidio, o Holocausto ou a violencia redentora. Desde este punto de vista, a “crenza no mal” pode ser considerada unha variable preditora do desencadeamento da maldade. Esta hipótese foi corroborada por achegas empíricas, especialmente no campo da Psicoloxía.

“A crenza na maldade das persoas non adoita ser absoluta (no caso contrario, o crente tería que admitir que tamén el é malvado) senón que se atribúe a maldade a outros”

Pero, ¿de onde proveñen e como se propagan estas crenzas? En primeiro lugar debemos precisar cal é a natureza e a orixe das crenzas. As crenzas teñen a súa orixe en variadas fontes. Entre elas destacan a autoridade (por exemplo, os textos sagrados como a Biblia ou o Corán), o proceso de socialización (a transmisión de valores na escola e na familia principalmente), a experiencia (a escola da vida) ou o descubrimento científico.

En principio, podemos distinguir dous grandes grupos de crenzas: as *crenzas prescriptivas* ou normativas e as *crenzas descritivas* ou científicas. As primeiras son crenzas referidas a ideas sobre o que é xusto ou inxusto, bo ou malo, lexítimo ou ilexítimo e calquera outra que inclúa un criterio de valor moral. As segundas, as crenzas descritivas, son as derivadas de xuízos lóxicos ou empíricos propios do método científico: “2+2=4” ou “a terra é redonda”. O máis interesante é que as crenzas normativas, como a crenza na maldade das persoas, orixínanse e mantéñense seguindo pautas similares ás teorías científicas, é dicir, unha crenza cambia ou é substituída por outra cando aparecen novas evidencias ou razóns que apoian unha nova crenza (Boudon, 1995). Se as persoas manteñen un determinado tipo de crenzas, tanto normativas como científicas, é *porque teñen fortes razóns e argumentos para facelo, á vez que non existen no seu horizonte cognitivo outras razóns alternativas que poidan cuestionar aquelas crenzas*. Se un cre, por exemplo, que a terra é redonda, é porque ten argumentos e razóns que avalan esta idea e porque ademais non existe ningunha argumentación en contra que sexa plausible (nótese que durante séculos a humanidade creu que a terra era plana, polas mesmas razóns que agora cree que é redonda). As crenzas, tanto normativas como descritivas, están fundamentadas nas razóns aducidas de forma consciente ou inconsciente polos individuos e referendadas pola aprobación ou desaprobación social. Temos que engadir que para *o mantemento e transmisión dunha crenza, na maior parte dos casos, non é suficiente con ter boas razóns, é necesario ademais ter a convicción de que outros comparten e aproban a mesma crenza*. Nisto último reside a natureza social dos valores e as crenzas.

Existe ademais unha estreita conexión entre crenzas e valores. Un valor representa o grao de importancia e utilidade que se lle dá a algo no tocante a satisfacer unha necesidade humana. As crenzas contribúen á certeza ou á verosimilitude de que ese algo é valioso. En consecuencia, resulta útil saber en que grao está estendida a crenza na maldade humana, como se distribúe entre a poboación e cales son as “boas razóns” para mantela activa e compartida.

Por outra banda, a crenza na maldade implica definir un culpable –individual ou colectivo– e establecer un castigo. O mal sempre vai acompañado do concepto de culpa. Todas as teodiceas relixiosas contemplaron a atribución de culpabilidade. Sempre hai un culpable a quen sinalar e estigmatizar. As sociodiceas modernas tampouco exclúen a atribución de culpabilidade, só que neste caso a providencia ou a divindade non teñen nada que ver na cuestión e a culpa recaerá na propia sociedade.



Detalle da ilustración do libro “The Christian Year” de John Keble, 1874, Londres

2 | Aproximacións teóricas ao problema do mal e a súa xustificación. Teodicea e Sociodicea

As boas razóns que poden explicar o mal e a súa conseguinte xustificación foron proporcionadas inicialmente polas distintas relixións. A Teodicea é o exemplo máis notorio. Pode dicirse que xorde como resposta ao dilema exposto por Epicuro: se Deus é todo bondade e ademais é omnipotente, ¿por que permite que exista o mal? Dous grandes pensadores como Santo Agostiño e San Tomé argumentaron que o mal era necesario para que xorda o ben: Deus permitiu a “certas criaturas a ocasión de exercer a súa liberdade, aínda cando fora previsto que se inclinarían ao mal” (Leibniz, 2001: 14-15) Pola súa banda, Max Weber resumiu as razóns exhibidas polas distintas teodiceas relixiosas ao problema del mal, tipificándolas de acordo coas súas alegacións (Weber, 1997: 192 e ss.):

- a) Razóns escatolóxico-mesiánicas, que descansan na idea de que virá un Deus poñer orde no mundo. A “espera” implica a noción de pecado como quebra na lealdade e xorde así a idea do “máis alá”, onde xa non existirá o mal.
- b) O argumento do *Deus absconditus* baséase na idea de que as “razóns” de Deus son inescrutables e en consecuencia cobrarán forza as crenzas na providencia, a predestinación ou o karma, como resposta á explicación do mal.
- c) A crenza no dualismo dos deuses. Para moitas relixións antigas, como a relixión babilónica, o mandeísmo ou o maniqueísmo, a orixe do mundo débese á confrontación entre deuses malos e deuses bos. O mundo configúrase así na loita do ben contra o mal.

Actualmente, desde o punto de vista das ciencias sociais, a Teodicea non resulta o mellor método para abordar os problemas da orixe e da difusión do mal, entre outras razóns porque os seus presupostos son alleos a unha explicación racional e porque o importante proceso de secularización das sociedades modernas desde a Ilustración lexitimou a ciencia para indagar calquera fenómeno social sen necesidade de acudir ás crenzas relixiosas.

Con todo, é preciso recoñecer a importancia da Teodicea, pois foron as súas formulacións as que deron lugar á constitución da chamada Sociodicea. Esta Sociodicea non é máis que a versión mundana da Teodicea: trátase de xustificar o mal e o sufrimento humanos máis alá dos desígnios dun Deus ou unha natureza transcendentales (Ramos, 2012).

Esta Sociodicea ou Teodicea secularizada presenta polo menos dúas visións do mal social, unha ampla e outra máis restrinxida. No sentido máis amplo, a sociodicea é a “xustificación da sociedade tal cal, é dicir, a aceptación de que o mundo é así, e que esta é a súa orde natural e posible: sempre haberá pobres..., sempre desigualdade inxusta” (Giner, 2015: 25-26). Esta formulación foi asumida por unha boa parte do pensamento social europeo. Unha das teorías máis coñecidas que xurdiron ao calor desta visión ampla foi a Teoría da Alienación. Nada mellor que o seguinte texto de E. Becker (Becker, 1980: 210) para ilustrar este tipo de Sociodicea: “O século XX sufriu todos os males que podería padecer o home: o xenocidio de millóns de seres humanos, a guerra mundial recorrente, os motíns raciais e o odio, a fame e a miseria mundial das grandes masas. O panorama do futuro é case o mesmo: a guerra atómica, as revolucións violentas, a inanición das masas. Na nosa época vimos brotar o *demoníaco* en toda a súa magnitude e aprendemos por que xorde: o demoníaco preséntase cando o home é manipulado por vastas forzas impersoais que se atopan fóra do seu dominio e ás que el *contribúe* activamente e sen crítica. Por isto, cando o home moderno pon en movemento grandes institucións sociais, pero non ten un dominio crítico delas, as institucións toman o seu propio impulso; os que manexan as institucións vólvense como formigas que cumpren mecanicamente co seu deber e ninguén se atreve a cuestionar a rutina á que someten o home as institucións. Esta é a natureza demoníaca do mal social da nosa época”. Porén, é preciso sinalar que esta visión ampla, e en parte determinista, da xustificación do mal, non exclúe de todo o reformismo nin a posibilidade de paliar os males desencadeados pola autonomía das institucións.

A outra visión máis restrinxida da Sociodicea é a que acepta indagar sobre males específicos emendables ou extirpables, como por exemplo a violencia de xénero ou as taxas altas de delincuencia. En realidade, habería que concluír na existencia de moitas sociodiceas, como parte das distintas ideoloxías (Giner, 2015). Cada ideoloxía ten a súa particular sociodicea e, en consecuencia, expón respostas e solucións distintas, deixando o camiño aberto para unha metodoloxía científica máis acorde coa racionalidade científica e que posibilite unha teoría unificada sobre a maldade. Neste sentido podemos dicir que nos últimos anos se fixeron achegas importantes, tanto teóricas como empírico-experimentais, que permiten afrontar con optimismo o desexado obxectivo dunha teoría unificada sobre a orixe do mal e a súa propagación. Estas achegas, que ilustraremos con algúns exemplos, adoitan ter un denominador común: a importancia que para o desenvolvemento do mal ten a lóxica situacional ou o contexto social no que se enmarca.

3 Algunhas contribucións empíricas á explicación da maldade

Non é este o lugar para expoñer en detalle os numerosos experimentos levados a cabo -principalmente no campo da Psicoloxía Social- demostrando a fragilidade da vontade humana e a facilidade coa que a miúdo nos sometemos acriticamente ás ordes da autoridade ou do grupo co que nos identificamos, aínda sabendo o dano e sufrimento que poden producir aos demais. Experimentos como o de Milgram en 1961, demostrando que a “obediencia cega” a unha autoridade non é unha cuestión excepcional senón máis ben normal, ou o do coñecido por “A onda”, levado a cabo en 1967 polo profesor de instituto Ron Jones, demostrando que a disciplina e o orgullo de pertenza a un grupo anula o noso libre albedrío e fai que pensemos que o fascismo non é tan malo visto desde dentro, son valiosas contribucións. Nesta mesma liña tamén se pode citar o experimento realizado polo profesor de Psicoloxía Philip Zimbardo en 1971, pensado inicialmente para o estudo da conflictividade nos cárceres, demostrando finalmente que o poder corrompe ata o punto de que o noso comportamento pode contradicir as nosas habituais crenzas. Moitos outros estudos similares poderían mencionarse, pero para o noso propósito aquí abóndanos con saber que todos estes experimentos teñen un denominador común: as crenzas e os comportamentos humanos están fortemente condicionados pola autoridade e o medio social. En consecuencia, pode afirmarse que a racionalidade do mal derívase da definición social do mesmo e da súa aprobación social. Dito doutra maneira: “as boas razóns” para obrar mal proveñen do medio social e cobran forza se esas razóns son compartidas.

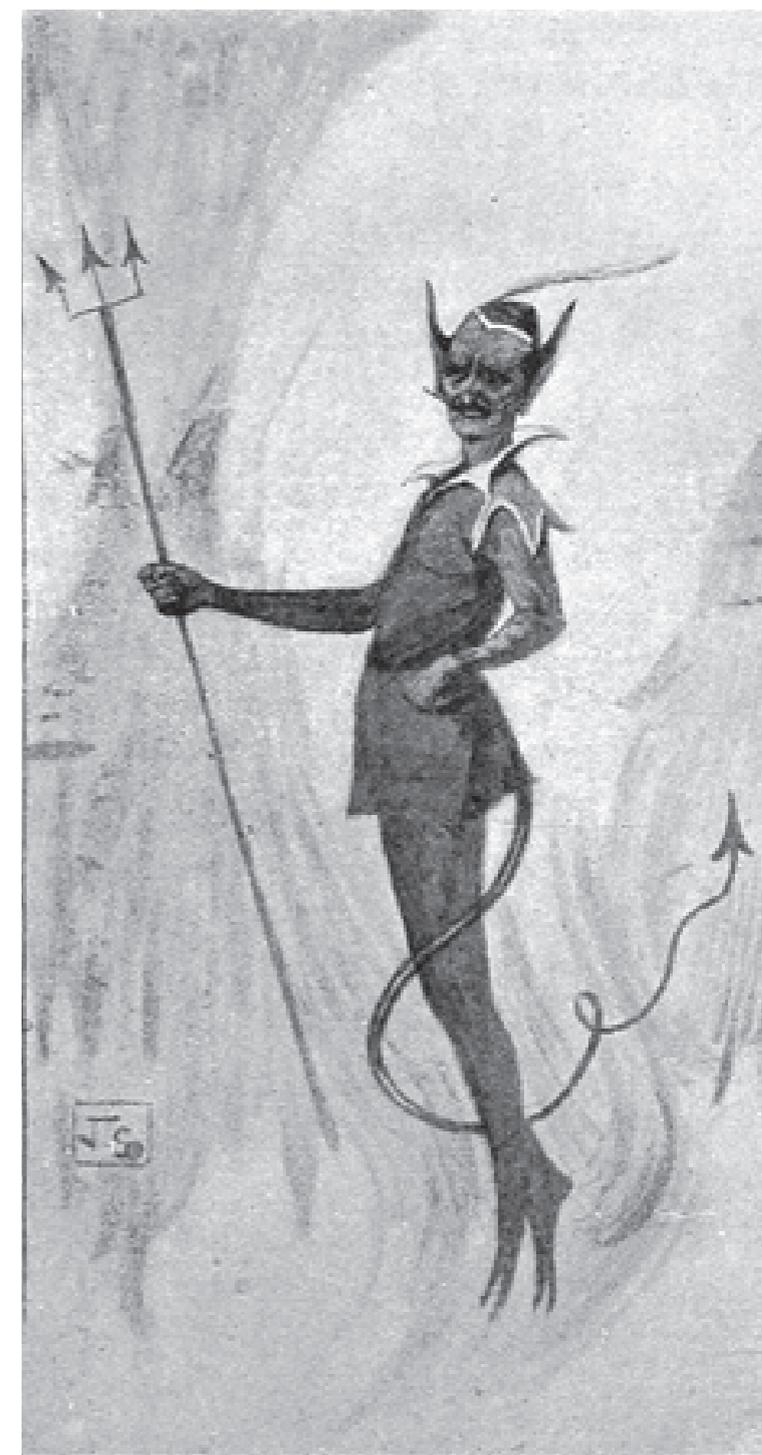


Ilustración do libro “A Ramble round the Globe ...” de Thomas Robert Dewar, 1894, Londres

A controvertida teoría da “banalidade do mal” de Hanna Arendt (Arendt, 1964) para explicar o horror do Holocausto é validada en gran parte por estas achegas empírico-experimentais. Tamén a Teoría da Alienación –mencionada máis arriba– encaixa en parte con esta visión dun ser humano, como no caso de A. Eichman, sometido ás forzas das institucións (autoridades) e do contexto social. Arendt insistiu en que Eichman non debería ser considerado como un ser radicalmente malo, senón como un burócrata calquera sen pensamento propio e un “crente” no movemento nazi que el tanto admiraba. Na visión de Arendt do mal social, como unha enorme maquinaria burocrática que deixa pouco espazo para o exercicio do libre albedrío, teñen un papel importante as crenzas que, neste caso, foron as da ideoloxía nazi. E é este aspecto o que nos interesa aquí, deixando de lado as numerosas críticas a súa posición, en aparencia exculpatoria do criminal nazi, por non deterse dabondo a examinar a personalidade do propio Eichman (Roth, 2015). Desde un punto de vista sociolóxico, o máis interesante –á vez que inqueda– da “banalidade do mal” é que este concepto suxire a idea de que calquera persoa “normal” pode ver subvertidas as súas crenzas e o seu sistema de valores e, en consecuencia, chegar a contemplar o mal (por exemplo, a violencia redentora, capaz de salvar o mundo) como un valor necesario para conseguir un ben ulterior.

A utilización dos conceptos do “ben e o mal” para xustificar a “violencia redentora”, entendida esta como unha medida necesaria para erradicar o mal do mundo, foi unha constante histórica para desacreditar o inimigo potencial ou imaxinario. A violencia redentora xorde e propágase cando un grupo comparte a *crenza* de que outro grupo ou categoría de persoas simbolizan o mal que é necesario exterminar. A teoría do “chibo expiatorio” explica moi ben a atribución do mal a un suxeito –individual ou colectivo– e que polo tanto debe ser eliminado. E é que a crenza no mal leva sempre unha atribución concreta da culpa; esta atribución da culpa é resolta sinalando un “chibo expiatorio”.

Por outra banda, a importancia das crenzas no ben e o mal e a súa relación coas actitudes de apoio ou rexeitamento ás políticas de violencia ou non violencia en contextos de conflitos intergrupais tamén foi en parte demostrada. Catro estudos levados a cabo polas profesoras Maggie Campbell e Johanna R. Vollhardt así o testemuñan (Campbell & Vollhardt, 2014). Os achados indicaron que as persoas cunha forte crenza na maldade humana son moito máis proclives a apoiar políticas violentas que as que cren na bondade das persoas. A investigación mostrou ademais que esta correlación entre crenza na maldade e apoio á violencia redentora é independente das características sociodemográficas dos suxeitos entrevistados.

Aínda que as propias autoras recoñecen os límites da investigación levada a cabo –en especial o carácter non representativo das mostras utilizadas– é indubidable que a correlación encontrada abre unha vía interesante de investigación. Resultará esclarecedor saber o grao de difusión da crenza na maldade humana nas distintas sociedades e contrastalo co apoio dado á idea da violencia redentora.

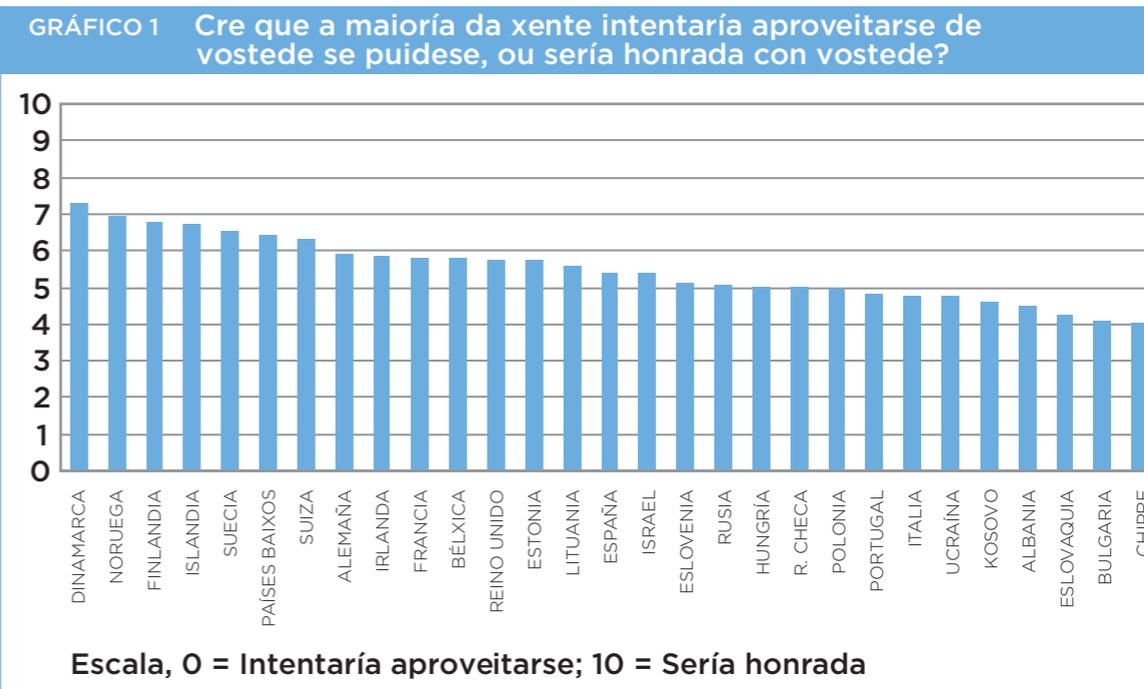
“Calquera persoa “normal” pode ver subvertidas as súas crenzas e o seu sistema de valores e, en consecuencia, chegar a contemplar o mal como un valor necesario para conseguir un ben ulterior”

4 Importancia da atribución de culpabilidade para a perspectiva social

O grao de difusión da crenza na maldade pódese medir, de forma exploratoria, utilizando datos como os recollidos na European Social Survey (Norwegian, Social Science Data Services, & ERIC., 2012). Nesta base de datos formúlase unha pregunta nos seguintes termos: *¿cre que a maioría da xente intentaría aproveitarse de vostede se puidese, ou que sería honrada con vostede?* A resposta a esta pregunta ofrece unha escala de 0-10, onde 0 significa crer que a xente se aproveitaría dun, mentres que 10 significa que sería honesta. Aínda que a pregunta non fai referencia explícita á maldade, é indubidable que das respostas comprendidas entre 0-4 podemos inferir unha opinión máis ben negativa da natureza humana no seu sentido *hobbesiano*, comentado máis arriba.

No Gráfico nº 1 poden observarse diferenzas significativas entre os países comprendidos na mostra. As razóns poden ser moi variadas e de difícil interpretación, dado que interveñen variables de toda índole, desde culturais ata estruturais, e polo tanto inabordables nun artigo como este. Pero, para o noso propósito, deben resaltarse dous aspectos: o primeiro é que nos países nórdicos existe unha menor difusión da crenza na maldade, medida en termos de desconfianza do próximo, que no resto dos países; e o segundo é que a media de todos os países é 5,50 sobre 10, o cal significa que case a metade da poboación europea aproximadamente comparte a crenza na maldade das persoas. Algúns países (os 9 da dereita no gráfico) incluso se sitúan por debaixo dos 5 puntos.

Este dato é importante para comprender que a crenza no mal non só pode chegar a ser maioritaria en determinadas circunstancias senón que é unha crenza amplamente compartida. Polo menos, tanto como a crenza na bondade das persoas. Isto reforza a idea de que a sociedade non está só configurada en torno ao ben, senón que a definición do mal é tamén parte importante da estrutura social. Por esta razón, o mal debe ser codificado e construído socialmente de maneira inequívoca para saber en que consiste o ben. En todos os países mostrados no gráfico, a crenza na maldade das persoas está amplamente difundida. Non obstante, esta significativa difusión da crenza no mal non impide as diferenzas en canto



Fonte: *European Social Survey. Round 6. Ano 2012. Elaboración propia.*

á atribución de culpabilidade segundo os casos. De aí a importancia de coñecer como se distribúe a culpa na opinión pública.

A investigación sobre a “variable” atribución de culpabilidade é tan importante como a crenza mesma. A atribución de culpabilidade implica tamén unha crenza: se existe un mal é preciso buscar un culpable. Segundo Alexander, as sociedades constrúen o mal de forma que poida haber un castigo e isto implica un culpable. É así como xorde o fenómeno do “chibo expiatorio”, é dicir, dun suxeito, individual ou colectivo, ao que se lle imputan os males que sofre a sociedade.

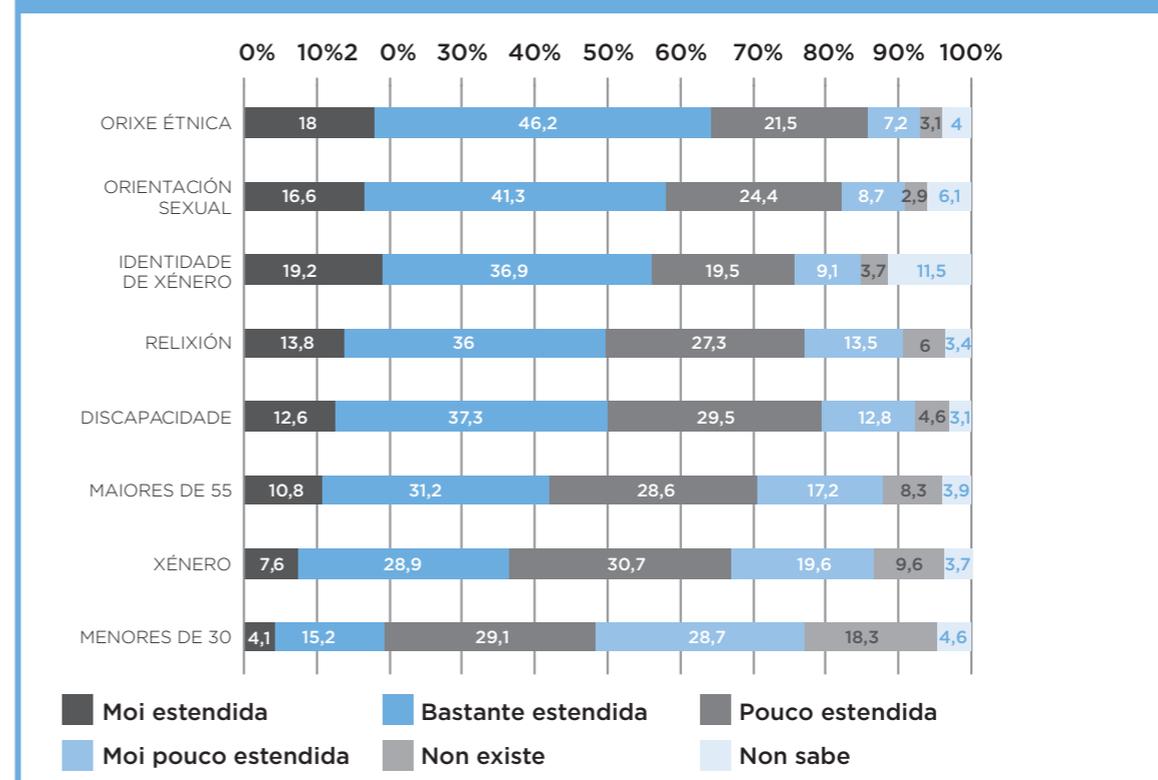
Existen datos que permiten coñecer cales son os grupos ou categorías de persoas con maior risco de ser imputados. Normalmente encontrámoslos nas estatísticas sobre discriminación. A discriminación non é unha variable que mida exactamente a atribución de culpabilidade, pero pode ser utilizada como variable *proxy* para o propósito exploratorio deste artigo.

No Gráfico 2 móstranse os datos relativos á crenza no grao de difusión da discriminación manifestada polos entrevistados, segundo o motivo da mesma. Non incluímos as diferenzas por países por razóns obvias de espazo. Pero aínda así resulta ilustrativo ver a alta propagación da discriminación na UE, a pesar de gozar dun dos sistemas máis democráticos e tolerantes do mundo.

A discriminación por orixe étnica ocupa o primeiro lugar da escala, cun 64% entre os que opinan que está moi ou bastante estendida no seu país, seguida da orientación sexual (57,9) e da identidade de xénero (56,1). Non nos é posible analizar aquí as diferenzas que existen entre países por razóns de espazo, pero podemos concluír que detrás destas cifras está a ameaza do mal da xenofobia, o racismo e a discriminación de certas minorías, que non fai tanto tempo assolou Europa.

Nos últimos anos asistimos a un rexurdimento destas actitudes que xa creramos superadas. Sen dúbida a crise económica e o problema dos refuxiados fixeron aflorar de novo na vella Europa os demos esquecidos, a desconfianza e a busca de novos chibos expiatorios. Será importante seguir a evolución dos datos da discriminación social a curto prazo, para saber se estamos ante un fenómeno conxuntural ou de máis longo alcance.

GRÁFICO 2 Percepción do grao de difusión de discriminación segundo:



Fonte: Eurobarómetro: *Special Eurobarometer 437. Discrimination in the EU in 2015. Elaboración propia.*

5 Reflexións finais

De acordo co dito máis arriba, o ben e o mal son complementarios, aínda que non equivalentes. Mandeville, o autor de *A fábula das abellas ou os vicios privados fan a prosperidade pública* deixou bastante claro que do mal tamén cabe esperar o ben. Esta consideración non é soamente unha ironía ou un paradoxo, senón que nos indica a natureza dual da civilización (Mandeville, 1997). Por outra banda, o sufrimento producido polo mal forma parte do proceso de humanización histórica e é unha condición da civilización. O feito de que deostemos e rexeitemos vivamente a maldade non impide a existencia da mesma. Ao sumo podemos aspirar a reduci-la a límites tolerables.

Esta consideración do mal ou da maldade como un valor social non implica de ningún modo a súa xustificación ou exoneración, senón un recoñecemento de que somos capaces de valorar o mal en si mesmo como un ben ou unha necesidade. Este recoñecemento proporciona unha perspectiva máis ampla para entender e explicar o mal. O mal como valor, ou como contravalor, xurdiu e propagouse en innumerables ocasións. Na súa Teoría da Banalidade do Mal, Hanna Arendt adopta esta perspectiva de entender o mal, ao considerar que se A. Eichman obedeceu ordes criminais como un dilixente burócrata foi debido a súa posición social e a que era un “believer” nazi. É indubidable que detrás da dilixencia burocrática de Eichman existían aspiracións de ascenso e que o eficaz cumprimento das ordes lle resultaba gratificante. Podemos afirmar entón que a maldade é unha combinación de crenzas e lóxica situacional que permite a inversión de valores: xorde así a violencia redentora ou o mal como algo necesario para salvar o mundo. A investigación empírica do mal e a maldade humanas debería contribuír a evitar o desenvolvemento de situacións nas que os contravalores se impoñan, tanto individual como colectivamente, aos valores orientados ao ben social. As experiencias históricas do mal e as súas narrativas poden servir de complemento eficaz ás investigacións empíricas. Por desgraza, estas últimas aínda son escasas e incompletas. Porén, nos últimos anos, moitos países comezaron a recoller datos baixo o rótulo de “estadísticas do odio” que permiten albergar algunha esperanza dun futuro mellor neste campo de estudo. Estas estadísticas do odio, aínda moi incompletas e de difícil comparabilidade entre países, poderían botar luz sobre os procesos polos cales se propaga a atribución de culpabilidade a determinadas persoas, grupos ou categorías sociais.

Mentres tanto, os datos sobre discriminación poden servir ao propósito de identificar grupos e categorías de poboación en risco. Unha correcta interpretación da crenza no mal -baseada nas razóns, boas razóns no sentido que demos aquí ao termo, de acordo con Boudon- debe levar aparellada a atribución de culpabilidade principalmente por parte de aqueles que cren na maldade. A comprensión e explicación desas “boas razóns” son a clave para entender o mal como crenza. A adhesión ao ben que tanto propugnan os moralistas só é posible se dispoñemos dunha correcta definición do mal. O mal sinálanos o camiño para entender mellor o ben.

“Xorde así a violencia redentora ou o mal como algo necesario para salvar o mundo”

É VOSTEDE UN PSICÓPATA... ADAPTADO? PARAFRASEANDO A JON RONSON

Mercedes Castro Bal

PSICÓLOGA CLÍNICA UNIDADE DE ALCOHOLISMO,
EOXI LUGO-CERVO-MONFORTE

✉ mercedes.castro.bal@sergas.es

RESUMO: A pesar de que a psicopatía é un dos cadros sintomáticos máis amplamente estudados, aínda existen confusións e dúbidas entre os profesionais (e moito máis entre os profanos) de se é o mesmo, ou non, que a sociopatía ou o trastorno de personalidade antisocial.

No que si están de acordo a maioría dos investigadores é que a psicopatía ten raíces biolóxicas e en que non se observa deterioración da intelixencia nin na capacidade de analizar teoricamente as distintas situacións.

A Psychopathic Checklist-R de Robert Hare permite discriminar os psicópatas adaptados dos que contan con historia antisocial e da personalidade antisocial.

Que haxa profesionais psicópatas socialmente aceptados e mesmo altamente valorados é o que leva a algúns autores a considerar que a psicopatía adaptada pode ser beneficiosa e aproveitáble a nivel social; para outros non hai nada aproveitáble.

PALABRAS CLAVE: Psicópata adaptado. Sociópata. Personalidade antisocial. Empatía. Medio ambiente.

ABSTRACT: While the psychopathy is one of the disorders more widely studied, there are still confusions and doubts among the professional (and there are much more doubts between the profane) of if is it same, or not, that the sociopathy or the antisocial personality disorder. Nevertheless, most of the researchers are agree about psychopathy's biological roots and in the absence of intelligence deterioration or in the ability to analyze different situations theoretically.

The Psychopathic Checklist-R of Robert Hare can discriminate against adapted psychopaths or subjects with an antisocial history and antisocial personality.

The fact that there are professional psychopaths socially accepted and even highly-valued, is leading some authors to consider that adapted psychopathy may be beneficial and usable at the social level; for others there is nothing usable.

KEY WORDS: Psychopath adapted. Sociopath. Antisocial Personality. Empathy. Environment.

SUMARIO:

- 1 Introducción.
- 2 Psicopatía, sociopatía e trastorno de personalidade antisocial.
- 3 Tipos de psicópatas.
- 4 O psicópata adaptado-integrado-subclínico.
- 5 Algúns exemplos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Alba Robles, J.L. (2012): "La psicopatía en el siglo XXI. Apuntes para la reflexión". *Criminología y justicia*, 3, (18-24).

Boddy, C.R. (2011): "The Corporate Psychopaths Theory of the Global Financial Crisis".

J Bus Ethics, 102 (255-259).

Cerdán, M. (5 de decembro de 2005) "Cazamos al espía Paesa", *Interviú* recuperado de www.interviu.es.

Cleckley, E.S. (1988): "The Mask of Sanity: an attempt to clarify some issues about the so called Psychopathic Personality". Georgia: private printing.

Comins Mingol, I (2013) PINKER, Steven, Los ángeles que llevamos dentro. El declive de la violencia y sus implicaciones, Barcelona: Paidós, 2012. *Δαιμόνιον*. Revista Internacional de Filosofía, 59, 209-210.

Diccionario de la lengua española. <http://www.rae.es/>

Dutton, K. (2013) : *La sabiduría de los psicópatas*. Barcelona: Ariel.

Garrido, V. (2002): *El tratamiento del psicópata*. Psicothema. 14, Spl. (181-189).

Garrido, V., e Sobral, J. (2008). *La investigación criminal. La psicología aplicada al descubrimiento, captura y condena de los criminales*. Barcelona: Nabla Ediciones.

Garrido, V. (2011): *Cara a cara con el psicópata*. Barcelona: Grupo Planeta.

Garrido, V. (2000): *El psicópata. Un camaleón en la sociedad actual*. Barcelona: Algar.

González J.A. (26 de setembro de 2014) "A sus órdenes Señor Psicópata", *20 minutos* recuperado de www.20minutos.es

Hare, R. D., & Vertommen, H. (1991). The Hare psychopathy checklist-revised. Multi-Health Systems, Incorporated.

Hare, R.D. (2003) *Sin conciencia: el inquietante grupo de los psicópatas que nos rodean*. Barcelona: Grupo Planeta.

Laak, J. (1996): "Las cinco grandes dimensiones de la personalidad". *Revista de Psicología de la PUCP*; XIV.(2), 129-181.

Liliefeld, S.O.; Watts, A. (2016): "Not all psychopaths are criminals - some psychopathic traits are actually linked to success" *The Conversation*, recuperado de: <http://theconversation.com/not-all-psychopaths-are-criminals-some-psychopathic-traits-are-actually-linked-to-success-51282>

Marietán, H. (Febrero-Marzo de 2000): "Personalidades psicopáticas". Ponencia presentada no I Congreso Virtual de Psiquiatría, recuperado de https://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa33/conferencias/33_ci_a.htm.

Millon, T. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.

Pulido, N. (20 de xaneiro de 2002) "Nadie puede huir de Picasso; yo nunca lo conseguí", *ABC* recuperado de www.abc.es.

Rius Saenz, C. (2003): "Psicopatía y política". *Epsys, Revista de psicología y humanidades*, recuperado de: http://www.eepsys.com/cs/arti/2003_04.htm

Ronson, J. (2011): "¿Es usted un psicópata?" Editor digital: Trivillus

Schneider, K. (1980): "Las personalidades psicopáticas" Madrid: Morata.

Neil Arsmstrong, (s.f.) Recuperado el 7 de junio de 2016 de https://es.wikipedia.org/wiki/Neil_Armstrong

Albert J. Dunlap (s.f.) Recuperado el 7 de junio de 2016 de https://en.wikipedia.org/wiki/Albert_J._Dunlap

Luis Roldán (s.f.) Recuperado el 20 de junio de 2016 de https://es.wikipedia.org/wiki/Luis_Rold%C3%A1n

Francisco Paesa (s.f.) Recuperado el 20 de junio de 2016 de https://es.wikipedia.org/wiki/Francisco_Paesa

1 | Introducción

A psicopatía vén acompañando o ser humano desde as súas orixes. Pasaron moitos anos desde que Philippe Pinel (1745-1826) a describise como unha forma de tolemia, sen o déficit cognitivo, pero con danos graves na capacidade afectiva. Desde entón ata a actualidade, tratouse de conceptualizar o termo e establecer que características diferenciarían a psicopatía doutros trastornos de personalidade. Schneider (1923) sinalou que os psicópatas non só se achaban nas prisións e centros psiquiátricos, senón en toda a sociedade, e que moitas veces eran persoas que tiñan éxito nos negocios e na vida social, ostentando mesmo posicións de poder na política. Cleckley (1941) foi quen mellor definiu os trazos esenciais do psicópata e nos que se baseou Hare (1991) para crear a súa Escala de Valoración da Psicopatía revisada, referente do mundo científico para o diagnóstico da psicopatía.

Non debemos tampouco esquecer as achegas de Galton (1884), de Allport e Odbert (1936), Cattell (1943) ou Goldberg (1981), que deron lugar á teoría da personalidade dos Cinco Grandes; nin de Costa e McCrae (1985) que construíron o NEO PI (Inventario de personalidade).

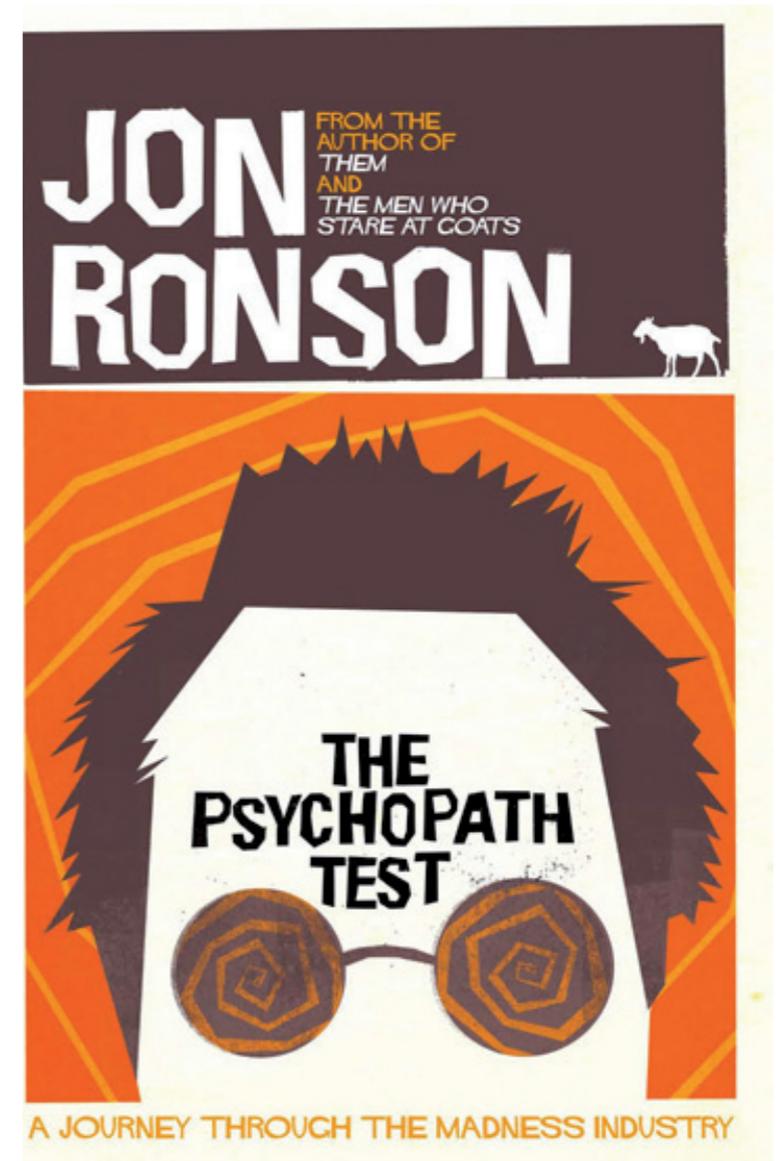
Moitos profesionais foron encomiados por uns e criticados por outros na elaboración das súas teorías, pero contribuíron de forma innegable a entender o mundo da psicopatía. Autores como Kurt Schneider, Hervey Cleckley, Theodore Millon ou Robert Hare son de obrigada lectura.

Desde 1992 a Organización Mundial da Saúde deixou de considerar a psicopatía como enfermidade mental. A pesar de que é un dos cadros sintomáticos máis amplamente estudados, non existen criterios para ela nos actuais manuais diagnósticos DSM ou CIE; aínda que comparte criterios co trastorno antisocial da personalidade, este leva impulsos agresivos e tendencias delituosas que os grandes psicópatas non sempre comparten, e deixa de lado os trazos de personalidade que si a definen.

Conta o xornalista Jon Ronson no seu libro *¿Es usted un psicópata?* que David Shafer, membro da comisión xestora do DSM-5, díxolle que estaban cavilando en cambiar o nome de trastorno antisocial da personalidade e que alguén propuxo que o chamasen Síndrome de Hare, pero vese que non prosperou.

A día de hoxe, persiste a confusión entre psicopatía e trastorno antisocial da personalidade, ou se un sociópata é o mesmo que un psicópata ou non. E estas confusións increméntanse cando falamos de psicópatas adaptados. Corruptos, ladróns, sociópatas e psicópatas son adxectivos que se usan como sinónimos cando se fala, en ocasións, de políticos e banqueiros.

Ao longo deste artigo imos ir vendo algúns autores, estudosos do tema, para ver se podemos contribuir á súa diferenciación; tamén veremos exemplos de famosos psicópatas adaptados ou súper adaptados para axudarnos niso. A elección de autores e de exemplos está totalmente nesgada en función das miñas preferencias, a miña práctica clínica e as miñas vivencias persoais.



Portada do libro "The Psychopath Test: A Journey Through the Madness Industry" de Jon Ronson, 2011, Reino Unido. Fonte: Wikipedia

2 | Psicopatía, sociopatía e trastorno de personalidade antisocial

“Un sociópata compórtase mal porque o criaron así. Quizá ten algo en contra da sociedade. Eu non teño nada en contra. Non gardo ningunha hostilidade.

Eu son como son. Si, creo que son un psicópata”

(Entrevista a un delincuente en Hare, 2003).

O trastorno de personalidade antisocial refírese, fundamentalmente, a un grupo de condutas delituosas e antisociais. A maioría dos criminais cumpren os criterios para tal diagnóstico.

A psicopatía defínese, en cambio, por un conxunto de trazos da personalidade e de condutas socialmente desviadas. A maioría dos criminais non son psicópatas e moitos dos suxeitos que conseguen vivir á marxe da lei evitando o cárcere, si o son.

A psicopatía é un cadro sintomático, tradicionalmente definido por un conxunto de características interpersoais, afectivas e referentes ao estilo de vida. A nivel interpersoal, os psicópatas teñen un concepto grandioso de autovalía, son arrogantes, crueis, dominantes, superficiais e manipuladores. A nivel afectivo, caracterízanse por ser facilmente irritables, incapaces de formar vínculos emocionais fortes e incapaces de experimentar empatía, sentimentos de culpa ou ansiedade profundos. Estas características interpersoais e afectivas están asociadas a un estilo de vida socialmente desviado e inestable que inclúe comportamentos irresponsables e impulsivos, así como unha tendencia para ignorar e violar calquera tipo de convención social ou costume.

Os investigadores están de acordo, en xeral, en que a psicopatía ten raíces biolóxicas, unha predisposición que pasa por un sistema nervioso que non acaba de funcionar ben. As hipóteses máis importantes pasan polo lóbulo prefrontal e a amígdala. Con todo, non observan deterioración na súa intelixencia nin na súa capacidade de analizar teoricamente as distintas situacións. Para H. Cleckley (1941) son persoas nas que non se pode confiar; o seu razoamento lóxico parece intacto, pero o seu comportamento resulta impulsivo e é dirixido, non polo que o suxeito é

capaz de explicar a priori do que é máis apropiado ou se debería facer, senón por aquilo que lle apetece, polo seu estado de ánimo, por un desexo de satisfacción inmediata dos seus desexos.

Cleckley mantiña que os baixos niveis de ansiedade constituían un dos trazos máis auténticos do psicópata.

O termo sociópata empezárono a utilizar algúns clínicos e investigadores, así como a maioría dos sociólogos e criminólogos, debido a que o termo psicópata creaba confusión co termo psicótico. A palabra psicopatía provén de psique (mente) e pathos (doenza, afección), ou sexa, enfermidade mental, sendo esta a primeira acepción que atopamos no dicionario da Real Academia Española a día de hoxe.

Os que consideran que a síndrome está forxada de maneira total por factores sociais ou experiencias infantís, prefiren o termo sociopatía, mentres que os que entenden que tamén contribúen elementos biolóxicos, psicolóxicos e xenéticos, usan o termo psicopatía. Para Vicente Garrido (2011) sociópata é a persoa capaz de realizar actos psicopáticos sen que teñan unha personalidade psicopática de nacemento, senón que a adquiriu por brutalidade e ignorancia en interacción con aspectos do seu temperamento.

En canto á porcentaxe de psicópatas respecto da poboación xeral, parece que oscila entre o 1% (Hare, 1991) e o 3% (Marietán, 2012), segundo que fontes se consulten. O mesmo ocorre cando vemos a proporción homes/mulleres, sendo para Garrido (2008) de 5 a 1 e para Marietán (2012) de 3 a 1. En calquera caso, o feito de que haxa maioría de homes é o que leva a falar, en xeral, de “o psicópata”.

3 Tipos de psicópatas

Harvey Cleckley, grande impulsor moderno do estudo da psicopatía, centrou a súa investigación, principalmente, en xente de clase media, polo que non se correspondían coa subcultura criminal. Isto levoulle a prestar pouca importancia aos aspectos máis crueis e sádicos do seu comportamento. Robert Hare, pola contra, realizou a súa investigación en cárceres; recolleu os ensinamentos de Cleckley e engadiu diferentes ítems que serven para caracterizar a personalidade antisocial. Dese modo crea a Psychopathic Checklist (PCL), a proba de maior apoio empírico para discriminar aos psicópatas cun estilo de vida antisocial.

O PCL-R (Hare, 1991) consta de dous factores con 17 ítems e 3 ítems adicionais que non saturan en ningún factor (táboa 1).

Separar estes dous factores permítenos detectar os psicópatas integrados, cun escaso factor II, e diferenciar a personalidade antisocial, con baixo factor I, do psicópata con historia antisocial, que puntuaría alto en ambos os factores.

A psicopatía é unha maneira de ser afastada da norma, entendendo norma como concepto estatístico. Hare considera que un 1% da poboación é psicópata, sendo a versión asasino unha minoría.

O psicópata non sempre se comporta como tal; só cando actúa psicopaticamente pódesele recoñecer. Hai nos con éxito social e hai nos marxinais, pero a maior parte pasan desapercibidos salvo no ámbito privado.

Gran parte dos investigadores actuais expoñen a distinción de dous tipos de psicópatas en función da súa orixe:

O **psicópata primario ou puro**, que sería o que nace cunha tendencia innata cara á manipulación e á explotación dos demais. Non necesitarían dun medio ambiente insán para manifestar un comportamento violento ou cruel, que só podería ser neutralizado mediante unha educación e un control moi intensos que o empurrase cara ao autocontrol e ao acatamento de normas.

Táboa 1 Factores PCL-R (Hare, 1991):

FACTOR I	FACTOR II	ITEMS ADICIONAIS
Locuacidade Encanto superficial	Necesidade de estimulación Tendencia ao aburrimiento	Promiscuidade sexual
Grandiosidade do eu	Estilo de vida parasito	Moitas relacións matrimoniais curtas
Mentira patolóxica	Deficiente autocontrol	Versatilidade delituosa
Manipulación	Problemas precoces de conduta	
Falta de remorsos	Ausencia de metas realistas a longo prazo	
Insensibilidade Falta de empatía	Irresponsabilidade	
Incapacidade de responsabilizarse dos seus actos	Delincuencia xuvenil	
	Revogación de liberdade condicional	

O **psicópata con menor tendencia cara á violencia**, ao que un medio de crianza pouco saudable alentaría o potencial co que xa contaba.

A importancia da predisposición á psicopatía vén dada polo feito de que só moi poucos dos nenos que sofren malos tratos e que medran en zonas marxinais da sociedade son capaces de realizar actos criminais brutais e de encarnizamento.

En 2011 Kevin Dutton, psicólogo londiniense, pregúntalle a Hare se cre que, vendo a sociedade moderna de hoxe en día, estamos a volvernos máis psicopáticos, ao que Hare contestou que en xeral si e que se se buscan probas de que a sociedade se está volvendo máis psicopática, o recente auxe da criminalidade feminina resulta especialmente revelador.

Con todo, o psicólogo Steven Pinker (2012) afirma que a violencia actualmente está en declive, e que o motivo de que crimes horribles ocupen as portadas dos nosos xornais é porque non son habituais.

“A maioría dos psicópatas non son criminais, senón que están integrados. Aínda que unha porcentaxe deles si son delincuentes ocultos a maioría conta cunha boa imaxe social”

4 O psicópata adaptado-integrado-subclínico

O psicópata integrado socialmente (tamén chamado adaptado e subclínico) é mentireiro e manipulador, simula acharse integrado no seu medio social e establecer boas relacións cos demais e, a miúdo, só se coñece a súa natureza a través das consecuencias dos seus actos, cando estes son descubertos ou alcanzan notoria transcendencia.

O psicópata cotián é moi difícil de detectar porque manexa os códigos sociais moi ben e mostra unha imaxe social aceptable. Poden permanecer na sombra moitos anos ou toda a súa vida.

Para Garrido (2011) moitos dos chamados psicópatas integrados teñen unha orixe fundamentalmente xenética que, ao ter unha boa educación e medios para estudar e debido a que a súa compulsión para a violencia non é abafadora, poden canalizar a súa personalidade cara ao ámbito privado, familiar e profesional. A diferenza dos sociópatas e dos psicópatas criminais, aprenderían a ser pacientes para determinadas ocasións e adquirirían un nivel de autocontrol. Cando descargan o seu desexo de dominio de modo violento e brutal é porque saben que poden facelo. Estes casos teñen unha orixe temperamental e a súa educación limita o que noutros ambientes daría como resultado un delincuente reincidente e perigoso.

A maioría dos psicópatas non son criminais, senón que están integrados. Aínda que unha porcentaxe deles si son delincuentes ocultos (maltratadores, acosadores, estafadores, políticos, profesionais corruptos, etc.), a maioría conta cunha boa imaxe social.

Dutton (2013) quixo saber que profesión era a máis psicopática e cal era a menos no Reino Unido. Para iso realizou unha investigación na que os participantes se dirixían á súa páxina web onde completaban a escala Levenson (escala multidimensional de *locus* de control) auto cumprimentada, e estes foron os seus resultados (táboa 2).

Para Robert Hare, a causa da inxustiza económica salvaxe, das guerras brutais e da crueldade empresarial diaria está nos psicópatas:

“Non debería de ter realizado toda a miña investigación en cárceres (...) debería de verme pasado un tempo na Bolsa tamén”. “Os asasinados en serie destrúen familias. Os psicópatas corporativos, políticos e relixiosos destrúen economías e sociedades enteiras” (Ronson, J., 2011).

No mundo das finanzas, a cobiza e a corrupción sempre existiron, pero parece que nos últimos tempos a fraude e o desfalco de toda a vida agora non teñen precedentes. Para Clive R. Boddy (2011), profesor na Middlesex University Business School de Londres, os psicópatas teñen a culpa da crise financeira global; aproveítanse dos cambios rápidos, das renovacións constantes e da alta rotación do persoal nas empresas modernas para abrirse camiño mediante unha combinación de carisma persoal, extraversión e encanto, alcanzando postos directivos nas principais institucións financeiras, sendo capaces de influír no clima moral de toda a organización e ostentar un poder considerable, perseguindo o seu propio enriquecemento e engrandecemento e abandonando o concepto de nobreza, igualdade, imparcialidade ou calquera idea de responsabilidade social da empresa.

Segundo Ronson, canto máis se ascende na escala social maior será o número de psicópatas que nos atopemos.

Táboa 2 Clasificación de profesións polo grao de Psicopatía (Dutton, 2013)

+ PSICOPATÍA	- PSICOPATÍA
Director executivo	Coidador
Avogado	Enfermeiro
Medios de comunicación (TV/radio)	Terapeuta
Vendedor	Artesán
Ciruxán	Esteticista/estilista
Xornalista	Traballador social
Oficial de policía	Profesor
Clero	Artista creativo
Cociñeiro	Médico
Funcionario	Contable

5 Algúns exemplos

Hare asegura que non se pode realizar un diagnóstico de psicopatía sen pasarlle ao individuo en cuestión o PCL-R. De non facelo, só se podería falar de trazos psicopáticos ou de comportamentos psicopáticos, pero nada máis. Aténdonos a eses trazos e/ou eses comportamentos, existen defensores de que a psicopatía pode ser beneficiosa e proveitable a nivel social.

Sen entrar nun posicionamento da favor ou en contra, imos ver algúns casos que nos sirvan de exemplo de “psicópatas adaptados”. Dubido que a todos se lles administrase o PCL-R de Hare, pero aparecen na bibliografía como psicópatas, posibles psicópatas ou con comportamentos psicopáticos.

James Geraghty, brillante neurocirurxián do Reino Unido: *“Non sinto compaixón por aqueles a quen opero. Ese é un luxo que, sinxelamente, non me podo permitir. No quirófano transfórmome: son como unha máquina fría e sen corazón, fágome un co escalpelo, tradeo e serro. Cando estás a atallar e enganando a morte por riba das neves perpetuas do cerebro, os sentimentos non son adecuados. A emoción é entropía e vai mal para o negocio. Ao longo dos anos fun acalándoa ata extinguíla”* (Dutton, 2013).

Neil Armstrong, astronauta e o primeiro home que pisou a lúa, e Buzz Aldrin buscaban unha zona segura para a aluaxe, polo que Armstrong tomou o control manual. O tempo ía pasando e o combustible íase esgotando, polo que lle dixo a Aldrin que convertese en segundos a cantidade de combustible que quedaba e que empezase a conta atrás. Cando apenas faltaban 10 segundos, realizou unha aluaxe perfecta no único claro que había en quilómetros á redonda mentres o seu pulso apenas se viu alterado, segundo informouse máis tarde (Dutton, 2013).

Armstrong xa demostrara o seu “sangue frío” previamente en varios contratempos sufridos como piloto de probas.

Bernard Madoff foi o presidente dunha firma de investimento que leva o seu nome e que el fundou en 1960, e foi unha das máis importantes en Wall Street. En decembro de 2008 o banqueiro foi detido polo FBI e acusado de fraude que alcanzou os 52.000 millóns de dólares, o que o converteu na maior fraude levada a cabo por unha soa persoa. A estafa consistiu en tomar capitais a cambio de grandes ganancias que ao principio foron efectivas, pero que anos máis tarde se evidenciou que consistían nun sistema piramidal ou esquema Ponzi. O 29 de xuño de 2009 foi sentenciado a 150 anos de prisión.

Madoff, con fama de filántropo, non só enganou entidades bancarias e grupos investidores; tamén foron vítimas da súa estafa algunhas funda-

cións e organizacións caritativas, principalmente da comunidade xudía de EE.UU., da que Madoff era un personaxe principal.

Os afectados agrupáronse en tres categorías: 1) bancos e aseguradoras; 2) banca privada e fondos; e 3) fundacións e persoas físicas. A eles poden agregarse, nunha cuarta categoría, outros afectados sobre os cales non se puido determinar a contía do perdido.

Nunha entrevista concedida para *The New York Magazine* en xuño de 2010, declarou:

“... que non se arrepiante nin sente os danos causados aos seus estafados [...] que se fodan as miñas vítimas [...] eran -os seus clientes- avaros e estúpidos [...] foi un pesadelo para min [...] gustoulle que lle collesen hai seis ou oito anos [...] a prisión é para el unha liberación”.

Albert Dunlap (Ronson, 2011) labrouse unha reputación pechando plantas da maior empresa fabricante de papel hixiénico de Estados Unidos (Scott Paper), polo que foi contratado como director executivo de Sunbeam a mediados dos anos 90. Dise que cando chegou a unha planta de Mobile, Alabama, preguntoulle a un home canto tempo levaba traballando alí, ao que o home respondeu orgulloso *“trinta anos!”*, e ao que Dunlap respondeu *“Por que queredes alguén pasar trinta anos traballando para a mesma empresa?”*. Unhas semanas despois, pechou a planta de Mobile e botou á rúa todos os traballadores.

Dunlap despedía á xente con tanta alegría que a revista de negocios *Fast Company* mencionábalos nun artigo sobre directores de empresa que podían ser psicópatas. Aludían ao seu escaso autocontrol (a súa primeira esposa acusábalos nos seus papeis de divorcio de ameazala cun coitelo rosmando que sempre se preguntara a que sabía a carne humana) e á súa falta de empatía (aínda que sempre falaba aos xornalistas dos seus pais sabios e comprensivos, non asistiu ao enterro de ningún dos dous).

O día en que Dunlap anunciou o despedimento da metade dos doce mil empregados de Sunbeam (segundo *The New York Times*, a redución de persoal máis grande da historia en termos porcentuais), o prezo das accións disparouse.

Luis Roldán Ibáñez, político español famoso polo seu escándalo de corrupción, non estudara nada; falsificou o seu curriculum e dicía ser enxeñeiro industrial e economista. Chegou a ser delegado do Goberno en Navarra e director da Garda Civil. Nese período participou en numerosas orxías e fíxose multimillonario. Cando foi descuberto, fuxiu do país e foi (supostamente) entregado á xustiza española por Paesa a cambio de diñeiro. Iso si, durante a súa estancia en prisión, licenciouse en Ciencias Políticas e Socioloxía pola UNED.

Francisco Paesa Sánchez, soado axente dos servizos secretos españois, entregou a Luis Roldán e quedou co seu diñeiro, así como o que gañou por delatalo á xustiza española (fálase de máis de 244 millóns de pesetas do ano 1994).

Paesa finxiu a súa propia morte, coa axuda dun certificado de defunción dun catedrático de Dereito Penal da Universidade Complutense de Madrid. Publicáronse necrolóxicas e a súa familia chegou mesmo a encargarse de 30 misas gregorianas no seu nome. En decembro de 2005 foi entrevistado en París polo director da revista *Interviú*, a quen explicou que a súa morte fora un erro de interpretación; pediu aos xornalistas que non publicasen fotos del xa que iso obrigaría a suicidarse debido a temas de relación coa mafia rusa (Marietán, H. 2000).

Andy Warhol, artista plástico e cineasta estadounidense, desempeñou un papel crucial no nacemento e desenvolvemento do Pop Art. Actuou como ligazón entre artistas e intelectuais, pero tamén entre aristócratas, homosexuais, celebridades de Hollywood, drogadictos, modelos, bohemios e pintorescos personaxes urbanos.

Nun texto escrito por el describiu o seu carácter psicopático, especialmente nas películas eróticas que dirixía, onde gozaba ver como a xente se denigraba e se humillaba; foi testemuña do proceso de destrución de quen estaba ás súas ordes.

Warhol era divertido, encantador, intelixente e aposto. Atraeu a todos os excéntricos e desexosos de sensacións fortes. Non lle preocupaba abandonar a xente que previamente seducira. Non tivo problema en admitir a súa conduta inmoral: “Non me vexo a min mesmo como alguén perverso... Só como alguén realista”.

Pablo Picasso, pintor, debuxante e escultor español, tiña unha relación destrutiva e perversa coas mulleres. Utilizaba a familia e as mulleres máis como materiais ou obxectos que como seres humanos completos. Chegou a facer sufrir os seus fillos e os seus netos pola pouca relación afectiva e a humillación aos que os sometía. Só se rodeaba de quen o enalzaba e estaba disposto a servirille, aínda que el o tratase mal.

Era sádico e podía maltratar fisicamente a quen o amaba. Non se recataba á hora de seducir as esposas dos seus amigos. Era hábil na manipulación e en utilizar a xente como medio para conseguir os seus fins.

Segundo a súa neta Marina Picasso, ela conseguiu sobrevivir ao “virus picasso” que afectou a súa familia, destruíndoa (Marietán, 2000).

O **trío dos Azores**, formado por Tony Blair (Reino Unido), George W. Bush (Estados Unidos de América) e José María Aznar (España), en 2003 declarou unha guerra sen móbil probado contra Iraq.

Conducíronse como psicópatas por intereses persoais e sen compaixón (empatía) cara á poboación civil que padecería o ataque masivo. Nassir Ghaemi opina que os líderes non actuaban coa “mente aberta”, eran “incapaces de aceptar as críticas” e que se guiaban “unicamente pola súa propia visión”. Este “circuíto pechado nervioso, que quizá se acrecente por unha exposición prolongada ao poder”, fíxoos comportarse como deuses “irresponsables, ríxidos e mesiánicos” (González, J.A., 2014). Nunha entrevista publicada no diario *El País* do 18 de maio de 2008, Aznar declaraba que “volvería facelo”.

Afastándonos un pouco dos famosos e volvendo á nosa vida persoal e profesional, seguro que cruzamos con máis dun psicópata adaptado. Non podo deixar de pensar nalgún director-xerente hospitalario ou nalgún xefe de servizo; tampouco nalgún compañeiro de profesión. A pesar de que na lista de Dutton puntúen médicos e terapeutas como profesións con baixa psicopatía, habelos, hainos.

E non podo acabar sen facer unha recomendación os interesados no tema da psicopatía: a serie televisiva *House of Cards* (<http://www.filmfinity.com/es/film706350.html>), onde un congresista demócrata de Carolina do Sur chega a converterse en presidente dos Estados Unidos de América. Nela podemos ver claramente a diferenza entre distintos tipos de psicópatas e de trastorno de personalidade antisocial.

TRASTORNOS DA PERSONALIDADE E INTERACCIÓN FAMILIAR: MEDRAR MALOS?

Dolores Mosquera^{1,4}, Paula Baldomir^{1,4}, Raquel Fernández^{2,4}, Gerardo Flórez^{3,4}, Alberto Soto^{1,4} e Ana Cris Eiriz^{1,4}

✉ doloresmosquera@ gmail.com

RESUMO: Neste artigo abórdanse conceptos relacionados cos trastornos da personalidade, os comportamentos agresivos e coa maldade. En ocasións atribúese a “maldade” a algunhas etiquetas diagnósticas, motivo polo que se aborda o tema dunha forma máis pormenorizada, diferenciándoo da agresividade.

Resáltase a importancia da cautela á hora de usar o devandito termo e recoméndase poder diferenciar categorías dentro dos trastornos da personalidade. En moitas patoloxías pode existir intencionalidade nas súas condutas, pero se entendemos a conduta como un síntoma ou unha aprendizaxe disfuncional poderemos atopar a función relacionada coa historia previa.

PALABRAS CLAVE: Trastornos da Personalidade, maldade, agresividade, trauma, interacción familiar.

ABSTRACT: In this article, concepts related to personality disorders, aggressive behavior, and evil are addressed. Occasionally, some diagnostic labels are attributed to “evil.” For this reason, the issue is addressed in much more detail, distinguishing it from aggression.

The importance of caution when using this term is highlighted, and differentiating categories within personality disorders is recommended. In many pathologies, there may be intent in their behavior, but if we understand the behavior as a symptom or as dysfunctional learning, we may be able to find out the function that is related to their past history.

KEY WORDS: Personality Disorders, evil, aggressiveness, trauma, family interaction.

SUMARIO:

- 1 Personalidade.
- 2 Temperamento e contorna.
- 3 Apego, empatía, “maldade” e Trastornos da Personalidade.
- 4 Caso X.
- 5 Caso J.
- 6 Conclusión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Barkley, R. A. (2012). *Executive functions: What they are, how they work, and why they evolved*. Guilford Press.

Blair, R. J. R., & Lee, T. M. (2013). *The social cognitive neuroscience of aggression, violence, and psychopathy*. *Social neuroscience*, 8(2), 108-111.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Attachment*. (vol. 1). Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Separation* (vol. 2). Basic Books.

Depue, R. A., & Fu, Y. (2011). *Neurogenetic and experiential processes underlying major personality traits: Implications for modelling personality disorders*. *International Review of Psychiatry*, 23(3), 258-281.

Herpertz, S. C., & Bertsch, K. (2014). *The social-cognitive basis of personality disorders*. *Current opinion in psychiatry*, 27(1), 73-77.

Kendler, K. S., Aggen, S. H., Czajkowski, N., Røysamb, E., Tambs, K., Torgersen, S., ... & Reichborn-Kjennerud, T. (2008). “The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: a multivariate twin study”. *Archives of General Psychiatry*, 65(12), 1438-1446.

Kernberg, P., Weiner, A.S., & Bardenstein, K.K. (2000). *Personality Disorders in Children and Adolescents*. Nova York: Basic Books.

Millon, T. & Davis, R.D. (1998). *Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.

Oldham, J.M., Skodol, A.E. & Bender, D.S. (2009). *Tratado de los trastornos de la personalidad*. Elsevier-Masson.

Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols and Procedures*. Second edition. Nova York: Guilford Press.

Dimaggio, G., & Semerari, A. (2011). *Los trastornos de la personalidad: modelos y tratamiento*. Editorial Desclée de Brouwer.

1. PSICÓLOGA/O.

2. EDUCADORA SOCIAL E PEDAGOGA.

3. PSIQUIATRA.

4. INTRA-TP. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y TRATAMIENTO DEL TRAUMA Y LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. A CORUÑA, SANTIAGO E SADA

Antes de profundar nun tema tan complexo como o que se presenta no título, consideramos que pode ser conveniente abordar varios conceptos relacionados cos trastornos da personalidade e os comportamentos agresivos que resultan esenciais no coñecemento e na súa diferenciación, xa que en multitude de ocasións preséntanse de maneira interrelacionada e quizais algo confusa tamén.

1 Personalidade

Desde o punto de vista histórico, a palabra **personalidade** deriva do termo grego *persona*, que orixinariamente representaba a máscara utilizada polos actores de teatro nas súas representacións (Millon & Davis, 1998).

A personalidade concíbese actualmente como un patrón complexo de características psicolóxicas profundamente arraigadas, que son na súa maior parte inconscientes e difíciles de cambiar e que se expresan automaticamente en case todas as áreas de funcionamento do individuo. Estes trazos xorden dunha complicada matriz de determinantes biolóxicas e de aprendizaxes e comprenden o patrón de percibir, sentir, pensar, afrontar e comportarse dun individuo (Herpertz & Bertch, 2013).

John M. Oldham (2009) sinala que “cada persoa ten un tipo de personalidade que é único e irrepetible, case como unha pegada dactilar”. Segundo este autor, o **temperamento** herdado determina, en diferentes graos, o comportamento dos recentemente nados. A este factor engádense as influencias das persoas que os coidan (modelado), da familia e do ambiente.

Por outra banda, a personalidade é o resultado dunha serie de operacións mentais como construír a imaxe dun mesmo, dar significado ao mundo, actuar e relacionarse cos demais e atopar solucións a problemas expostos pola contorna (Semerari & Dimaggio, 2011). Os mecanismos dedicados a estas operacións poden funcionar incorrectamente. Cando esa disfunción se estende a diferentes áreas da vida social e interna, asume a forma de **Trastorno da Personalidade**.

De acordo coa investigación e os achados clínicos, espérase que un Trastorno da Personalidade teña un impacto serio na maior parte das esferas da vida dunha persoa, incluíndo o comportamento no traballo e/ou na escola; a interacción con compañeiros e a familia; o funcionamento cognitivo e emocional, que se reflicte no sentido dun mesmo e doutros e, por extensión, na súa relación coa realidade en xeral (Kernberg, Weiner & Bardenstein, 2000).

Para diagnosticar un Trastorno da Personalidade segundo o DSM-5 téñense que observar os seguintes criterios (APA, 2013):

A. Patrón permanente de conduta e experiencia interna que se desvía notablemente das expectativas culturais e que se manifesta en polo menos dúas das seguintes áreas: cognición, afectividade, funcionamento interpersonal e control de impulsos.

B. O patrón de personalidade é inflexible e desadaptativo e causa malestar subxectivo ou unha deterioración funcional significativa.

De todo iso, podemos deducir que no desenvolvemento dun trastorno da personalidade se dan dúas variables: por unha banda, unha compoñente xenética, onde situamos o temperamento (Kendler et al., 2008) e unha compoñente ambiental, onde situamos a interacción coa contorna, dentro da cal se sitúa en primeiro termo a familia (Depue & Fu, 2011).

2 | Temperamento e contorna

Como dicía John M. Oldham, o **temperamento** dun neonato vai determinar os seus comportamentos e condutas, as cales inevitablemente activan unha resposta condutual nos seus coidadores. É de aquí de onde, en moitas ocasións, partirá a **aprendizaxe** dunha conduta disfuncional. É dicir, un bebé tranquilo, cun temperamento sosegado, recibirá con maior probabilidade respostas de maior proximidade, tenrura e moduladoras por parte das súas figuras de apego, que irán orientadas a acougar as necesidades deste, e á súa vez favorecerá unha aprendizaxe adaptativa en canto á súa regulación emocional e expresión de emocións e necesidades. Con todo, un lactante cun temperamento máis forte e inquieto, con respostas máis irascibles é probable que active, á súa vez, respostas de maior angustia e irascibilidade nos seus coidadores e posiblemente tamén máis impulsivas e intensas, o cal repercutirá nunha aprendizaxe máis disfuncional deste neno en canto á súa regulación emocional, atención ás súas necesidades e a súa impulsividade.

Noutras ocasións, o temperamento do lactante non é un factor tan primordial como nos supostos descritos no parágrafo anterior, é dicir, independentemente de se o bebé é máis ou menos activo/intenso, existen dificultades por parte das figuras de apego para entender e atender as súas necesidades. Ditas dificultades poden deberse a multitude de factores, que nada teñen que ver na maioría das ocasións cunha intención de producir un dano por parte dos coidadores, senón con aprendizaxes/historia biográfica previa, enfermidades físicas/psicolóxicas propias, contornas/contextos desestruturados, dificultades laborais ou outros factores externos que afectan á estabilidade emocional e física das figuras de apego.

Por tanto, estes menores irán crescendo cunha falta de capacidade na regulación emocional e carencias no entender, respectar e dar satisfacción ás súas necesidades, polo que terán que desenvolver certas estratexias de afrontamento que lles permitan seguir adiante aínda que sexa dunha maneira disfuncional. A agresividade (activa ou pasiva) e os comportamentos disruptivos son, en moitas ocasións, unha forma aprendida de dar resposta a unhas necesidades ou intentos disfuncionais de comunicación.



Ilustración de F. Barnard para “Ginx’s Baby...”
de John Edward Jenkins, 1876, Londres

3 | Apego, empatía, “maldade” e Trastornos da Personalidade

O **apego** é o vínculo emocional que desenvolve un neno coas súas figuras de referencia e cuidadores principais, a través do cal recibe a seguridade e a protección necesarias para un adecuado desenvolvemento. Cando un neno está exposto a situacións de negligencia, falta de coidado emocional ou violencia intrafamiliar, a súa base segura verase afectada, sendo probable a aparición de certas dificultades para a experimentación do mundo desde unha visión de protección e seguridade.

É importante ter en conta que o dano producido nun neno non vén só dunha posible situación de violencia física directa, senón que a ausencia de mensaxes de valía e a falta de coidado emocional poden ter secuelas moito maiores no desenvolvemento dese menor. As situacións traumáticas que se producen a idades temperás teñen lugar nun momento crucial do desenvolvemento, tanto a nivel cerebral, como da personalidade e identidade, polo que os efectos da situación traumática non se adscribirán unicamente ao momento presente (problemas de sono, enurese, problemas de conduta, medos...) senón que van ter un efecto, se cabe maior, a medio/longo prazo, xa que as bases da personalidade do neno vense afectadas e con elas as crenzas e interpretacións sobre si mesmo e sobre o mundo.

As compoñentes principais do apego son o *modelo mental*, no que se inclúen os recordos da relación, o concepto que se ten da figura de apego e de si mesmo, as expectativas da relación e a visión do contexto no cal se sitúa a relación; e os *sentimentos de seguridade*, asociados á proximidade e o contacto, e de ansiedade ante a perda (Bowlby, 1969, 1973).

Os nosos conceptos sobre o mundo e sobre nós mesmos xeraranse nestas primeiras relacións, polo que as interaccións repetidas do neno co seu cuidador establecen o tipo de patrón de relación que terá este consigo mesmo e cos outros no futuro. Os proxenitores e/ou cuidadores que non sexan capaces de interpretar adecuadamente as demandas do neno, ou cuxas respostas sexan mediadas polos seus propios

medos ou por experiencias emocionais negativas, condicionarán seriamente as capacidades dos seus fillos para ser e sentirse capaces de afrontar a vida.

É importante facer fincapé en que cando falamos de cubrir necesidades non nos referimos soamente ás físicas (alimentación, hixiene, sono...), senón tamén ás que se refiren ao coidado emocional do neno. Pode ocorrer que se satisfagan o primeiras pero non as segundas, afectando o neno do mesmo xeito ou mesmo con maior intensidade que a ausencia duns coidados físicos.

O apego é a base para a aparición da empatía e este, á súa vez, a base para o desenvolvemento dun sentido moral emocional. Estas son dúas dimensións fundamentais á hora de xulgar as condutas como “malvadas”.

Os eventos traumáticos, especialmente durante o desenvolvemento, alteran a capacidade executiva e o control de impulsos, o outro elemento básico das condutas “malvadas”. Moitas veces sucede que entendemos o **trauma** como grandes acontecementos que aparecen nas noticias e nos medios de comunicación: superviventes de guerra, catástrofes naturais, ataques terroristas... pero, de feito, por definición, trauma é calquera feito que ten un efecto negativo duradeiro (Shapiro, 2001).

Para diferenciar os diferentes tipos de trauma podemos falar de traumas con T maiúscula (malos tratos, abuso sexual, catástrofe...) e os traumas con t minúscula (deprivación, negligencia, culpabilización, falta de resposta parental...)

Unha presenza continua de traumas “t” ao longo da vida por parte das figuras de apego pode ocasionar grandes conflitos a nivel interno, levando ao neno a unha falta de seguridade, xa que en moitas situacións probablemente non a obtivo das súas figuras de referencia, e á presenza de crenzas desadaptativas sobre si mesmo e sobre o mundo, podendo derivar en posibles trastornos da personalidade futuros.

Por tanto, destes conceptos podemos deducir que o neno que medra nunha contorna insegura e falta de protección terá secuelas futuras, podendo considerar as condutas de dano cara aos demais como aprendizaxes adquiridas froito destas experiencias traumáticas.

Doutra banda, entendemos o “mal” ou a “maldade” como unha condición negativa relativa, atribuída ao ser humano, que indica a ausencia de moral, bondade, caridade ou afecto natural pola súa contorna e quen lle rodea. Actuar con maldade tamén implica contravir deliberadamente usando a astucia, os códigos de conduta morais ou de comportamento oficialmente correctos nun grupo social.

Algunhas definicións refírense á maldade como o termo que determina a ausencia da bondade que debe ter un ente segundo a súa natureza ou destino. Desta forma, o “mal” sería a característica de quen ten unha carencia ou de quen actúa fóra dunha orde ética, converténdose en consecuencia en algo malo.

Seguindo estas definicións, como se podería medir ou analizar a conduta dunha persoa no día a día para determinar a súa maldade? Sen dúbida sería algo moi complexo de realizar e implicaría ter a certeza de poder medir con fiabilidade un patrón persistente que afecta a todas as esferas da vida dunha persoa e que leva a realización de condutas nas que hai ausencia de empatía polos demais, combinado cunha ausencia de respecto polas regras morais, individuais ou implícitas, e sociais ou explícitas (Blair & Le, 2013). Todo isto tería que darse nun individuo do que a súa función mental estivese preservada de tal forma que toda a súa función executiva e capacidade de control de impulsos estivese a funcionar dentro da normalidade (Barkley, 2012). Unha persoa sería mala ou malvada se a maior parte das súas condutas seguisen este patrón.

Obviamente, carecemos dun sistema fiable de medición que nos permita realizar tal afirmación xa que non temos acceso directo ao contido da mente das persoas. O nivel de empatía e moralidade de cada conduta, xunto á capacidade executiva e de control de impulsos de cada momento, sería orientativo e especulativo, en función da información que achega o suxeito e da opinión dos avaliadores. Ademais, como medir todas as condutas dun suxeito ao longo dun período de tempo significativo para realizar tal afirmación? Sería necesario un seguimento diario constante que alteraría a conduta do suxeito se este é consciente do devandito seguimento e que, para que a persoa non fose consciente diso, requiriría un gasto inasumible, á parte de non ser ético.

Se se puidesen salvar todos estes obstáculos e levar a cabo este singular experimento o máis probable é que se observase que o nivel de empatía, moralidade e función executiva/control de impulsos de cada conduta sería variable cunhas oscilacións propias de cada persoa en función de variables ambientais, é dicir, en función da personalidade de cada individuo. Non habería persoas

“Actuar con maldade tamén implica contravir deliberadamente usando a astucia, os códigos de conduta morais ou de comportamento oficialmente correctos nun grupo social”

malvadas, nin sequera habería condutas malvadas; habería condutas nas que oscilaría, nun patrón predicible, o nivel de empatía, de moralidade e de función executiva/control de impulsos. Ao tratarse dun continuo dimensional de varias variables sería, e é, imposible establecer un punto de corte fiable para a maldade.

Entendendo a maldade como unha falta de bondade intencionada e deliberada, como unha intención de facer dano de maneira consciente e entendendo as condutas agresivas (activas ou pasivas) ou as condutas disruptivas como estratexias complementarias aprendidas, pódese cuestionar e poñer en dúbida a etiqueta de “maldade” asociada a moitos trastornos da personalidade e, con iso, pódese desafiar a idea de que esa “maldade” non é modificable nin permeable ao tratamento. Se cada conduta “malvada” é froito da interacción do medio ambiente xunto a un momento empático, moral e executivo, as posibilidades de intervención para tentar evitar que se repita son múltiples. Soamente nun escenario en que esas catro variables fosen inmodificables a certeza de que a conduta “malvada” se perpetuaría no tempo sería absoluta. É factible que para unha persoa haxa moi pouca, ou ningunha, marxe de modificación ambiental, pero o resto de variables son dimensións transformables en terapia.

Ademais, se profundamos neste tipo de respostas e condutas que podemos atopar nun trastorno da personalidade, nas súas causas e consecuencias, en moitas ocasións atopamos que a primeira prexudicada e damnificada é a propia persoa.

É importante ser cautos con este tema e poder diferenciar as diferentes categorías dentro dos trastornos da personalidade. Non é menos certo que en certas patoloxías pode existir unha maior intencionalidade nas súas condutas (como algúns casos de trastorno paranoide, trastorno anti-social, trastorno narcisista e trastorno obsesivo-compulsivo) e que en ocasións si pode chegar a haber procura ou unha maior intención consciente no dano cara aos demais, pero sempre desde unha visión de entender a conduta como un síntoma ou unha aprendizaxe disfuncional que terá unha función relacionada cunha historia previa de vida. O importante é non xeneralizar e poder buscar, ante unha mesma conduta, a orixe e a función da mesma, non quedando simplemente na superficie ou no aparente ou máis visible. Aínda nestes casos, é fundamental non perder a perspectiva e non esquecer que moitas veces a conduta é o síntoma dun malestar ou dunha patoloxía e que debaixo desta conduta aparentemente manipulativa e egoísta adoitamos atopar numerosas historias traumáticas.

En certos trastornos da personalidade, a sintomatoloxía pode relacionarse cunha maior probabilidade de que existan condutas onde se produza dano cara aos demais. Sen entrar en profundar, imos enumerar algunhas das características que vemos como máis destacables:



Ilustración do libro “Phantasms Original stories illustrating posthumous personality and character ... Sole edition” de Wirt Gerrare, 1895, Londres

Trastorno da Personalidade Paranoide:

- Desconfianza extrema (tenden a pensar que os demais, incluídos os seres queridos están na súa contra ou que se queren aproveitar deles).
- Tendencia a interpretar ofensas, burlas e menosprezos en feitos neutros.
- Preocupación excesiva acerca da lealdade ou da fidelidade dos demais; se ten parella, sospeita repetida e inxustificadamente que a súa parella lle é infiel.
- Tendencia a reprochar, a ser hostís e a cuestionar todo o que fan os demais (especialmente as intencións detrás das accións).
- Garda rancor durante tempo, mesmo palabras “exactas” que lle dixeron.
- Contraataca cando se sente atacado (percibindo ataques en feitos que non son aparentes para os demais).

Trastorno da Personalidade Antisocial:

- Agresividade.
- Condutas impulsivas e destrutivas.
- Falta de remorsos.
- Carisma superficial.
- Mentiras repetidas.
- Falta de interese e/ou respecto polas normas da sociedade.
- Dificultades frecuentes coa lei.
- Baixa ou nula empatía; desinterese real polos demais.
- Tendencia para violar os dereitos doutros; a explotar e utilizar aos demais.

Trastorno da Personalidade Narcisista:

- Sentimentos de grandeza; fantasías de éxito; tendencia a esaxerar logros e habilidades.
- Necesidade de admiración e atención continuada.
- Dificultades para empatizar coas necesidades doutros (aínda que algúns poden ser especialmente habilidosos para “captalas”).
- Baixa tolerancia á crítica.
- Egoísmo.
- Explotación dos demais.
- Desprezo, desvalorización dos demais (especialmente cando non lle compracen).
- Mentiras frecuentes, condutas manipulativas.

Trastorno da Personalidade Obsesivo-Compulsivo:

- Rixidez extrema; dificultades para flexibilizar.
- Inflexibilidade sobre temas de moral, ética ou valores.
- Meticulosidade excesiva.
- Inseguridade, falta de decisión, precaucións excesivas.
- Necesidade de manter a sensación de control (con reaccións extremas ante a posibilidade de perdelo).
- Excesiva dedicación ao traballo (na súa falta a outras áreas, por exemplo, parella).
- As cousas han de facerse “exactamente como eles ditan” (ata o punto de ofenderse por unha simple suxestión doutros).
- Inmersos na súa propia perspectiva; dificultades para ter en conta a dos demais.

Non podemos esquecer que por diante de calquera etiqueta diagnóstica existe unha persoa, única e individual. Por tanto, cando falamos destes trastornos e os seus criterios referímonos a uns síntomas xerais que son froito dunha combinación única onde temperamento e ambiente se interrelacionan estreitamente. En moitos casos, atopamos historias de trauma previas e que poden potenciar e dar sentido a unha maior prevalencia de agresividade (activa ou pasiva) cara aos demais, pero como sinalabamos, cada caso é único e non sempre un determinado trastorno ten que levar asociado condutas de agresividade.

En xeral, as persoas que presentan condutas violentas (activas ou pasivas) con frecuencia son “xulgadas e etiquetadas como malas” desde o principio, esquecendo que en moitos casos non deixan de ser estratexias que desenvolveu unha persoa que tamén ten a súa propia historia de abuso, negligencia e/ou malos tratos e que tamén poden beneficiarse dunha psicoterapia. Cómpre destacar, chegados a este punto, que en ningún momento o noso obxectivo é xustificar ningún tipo de agresividade, pero si que é importante entender a función e a orixe das condutas desde o punto de vista terapéutico.

Debemos por tanto, describir a diferenza que para nós existe entre *ser* e *facen*. Nun momento dado, calquera persoa pode levar a cabo unha acción que podería ser cualificada de mala, inadecuada, daniña, incorrecta, pero non por iso necesariamente a persoa debe ser etiquetada como mala. As características propias dun ser humano, o seu carácter, o seu temperamento non son equiparables ás accións que leva a cabo, aínda que unhas poidan influír sobre as outras.

Por tanto, a seguinte cuestión que se nos expón é entender cal é a función que desenvolverían esas condutas inadecuadas.

Javier Medina comenta que estas actitudes poderían ter a súa orixe na aprendizaxe social durante a infancia e adolescencia, pois a observación no fogar de modelos significativos que fan uso da violencia pode ter un profundo impacto no neno. O neno pode aprender que a **violencia** é unha forma lexítima de defender os propios dereitos.

Centrándonos na parte ambiental ou aprendida nos trastornos da personalidade, atopámonos habitualmente cunha maraña de vivencias, onde xeralmente non hai grandes diferenzas entre as situacións de gozar e perigo, onde o xogo, a exploración ou a vinculación cos demais adoitan estar relacionadas con experiencias adversas para o neno.

Se pensamos en posibles **factores de risco** para desenvolver condutas agresivas na vida adulta, a maioría deles lévannos a penetrarnos na contorna sociofamiliar na que a persoa crece. Cando falamos de contorna sociofamiliar referímonos á contorna na que medra e se desenvolve a persoa, non tendo que ser sempre esta a familia. Algúns dos posibles factores de risco a ter en conta serían:

- Historia biográfica traumática.
 - Sufrir malos tratos na infancia.
 - Presenciar (ou escoitar) violencia entre proxenitores.
- Ter interiorizado un sistema de “valores” que xustifica a violencia como xeito de resolver problemas.
- Outros:
 - Levar a cabo maltrato animal.
- Problemas psiquiátricos nun ou en ambos os proxenitores ou cuidadores principais, especialmente non atendidos ou sen tratamento.
- Familia desestruturada.
- Dificultades implicadas nos procesos de adopción.

Na nosa experiencia clínica adoitamos traballar a miúdo con nenos e adolescentes que presentan problemas de conduta e dificultades de comportamento importantes. En ocasións veñen acompañados polas súas familias ou polo menos por un dos seus proxenitores, noutras ocasións acoden cos educadores sociais ou cuidadores dos centros onde residen, ben por iniciativa do educador ou persoal do centro ou ben como pena imposta por un xuíz. Na maior parte dos casos hai unha historia familiar complexa, repleta de situacións traumáticas: omisión de cuidados, negligencia, malos tratos, familiares con enfermidades mentais graves ou adicións, abandonos, perdas...

4 | Caso X

X é un mozo de 21 anos que acode acompañado polos seus pais á primeira entrevista. Vén de mala gana, con actitude pouco colaboradora e intimidante.

A familia de X informa de que desde unha idade temperá mostrou respostas agresivas tanto verbais como físicas, pero é durante os últimos cinco anos cando o comportamento, din, chega ao momento de cruel e “malvado”. Explican que cometeu delitos, roubou na casa á familia en incontables ocasións e que o ven como un caso perdido ao que habería que ingresar nalgún lugar para mozos conflictivos. A descrición que fan do seu fillo é dunha persoa sen principios e que non ten nada que ver con eles e cos seus outros dous fillos. O pai, de 56 anos, parece desbordado; a nai, de 51 anos, informa dos anteriores feitos desde a distancia emocional na primeira entrevista, relativizando a versión do pai.

Cando profundamos coa familia, a nai informa de que tivo unha infancia complicada. Comenta que foi a maior de tres irmáns e que desde moi cedo tivo que facerse cargo do seu coidado e da casa, porque a súa nai estaba enferma a maior parte do tempo, aínda que non sabe cal era a enfermidade que tiña. Ela lémbrese como moi responsable, o seu pai traballaba todo o día e daba por feito que ela se encargaría de todo. O primeiro recordo que ten facéndose cargo da casa é á idade de 6 anos. O pai informa de que tivo unha infancia feliz, con pais estritos aos que tiña que tratar de vostede; “eran outros tempos, había moito máis respecto polos adultos”. A nai recoñece estar desbordada polas necesidades do fillo desde que naceu. O pai recoñece non participar na educación do seu fillo e que se distanciou desde o principio. Explica que a medida que X medraba e daba problemas cada vez sentía máis rexeitamento: “sempre foi un neno inquieto, molestando constantemente”.

A medida que X foi medrando, os pais informan que non poden con el, o pai mantense na distancia e a nai séntese atafegada, co que repiten unha e outra vez o patrón de calar para evitar problemas e de darlle o que pide inmediatamente para que non reaccione de forma violenta.

Explorando co mozo, comenta que a única maneira na que lle fixeron caso foi cando se “comportaba mal”, refire “nunca fago nada ben, só cando a monto responden”. Di que sempre envexou os seus irmáns porque levaban todos os abrazos e atención positiva.

Este paciente é un exemplo de posible “malvado”, se quedásemos simplemente coa descrición das condutas e non realizamos unha comprensión de forma máis profunda da persoa, non quedando coa etiqueta, senón vendo máis aló, á persoa única que temos diante, poderemos así tentar entender a persoa e tamén o que lle pode estar a levar a comportarse dunha determinada maneira.

“A medida que X foi medrando, os pais informan que non poden con el, o pai mantense na distancia e a nai sentese atafegada”

5 | Caso J

Trátase dun caso dun adolescente adoptado nun país do leste de Europa aos 8 anos. Tras varios anos de problemas graves de conduta desde a súa chegada a España (agresións á nai, pelexas e conflitos graves con compañeiros de instituto, abuso de substancias...), explicaba nunha das sesións que tivemos no centro, como lle custaba entender que “non é necesario defender a túa opinión coa violencia”. Contábanos como era necesario para el, para poder sobrevivir nos centros de menores e de acollida nos que vivira ata o momento, como lle sorprendeu que na súa situación actual os demais mozos do seu redor non o fixesen (xa que para el era perigoso non facelo así, sería mostrarse débil e vulnerable e iso aumentaba as posibilidades de ser utilizado/agredido/abusado polos demais). J explicaba o complicado que era para el deixar de usar ese recurso, controlar o seu resorte violento en canto sentía que debía facerse “forte” para ser escoitado e entendido. Non era complicado para el entender as consecuencias que tiña non poder controlar esa agresividade, pero ao mesmo tempo resultáballe demasiado complicado freala. Afortunadamente, tras varios meses de terapia, conseguíuno.

“En numerosas ocasións as condutas inadecuadas son a única forma de ocupar un lugar no mundo”

6 | Conclusión

Moitos destes menores teñen un autoconcepto moi negativo, algúns móstrano; outros “agóchano” tras unha “fachada” dura, fría, retadora. Senten que son culpables ou polo menos responsables da maior parte das cousas que lles sucederon, xa que recibiron esa mensaxe directamente, “é a túa culpa”, ou porque non tiveron máis opción que asumir este rol para sobrevivir emocional e ás veces fisicamente e ter algunha sensación de control sobre as súas vidas. O caso é que desde a etiqueta de “son malo” a única opción que teñen é comportarse como tal, xa que se non..., “quen son?”.

En numerosas ocasións as condutas inadecuadas son a única forma de ocupar un lugar no mundo, noutras son a maneira de recibir algo máis de atención, noutras achegan unha sensación de control necesaria en contornas caóticas ou perigosas, noutras aprendeuse como a única opción posible de actuación.

CONFRONTACIÓN: CANDO O TERAPEUTA É O MALO

Sara Cabezudo Fernández

PSICÓLOGA CLÍNICA. HOSPITAL DE DÍA PSIQUIÁTRICO
(HOSPITAL PROVINCIAL DE PONTEVEDRA, CHOP)

✉ sara.cabezudo.fernandez@sergas.es

RESUMO: Este artigo trata de reflectir e discernir as reviravoltas da confrontación no contexto da práctica clínica. Para iso, inicialmente descríbese o labor dunha relación terapéutica e alúdese aos lugares de terapeuta e paciente, identificando en cada un deles as características destacables que cómpre ter en conta á hora de traballar. Preténdese poñer a mirada sobre algúns aspectos básicos da confrontación, destacando principalmente o coitado sobre a escoita da demanda, a función que esta cumpre e a maneira de sinalar os xogos de relación que xeran sufrimento.

PALABRAS CLAVE: Confrontación, relación terapéutica, demanda do paciente, o lugar do terapeuta, xogos relación, de-sexo, escoita.

ABSTRACT: This article tries to reflect and discern the ins and outs of confrontation in the context of clinical practice. To do this, initially the role of a therapeutic relationship is described and referred to places of therapist and patient, identifying each of them the remarkable to consider when working characteristics. It is intended to look over some basics of confrontation, mainly emphasizing care about listening to the demand, the function it fulfills and how to point out the games that generate relational suffering.

KEY WORDS: Confrontation, therapeutic relationship, patient demand, the place therapist, relationship games, desire, listens.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Cosenza, D. (2008). *Jacques Lacan y el problema de la técnica en psicoanálisis*. Madrid. Editorial Gredos.

Egan, G. (1990). *El orientador experto: un modelo para la ayuda sistemática y la relación interpersonal*. Loyola University of Chicago. Chicago, Estados Unidos.

Etchegoyen, R.H. (2009). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires. Amorrortu.

Miller, J.A. (1997). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires. Ed. Paidós.

Rogers, C. (1978). *Orientación psicológica y psicoterapia*. Madrid: Narcea.

Schmid, P. y Mearns, D. (2006). "Estar con y estar contra: psicoterapia centrada en la persona como un proceso de personalización en profundidad y co-creativo". *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, Volume 5, Number 3, Autumn 2006.

Soler, C. (2011). *Los afectos lacanianos*. Ed. Letra Viva.

Durante todos os anos de formación en psicoloxía, faise especial énfase nun aspecto clave para desempeñar o noso labor, a nosa principal ferramenta de traballo: a relación terapéutica. Como calquera relación, hai dúas partes que compoñen esta díade: psicólogo-paciente, terapeuta-cliente, analista-analizante... Hai diversos nomes para identificar, en definitiva, os dous axentes básicos necesarios para que poida operar esta relación: un mesmo e o outro.

Sabemos tamén que en todo momento estamos a falar dunha relación asimétrica por definición. Aínda que poderíamos preguntarnos se realmente existe algunha relación que sexa simétrica, non é este o labor deste artigo, polo que non entrarei nesta cuestión. Pero si é importante destacar que cada unha das partes ten os seus propios desexos, as súas propias responsabilidades, dereitos, intencións..., en definitiva, o seu propio lugar. Convén deternos a pensar por uns instantes acerca destes dous lugares.

No que concirne ao lugar do terapeuta podemos achar unha extensa bibliografía que describe cal é o labor e as funcións que vén desempeñar nesa relación. Hai un formato que describe como debe relacionarse, cales son as normas que rexen o seu quefacer, o seu modo de comportarse, cales son os límites que non ha de transgredir, cal ha de ser a súa actitude fronte ao paciente. Este formato non é único nin unívoco; existen múltiples escenarios posibles e diso dan conta as distintas orientacións teóricas sobre as que apoia o seu labor cada profesional. Pero en xeral, se nos falan de que o terapeuta ha de poñer en marcha unha serie de características básicas necesarias para establecer unha relación terapéutica e coidar a alianza entre as dúas partes para poder chegar a bo termo.

Un autor que forma parte da formación básica que case todo psicólogo recibe a respecto deste tema é Rogers, que describe tres características claves na actitude do terapeuta: empatía, aceptación incondicional e autenticidade. Antes de que ninguén nos sitúe nese lugar, interiorizamos estas tres calidades como alicerces que han de soste o labor que no futuro desempeñaremos. Logo, aos poucos, imos completando a lista, acumulando e puntualizando unha infinidade de habilidades a practicar: capacidade de escoita, de introspección, de coñecemento e aceptación

das propias emocións (positivas e negativas), tolerancia á ambigüidade, capacidade para soportar o descoñecido, as respostas parciais e incompletas, etc.

Que poderíamos dicir do lugar do paciente? Máis aló do motivo concreto que o trouxese á nosa porta, partimos da idea de que é unha persoa sufrinte que pide axuda para aliviar a súa dor. Que busque esta axuda nun contexto terapéutico convídao a ter unhas expectativas concretas da forma na que esa dor podería ser aliviada, suxeríndolle, consciente ou inconscientemente, que para iso algo do seu alivio pasa polo falar do seu malestar con alguén disposto a escoitalo, con alguén a quen poderá contarlle os seus máis íntimos sentimentos, desexos e contrariedades, sen ser xulgado por iso.

Así se conforma a estrutura deste encontro intencional: dun lado, un ser doente, disposto a recibir axuda e con desexo de resolver a súa dor. Doutro lado, un ser dispoñible para escoitar esa dor e axudar a poñer en orde algo do mesmo. E con este escenario como pano de fondo, comeza a relación terapéutica e a posta en marcha de todas as habilidades, ferramentas e saberes acumulados por cada unha das dúas partes.

O paciente fala do seu malestar, da situación que o levou ata aí, da súa forma de ser, de como se enfronta ás dificultades, dos fitos que marcaron a súa vida e, en última instancia, do seu propio ser. O terapeuta, pregunta e investiga acerca de todo o que oe e do que aínda está por dicir, para poder entender o porqué desa dor, de onde provén e que é o que está a fallar para que a persoa, sempre experta no seu, nesta ocasión non puidese lidar co seu conflito fóra da consulta, tal e como faría ata ese momento.

O paciente busca tanto poder expresar e resolver o seu malestar, como ser comprendido por alguén. Unha parte fundamental da nosa tarefa é precisamente comprender, pero non para quedarnos aí, nun idilio entre dúas persoas que entenden algo xuntas, senón que haberá que ir máis aló: devolver ao paciente algo do que estamos a escoitar, para que sexa este quen realmente acade un coñecemento sobre si mesmo, algo que lle pertence e permanecía velado. Baixo o meu punto de vista, esta é a verdadeira función do terapeuta: reflectir o que o paciente si é capaz de transmitir acerca de si mesmo, pero non logra ver.

Como Carkhuff sinala, “o nivel máis profundo de empatía dirá ao orientador que o que recibe a axuda non quere tanto ser reforzado por unha comprensión que se comunica da súa propia existencia expresada, senón que quere ser capacitado para liberarse dos procesos confusos e sufocantes da vida” (Carkhuff, 1969, páx. 210).

Velaquí o lugar do que deberíamos partir, especialmente á hora de falar de confrontación, entendendo cal é a escena concreta na que se dará lugar, quen son os participantes e cal é a finalidade desa confrontación. Se perdemos de vista estas cuestións, corremos algúns riscos. Por unha banda, sería posible descubriros a nós mesmos, como terapeutas, actuando desde as emocións que nos gobernan, desde as simpatías e antipatías que o contacto con outro ser humano contrariado nos xera, saíndonos do marco establecido para esta relación non-casual. Aínda que temos permiso para escoitar, comprender e falar, este vén dado exclusivamente polo marco da relación terapéutica consentida e non por outro motivo. Nin un suposto saber, nin un ben intencionado desexo de axuda, son xustificación relevante para o que nesta tarefa nos ocupa.

Doutra banda, a persoa que demanda a nosa axuda debe recibila da forma máis honesta posible. En numerosas ocasións, o que atopará como reflexo de si mesmo e/ou da realidade que nos trae non é o ideal que viña buscar, pero con todo é unha peza clave para aliviar o seu malestar. Sinalar isto, ou mellor dito, sentirse sinalado desta forma, a miúdo pode provocar incomodidade, que aínda que logo deixará paso a outras emocións e permitirá alcanzar un novo equilibrio, nun inicio pode resultar difícil de tolerar. Se non perdemos de vista o escenario que nos une, a persoa poderá situarse incluíndo, agora si, o que nos foi mostrando e que ata entón non lograba ver. Se non salvagardamos o escenario que nos une, favoreceremos que esta incomodidade se traduza nun conflito xa vivido, co que se topa o paciente no seu día a día fóra da consulta, sen achegar ningunha luz ao malestar coñecido.

Unha cuestión básica a dilucidar é: que confrontar? Neste punto, podemos atopar algunhas diferenzas en función da orientación teórica de cada terapeuta. En xeral, creo que sería xusto dicir que á hora de confrontar debemos apostar por aquilo que forme parte do conflito motivo de consulta, isto é, daquilo que fai sufrir.

É obvio que non se trata de confrontar tendo como punto de partida a nosa propia forma de ver o mundo, pois o noso lugar nesta relación non é o dun igual, mesmo aínda cando creamos comprender polo que o paciente está a pasar ou nos sentimos identificados co que nos conta. Do lado do terapeuta esíxese unha actitude de escoita aberta, flexible, dispoñible para oír o que se entende e tamén o que non se entende.

Pero incluso, tampouco se tratará de confrontar tendo como paradigma o noso propio suposto-saber acerca de cal é a maneira concreta de resolver o conflito que nos trae o paciente, a pesar de que creamos apoiarnos sobre horas e horas de formación e de práctica clínica.

“Sentirse sinalado desta forma, a miúdo pode provocar incomodidade, que aínda que logo deixará paso a outras emocións e permitirá alcanzar un novo equilibrio, nun inicio pode resultar difícil de tolerar”

Debemos deixar paso ao propio paciente e á súa capacidade para crear o seu propio armazón de verdade; debemos sinalar as pezas que está a poñer en xogo, esas que el nos mostra, e deixar que sexa el quen escolla as que desexa deixar de usar e as que permanecen, creando o seu propio que-bracabezas no que o seu malestar ou ben xa non estea presente, ou ben sexa manexable a partir dese intre.

Poderíamos entender todo isto do seguinte modo: todos os seres humanos mantemos certos xogos na relación cos outros, xogos que cumpren unha función importante, ben de protección, de obtención de amor, de satisfacción de necesidades, de ocultación de desexos que cremos incon-fesables... A idea non sería tanto que a persoa deixe de xogar, pois sen dúbida algo fundamental obtén con iso. Tampouco debemos ser quen lle diga como hai que xogar, pois iso é algo que per-tence á responsabilidade do paciente. Pero cando aparece o sufrimento é porque algo dese xogo é pernicioso para a persoa, posiblemente quedou atrapada nel e deixou de cumprir a función para a que se creou. Habería que pescudar cal é esa función, que é o que motiva o xogo do paciente, sinalalo e permitir ao paciente que invente outra forma menos daniña para obter aquilo que desexa. Desta forma, trataríase de desvelar unha verdade, a verdade do paciente, que se acha velada tras o síntoma e a queixa que este nos presenta.

Agora ben, como confrontar? Con honestidade, con máximo respecto, valorando previamente que iso que confrontamos forma parte do problema e axudando a que sexa tolerábel. Partamos dun exemplo que aínda que non destaca polo excepcional da súa clínica, é precisamente o seu carácter cotián o que pode facer máis difícil o traballo en terapia, pois unha queixa pouco rechamante facil-mente podería ser pasada por alto e non darnos conta dos conflitos que esconde tras ela:

Unha muller de 42 anos acode a consulta porque sente que sempre ten que encargarse de resolver os problemas dos demais (dos do seu marido coa súa familia de orixe, dos dos seus dous fillos de 16 e 21 anos, dos conflitos entre compañeiros e encargados da mediana empre-sa na que traballa en recursos humanos...), saturándose dos conflitos dos outros. Sente que ninguén se ocupa de axudala a ela, sempre excedida e, ao mesmo tempo, soa e desatendida no seu propio malestar, que principalmente nomea como sobrecarga de problemas alleos. Aínda que lembra que é así desde moza, desde hai uns 3 meses comezou a estar agonia-da por iso, referindo síntomas afectivos (insomnio, dificultade de concentración, inquietude, desasosiego, sentimentos de incapacidade) que lle impiden “render ben” tanto na súa vida laboral como familiar, tendo ademais restrinxido en gran medida as súas actividades de lecer e vida social, pois non se sente con ánimo para iso.

A medida que avanzan as sesións vai narrando os conflitos dos outros dos que ela se fai cargo, resolvéndoos de forma a miúdo exitosa, queixándose sempre de ser demandada para



Ilustración 'Belle à la mécanique' para Punch, or the London Charivari, s. XIX, Londres

a axuda. Tentou *“ocuparse máis de si mesma e esquecerse dos demais”*, pero non o logrou nunca, *“os outros non a deixan nunca en paz”*.

Aos poucos e tras as primeiras sesións, vaise poñendo de manifesto que non son os outros, senón ela mesma, quen a sitúa no lugar de salvadora achegándose aos demais preguntándolles polo seu malestar, acudindo aos outros de forma especialmente habilidosa para escoitar os seus problemas antes de que ninguén a chame, e estreitando e fortalecendo o lazo con eles a través deste tipo de relación; ten desexos de ser *“a que resolve”*, pois así séntese especial para os demais, creándose unha fantasía de ser imprescindible para o outro e obtendo así un recoñecemento de valía persoal que ela mesma pon en dúbida.

Ao mesmo tempo, esconde as súas propias dificultades e sufrimentos, pois non tolera ser vista como alguén que precisa axuda, non pode mostrar que ela tamén é vulnerable, así que calquera indicio de intención de axuda, ou simplemente interese sobre como está, por parte de alguén próximo, é desviado e cortado de forma automática, sen nin sequera decatarse dese movemento, manténdoa, sen darse conta, nesa soidade.

O feito de acudir a terapia para resolver o seu conflito sitúaa por definición nun lugar de petición de axuda. Con todo, tamén na consulta tratará de non mostrar a súa necesidade e desexo de ser atendida, polo que as sesións transcorren presentándose como alguén capaz e resolutive, tratando de ocultar o seu sentimento de vulnerabilidade e cargando o contido do seu discurso con queixas constantes acerca do ocupada e agoniada que a manteñen os problemas dos demais, mentres detalla a súa inventiva para resolver as dificultades dos outros.

En termos xerais, a confrontación consiste nunha intervención dirixida a facer notar ao paciente algunha situación ou circunstancia da que non é totalmente consciente, ben porque non é capaz de simbolizala, ben pola mediación de mecanismos de defensa. Para poder realizar isto, será necesario escoitar con atención a demanda que nos fai, pero non tanto para dar unha resposta inicial, senón para permitir que a persoa poida ir nomeando os conflitos e desexos ocultos. A medida que se van facendo presentes no discurso e/ou na relación terapéutica, poderanse confrontar.

No caso da paciente descrita, foron necesarias varias sesións e varios comentarios acerca do orgullosa de si mesma que parecía sentirse cando detallaba como resolvía os problemas dos outros, para que puidese identificarse co desexo de ser *“a que resolve”*, a pesar de que liberarse dos problemas dos demais era a queixa inicial da que dicía querer desprenderse. Así mesmo, tamén foi útil nomear o seu comportamento na relación terapéutica, isto é, a súa petición de axuda que nunca terminaba de facer, pois sempre desviaba a atención ante as preguntas que implicaban falar sobre como se sentía ela e acaba describíndose a si mesma como alguén capaz e sen conflitos *“se non*

“A confrontación consiste nunha intervención dirixida a facer notar ao paciente algunha situación ou circunstancia da que non é totalmente consciente”

fose polos problemas que lle traen os outros". A partir de aí, comezou a dar algunha información máis concreta que permitiu confrontar a idea de que non eran os outros a que a buscaban con este labor, senón que era ela mesma a que se achegaba aos seus semellantes coa mirada posta en resolver problemas, pois é o lugar que atopara para estar en relación cos outros e sentirse querida a través desta fórmula.

Estas confrontacións deron paso a novos contidos no seu discurso (identificacións familiares, medos e pantasmas, etc.) que estaban enmascarados tras esa queixa que, como dicíamos antes, é pouco rechamante e pouco aparatosa, polo que lle permitía vivir sen moita anguria ata poucos meses antes de chegar a consulta.

Aínda que como terapeutas o obxectivo de desfacer este armazón ten unha intención liberadora e dirixida ao benestar da paciente, a tarefa da confrontación non resulta sinxela. Implica: sinalar cuestións como a súa vulnerabilidade, vivida como incapacidade intolerable para esta muller; indicar que a súa intención de axuda aos demais esconde un desexo de sentirse ben consigo mesma, un pracer dirixido á súa propia satisfacción a través dos problemas dos outros; poñer sobre a mesa a súa forma de obter recoñecemento do outro, que ela perfeccionou como método para obter unha variante do amor. Cada unha destas cuestións non será ben recibida se non o facemos dunha forma axeitada e con todo, acabarase mostrando como imprescindible para aliviar o seu malestar, pois o xogo que estableceu para relacionarse cos outros converteuse nunha trampa que a deixa illada e cun intenso sentimento de soidade e frustración. Seremos nós os que poñamos a mirada en algo que lle resulta inhóspito, nunha parte de si mesma que é rexeitada, tachada, inaceptable e con gran dificultade de incorporala á súa identidade.

Á hora de confrontar, é importante que lembremos que o paciente que acode a terapia espera atopar a alguén que o escoite, que o comprenda, que o axude a comprender e, mesmo en moitas ocasións, que aprobe o que está a escoitar. Non espera toparse con alguén que o contraríe, que lle achegue máis conflitos, máis cuestionamentos acerca do que sente, di ou fai; por iso deberemos facer isto con delicadeza, no momento oportuno e sobre a base dunha relación terapéutica xa establecida. A demanda que fai un paciente, sempre é unha demanda de amor. E ao terapeuta tocaralle a función de devolverlle algo que non será amor, senón máis ben reflectir a forma na que o paciente o busca e, en ocasións, o acada.



Ilustración de F. S. Wilson para "Single Works" de Henry Rider, or the London Charivari, 1897, Londres

OVELLAS NEGRAS DA FAMILIA: A EXPERIENCIA DUN CENTRO TERAPÉUTICO DE MENORES

Jorge Bajo Lema

PSICÓLOGO CLÍNICO

(MINIRRESIDENCIA TERAPÉUTICA CHAVEA)

✉ jorgeblema@gmail.com

RESUMO: Entre a poboación de ingreso nun centro terapéutico de menores, unha ampla proporción débese á difícil convivencia familiar, marcada por episodios de conflictividade en aumento con pais ou irmáns, fugas ou agresividade na escola ou con iguais. A intervención psicoterapéutica, que o menor adoita demandar (aínda que dun modo inducido), expón dilemas en canto a ata que punto obstaculiza o traballo a simplificación que se fai dun problema de características sistémicas e interactivas, para centralo en características persoais do menor etiquetado como problemático. Existen voces que valoran o papel do internamento pola posibilidade de ofrecer unha experiencia correctiva para o menor en canto á valoración que se fai del e das súas capacidades. Neste artigo pretendo explicar os puntos máis importantes da intervención e ofrecer unha reflexión crítica sobre algúns aspectos mellorables do sistema de protección.

PALABRAS CLAVE: Menores, centro terapéutico, acollemento, violencia ascendente, agresividade.

ABSTRACT: Among the admission population of a adolescent therapeutic center, a large proportion is due to difficult family life consisting of episodes of increasing conflict with parent or siblings, getaways or aggressiveness in the school or with peers. Psychotherapeutic intervention, the adolescent often demands (even though a induced way), presents doubts about how far the work is disturbed by the simplification of a problem of systemic and interactive characteristics to instead focus in personal characteristics of the adolescent labeled as "disruptive". There are voices who claims for the utility of the internment, because of the chance to offer a corrective experience to the adolescent to review his competence and receive different appreciation from the others. In this article I try to explain the more important focus of the intervention and present a critic reflection about some amendable issues of the child protection system.

KEY WORDS: Adolescents, therapeutic center, internment, ascendant violence, aggressivenessdesire, listens.

SUMARIO:

- 1 Descripción.
- 2 Conflictos familiares e causas.
- 3 Os centros terapéuticos de menores.
- 4 Intervención en centro terapéutico debida a conflitos familiares.
- 5 A reetiquetaxe.
- 6 O papel da vinculación.
- 7 Segunda fase: aumento de autonomía do menor.
- 8 Intervención familiar.
- 9 Tempo de intervención.
- 10 Conclusións.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Agnew, R. e Huguley, S. (1989): «Adolescent violence towards parents». *Journal of marriage and the family*. 51 (3): 699-711.

Bravo, M. e Del Valle, J. (2009): «Crisis y revisión del acogimiento residencial. Su papel en la protección infantil». *Papeles del psicólogo*, 30 (1): 42-52.

Carrasco, M. A. e González Calderón, M. J. (2006): «Aspectos conceptuales de la agresión: Definición y modelos explicativos». *Acción psicológica*. 4 (2): 7-38.

Fiscalía General del Estado (2010). Circular 1/2010, «Sobre el tratamiento desde el sistema de justicia juvenil de los malos tratos de los menores contra sus ascendientes».

Garrido Genovés, V. (2005). *Los hijos tiranos. El síndrome del emperador*. Barcelona: Editorial Ariel.

Gilbert, D. e Malone, P. (1995): «The Correspondence Bias». *Psychological Bulletin* 117 (1): 21-38

González Álvarez, M. (2012): *Violencia intrafamiliar: características descriptivas, factores de riesgo y propuesta de un plan de intervención*. Madrid: Universidad Complutense

Granic, I. e Patterson, G. R. (2006): «Toward a Comprehensive Model of Antisocial Development: A Dynamic Systems Approach». *Psychological Review*. 113 (1): 101-131.

Martín, E. e Davila, L. M. (2008): "Redes de apoyo social y adaptación de los menores en acogimiento residencial". *Psicothema*. 20 (2): 229-235.

Patterson G. R., DeBaryshe B. e Ramsey E. (1990): "A developmental perspective on antisocial behaviour". *American Psychologist*. 44, 329-335.

1 | Descrición

Cando un traballa nun centro terapéutico para menores, o tema da maldade está moi presente. Os ingresos neste tipo de centros prodúcense cando un menor presenta alteracións condutuais de maior ou menor grao que dificultan a convivencia na contorna familiar ou residencial. Alteracións que poden ser secundarias a algún trastorno psicopatolóxico de certa gravidade (trastornos psicóticos ou do vínculo) ou estar relacionadas con conflitos na esfera familiar ou escolar.

No último caso, nos que o motivo de ingreso principal é o debido aos conflitos familiares ou escolares, é para os que o concepto “maldade” resulta pertinente, xa que adoita ser o motivo que citan os menores para o ingreso: “porteime mal cos meus pais / irmáns / na escola...”. Situacións coa presenza dun certo grao de violencia ou intimidación, que levaron os servizos sociais e de menores a actuar.

Actuación a destas institucións que tamén podemos describir en termos relativos á bondade ou á maldade da súa intervención: mediante un funcionamento que en demasiadas ocasións peca de excesiva burocratización e de falta de flexibilidade á hora de determinar as mellores solucións para abordar o conflito. Ademais, na gran maioría de ocasións, aínda que desde estas institucións se recoñeza sempre o carácter contextual dos conflitos, ao final o peso da intervención vai recaer sobre o menor e o seu comportamento. E isto non adoita obedecer a ningunha estratexia preconcebida senón que se debe simplemente a que é sobre o que pode exercer un maior nivel de coacción: os servizos que deciden as solucións son os de menores, polo que son sobre os que de forma “natural” poden actuar.

Isto induce á etiquetaxe do problema, con máis razón se se expón a necesidade dun centro terapéutico para o cal necesitamos dunha etiqueta ou dun trastorno que o xustifique: o menor, por tanto, está a ser agresivo e violento coa súa familia por sufrir dun “trastorno de conduta”, “trastorno negativista desafiante”, “trastorno disocial” ou “trazos de probable trastorno antisocial”. Como vemos, a linguaxe terapéutica dispón dunha serie de etiquetas nos que encadrar o problema dos “rapaces malos”. Con esa linguaxe intencionalmente descritiva e aséptica pasamos o acento da conduta, en lugar dunha conduta supostamente libre e elixida “mala” como na época do tratamento moral, a unha determinada en certa medida por variables intrapersoais. E neste camiño as variables contextuais (familiares, sociais) desapareceron e quedamos só co menor.

E xa dentro deste contexto explicativo reduccionista, o centro terapéutico é a solución “lóxica” para a solución destes conflitos: o menor sepárase dun contexto “pernicioso” para outro “moito mellor” (a denominación de centros de protección facilita sen dúbida este razoamento automático). Centro no que se espera que poida ser tratado do seu trastorno para poder retornar á vida familiar con garantías. Este é o punto de partida da nosa intervención, quizais non sexan as mellores cartas...

“Nos que o motivo de ingreso principal é o debido aos conflitos familiares ou escolares, é para os que o concepto “maldade” resulta pertinente”

2 | Conflitos familiares e causas

A Fiscalía, nunha circular do 2010, falaba dunha proliferación preocupante dos malos tratos familiares ascendentes, é dicir, desde os menores aos seus pais ou titores. Apunta, ademais, cara a unha posible causa: “unha sociedade permisiva que educa os nenos nos seus dereitos, pero non nos seus deberes, onde callou de forma equívoca o lema ‘non poñer límites’ e ‘deixar facer’».

Con todo, esta afirmación non vén acompañada de datos concretos senón que esta declaración é xustificada en casos anecdóticos e apreciacións subxectivas dos fiscais. Dados os carices ben coñecidos deste tipo de xeneralizacións a partir da experiencia persoal, ben puidésemos sospeitar que existe unha forte carga ideolóxica en todo este razoamento. Carga que permite, ademais, centrar a intervención en poñer un número suficiente de límites ao menor para que non poida facer “o que lle dá a gana”. E que, penso que non de forma casual, está en consonancia coa idea de poñer eses mesmos límites a unha sociedade que tamén está a ser cada vez máis indisciplinada (outra conclusión sen fundamento real: a conflitividade social atópase en mínimos históricos): establécense leis mordaza, recortes na liberdade de expresión...

Esta explicación sobre a falta de autoridade tamén a atopamos na literatura popular, no que se denomina “síndrome do emperador” ou “nenos tiranos” (Garrido Genovés, 2005), na que se apunta a unha mesma dirección: a falta de límites ou a pouca capacidade para a frustración como elementos explicativos da conflitividade nas familias.

Con todo, o certo é que, máis aló de que o anterior pode xerar nenos máis ou menos caprichosos, cando se fala de agresividade e conflitividade, os datos de prevalencia (González Álvarez, 2012) son bastante máis consistentes e apuntan noutra dirección. Os factores que en maior medida se asocian á conflitividade no domicilio familiar e cos iguais son:

- Presenza de violencia intrafamiliar previa (violencia de xénero).
- Pautas de crianza con disciplina severa e inconsistente.
- Menor número de actividades compartidas con pais.

- Contornas escolares favorecedoras do consumo de drogas e o consumo en si.
- Mal axuste académico.

Estes datos coinciden co que observamos no noso centro, aínda que temos que ter en conta que se trata dunha mostra pequena e posiblemente non representativa, en canto esixen a mediación de servizos sociais. Na práctica totalidade dos nosos casos hai presenza de violencia na contorna familiar (mulleres vítimas de violencia de xénero, violencia descendente...), problemas asociados ao consumo nesa mesma área e un contexto social desfavorecido.

O modelo teórico de Patterson (Patterson et al., 1990) é un dos que mellor ten en conta estes datos para explicar o xurdimento das condutas agresivas en menores. O modelo de coerción de Patterson desenvólvese en varias fases. A primeira fase ten que ver coas pautas de crianza, baseadas nunha disciplina severa e inconsistente, nunha escasa participación positiva co neno e nunha baixa supervisión das actividades do mesmo.

Para describir este patrón de disciplina inconsistente e severa, con escasa participación positiva co neno, realizaron un estudo en que se podía comprobar como os nenos considerados de carácter agresivo na gardería, unha vez se atopaban no domicilio, recibían unha intrusión aversiva (berros para que fixese ou deixase de facer algo, quitarlle algún entretemento...) por parte dun membro da familia cada 3 minutos de media (Granic I. e Patterson G. R., 2006).

Este tipo de comportamentos facilita o uso de comportamentos coercitivos emitidos polos menores, xa sexa como escape de situacións negativas ou como forma de participación activa na interacción.

Considera que estas condutas aversivas mutuas refórzanse de forma circular: por unha banda, o menor responde agresivamente a unha conduta coercitiva, que provoca unha maior reacción agresiva por parte do coeducador. Ante esta escalada simétrica, tan familiar para o enfoque sistémico, a cesión final dun provoca un reforzo negativo en ambos os dous ao

desaparecer a conduta aversiva do outro e, doutra banda, un reforzo positivo no que consegue que o outro ceda. O modelo continúa coa xeneralización deste tipo de estratexias interactivas por parte do menor na escola e o consecuente rexeitamento por parte dos iguais, a procura de grupos marxinais ou antisociais...

Este tipo de estratexia, baseada na loita polo poder, dá bos resultados iniciais aos pais, en canto poden aumentar o seu nivel de coerción verbal e física ata facer ceder ao menor, co que o reforzo positivo adoita favorecer esta pauta de crianza ata que as tornas cambian e o menor xa non é tan menor e descobre que xa pode facer ceder aos pais. E non só iso, senón que é a estratexia que xeneralizaron e consideran válida para a consecución dalgúns fins.

Con estes modelos explicativos, enténdense relativamente ben as “loitas polo poder” que se producen en contextos violentos e o mantemento destas, pero quizais deixan sen explicar con claridade como non chegar a isto: como se desenvolven as contornas familiares nas que non hai violencia.

Á fin e ao cabo, a violencia é a primeira forma de comunicación que se establece. Os estudos lonxitudinais fálannos de elevados índices de violencia ascendente en suxeitos de moi curta idade (Carrasco e Glez. Calderón, 2006), que diminúen a medida que se aprenden outras formas de expresión das necesidades.

O estudo de Agnew e Huguley (1989), baseado en entrevistas a 1395 adolescentes entre 11 e 18 anos, permite extraer un elemento que podemos considerar clave: o vínculo positivo entre pais e fillo. Nas entrevistas, aqueles que percibían un maior grao de vinculación positiva cos seus pais referían tamén un menor uso da violencia contra eles.

No traballo diario, unha das primeiras cousas das que un se dá de conta tras empezar a falar cos menores é que a resolución de conflitos sen o emprego da violencia é unha posibilidade a xerar nun contexto concreto e definido: un contexto de respecto mutuo e de confianza nas capacidades do outro, nas que a persoa titora pode manexar con tranquilidade as incertezas dos menores. É a posibilidade de xerar ese contexto polo que se crean os centros terapéuticos.



© Maja Karlsson - Unsplash

3 Os centros terapéuticos de menores

Tras os procesos de desinstitucionalización dos anos 80 (Bravo e Do Val, 2009), os centros de acollemento de menores pasaron dun formato de centros pechados de grandes dimensións, en moitas ocasións case autosuficientes (incluíndo escolas, médico, cinemas, canchas deportivas...), baseados en necesidades moi elementais e cun coidado non profesional, á creación de estruturas máis próximas ao modelo familiar para aqueles que non puidesen vivir coas súas familias, con referentes educativos próximos e estables e máis integrados na comunidade. E ademais, tratouse de que esta fose unha medida temporal de atención previa á integración familiar, xa fose á propia familia (mediante programas de intervención familiar) ou pasase a vivir cunha nova familia (mediante as fórmulas de acollemento familiar e as adopcións).

Dentro deste contexto, a partir dos 90 producíronse algunhas especializacións, sendo o centro terapéutico un deles. Este, do mesmo xeito que os anteriores, supón unha medida de acollemento temporal pero especializada no tratamento de adolescentes con problemas emocionais ou condutuais que dificultasen nese momento a convivencia no domicilio familiar ou noutro tipo de acollemento. Trátase, por tanto, de centros de carácter aberto e integrados na comunidade, que no noso caso dispoñen de 15 prazas.

4 Intervención en centro terapéutico debida a conflitos familiares

No caso de situacións de conflito familiar ou de violencia por parte dos adolescentes, parece que o lóxico sería comezar a intervención a un nivel comunitario, mediante programas de prevención, mediación e intervención en crise, que permita manter no posible o menor no seu medio familiar e social.

Con todo, xa sexa pola falta dunha articulación completa destes servizos na nosa contorna ou por outros motivos, a demanda dos pais adoita producirse tras un longo período de conflitos, cun desgaste e deterioración da relación moi acusado, cunha cronicidade que afecta as expectativas de cambio. Normalmente prodúcense resistencias ante propostas de intervención mediadoras.

Os menores, por tanto, adoitan ingresar de forma “voluntaria” nun centro terapéutico, ben sexa porque o ven como unha oportunidade para demostrar que son distintos á etiquetaxe que están a recibir, ben porque non ven outra posibilidade ante a presión dos servizos sociais e a familia.

“Supón unha medida de acollemento temporal pero especializada no tratamento de adolescentes con problemas emocionais ou condutuais”

As marcas de contexto son bastante claras e sitúan o problema no menor. A experiencia de estar nun centro adoita supoñer, ademais un “estigma” asociado a nivel social, tanto no contexto escolar como en contextos de lecer e tempo libre.

E para maior incerteza, o tempo de duración da intervención é indeterminado. Quizais este sexa unha das variables contextuais que menos se ten en conta no proceso de decisión de internamento nun centro e é unha das que primeiro expoñen os menores no momento do ingreso, polo que nos deteremos nela posteriormente, unha vez definidos os elementos cruciais sobre os que se articula a intervención.

Tras analizar as causas complexas da conflitividade, unha pregunta crucial é a seguinte: pódese realizar unha intervención de certas garantías partindo dunha definición do problema tan pechada? Ou somos cómplices dun sistema que xa etiquetou o menor como conflitivo?

5 | A reetiquetaxe

En xeral, a etiquetaxe dun menor ou dunha persoa obedece a un dos erros máis clásicos no campo da atribución da conduta: o nesgo de correspondencia (Gilbert & Malone, 1995). Apelamos dunha forma automática a características internas para a explicación dunha conduta dada.

Este tipo de atribucións fai que a familia se embarque nunha espiral de maior control sobre o menor: ao considerar que eles non teñen ningún papel relevante nestas mostras de agresividade só queda estar vixiantes para que non se produzan situacións que anuncien o comezo dunha discusión. Este maior control fai que tomen nota de moitas máis condutas sospeitosas e se confirmen as sospeitas de que o menor é alguén en quen non se pode confiar.

No centro terapéutico vaise realizar un proceso inverso, poñendo énfase na redución de control progresivo e o aumento de confianza nas posibilidades do menor en relación coa xestión da súa conduta.

Inicialmente, o comezo da convivencia nunha residencia de menores vai-se vivir como unha experiencia de control moi grande: hai horarios establecidos para as comidas, as saídas, o tempo está bastante organizado... Este tipo de funcionamento é o clásico cara ao que tende calquera institución, moitas veces polo mero feito de facilitar a organización de bastantes persoas.

Na primeira fase de adaptación ao centro, o obxectivo fundamental é reavaliar as etiquetas coas que vén o menor, que ten dúas vertentes fundamentais:

- Por unha banda, que o menor coñeza mellor as súas capacidades, ver cales son os seus intereses e proxectos, mostrar un interese xenuíno por el que permita abrir novas vías fora do “espazo problema”. Este é un proceso no que o menor, salvo que exista un ánimo moi decaído, non adoita ter problemas para xerar posibilidades. Tamén hai que ter en conta a importancia das **profecías autocumpridas**: no centro xérase un contexto de confianza nas posibilidades do menor e no que se van considerar as condutas disruptivas, axitacións, enfrontamentos con compañeiros..., como oportunidades de aprendizaxe.
- Por outro, e dado que o funcionamento do centro é predicible e consistente en canto a normas e límites, supónlle unha oportunidade ao menor de verse noutro contexto máis estable. É nese sentido unha experiencia de **“aculturación”**, na que o menor se vai ver en relación a un contexto novo e novas interaccións. En xeral, o funcionamento no día a día destes centros adoita basearse en programas condutuais, de continxencias, pero nos que é importante a formación do persoal para levar a cabo con garantías, de tal forma que se poida dar prioridade ao reforzo positivo, sobre todo o social, e o non sobrerreaccionar ante condutas disruptivas ou momentos de axitación, preferindo na medida do posible buscar a extinción mediante a retirada de atención ou tempos fóra. Existen, ademais, outras técnicas cando un menor comeza unha escalada que poden resultar moi efectivas, como o uso do humor.

6 O papel da vinculación

O anterior sería imposible sen ter en conta o papel do afecto en todo este proceso. Os menores necesitan confiar nos adultos que os coidan e que lle sirvan de guías para a acción. Desde o inicio establécese un dos educadores como titor referente que lle permita ter unha figura estable, pero todo o persoal adoita estar pendente e dispoñible para servir de referencia.

Nunha investigación realizada por Martín e Dávila (2008) con menores en acollemento residencial, mostraba que o apoio social recibido polos adultos en contextos extrafamiliares, particularmente o afecto, era o factor que mostraba unha maior incidencia positiva na adaptación dos menores no ámbito escolar e social, fronte ao apoio social recibido pola familia ou por iguais.

Dado o papel importante que ten esta vinculación, parece importante o feito de considerala unha prioridade, sobre todo sabendo a alta rotación que se produce nos postos de educadores. Hai que ter en conta que é unha das profesións de contacto máis directo con persoas en situación de dependencia emocional, co que o risco de *burn-out* debería estar máis presente á hora de considerar quendas de traballo e posibilidades de respiro puntual.

7 Segunda fase: aumento de autonomía do menor

A segunda fase supón unha diminución do grao de control sobre as actividades do día a día así como un aumento de tempos libres nos que o menor xestione o tempo de forma autónoma.

Nesta fase o primordial é ofrecer unha experiencia de supervisión distinta para o menor, cuns límites claros que lle sirvan de referencia, normalmente acordados entre o titor e o menor, entre os cales poida poñer a proba as súas capacidades. E no caso de que se produza algún problema ou exceda os límites, ver que iso supón unha determinada consecuencia establecida de antemán pero non por iso se perde a confianza ou se entra nunha espiral de maior control.

8 Intervención familiar

O outro eixo da intervención é o máis orientado a revisar pautas de funcionamento no seu contexto natural. Normalmente, o problema leva xa bastante tempo e ás veces existen reticencias por parte dos pais para acudir a intervención familiar, pero é un paso normalmente necesario para asegurar o éxito a longo prazo.



© Mike Wilson - Unsplash

Tanto os pais como o menor adoitan ter moitas dificultades inicialmente para cambiar patróns que se mostran de longa evolución, baseados nunha desconfianza mutua e a na recorrencia ás escaladas simétricas como método de relación, e adoita custarlles atopar algunhas solucións tentadas exitosas. En moitas ocasións tamén teñen experiencias previas de intervencións terapéuticas sen éxito.

Dado ademais o tempo en que se prolongou o problema, en moitas ocasións os pais non se deron de conta de que o menor seguiu o seu proceso evolutivo e empeza a achegarse á etapa centrífuga ou de afastamento da familia, embarcados como estaban na espiral de control.

A intervención familiar, no noso caso, vese facilitada polo funcionamento do menor no centro, así como polas fórmulas que o menor ve que son trasladables ao domicilio: contratos condutuais con consecuencias claras, a respecto de certos espazos de privacidade mutuos, polo que normalmente a intervención familiar vai seguindo a evolución do menor no centro.

“O tempo de estancia dun menor separado do seu contexto natural debería ser o mínimo para aproveitar a motivación inicial do menor e dar resposta ao cambio unha vez que se produciu”

9 | Tempo de intervención

O tempo de estancia dun menor separado do seu contexto natural debería ser o mínimo para aproveitar a motivación inicial do menor e dar resposta ao cambio unha vez que se produciu. O recurso de internamento en centro terapéutico debería ser unha intervención de curta duración, dando a posibilidade dunha posta a proba rápida no domicilio familiar. Con todo, debido á excesiva burocratización deste tipo de medidas, nas que quen determina a alta non é o propio centro, non é raro que se contemplan os seis meses como o tempo máis breve.

Dado que os resultados a obter adoitan formularse dunha forma subxectiva (informes da situación en casa por menor e pais), pode existir certa percepción de incerteza, dado que un conflito puntual pode ser puntuado de distintas formas segundo o informante. Isto pode xerar moita incerteza e ansiedade, así como a sensación de estar a prolongar o tempo de estancia máis aló dos obxectivos terapéuticos.

Esta prolongación pode resultar moi prexudicial para o menor, xa que a partir dese momento en realidade o ambiente está a deixar de responder os seus esforzos, polo que pode sentirse enganado na súa confianza polo ambiente no que inicialmente se sente comprendido e valorado. Temos que ter en conta que o menor aceptou o ingreso de forma voluntaria, polo que deberíamos respectar tamén a súa opinión á hora da saída do centro.

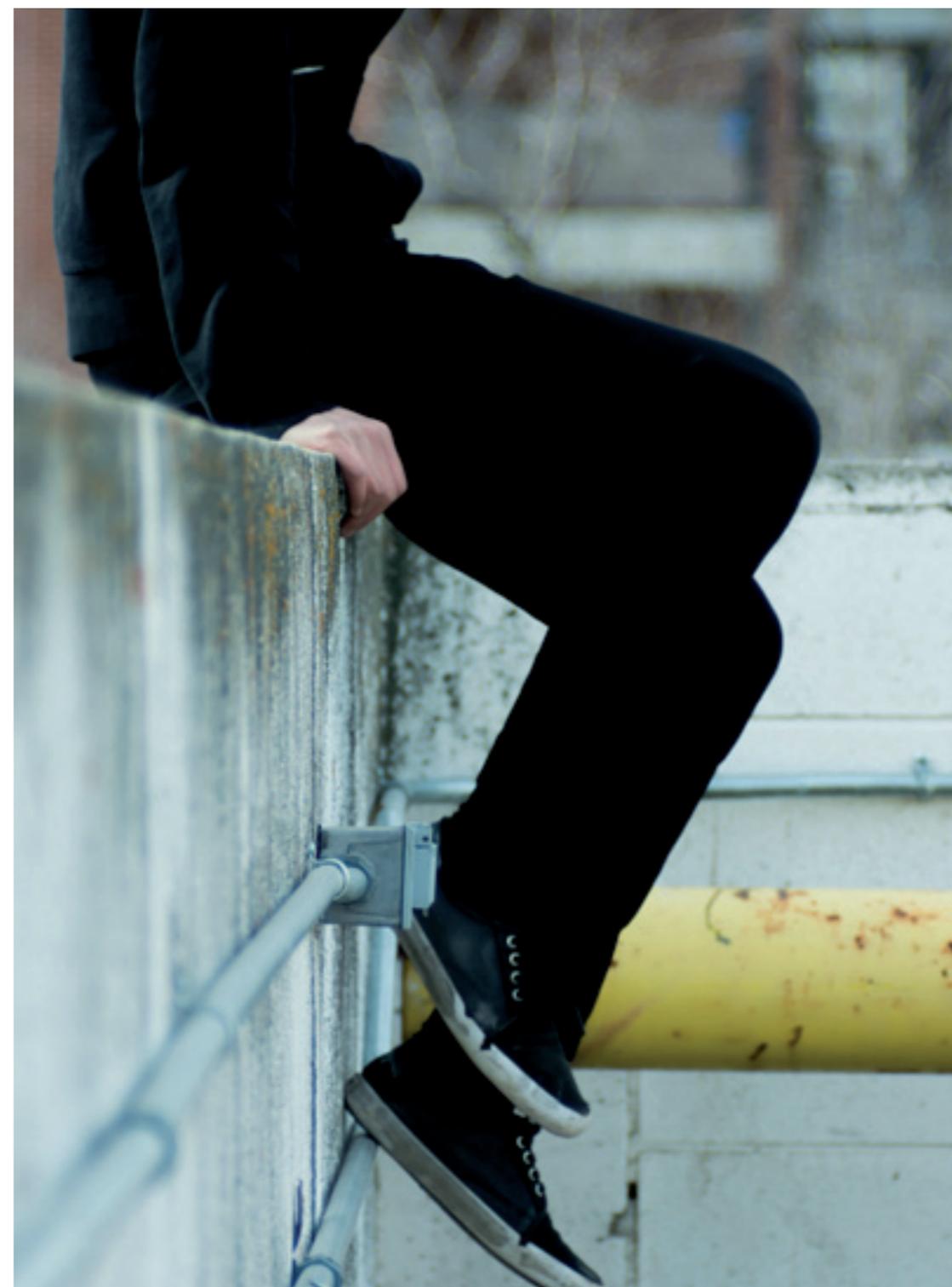
No noso centro fóronse diminuindo os tempos de estancia paulatinamente mediante un traballo de coordinación cos distintos equipos técnicos, pero que depende demasiado duns criterios subxectivos. Considero que sería moi útil establecer un tempo de intervención máximo curto para este tipo de medidas do mesmo xeito que pasa en medidas xudiciais.

10 Conclusións

A intervención sobre os menores en situación de conflito familiar adoce aínda de moitas carencias no ámbito galego. Carencias dun nivel comunitario de intervención, mediante programas de prevención, mediación e intervención en crise, que permita manter no posible o menor no seu medio familiar e social, polo que o recurso de internamento adoita ser a única solución dispoñible en moitos dos casos.

Aínda así, o recurso de internamento terapéutico pode ser útil xa que pode ofrecer unha experiencia correctiva para o menor en canto a que se lle pode ofrecer unha experiencia distinta en canto á valoración que se fai del e das súas capacidades. Ademais, permítelle aprender estratexias que pode implementar progresivamente no domicilio familiar.

Con todo, deberíase ter en conta moi ben a limitación no tempo desta medida para garantir mellores resultados.



© Redd Angelo - Unsplash

CAMBIO DO PROTOTIPO DE HEROE NAS BANDAS DESEÑADAS E SERIES MODERNAS: O HEROE MALVADO

Eva Álvarez Martínez

PSICÓLOGA CLÍNICA

✉ evaam1984@hotmail.com

RESUMO: Os heroes modernos xorden dos medios de comunicación. O impacto social dos medios de comunicación fan que historias, narracións ou relatos que constrúen sobre suxeitos transformen e modifiquen os nosos ideais de condutas e que reflectan os nosos desexos, experiencias, anhelos e aspiracións; dúas implicacións sociais que presenta o heroe ou heroína. Pola contra, a “necesidade” de heroes vese alterada actualmente debido ao rexeitamento da sociedade á figura excesivamente maniquea do heroe clásico, xurdindo o antiheroe, e son os medios de comunicación os que nos dan estes novos arquetipos de heroe. Así, os heroes das últimas series de televisión posúen esta característica común: non son bos. Dexter Morgan, Tony Soprano, Dr. House, Walter White, entre outros, son exemplos da perda xeral de maniqueísmo nos personaxes actuais levados ao límite moral, dado que reúnen tipos de personaxes antitéticos por definición.

PALABRAS CLAVE: Heroe, antiheroe, medios de comunicación, series de televisión, banda deseñada.

ABSTRACT: Change in the prototype of heroes in comics and modern series. The evil hero Modern heroes emerge from the media. The social impact of the media makes the stories, tales and accounts that they build about characters transform and modify our ideals about behaviours, as well as reflect our wishes, experiences, desires and aspirations, two social implications that are present in heroes and heroines. However, the “need” for heroes is at present altered due to the fact that society rejects the excessively Manichaeian figure of the classical hero, thus emerging the antihero, a new archetype of hero created by the media. Thus, the heroes of the latest TV series possess this common feature: they are not good. Dexter Morgan, Tony Soprano, Dr. House, Walter White, among others, are examples of the general loss of Manichaeism in the characters of nowadays taken to the moral limit, because they present types of individuals that are, by definition, antithetical.

KEY WORDS: Heroe, antiheroe, media, TV series, comic.

SUMARIO:

- 1 Introducción.
- 2 Tres series, tres antiheroes.
- 3 Definición de heroe.
- 4 O heroe clásico.
- 5 O antiheroe ou heroe posmoderno.
- 6 Os medios de comunicación.
- 7 Os primeiros antiheroes.
- 8 Heroes modernos e series de televisión.
- 9 Conclusións.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Campbell, J. (1972). *El héroe de las mil caras. Psicoanálisis del mito*. México: Fondo de Cultura Económica.

Campbell, J. (1991). *El poder del mito* Barcelona: Salamandra.

Cano-Gómez, A. P. (decembro de 2012). “El héroe de la ficción postclásica. Interpretación de la teoría del postclasicismo filmico en la serie de televisión Hijos de la anarquía”. *Palabra Clave* 15 (3), 432-457.

Fanlo, L. G. (2012). “Análisis sociológico de la serie de televisión Dexter”. *La Mirada de Teleo*, (6).

Fernández Lascano, E. (s/f) “Los nuevos superhéroes: ¿Feos, Sucios y malos?” Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 29 de mayo de 2016 de https://www.researchgate.net/publication/264847893_Los_Nuevos_Superheroes_Feos_Sucios_y_Malos

Gil Ruiz, F. (2014). *La Construcción del personaje en el relato cinematográfico: héroes y villanos* (Tesis doctoral). Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

González Requena, J. (2012). *Clásico, manierismo y postclásico. Los modos del relato en el cine de Hollywood*. Valladolid: Castilla Ediciones.

Ibáñez, T., (2009). El concepto de héroe y su desarrollo en la literatura española actual, en *Spring and Fall*, Vol. 9.1, 2009, Philipps Universität (Marburg).

Jung, C. (1970). *Arquetipos e inconsciente colectivo*. Barcelona: Paidós.

Del Mar Grandío, M. (2012). “Riesgo y trauma en la ficción televisiva estadounidense post 11-S: el caso de ‘Heroes’”. *Zer-Revista de Estudios de Comunicación*, 16 (31).

Marfil Carmona, R. (2011). “Deconstruyendo a Dexter. Microanálisis y reinterpretación de una serie televisiva en la web”. *FOTOCINEMA. Revista científica de cine y fotografía*, (2).

Martínez, A. N. G. (2014). “El fenómeno de la serialidad en la tercera edad de oro de la televisión”. En *La figura del padre nella serialità televisiva* (pp. 19-42).

Nietzsche, F. (2008). *Así habló Zarathustra*. España: Cátedra.

Ponce-Cordero, R. (2010). *Héroes y bandidos: iconos populares y figuraciones de la nación en América Latina* (Tesis doctoral). Universidad de Pittsburgh. Pittsburgh. EEUU.

Propp, V., (1987). *Morfología del cuento*. Séptima edición, Madrid, Editorial Fundamentos.

Rae, R. A. E. (2016). *Diccionario de la lengua española. Vigésima segunda Edición. Disponible en línea en <http://www.rae.es/rae.html>*.

Ribes, J. P. (2005). “El héroe clásico en el relato cinematográfico”. *Área abierta*, (13), 5-8.

Sánchez Escalonilla, A. (2009). “Fantasía de aventuras: la exploración de universos fantásticos en la novela y el cine”. *Comunicación y sociedad*, XXII (2).

Savater, F., (1984). *La tarea del héroe*. Tercera reimpresión, Madrid: Taurus.

Toledo Morales, P., y Sánchez, J. M. (2000). “El personaje de héroe en el cómic: ¿qué piensan nuestros alumnos?” *Comunicar*, 15, pp. 175-183.

Vallín, P. “La televisión mata al héroe. Las series fijan el fin del individualismo y el regreso a grupos y familias disfuncionales”. *La Vanguardia*. 4 de novembro de 2007.

1 | Introducción

***“Se cres que hai un inferno,
Nós imos case seguro cara a alá.
Pero non me vou recostar ata que chegue”***

WALTER WHITE, BREAKING BAD (AMC, 2888-2013)

Os heroes modernos ou posmodernos xorden, en gran parte, dos medios de comunicación. O impacto social dos *mass media* fai que as historias, narracións ou relatos que constrúen sobre suxeitos transformen e modifiquen os nosos ideais de condutas e que reflectan os nosos desexos, experiencias, anhelos e aspiracións; dúas implicacións sociais que presenta o heroe ou heroína. Así, a sociedade actual a través do cine, a música, a banda deseñada, os debuxos animados e as series, entre outros xéneros, ten a necesidade de representar a figura do heroe, con diferentes características físicas e psicolóxicas; *“a sociedade precisa heroes porque ten que ter imaxes fixas, como astros, para facer coherentes todas estas tendencias á separación, para reunilas nalgunha clase de intencionalidade”* (Campbell, 1991). Campbell alude aos traballos de Jung para constatar o mantemento do mito: *“Freud, Jung e os seus seguidores demostraron irrefutablemente que as lóxicas, os heroes e as andanzas do mito sobreviven nos tempos modernos”* (Campbell, 1959). Isto é, que deben perpetuarse para seguir sendo xeradores de símbolos. Savater, nesta mesma liña, afirma *“os heroes triunfantes (...) seguen a existir, naturalmente, porque son imprescindibles para que a fe na vida non decaia”* (Savater, 1984).

Con todo, a “necesidade” de heroes vese alterada actualmente. Campbell (1959) alega que, a raíz da industrialización e do desenvolvemento da ciencia, o universo intemporal de símbolos sufriu un “colapso”: *“as liñas de comunicación entre a zona consciente e a inconsciente da psique humana foron cortadas, e partímonos en dous”*. Segundo Campbell, a banalización das crenzas polo racional afectou tamén ao heroe como ese ser abstracto, conciliador e subconsciente, que guía o ideal da conduta humana.

Así, o heroe é un dos personaxes máis representativos da sociedade contemporánea e con meirandes códigos de coñecementos e interpretación compartidos polos espectadores en calquera parte do mundo (Cano-Gómez, 2012). Estes foron e son unha das institucións encargadas de reactualizar os mitos ao longo da súa historia. É dicir, estes personaxes, os heroes, ás veces opostos dentro do mesmo período histórico, sexan reais ou imaxinarios, dependen do impacto cultural que pretendan producir, así como das convencións sociais do momento, evolucionando constantemente, seguindo modas e correntes sociais.



Cartel promocional de *Breaking Bad*
© AMC

2 | Tres series, tres antiheroes

“Só fodemos o que merece ser fodido”

TONY SOPRANO (THE SOPRANOS, HBO, 1999-2007)

Dexter (Showtime, 2006-2012) narra a vida de Dexter Morgan, un forense que traballa para a sección de homicidios da policía de Miami realizando as periciais nos patróns de sangue atopados nas escenas de crimes. Detrás da personalidade de Dexter agóchase un asasino en serie. Axudado polo seu pai adoptivo, Harry, Dexter aprende a escoller ás súas vítimas segundo a súa culpabilidade e a deseñar a escena do asasinato. Xa nos títulos, cos que comeza cada capítulo expónse a simbólica contradición dunha persoa cotiá e a violencia extrema; cada acto cotián atópase emparentado coa agresividade perversa dun asasino.

As estratexias para presentarmos a Dexter como un criminal e simultaneamente como unha persoa con quen construír unha identificación afectiva son dúas. Por unha banda, Dexter é unha vítima da súa historia e a súa natureza lévao a volverse asasino en serie. Doutra banda, está esa perturbación inhabitual por ter presenciado de moi cativo o asasinato da súa nai. A traumática escena de Dexter cando era neno bañado en sangue ante o cadáver aínda quente, reiterada para conmover o espectador, produce terror e compaixón de xeito simultáneo.

Este antiheroe consegue ocasionar un dilema ético complexo e ambiguo. Dexter asasina a quen merece un castigo; a historia mostra que Dexter é un asasino cunha visión ética, incluso moral, de si mesmo ao investigar a culpabilidade das súas vítimas. Con todo, Dexter non é un altruísta movido por unha ansia mítica de xustiza. A súa satisfacción é persoal. Nel conflúen o ben e o mal ata que se esvaece o límite (Fanlo, 2011).

The Sopranos (HBO, 1999-2007) narra a historia de Tony Soprano, un mafioso de Nova Jersey, e as dificultades ás que se enfrenta coa súa familia e coa organización criminal que dirixe. Tony Soprano, un capo con gran cantidade de vicios, é un home familiar, moi intelixente, sen escrúpulos, que castiga a quen o traizoou. Con todo, ten un traballo es-

tresante, non ten descanso, polo que carrega unha carga psicolóxica que o desborda, padecendo ataques de pánico e preocupacións existenciais que trata acudindo a unha psicoanalista. The Sopranos responde de xeito brillante ao mito contemporáneo en relación co malfeitor. Neste caso, unha das claves está, precisamente, na sedución ante o crime que leva a cabo The Sopranos sobre o espectador. O criminal é o Estado invertido, a sombra do mesmo, o seu reflexo. A contemplación do delito consumada polo próximo absólvenos e o espectador é inocente por definición.

The Sopranos representa un mundo de nostalxia, no que se perderon valores morais como o honor ou a lealdade. The Sopranos deixa de lado o mito. Existe un desencanto e, ao mesmo tempo, un encanto cara a este mundo contemporáneo. O obxecto último é a supervivencia nun mundo salvaxe, a supervivencia nun mundo fracasado. En toda a serie obsérvase un sentimento nihilista que se constitúe en metáfora do relativismo de carácter ético e da crise dos valores imperantes.

Por último, The Wire (HBO, 2002-2008) relata a vida social de Baltimore, centrado no tráfico de droga, para tratar diversos aspectos da comunidade. En The Wire non hai ningún protagonista central, senón que aposta polo protagonista colectivo. A meirande parte dos seus personaxes, malia o seu lado escuro e as súas dificultades, convértense en entrañables e ata os máis terribles logran algunha empatía por parte do espectador. Desde o punto de vista moral, a distinción entre os bos e os malos non está nada clara; a fronteira entre o ben e o mal está difusas, como na vida real. Os malos presentan algunhas características salvas e os bos algunhas características negativas. Por exemplo, McNulty e Freamon, a quen os espectadores consideramos moralmente personaxes máis aceptables, utilizan métodos ilegais de xeito flagrante para levar a cabo as súas investigacións.

3 Definición de heroe

“Unha vez dixéchesme que sempre creo que teño razón e comprendín que tes razón. Creo que a tes. Non sei, non estou seguro”.

DR. HOUSE (HOUSE M.D., FOX, 2004-2012)

Etimoloxicamente o termo “heroe” ten dúas derivacións, do latín “hero”, “herois” e do grego “heros”. O Dicionario da Real Academia Española emprega seis acepcións para definir o heroe. Unha delas fai referencia á mitoloxía antiga, “home nacido dun deus ou dunha deusa e dun ser humano, polo que o reputaban máis que home e menos que deus; por exemplo, Hércules, Aquiles, Eneas, etc”. Outras dúas definicións refírense á acepción literaria do concepto: “nun poema ou relato, personaxe destacado que actúa de xeito valoroso e arriscado” e “protagonista dunha obra de ficción”. As outras tres acepcións fan referencia á representación para converter a unha persoa nun heroe: persoa “ilustre e famosa polas súas fazañas ou virtudes”, “que leva a cabo unha acción heroica” e “a que alguén converte en obxecto da súa especial admiración”.

No plano antropolóxico, cando unha persoa pon en perigo a súa vida, superando e deixando os seus medos e limitacións atrás, por salvar a vida doutra persoa ou animal, é considerado pola sociedade como un heroe ou heroína; aínda que esta valoración depende da natureza ética da sociedade. Tamén cando un individuo aniquila persoas consideradas como os seus inimigos, cando se trata de defender a un país ou a un valor superior, moitas persoas chámano heroe ou heroína.

Prósper Ribes (2005) apunta á concepción polisémica do termo “heroe”, partindo tamén da formulación xenérica que suxire o termo a partires da tradición grecolatina; o heroe trátase dun suxeito vinculado nas súas orixes aos deuses, cunha importante superioridade manifesta baseada na súa fortaleza e valentía persoal, na súa afouteza ou na súa altura moral. Sánchez Escalonilla afirma con respecto ao obxectivo do heroe que, “ante todo a súa misión é protexer e servir” (2009). Ambos os dous están de acordo en afirmar que o heroe é un gardián, un defensor do pobo, que antepón o seu benestar do pobo á súa propia seguridade individual. Para Jung, o heroe é un símbolo arquetípico: “o home, coa súa conciencia, sempre vai á zaga dos fins do inconsciente; cae en indolente inactividade, ata que a libido o incita a novos perigos (...) Se esperta e cede ao perigoso afán de facer o prohibido ou o que parece imposible sucumbe ou convértese en heroe” (Jung, 1970). Propp define o heroe como “ou ben o personaxe que sofre directamente a acción do agresor no momento en que se trenza a intriga (ou que experimente unha carencia), ou ben o personaxe que acepta reparar a desgraza ou responder

“Cando unha persoa pon en perigo a súa vida, superando e deixando os seus medos e limitacións atrás, por salvar a vida doutra persoa ou animal, é considerado pola sociedade como un heroe ou heroína”

ante a necesidade doutro personaxe” (Propp, 1987). Pola súa parte, Savater (1984) afirma que o heroe é quen logra exemplificar coa súa acción a virtude como forza e excelencia. O seu carácter excepcional permítelle comportarse de xeito “libre, voluntario e con coñecemento” (Prósper, 2005).

Prósper, entre os matices do termo heroe, sinala a capacidade de cada heroe para representar un período histórico concreto da sociedade na que se atopa. Isto significa que hai que ter en conta que o heroe, ao ser un arquetipo, é unha figura proteica, multifacética: foise adaptando á sociedade e ás “necesidades espirituais” de cada época (Ibáñez, 2009). Así, a través do mito heroico pódense atopar evidencias históricas e simbólicas dunha sociedade concreta: chega con observar as variacións que un mesmo mito adopta en diferentes contextos.

4 O heroe clásico

“Se o único que fai que unha persoa se comporte con decencia é a esperanza dunha recompensa divina, entón, irmán, esa persoa é un cacho de merda”.

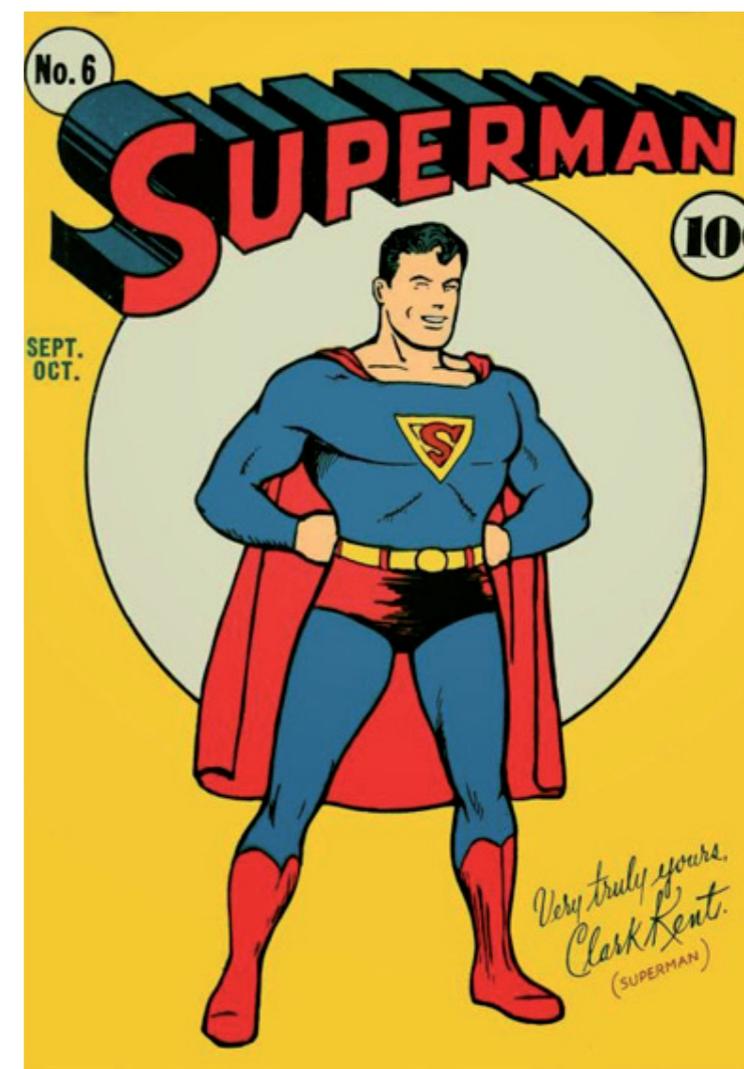
RUST COHL (TRUE DETECTIVE, HBO, 2014)

A figura heroica baséase en “personaxes e vida exemplares que desempeñan, en última instancia, unha función social, xa sexa pagando ou sublimando neuróticos impulsos violentos no seo da familia e a comunidade, ou empuxando o narrador e/ou o lector a explorar e descubrir novas e mellores –aínda que se cadra esquecidas– facetas da súa psique” (Ponce Cordero, 2010).

Esta clase de heroe é o heroe clásico. Deste heroe clásico, pódense concretar unha serie de características destacadas, entendendo como tal o arquetipo xeral compartido: *“a valentía na demostración de coraxe e o enfrontamento con perigos que atentan contra a súa integridade física, como o combate ou a resolución fronte a calquera outra situación de perigo que poida provocarlle algún tipo de dano, ou a súa rectitude moral. O obxectivo deste suxeito é salvar os demais, preservar a vida dos seus concidadáns expoñendo a súa propia polo ben común. Cando alcanza a súa meta, o heroe clásico obtén o recoñecemento daqueles que o rodean e é premiado polas accións que levou a cabo” (Cano-Gómez, 2012).*

O heroe clásico precisa de historias extraordinarias para poder desenvolverse e explotar todas as súas habilidades, isto é, que para que un heroe poida vencer o vilán debe ser levado ao límite.

O heroe clásico evolucionou desde as primeiras narracións clásicas, así deuse orixe aos heroes e heroínas actuais como Superman, Muller Marabilla, Spiderman, entre outros. Estes heroes e heroínas continúan a ensinalle ao home como debe comportarse para combater o “mal”.



Portada de Superman, 1939
© Joe Shuster e Paul Cassidy

5 O antiheroe ou heroe posmoderno

**“Á xente divírtelle finxir ser un monstro,
Eu paso a vida finxindo non selo”**

DEXTER (DEXTER, SHOWTIME, 2006-2012)

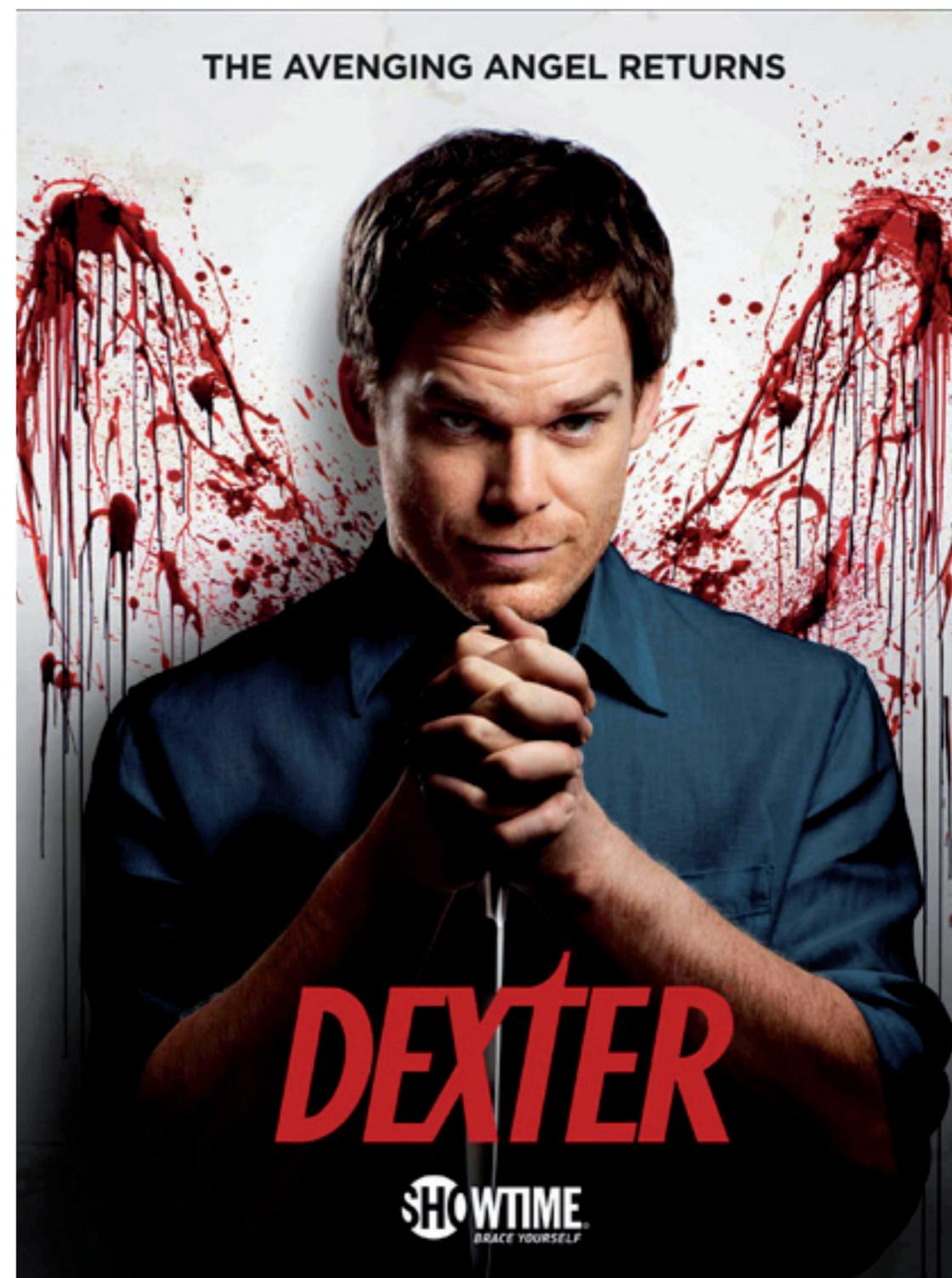
O antiheroe non é o contrario do heroe, nin a súa contrapartida negativa, senón unha nova clase de heroe que ten uns métodos que non son os mesmos que os do heroe clásico. O Dicionario da Real Academia Española define o antiheroe como o *“personaxe destacado ou protagonista dunha obra de ficción con características e comportamentos que non corresponden aos do heroe tradicional”*. É dicir, o antiheroe xurde cando o heroe clásico é substituído por unha figura que pouco ten que ver cos valores tradicionais que se lle atribuíron ao heroísmo. Algúns autores sitúan a proliferación deste personaxe na literatura coa *“desaparición do heroe tal e como se concibía nas sociedades clásicas e tradicionais”* (Ibáñez, 2009). Para outros autores, o antiheroe é a versión “escura” do heroe, de valores distintos, pero que aínda así xera sentimentos de identificación do mesmo tipo que o heroe tradicional.

Entón, tanto o heroe clásico como o antiheroe teñen varias características en común respecto á súa orixe e ao seu desenvolvemento, aínda que con diferenzas na súa construción interna: *“o termo de antiheroe pode xerar certa confusión. Así, un antiheroe non é o oposto o heroe, senón un tipo de heroe moi concreto, un que talvez puidese ser considerado un vilán por se atopar fóra da lei, segundo a percepción social, pero cara a quen o público sente especial simpatía. Identifícanos con estes seres estraños, forasteiros na súa realidade, porque todos nos sentimos así nalgún momento”* (González, 2011). Mentres o heroe loita por un ben social, o antiheroe *“non é necesariamente famoso pola súa virtude, polo seu respecto coas leis, a moral ou os costumes establecidos, cando menos no senso tradicional da interpretación desta situación moral”* (Cano-Gómez, 2012). A necesidade do antiheroe radica no interese por mirar o seu benestar individual: *“a verdadeira meta do ser postclásico está definida na necesidade de resolver as dúbidas, os medos, as inquedanzas ou a angustia que afecta ao su mundo interior”* (Cano-Gómez, 2012). *“Este personaxe é xeralmente introvertido, sensible, moi intelixente, perceptivo e intuitivo, sen dotes físicos excepcionais, pero cun gran poder de raciocinio, sendo esta última calidade a arma máis importante coa que conta o antiheroe para lograr os seus obxectivos”* (Gil, 2014). De xeito que, este heroe posmoderno rompe co ideal establecido polo heroe clásico, atravesando dúbidas constantes sobre si mesmo e o mundo, converténdose este nun lugar violento e desagradable, onde non pode atopar o seu sitio, distanciándose e alterando a súa psique.

“O antiheroe xurde cando o heroe clásico é substituído por unha figura que pouco ten que ver cos valores tradicionais que se lle atribuíron ao heroísmo”

O antiheroe ou heroe postmoderno, como Cano-Gómez propón, é o personaxe ficticio máis próximo ao ser humano contemporáneo, de aí a necesidade da súa construción: *“O postclásico (...) busca a filiación total do espectador para conseguir unha intensa relación emocional, a identificación absoluta. A narración debe facer sentir na pel de cada individuo os sentimentos e os obstáculos polos que haberá de pasar o protagonista”* (Cano-Gómez, 2012). A misión deste heroe xa non só é redentora e salvadora, senón que tras a súa acción tamén se abre unha liña de traballo interior, a busca da súa identidade. House, Don Draper (Mad Men AMC, 2007-2015), Dexter ou Tony Soprano xeran, malia a súa complicada personalidade -e ás veces, grazas a ela-, unha adhesión que fala do ser humano contemporáneo a través do espello destas novas figuracións. Todos eles comparten un complexo e elaborado perfil psicolóxico, social, etc.; os heroes contemporáneos non son simples monicreques de acción e acompañan o espectador ou lector sen tratar de instruílo. O heroe postclásico non ten por que comportarse de xeito recto e irreprochable; *“utiliza os mesmos métodos que os viláns, son personaxes que carecen das tradicionais calidades heroicas”* (Toledo e Sánchez Sevilla, 2000).

Como se expuxo anteriormente, o heroe clásico é o ser perfecto e os heroes actuais sufriron un cambio debido aos intereses das novas xeracións, dotándoos de contradicións máis marcadas. Un dos principais valores dese atrevemento é a ambigüidade moral dos protagonistas. Créanse personaxes menos poderosos e máis vulnerables; máis próximos á sociedade. As series actuais tenden ao antiheroe humanizado, como afirma García Martínez (2014), *“os trazos máis característicos do que se coñece como antiheroe na actualidade aluden a unha mestura de heroe e vilán caracterizado pola ambigüidade moral, o maquiavelismo para alcanzar determinados fins e a contradición entre os ideais (se existen) e as accións. Mesturan trazos admirables (profesionalidade, intelixencia, valentía) con outras características desprezables (violencia, mesquindade, engano, crueldade)”*.



Cartel promocional de *Dexter*
© SHOWTIME

6 Os medios de comunicación

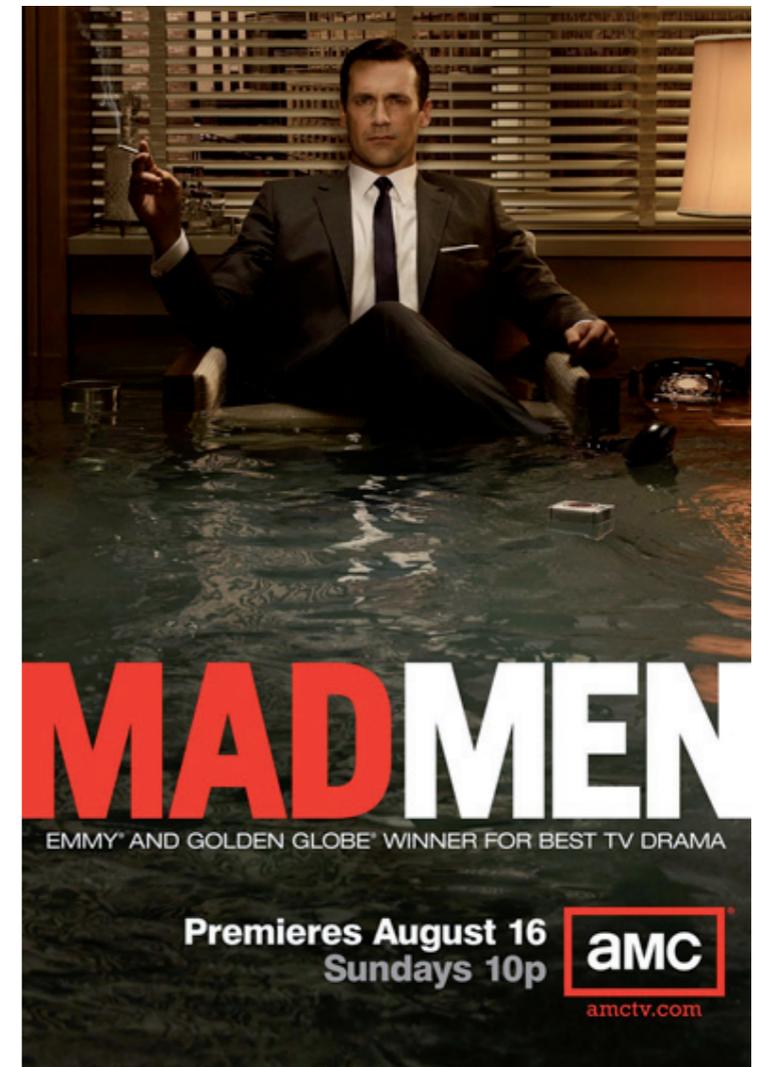
***“O que chamas amor
foi inventado por tipos coma min
para vender medias”.***

DON DRAPER (MAD MEN AMC, 2007-2015)

Os medios de comunicación teñen unha influencia esmagadora na sociedade contemporánea. Dilthey sinalou que a dispoñibilidade de abundante información pode conducir ao escepticismo, ao asinato dos deuses e polo tanto á desaparición do heroe en si (citado en Toledo e Sánchez Sevilla, 2000). No entanto, son os medios de comunicación os que nos dan novos arquetipos de heroe. Primeiro, a novela durante a segunda metade do século XIX, despois o cine e actualmente as series de televisión preséntanse como a forma predilecta de narrar o mundo. As series de televisión están desprazando incluso o cine como entretemento de masas. Moitas creacións da industria televisiva posúen unha calidade e un atrevemento maiores que as producións cinematográficas. Son as series de televisión construtoras de universos simbólicos.

Desde a década dos noventa, un novo relato comeza a instalarse nas series de televisión, facendo que a televisión inicie o seu período coñecido como a terceira idade dourada. As series desta idade dourada fálannos dos trazos, necesidades e inquedanzas da sociedade actual: *“a linguaxe audiovisual e multimedia é o xeito de concibir, escribir e contar o que ocorre no século XXI”* (Marfil, 2011), *“se o cine quere retratar o home, a serie fala da sociedade”* (Vallín, 2007). Ibáñez sinala que foi a raíz da chegada da sociedade moderna e do desenvolvemento da novela cando se rompeu co ideal de heroe glorioso (Ibáñez, 2009).

O relato ficcional actual ou postclásico sofre o que González Requena chama *“a pegada da desconfianza con respecto ao sistema de valores que impregnara os relatos clásicos”* (2012). Savater (1982) indica que na época contemporánea hai unha esclerose dos valores paternos que levou a unha desvalorización ou unha sospeita do heroísmo.



Cartel promocional de *MAD MEN*

© AMC

7 Os primeiros antiheroes

***“Son o mellor no que fago,
pero o que fago non é nada agradable”.***

WOLVERINE (X-MAN)

Os antiheroes son unha das grandes tendencias en narración. Ata os anos 80, as bandas deseñadas de superheroes caracterizábanse por ter ben marcada a liña que separa o ben e o mal, sen grises. Tras a publicación de *Watchmen* nos 80, moitos artistas comezaron a considerar o humano que se atopa por baixo do traxe e a máscara. Fernández Lascano sinala que as bandas deseñadas de superheroes entran en crise estrutural nas décadas de 1980 e 1990 tanto no que se refire a figuras como a modelos narrativos. Afirmo que se poden detectar cambios nos seguintes aspectos (Fernández Lascano, s.f.):

- 1) Límites borrosos entre heroe e vilán, que deixan de encarnar as nocións do Ben e do Mal absoluto. Só cando se enfronten a un horror extraordinario mostrarán algún resto de moralidade.
- 2) Os superheroes pasan de ser modelos de nós a encarnar unha ameaza e os inimigos aparentes non os responsables reais do Mal, aínda que seguen a ser considerados inimigos ata despois do conflito.
- 3) Os superheroes pasan de ser os máximos defensores da lei a atoparse fóra dela. Un exemplo é o enfrontamento virtual e ideolóxico que se establece entre Superman e Batman.

Así, afirma que se podería denominar o arquetipo pasado como “heroe lexítimo” por ser defensor do ben e da propia identidade, mentres que o superheroe contemporáneo podería denominalo como o “heroe terrible”, xa que só se lle admira e se lle obedece porque se lle teme (Fernández-Lascano, s.f.).

O antecedente máis claro dentro do xénero de superheroes, onde comeza o cuestionamento do arquetipo, habería que situalo na década dos 70, que empeza a aparecer en historietas como Batman, especialmente no período de Neal Adamx, quen indaga matices e “interioridades” de Batman que antes non se mostraran, entre as que se inclúe: unha complexa historia familiar, trazos paranoides, dúbidas existenciais, e incluso furtivos romances, como elementos presentes dentro da trama heroica, pero aínda conservando o desenvolvemento arquetípico do heroe. Non é un asasino a sangue frío, pero o home morcego encaixa no termo antiheroe pois os seus actos van en contra da lei, non acepta ningunha orde que non sexa de si mesmo, cun código ético persoal que non sempre é acertado, xa que a xustiza empeza e remata con el.



Portada de *WATCHMEN*
© Moore e Gibbons

Spiderman, pola súa parte, privilexia a intelixencia e a ironía e presenta un alter-ego (Peter Parker) débil na relación co seu entorno, en plena etapa universitaria, intentando solucionar cousas cotiás tales como conquistar unha rapaza. Trazos que, dalgún xeito, van marcando novos espazos para a historieta contemporánea, mostrando a súas debilidades e potencialidades, empezando a entrecruzar-se unha “intimidade” crecente, un desmarque do heroe clásico.

8 Heroes modernos e series de televisión

**“Ás veces,
O mellor xeito de gañar
O respecto dos teus superiores
Consiste en desafialos”.**

FRANK UNDERWOOD (HOUSE OF CARDS, NETFLIX, 2013)

Nas series da terceira idade de ouro televisiva obsérvase unha transformación da formulación do heroe: o heroe clásico, para quen o mundo se dividía entre o ben e o mal, adquire características que o levan á inversión desta característica de esencia heroica. O heroe que antes estaba caracterizado por unha profusión de propiedades positivas, vese abordado cada vez máis por unha crecente indefinición e dilúese na súa definición convencional, deixando paso ao heroe da ficción postclásica (Cano Gómez, 2012).

Así, os heroes das últimas series de televisión posúen esta característica común: non son bos. Esta moral gris é levada ao extremo e os protagonistas poden levar a cabo accións cuestionables como o roubo ou asasinato, e pola contra, xeran unha actitude favorable cara a eles. Exemplo disto son True Blood (HBO, 2008-2014), en que son os vampiros os que protagonizan o relato ou Breaking Bad (AMC, 2008-2013), en que Walter White é un profesor de química reconvertido en narcotraficante; personaxes que mostran a reformulación do heroe, o novo antiheroe, en canto á ausencia de características heroicas relacionadas co seu cotián e por estar afastados da moralidade. Este heroe postclásico pode asumir tarefas características do clásico, pero o desafío, a repercusión e a prioridade que estas representan agora respecto ás metas do personaxe son algo de carácter secundario (González Requena, 2006).

A narración debe facer sentir ao espectador os sentimentos, as emocións e os obstáculos polos que ten que pasar o protagonista. A sociedade actual desenvolveu un rexeitamento ao heroe clási-



Cartel promocional de *House of Cards*
© NETFLIX

co, interpretado como unha figura excesivamente maniquea; a sociedade contemporánea sente un decreemento xeneralizado sobre os grandes relatos que proveñen do pasado e están sometidos a un intenso sentimento de desmitoloxización (Cano-Gómez, 2012).

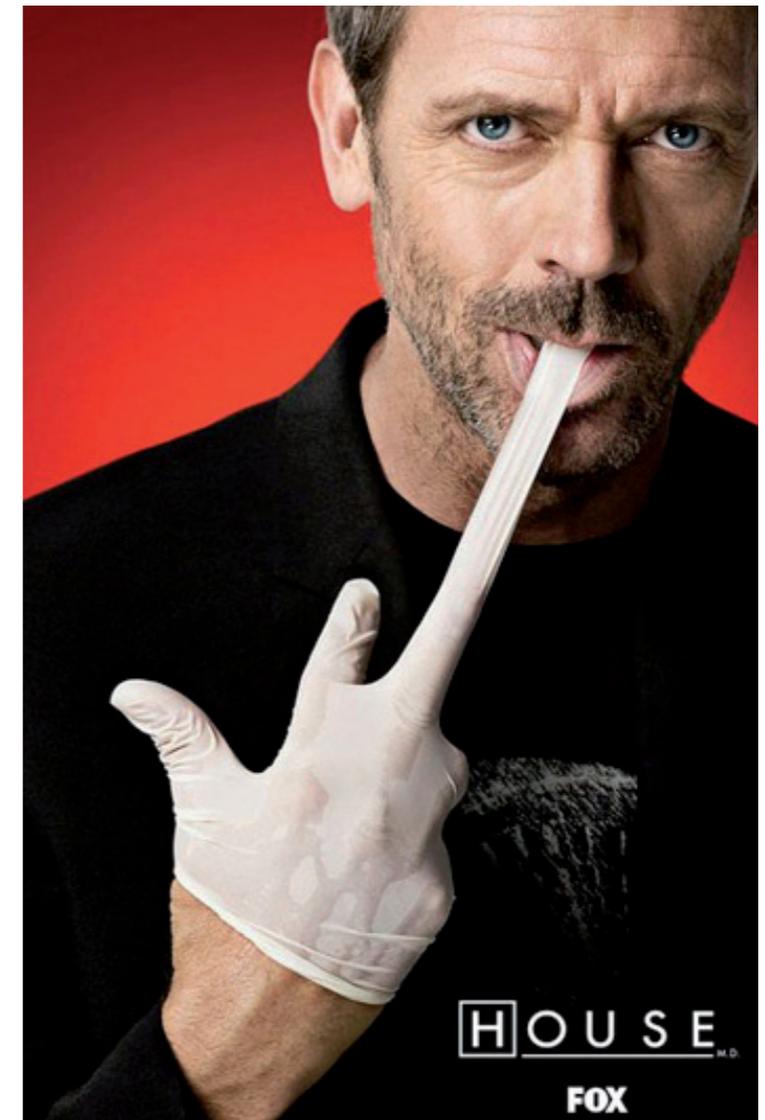
Poderíamos dicir que o heroe clásico coincide co heroe de Campbell, que se resume en que o heroe entrega todo inclusive a súa vida por algo máis grande ca el mesmo (Campbell, 1991). Mentres que o heroe contemporáneo coincidiría máis ben coa descrición de Nietzsche en que o heroe é considerado como un súper home, que rexeita as leis establecidas moralmente, ama os desafíos e non cre en Deus (Nietzsche, 1892).

As ficcións televisivas utilizan tres estratexias dramáticas para provocar no público unha actitude favorable cara ao protagonista. En primeiro lugar atópase a vitimización, xa que simpatizamos con personaxes que están en perigo ou sofren. O emprego desta estratexia pódese observar en Tony Soprano, quen padece ataques de ansiedade, non logra controlar a súa familia, padece estrés e ten unha relación coa súa nai tóxica e abusiva. Así, este personaxe combina a violencia e a maldade do gánster cunha faceta desvalida.

A segunda estratexia dramática refírese a un “comparatismo moral”: os antagonistas sempre son moito máis perversos que os protagonistas, por moitos defectos que presente. Esta estratexia pódese observar en Dexter Morgan, sempre hai alguén peor ca el, de xeito que facemos unha comparación inconsciente con outros personaxes e concluímos que os protagonistas, a pesar dos seus métodos violentos e dos seus crimes, son “dos bos”. Aí radica a ambigüidade moral, posto que entre opcións que son todas malas, eliximos o “menos malo” e reforza a nosa simpatía con el.

A terceira estratexia ten que ver coa presenza da familia: os lazos de sangue desestabilizan o marco moral dos antiheroes, tanto interna coma externamente. A súa presenza serve para xustificar a necesidade das súas accións e saca o mellor destes personaxes (García-Martínez, 2014).

Dexter Morgan, Dr. House, Nicholas Brody (Homeland, Showtime, 2011), Walter White, entre outros, coinciden en que son exemplos da perda xeral de maniqueísmo nos personaxes actuais levados ao límite moral, dado que reúnen tipos de personaxes antitéticos por definición.



Cartel promocional de *House*
© FOX

9 | Conclusións

***“Non podo xustificar o meu comportamento.
ningún sufrimento está xustificado,
sobre todo o teu,
pero quero que saibas que
empecei isto coas mellores intencións,
creo que quería que todas o viran
que viran o que as fai especiais...
isto é o que queremos,
que nos vexan que nos recoñezan”.***

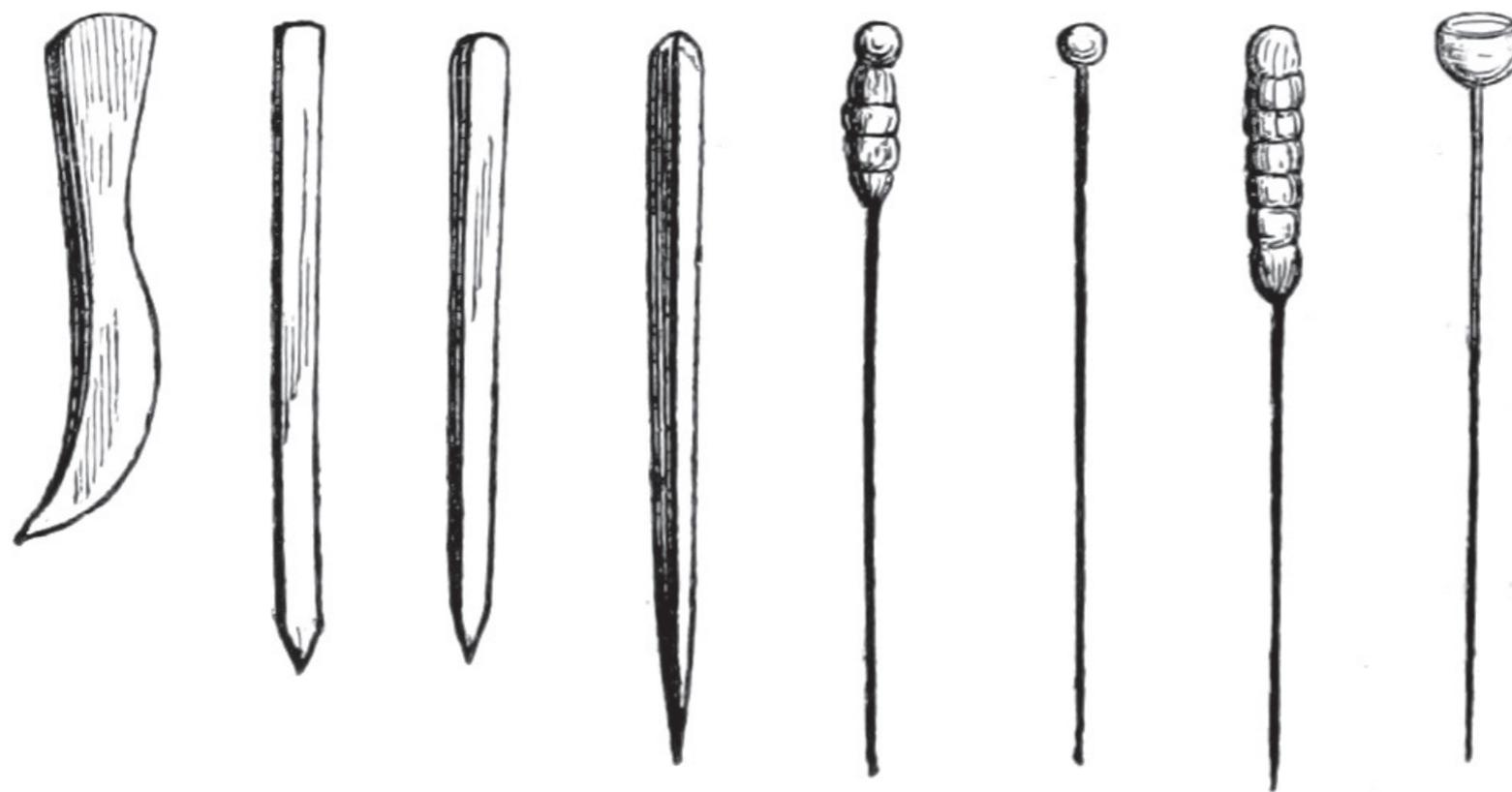
HANK MOODY (CALIFORNICATION, SHOWTIME, 2007-2014)

Nos últimos anos por fin parece que asumimos que os homes e as mulleres somos imperfectos. Así, os que antes eran os indiscutibles heroes da sociedade, homes perfectos de moral irreprochable e fermosura incuestionable, son actualmente prototipos aburridos. E unha vez descartados os heroes clásicos, emerxe unha figura máis interesante e imprevisible: o antiheroe, aqueles personaxes que se ben poden facer o ben, fanlo dun xeito pouco ortodoxo e/ou terán comportamentos eticamente cuestionables.

É este o tipo de personaxe máis interesante, un individuo máis complexo e fascinante? Pois parece ser que si, pero tamén máis humano e máis próximo; os defectos e as virtudes humanizan os antiheroes achegando individuos e personaxes. As debilidades, as imperfeccións, as manías, as excentricidades, os fallos e os vicios conseguen, case de inmediato, que un antiheroe nos pareza máis verosímil e atractivo. Grandío (2011) asegura que a gran problemática do novo heroe contemporáneo radica nos seus propios medos, na necesidade en enfrontarse a eles para combater o perigo inminente; os seus obxectivos non son positivos de por si, senón que navegan entre a condición de heroe e vilán, constituíndose en expoñentes da hibridación que caracterizan a sociedade actual, non hai nada branco ou negro.

O antiheroe é imperfecto e cae ante a tentación, é egoísta e hedonista, é complexo e con grises; coma nós. O antiheroe é ese personaxe realista, cheo de matices, capaz da meirande das vilanías pero tamén da redención absoluta, con tan só unha palabra. Adoramos estes individuos porque desafían a sociedade como a nós nos gustaría ser quen de facelo; fano sen esquecer o que son: homes e mulleres valorosos, que non dubidarían en “protexer e servir” a quen o precise. Unha protección que beneficia a outros, incluso en prexuízo dos seus propios intereses, da súa seguridade persoal ou da súa propia vida. E esa é a mesma esencia do heroe; aínda que aos antiheroes non lles preocupe ter as mans manchadas, nin sequera de sangue.

*“O antiheroe é imperfecto
e cae ante a tentación,
é egoísta e hedonista,
é complexo e con grises;
coma nós”*



FERRAMENTAS

Ilustración do libro "China and the Chinese (...) the evils arising from the opium trade (...)" de SIRR, Henry Charles - Barrister- 1845, Londres.

FERRAMENTAS

COMO INTEGRAR AS NOSAS PARTES BOAS E MALAS, Dr. JEKYLL E Mr. HYDE

José Eduardo Rodríguez Otero

PSICÓLOGO CLÍNICO USM DE CANGAS
DO MORRAZO, EOXI VIGO E CENTRO
DE PSICOTERAPIA AGARIMO, PONTEVEDRA

✉ jos_edu_rod@yahoo.es

RESUMO: O modelo de funcionamento interno e o estilo de apego inflúen nos impulsos e nos sentimentos que ten a persoa e nas valoracións automáticas que pode facer o suxeito de diversas situacións. Estes impulsos poden ser considerados como positivos ou negativos en función da opinión da persoa e/ou do consenso social ao redor dos mesmos. En todo caso, non entran dentro do seu libre albedrío. Os sentimentos téñense, non se elixen. Sí que entran dentro do campo da súa liberdade as súas accións, é dicir, o que fai con eses impulsos.

Este artigo reflexiona, baseándose nos comentarios ao redor dun caso, sobre a presenza das partes boas e malas das persoas (tanto clientes como terapeutas) no referente ao seu sentir (involuntario) e o seu facer (voluntario), así como das implicacións e aplicacións que poden ter estes termos a nivel terapéutico.

PALABRAS CLAVE: Modelo de Funcionamento Interno, Apego, Narrativa, Terapia Narrativas do Apego.

ABSTRACT: The Internal Working Model and the attachment style influence on person's impulses and feelings and the automatic evaluation that might be done by the person in different situations. These impulses can be considered as positive or negative depending on the person's opinion and/or the social consensus around them. In any case, not come within his free will. You have feelings, you do not choose feelings. But their actions fall within the field of their freedom, i.e. what people do with their impulses.

This article reflects, based on the comments about a case, on the presence of the good and bad parts of people (both clients and therapists) in relation to its (involuntary) feel and its doing (volunteer), as well as the implications and applications that may have these terms at a therapeutic level.

KEY WORDS: Internal Working Model, Attachment, Narrative, Narrative Therapy of Attachment.

SUMARIO:

- 1 Narrativas, estilos de apego e modelos de funcionamento interno.
- 2 M.
- 3 O traballo coas partes malas. Que facemos con Mr. Hyde?
- 4 O traballo coas partes boas. Utilicemos o Dr. Jekyll.
- 5 O Dr. Jekyll e Mr. Hyde do terapeuta.
- 6 Conclusións.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Byng-Hall, J. (1995). *Rewriting family scripts: improvisations and systems change*. Nova York: Guilford Press.

Clulow, C. (2001). *Adult Attachment and Couple Psychotherapy: The Secure Base in Practice and Research*. Londres: Brunner Routledge.

Fonagy, P., Gergeley, G., Jurist, E. J., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Nova York: Other Press.

Fonagy, P., Steele, M., & Steele, H. (1991). "Maternal representations of attachment during pregnancy predicts the organization of infant-mother attachment at one year of age". *Child Development* (62), 880 - 893.

Van Ijzendoorn, M. H. (1995). "Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview". *Psychological Bulletin* (117), 387 - 403.

Vetere, A., & Dallos, R. (2009). *Apego y terapia narrativa. Un modelo integrador*. Madrid: Morata.

Watzlawick, P. (1988). *La coleta del barón de Münchhausen*. Barcelona: Herder.

White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós Editorial.

**“Vinme facéndoo, vinme facendo
aquilo do que escapara toda a vida”**

M.

**“Os fillos comezan por amar os seus pais;
cando crecen, xúlganos; ás veces, perdóanos”**

ÓSCAR WILDE

1 Narrativas, estilos de apego e modelos de funcionamento interno

Os Modelos de Funcionamento Interno (MFI en diante) son as nosas crenzas e expectativas sobre:

- A nosa propia conduta e a doutras persoas nas relacións íntimas.
- A idea que temos sobre o eu. O respectables, aceptables ou merecedores de agarimo que somos.
- A dispoñibilidade e o interese dos demais por atendernos e coidarnos cando o necesitamos.

O concepto de MFI desenvólvese ao redor dos estudos sobre apego infantil e adulto e ofrécenos unha visión lonxitudinal dos vínculos coas persoas de referencia¹ e o impacto que teñen sobre a conduta, a cognición e o afecto do suxeito.

Desta maneira, se as figuras de referencia, ante unha situación de transmisión relevante do afecto optan por interromper, descualificar ou penalizar ese tipo de comunicación, o suxeito aprenderá que iso é o que se pode esperar dunha relación íntima, que o interese dos demais polos nosos afectos é limitado ou que estes poden ser motivo de escarnio. Así é fácil que xurdan trazos e/ou estilos de afrontamento evitativos e que a resolución de problemas interpersoais, na que o afecto sempre está presente, se vexa afectada.

Doutra banda, e seguindo con máis exemplos, se as figuras de referencia xustifican o emprego da violencia interpersoal baseándose nos acontecementos previos (“provocouno²”, “é que así non se pode miralo”), o MFI pode asumir que a persoa non se debe responsabilizar das condutas derivadas do seu enfado e que é o resto do mundo o que debe evitar que este suceda.

A vinculación dos MFI cos estilos de apego é nítida. Os apegos evitativos asumirán o perigo que supón a expresión dos afectos e tentarán reducilos potenciando o compoñente cognitivo do seu funcionamento e empregando estes recursos para analizar as relacións. Os apegos ansiosos aprenderán que as persoas teñen unha dispoñibilidade inconsistente e que en moitas ocasións

*“O MFI pode asumir
que a persoa non se
debe responsabilizar
das condutas derivadas
do seu enfado”*

¹ As figuras de referencia adoitan ser os pais ou algún deles. Pero non necesariamente é así. Ademais, as figuras de referencia débense ver desde un punto de vista lonxitudinal e introducir aquí, entre outras, as relacións cos pares e as parellas.

² O xénero masculino é empregado deliberadamente pola gran diferenza proporcional no emprego da violencia entre homes e mulleres.

terán que hiperactuar para que os seus afectos sexan atendidos, nestes casos producirase unha restrición da cognición á hora de xestionar as dificultades persoais e interpersoais. Pola contra, os apegos seguros integrarán adecuadamente os aspectos cognitivos e afectivos, terán unhas ideas coherentes e consistentes sobre o eu e as súas expectativas sobre as relacións íntimas axustaranse ao grao de vinculación que se teña coa persoa.

Van Ijzendoorn (1995), nun estudo de metaanálise, concluíu que o estilo de apego dos pais (avaliado a través da AAI - Adult Attachment Interview) predí o estilo de apego do fillo/a (avaliado a través da Situación Estraña). Empregando o mesmo método, Fonagy, Gergeley, Jurist e Target (2002) sinalaron que as clasificacións de seguro - inseguro na Situación Estraña coincide coas clasificacións da AAI no 68 -75% dos casos.

En resumo, a transmisión interxeracional dos estilos de apego e do MFI ocorre en practicamente tres cuartos dos casos. O que nos leva a preguntarnos que sucede no cuarto restante. A diferenza entre este cuarto e os tres anteriores reside na capacidade reflexiva que teñen ao redor do seu MFI e a súa narrativa. Este cuarto ofrécenos pistas sobre o camiño cara á resiliencia e cara aos métodos para conseguir obxectivos nos procesos psicoterapéuticos.

No marco da Terapia Narrativa de Apego, e enlazando coa liña argumental anterior, xorden os conceptos de guións correctivos e replicativos. Estes ocúpanse de analizar o que as persoas aprenderon das experiencias da súa infancia (en definitiva, do seu MFI), que desexan conservar ou repetir, e que se propoñen alterar ou excluír nas súas relacións actuais con pares, parellas e fillos. Así, o modelo de crianza ou o modelo de parella aprendido das figuras de referencia pódese converter nun obxectivo para replicar, para corrixir ou, no mellor dos casos, para analizar e así potenciar o que se considera correcto e rexeitar o inadecuado. Aínda que hai que ter en conta que en ocasións hai un rexeitamento a certos comportamentos das figuras de referencia e, no propósito de non repetilas, o suxeito atópase con graves dificultades por ter poucos recursos persoais para facer algo diferente e moitos para facer o de sempre.



Cartel promocional de 1880 ©National Prtg. & Engr. Co

2 | M.

**“Algo fai clic na miña cabeza,
non o podo remediar”**

M.

M ten 31 anos e vive nun pobo da Costa Dourada. Traballa como dependenta nun supermercado en horario de mañá. Leva casada 6 anos con J, un enfermeiro que traballa nun hospital próximo. Na súa casa vive ademais L, de 4 anos e fillo de ambos.

M ademais participa nunha actividade folclórica típica da zona, na cal o seu desempeño é moi bo, sendo bastante coñecida neses ámbitos en Cataluña.

M acode a consulta polo seu “problema histórico”, polo que percorreu múltiples profesionais “psi” e terapias alternativas. Sempre con escaso resultado. Desde que tiña 15 anos o seu patrón alimentario tróuxolle problemas, que na actualidade achéganse máis ao tipo bulímico. Na primeira sesión expón este problema e o que quere conseguir con el. Ao preguntarlle se lle gustaría que traballásemos por algún obxectivo máis, conta que hai outra cousa que para ela agora é prioritaria e está no centro das súas preocupacións.

Ela criouse nun pobo próximo. Alí vivía xunto ao seu pai, a súa nai, a súa avoa materna e a súa irmá dous anos maior. Desde que ten records, o seu pai agrediu a súa nai. Ela xamais o viu pero escoitouno en múltiples ocasións. Ademais escoitaba as ameazas do pai á nai e á avoa no caso de que alguén de fóra soubese que se estaban producindo eses actos violentos.

Con todo e con iso, M mantíña unha boa relación co pai. Este, en ocasións, era cariñoso e próximo con ela e mostraba moito interese polas actividades escolares e extraescolares que facía. M relata que a súa cabeza era una “lea” porque adoraba o home que lle pegaba á súa nai, unha muller entregada pola súa familia e moi afectuosa cos seus.

Cando ela tiña 16 anos, nunha das habituais bebedeiras do pai, este volveu á casa especialmente belixerante. Encerrou as nenas e a avoa e comezou a agredir a nai. Pero esta vez era diferente. Mentres que nas anteriores ocasións daba medo, agora daba pánico. M, por primeira vez e última, saíu da habitación para axudar á súa nai. O seu pai, nese momento, ía cravarlle un coitelo nas costas. M abalanzouse sobre el e logroulle arrebatarse, pero este empredeuna a golpes con ela e rompeulle o nariz. Tras desmaiarse M, o pai volveu ir cara á nai pero a irmá maior e a avoa saltaron sobre el e conseguiron botalo de casa. Xamais volveu. Denunciárono, foi ao cárcere e alí morreu.

É rechamante a narrativa que fai M do suceso. É unha narrativa na que sorprende a infravaloración do seu acto. Relata que fallou, que tiveron que vir a súa irmá e a súa avoa para botalo e que de non ser por elas, teríaa matado. Non ten moi en conta o seu primeiro acto de axuda á súa nai.

Por aquela época, o “problema histórico”, o alimentario, xa levaba un ano con ela.

Pero agora a M preocupáballe outra cousa. Perdía os papeis co seu fillo. No último ano viuse en cinco ou seis ocasións nas que os actos de L lle producían un enfado que non sabía xestionar e zarandeábao dun xeito moi violento. En todas as ocasións estivera diante o seu marido, que inmediatamente a retiraba e pedíalle que se fose. Aínda por riba isto, M aseguraba que sentía que era como el aquel día. Algo lle facía clic na cabeza e víase actuando como a persoa da que sempre se quixo diferenciar. Víase facendo o acto do que sempre escapara. Isto era o que máis lle preocupaba, moi por enriba do seu “problema histórico”.

3 | O traballo coas partes malas³. Que facemos con Mr. Hyde?

“O verdadeiro descubrimento non é ver mundos novos senón cambiar de ollos.”

Proust

“Cando aparece o clic, parézome a el. E iso dáme pánico.”

M

A emoción é libre e inevitable. O máximo que se pode conseguir é situar as persoas en contextos onde as emocións, en función do suxeito, sexan máis probables. Ao ser inevitables, o feito de sancionar, negar, censurar ou ridiculizar a aparición destas nunha persoa (mediante frases simples como, por exemplo, “non te debes enfadar por iso”), desenvolve indefensión no suxeito (castigo por algo que non controla) e comportamentos evitativos que reducen as posibilidades de ter unha boa alianza terapéutica.

O sentimento non é o malo, é a xestión que se fai do mesmo. O suxeito non elixe estar triste, enfadado, alegre ou con medo. Si que ten máis capacidade de decisión con respecto á conduta que realiza con ese sentimento. O sentimento é inevitable, a conduta non. O malo (ou bo) non é sentir senón o que se fai con iso.

O noso MFI pódenos facer interpretar, dunha maneira primaria, as situacións de múltiples formas e sentir de acordo con iso. Ese sentimento, se non hai unha reflexión e xestión en torno ao mesmo, guiará a nosa conduta de forma automática. Así os enfados levarán á agresión (nas súas múltiples formas), os medos levarán á comprobación ou á evitación, a tristeza ao illamento...

O sentimento pódese externalizar segundo os métodos descritos, entre outros, por White e Epston. O que non se debe externalizar é a conduta. Búscase, desta forma, reducir os sentimentos de culpa por ter o impulso (algo que, como se expuxo, non se pode controlar) á vez que se incrementa a responsabilidade pola conduta que se derive do mesmo. White e Epston (1993) sosteñen esta forma de traballo mesmo en problemas de violencia e abuso sexual:

“Esa conciencia conduce a que a terapeuta non considere externalizar problemas como a violencia e o abuso sexual. Cando se identifican problemas deste tipo, o terapeuta tenderá máis ben a fomentar a externalización das actitudes e crenzas que parecen impoñer a violencia” (páx. 63).



Cartel promocional de 1931
© Paramount

- 3 O malo e o bo adoita ser unha realidade branda (Watzlawick, 1988) ata que se topa cun amplo consenso. E mesmo, en ocasións, iso é insuficiente para consideralo unha realidade dura.

M externalizou por si mesma o seu impulso cara á violencia. Chamoulle “o clic” e así foi como se catalogou desde ese momento en terapia. O seu MFI facilitaba a aparición dese clic e xamais foi xulgada ou criticada por telo. Máis ao contrario, mostróuselle empatía polo problema que era ter ese impulso e o desagradable que debía de ser convivir con el. A formulación a curto prazo non era eliminar ese clic senón xestionalo. Asumiuse que ese clic ía volver aparecer en situacións similares e que a clave sería o que ía facer cando aparecese. Valídase a liberdade para sentir pero outórgase responsabilidade na xestión da conduta derivada do sentido.

4 | O traballo coas partes boas. Utilicemos o Dr. Jekyll.

***“Acusar os demais das nosas desgrazas é ignorancia,
acusarnos a nós mesmos é que empezamos a entender
e non acusar a ninguén sabedoría”***

EPICTETO

É relativamente estraño que unha persoa non teña impulsos prosociais aínda que sexa soamente cara a un círculo moi pequeno e moi próximo. Desta maneira adóitanse ter, como mínimo, bos desexos cara aos fillos, cara aos pais, a familia ou os amigos próximos. Estes sentimentos poden promover unha motivación para o cambio en terapia xa que estas persoas tamén se beneficiarán das modificacións que faga a persoa na súa vida. Así unha persoa como M, con impulsos agresivos, verase moi motivada ante o proceso terapéutico porque os seus fillos se beneficiarán directamente dos logros que ela consiga. Ademais, nestes casos, pódeseles asignar unha misión de freo interxeracional da violencia. Na súa familia houbo unha cadea de violencia desde que se ten recordo e ela ten a misión de interromper esa cadea para que os seus fillos non a sufran e se reduzan as posibilidades de que eles mesmos a transmitan.

Nestes casos o bo da persoa é a reflexión, o agarimo cara aos seus fillos e a responsabilidade que ten cara a eles.

Noutros casos, os menos pero existentes, é máis difícil concretar estes impulsos prosociais e buscar unha motivación para o cambio a partir dos mesmos. Entón é necesario apelar a outras características da persoa que poidan ser nucleares na súa identidade como a ambición, a capacidade de supervivencia ou a liberdade para que sirvan de motivadores para o cambio.

*“Nestes casos o bo da
persoa é a reflexión,
o agarimo cara aos seus
fillos e a responsabilidade
que ten cara a eles”*

Segundo o argumentado previamente, o bo da persoa serve para motivar ou reforzar a motivación para o cambio e tamén como un recurso para o mesmo.

M tiña claro que non quería que os seus fillos pasasen o que ela pasou de pequena. Esta posibilidade enchíaa de angustia. Por iso estaba altamente motivada para o traballo psicoterapéutico. Fíxose un traballo de detección precoz do “clic” en función de indicadores físicos. Neste caso ao “clic” precedíalle unha hiperventilación e unha tensión da mandíbula. Como unha primeira forma de afrontar o “clic” empregouse a excepción de saír da situación e esperar ata que desaparecesen os síntomas físicos. Cando saes e evitas que o “clic” domine a situación, este faise máis grande ou valo facendo máis pequeno? M puido facer isto en varias ocasións e ía notando como a intensidade do “clic” se reducía e como podía afrontalo sen abandonar a situación a través de autoinstrucións.

M chegou á sétima consulta asegurando que tiña o “clic” moi controlado e que tiña recursos suficientes contra el. Preguntada por se quería continuar traballando para resolver o seu “problema histórico” asegurou que xa había máis dun mes que non tiña ningún síntoma.

O bo e o malo de alguén adoita ser unha realidade branda (Watzlawick, 1988). No caso de M é algo que ela mesma define e que, por consenso, se podería considerar unha realidade que tende a dura. Así, os impulsos agresivos pódense considerar negativos (polo menos nesta sociedade e nesta época) e os comportamentos prosociais positivos. Noutros casos esta distinción esvaécese moito máis e faise complexo diferenciar as partes boas e malas. En todo caso, a contratransferencia do terapeuta (que ten as súas raíces na súa propia historia persoal) pode ter un papel fundamental en tal valoración e nas respostas que se dean ante a mesma.



Cartel promocional de 1953
© Abbott and Costello

5 | O Dr. Jekyll e Mr. Hyde do terapeuta

“Un terapeuta debe ser autoritario, falcatruero, galante, grave, sombrizo, desvalido”

JAY HALEY

O terapeuta tamén ten o seu MFI. E os seus impulsos. E a súa historia. E con iso e o seu coñecemento técnico, reacciona ante as expresións emocionais dos usuarios de tal maneira que as pode conter, negar ou descontrolar. O terapeuta debe coñecer o seu MFI porque está a poñerse en funcionamento durante o proceso terapéutico e pode estar a ser fundamental na toma de decisións. E o fundamental en terapia é mellor que sexa explícito a implícito. O explícito é máis traballable.

Ao facer explícito o MFI o terapeuta tamén pode ser consciente das súas partes boas e malas. Potenciar e utilizar as primeiras e traballar-reducir as segundas. A capacidade empática, para relacionarse, para empregar a linguaxe, para transmitir proximidade, o sentido do humor, a confianza ou a estabilidade poden ser partes boas persoais que o terapeuta poñerá continuamente en funcionamento no traballo. Aínda que tamén é frecuente que o terapeuta sinta rexeitamento por algún dos seus clientes. Ou por algún dos problemas que teñen. Ou por formas que teñen de relacionarse. O coñecemento do terapeuta do seu MFI pódelle permitir xestionar este rexeitamento e que non sexa este, o rexeitamento, o que faga a terapia (con mal resultado con toda seguridade). Cando hai dificultades graves para xestionar este impulso negativo, o máis responsable é finalizar a intervención e derivalo a outro profesional.

“Aínda que tamén é frecuente que o terapeuta sinta rexeitamento por algún dos seus clientes. Ou por algún dos problemas que teñen”

6 | Conclusións

“Benevolencia non quere dicir tolerancia do ruín, ou conformidade co inepto, senón vontade de ben”

ANTONIO MACHADO

“Moitos son os bos, se se dá crédito ás testemuñas; poucos, se se toma declaración a súa conciencia”

FRANCISCO DE QUEVEDO

O bo e o malo das persoas son os seus actos, non os seus sentimentos. Estes respéctanse e mesmo se validan e normalizan de ser o caso. M tiña sentimentos agresivos pero moito amor cara a L, moita necesidade de cambio e moita reflexión sobre os seus impulsos.

A reflexión sobre os seus impulsos e sobre o seu MFI débesele esixir ao terapeuta para que estes non actúen de maneira automática e inoportuna en terapia e, con iso, se prexudique o proceso psicoterapéutico en curso.

ANUARIO ABERTO

COMUNICACIÓN LIBRE

TRABALLOS PREMIADOS NAS
XX XORNADAS DE PSICOLOXÍA
E SAÚDE DO COPG



Ilustración do libro "Rank Doggerel"
de James J. Hewson, 1896, Londres.

COMUNICACIÓN LIBRE

CIBERACOSO: CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE E PSICOPATOLÓXICAS DO CIBERAGRESOR E DA CIBERVÍTIMA

Cristina Alonso

RESIDENTE DE PSICOLOXÍA CLÍNICA NO
COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO
SANTIAGO DE COMPOSTELA

✉ crisalonsovilar@hotmail.com

Estrella Romero

PROFESORA TITULAR DA FACULTADE DE
PSICOLOXÍA, UNIVERSIDADE DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

RESUMO: O ciberacoso está considerado un problema de saúde pública dada a súa incidencia e os riscos que implica. O estudo das características de personalidade e psicopatolóxicas é importante para identificar as cibervítimas e ciberagresores. Neste traballo revísase a investigación sobre estas características permitindo concluír que as cibervítimas e os ciberagresores presentan perfís similares en canto a determinados trazos de personalidade (inestabilidade emocional, autoestima...) e psicopatolóxicos (depresión, somatizacións...). Con todo, noutros trazos presentan perfís diferentes e contrapostos (amabilidade) ou descoñécense as relacións por falta de estudos. É necesario engadir que a maioría dos participantes no ciberacoso son tanto cibervítimas como ciberagresores, polo que consideramos que a investigación futura debería centrarse en coñecer o perfil característico deste novo rol "ciberagresor-cibervítima". Tamén sería conveniente incrementar o número de estudos lonxitudinais para poder estudar a predición naquelas variables de personalidade e psicopatolóxicas onde aínda se descoñece.

PALABRAS CLAVE: Ciberacoso, cibervítima, ciberagresor, personalidade e psicopatoloxía.

ABSTRACT: Cyberbullying is considered a public health problem because of its impact and risks. The study of personality characteristics and psychopathology is important in order to identify cybervictims and cyberaggressors. In this work, the research conducted on these traits is reviewed, to the conclusion that the cybervictims and cyberaggressors have similar profiles in terms of certain personality traits (emotional instability, self-esteem...) and psychopathology (depression, somatisation...). However, other traits have different and even opposing profiles (agreeableness) or relationships are unknown due to lack of studies. Most of the participants are both cybervictims as cyberaggressors, so future research should focus on knowing the profile of this new role, "cyberaggressor-cybervictim". It should also increase the number of longitudinal studies to study the predictive power of those psychopathological and personality variables where is still unknown.

KEY WORDS: Cyberbullying, cybervictim, cyberaggressor, personality and psychopathology.

SUMARIO:

- 1 Introducción.
- 2 Cibervítimas.
- 3 Ciberagresores.
- 4 Conclusións.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Ak, S., Ozdemir, Y. e Kuzucu, Y. (2015). "Cybervictimization and cyberbullying: The mediating role of anger, don't anger me!", *Computers in Human Behavior*, 49, 437-443.

Baughman, H.M., Dearing, S., Giammarco, E. e Vernon, P.A. (2012). "Relationships between bullying behaviours and the dark triad: A study with adults". *Personality and Individual Differences*, 52, 571-575. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2011.11.020>.

Brewer, G. e Kerlake, J. (2015). "Cyberbullying, self-esteem, empathy and loneliness". *Computers in Human Behavior*, 48, 255-260. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2015.01.073>

Çelik, S., Atak, H. e Erguzen, A. (2012). "The effect of personality on cyberbullying among university students in Turkey." *Egitim Arastirmalari - Eurasian Journal of Educational Research*, 49, 129-150.

Del Rey, R., Casas, J.A., Ortega-Ruiz, R., Schultze-Krumbholz, A., Scheithauer, H., Smith, P. e Plichta, P. (2015). "Structural validation and cross-cultural robustness of the European Cyberbullying Intervention Project Questionnaire". *Computers in Human Behavior*, 50, 141-147. <http://doi.org/10.1016/j.chb.2015.03.065>.

Foodya, M., Samaraa, M. e Carlbringb, P. (2015). "A review of cyberbullying and suggestions for online psychological therapy". *Internet Interventions*, 2(3), 235-242.

Gámez-Guadix, M., Orue, I., Smith, P.K. e Calvete, E. (2013). "Longitudinal and reciprocal relations of cyberbullying with depression, substance use and problematic internet use among adolescents". *Journal of Adolescent Health*, 53(4), 446-452.

Garaigordobil, M. (2011). "Prevalencia y consecuencias del cyberbullying (Prevalence and consequences of cyberbullying: A review)". *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(2), 233-254.

García-Maldonado, G., Martínez-Salazar, G.J., Saldivar-González, A.H., Sánchez-Nuncio, R., Martínez-Perales, G.M. e Barrientos-Gómez, M.C. (2012). "Factores de riesgo y consecuencias del cyberbullying en un grupo de adolescentes. Asociación con bullying tradicional". *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 69(6), 463-474.

Goodboy, A.K. e Martin, M.M. (2015). "The personality profile of a cyberbully: Examining the dark triad". *Computers in Human Behavior*, 49, 1-4.

1 | Introducción

A revolución tecnolóxica e a expansión de internet proporcionan moitas posibilidades de acceso á información, a educación, o lecer e facilitan as relacións sociais. As novas tecnoloxías permiten coñecer o que pasa no mundo, estudar, divertirse, estar en contacto coa nosa xente (amigos, familiares), compartir experiencias, expresar opinións, relacionarse con outras persoas ou adquirir bens e servizos (descargar películas, música, realizar compras, etc.).

Un dos cambios máis importantes que provocou a irrupción das novas tecnoloxías é o que se refire á forma de relacionarse dos adolescentes cos seus iguais. Os teléfonos intelixentes ou *smartphones*, as redes sociais e as aplicacións de mensaxería instantánea transformaron en pouco tempo a intensidade e o modo en que se interrelacionan os adolescentes e a xente nova, favorecendo unha conexión inmediata e permanente, sen necesidade de que medie o contacto directo ou físico coas outras persoas. Internet converteuse para os adolescentes e mozos nun espazo clave para a súa socialización e interacción social, mediante o cal canalizan a súa comunicación e relacións cos seus iguais. A través das redes sociais como Facebook, Twitter ou Instagram ou mediante aplicacións para teléfonos móbiles como WhatsApp, están conectados coas súas amizades, comentan as súas vivencias diarias, comparten fotos ou vídeos, expresan os seus sentimentos e opinións, fan plans ou realizan comentarios doutras persoas.

Con todo, convén lembrar que as tecnoloxías da información e a comunicación son meras ferramentas e como tales poden ser utilizadas de forma correcta ou inadecuada. Xunto ás múltiples vantaxes e oportunidades relacionadas co lecer, o coñecemento, a formación, a comunicación ou as relacións sociais que ofrecen estas tecnoloxías, o seu uso inadecuado leva diversos riscos aos que son especialmente vulnerables os menores de idade. Como contrapartida das enormes oportunidades de comunicación e de aprendizaxe que ofrecen as novas tecnoloxías, as mesmas facilitan a aparición de novas formas de acoso ou de intimidación que poñen en risco o benestar dos máis novos. Entre os principais riscos que se derivan para os adolescentes do uso inadecuado das ferramentas tecnolóxicas vinculadas con internet inclúense o ciberacoso entre iguais ou o uso das tecnoloxías da información e a comunicación para causar de forma deliberada dano a outra persoa.

O ciberacoso comparte co acoso tradicional algunhas características, como que ambas son condutas agresivas, reiteradas no tempo, levadas a cabo por un individuo ou grupo de individuos contra unha persoa coa intención deliberada de causar dano á vítima e a existencia dun desequilibrio de poder entre o agresor e a vítima. Pero á marxe destas similitudes, existen numerosas diferenzas entre o ciberacoso e o acoso tradicional, relacionadas coas características do medio ou os instrumentos a través dos cales se leva a cabo o ciberacoso:

Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación [INTECO], 2009. *Estudio sobre hábitos seguros en el uso de las TIC por niños y adolescentes y e-confianza de sus padres*.

Kaltiala-Heino R., Fröjd S. e Marttunen M. (2010). "Involvement in bullying and depression in a 2-year follow-up in middle adolescence". *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19, 45-55. doi: 10.1007/s00787-009-0039-2.

Kostas, A., Demetriou, A.G. e Hawa, V.V. (2012). "Cyberbullying: Development, consequences, risk and protective factors". *European Journal of Developmental Psychology*, 9(2), 168-181.

Kowalski, R.M., Giumetti, G.W., Schroeder, A.N. e Lattanner, M.R. (2014). "Bullying in the digital age: A critical review and meta-analysis of cyberbullying research among youth". *Psychological Bulletin*, 140, 1073-1137.

Menesini, E., Nocentini, A. e Camodeca, M. (2013). "Morality, Values, Traditional Bullying and Cyberbullying in adolescence". *British Journal of Developmental Psychology*, 31(1), 1- 14.

Modecki, K.L., Barber, B.L. e Vernon, L. (2013). "Mapping developmental precursors of cyber-aggression: Trajectories of risk predict perpetration and victimization". *Journal of Youth and Adolescence*, 42: 651- 661.

Peluchette, J., Karl, K., Wood, C. e Williams, J. (2015). "Cyberbullying victimization: Do victim's personality and risky social network behaviors contribute to the problem?" *Computers in Human Behavior*, 52, 424-435.

Proxecto Mocidade Online (Valedor do Pobo de Galicia, 2015). *Adolescentes e Internet en Galicia*.

Smith, P.K. (2015). "The nature of cyberbullying and what we can do about it". *Journal of Research in Special Educational Needs*, 1-9.

Sourander, A., Brunstein-Klomek, A., Ikonen, M., Lindroos, J., Luntamo, T., Koskelainen, M. et al. (2010). "Psychosocial risk factors associated with cyberbullying among adolescents: A population-based study". *Archives of General Psychiatry*, 67, 720-728.

Spielberger, C.D., Johnson, E.H., Russell, S., Crane, R.S., Jacobs, G.A. e Worden, T.J. (1985). "The Experience and Expression of Anger: Construction and Validation of an Anger Expression Scale". En M.A.Chesney y R.M. Rosenman (Eds), *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral Disorders*. New York: Hemisphere/Mc Graw-Hill.

Sticca, F., Ruggieri, S., Alsaker, F. e Perren, S. (2013). "Longitudinal risk factors for cyberbullying in adolescence". *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 23, 52-67.

Stockdale, L.A., Coyne, S.M., Nelson D.A. e Erickson, D.H. (2015). "Borderline personality disorder features, jealousy, and cyberbullying in adolescence". *Personality and Individual Differences*, 83, 148-153.

Tokunaga, R.S. (2010). "Following you home from school: A critical review and synthesis of research on cyberbullying victimization". *Computers in Human Behavior*, 26(3), 277-287. DOI: 10.1016/j.chb.2009.11.014.

Van den Eijnden, R.J.J.M., Meerkerk, G.J., Vermulst, A.A., Spijkerman, R. e Engels, R.C.M.E. (2014). "Online Communication, Compulsive Internet Use, and Psychosocial Well-Being Among Adolescents: A Longitudinal Study". *Developmental Psychology*, 44 (3), 655-665.

- A identidade do agresor ou agresores pode ser descoñecida pola vítima, polo que o acoso se pode levar a cabo de forma anónima. Esta circunstancia incrementa a impotencia e a indefensión da vítima, por iso o ciberacoso foi definido como unha forma “covarde” de acoso.
- A facilidade coa que se realizan as agresións, sen necesidade de manter contacto físico coa vítima, con só realizar unha chamada de móbil, enviar un correo electrónico ou unha imaxe nunha rede social.
- O carácter inmediato ou a rapidez coa que se perpetra e propaga o acoso.
- A amplitude da audiencia que coñece ou é testemuña do acoso ou as agresións sufridas pola vítima. Audiencia que se ve ampliada nos casos en que as testemuñas do ciberacoso contribúen á redifusión dos contidos intimidatorios difundidos polo agresor ou os agresores. Unha vez publicados, os contidos compartidos en redes sociais e aplicacións de mensaxería instantánea fanse incontrolables, imposibilitando á vítima ter coñecemento acerca de quen a pode ver e descoñecendo se o evento se detivo ou non se volverá a repetir.
- A duración ou permanencia das condutas de acoso. As fotos ou comentarios difundidos pola rede poden permanecer durante anos, sendo accesibles a un número crecente de persoas.
- O espazo onde ten lugar o acoso, que xa non se limita ao centro educativo.
- O acceso case permanente á vítima por parte do acosador ou acosadores, mesmo no seu propio fogar.
- A invisibilidade dos acosadores ou a ausencia do contacto “cara a cara” coa vítima fai que o acosador sinta menos culpabilidade e mesmo que non sexa consciente das consecuencias que os seus actos teñen sobre a vítima, o que favorece a continuidade das agresións ou a intensificación das mesmas.
- O anonimato reforza a sensación de poder do acosador sobre a vítima e certo sentido de ser invencíbel e impune, que favorecen o inicio das condutas abusivas, ampliando o número e o perfil dos potenciais acosadores.

- No ciberacoso, os roles entre agresor e vítima non están tan diferenciados, de feito, algúns estudos sinalan que case a metade das vítimas de ciberacoso foron tanto vítimas como agresores.
- As dificultades para a súa detección por parte dos adultos, posto que o seu grao de coñecemento e uso das novas tecnoloxías é, en xeral, bastante limitado.

O ciberacoso entre iguais consiste no uso intencionado das tecnoloxías da información e da comunicación por parte dalgúns menores, coa intención de hostigar, acosar, intimidar, insultar, molestar, vexar, humillar ou ameazar un compañeiro ou compañeira. O que caracteriza o ciberacoso é que se trata dunha conduta deliberada (non accidental) realizada a través de medios electrónicos ou dixitais por individuos ou grupos de individuos que, de forma reiterada, envían mensaxes hostís ou agresivas a outros individuos, ou sobre outros individuos, coa intención de infrinxir dano ás vítimas.

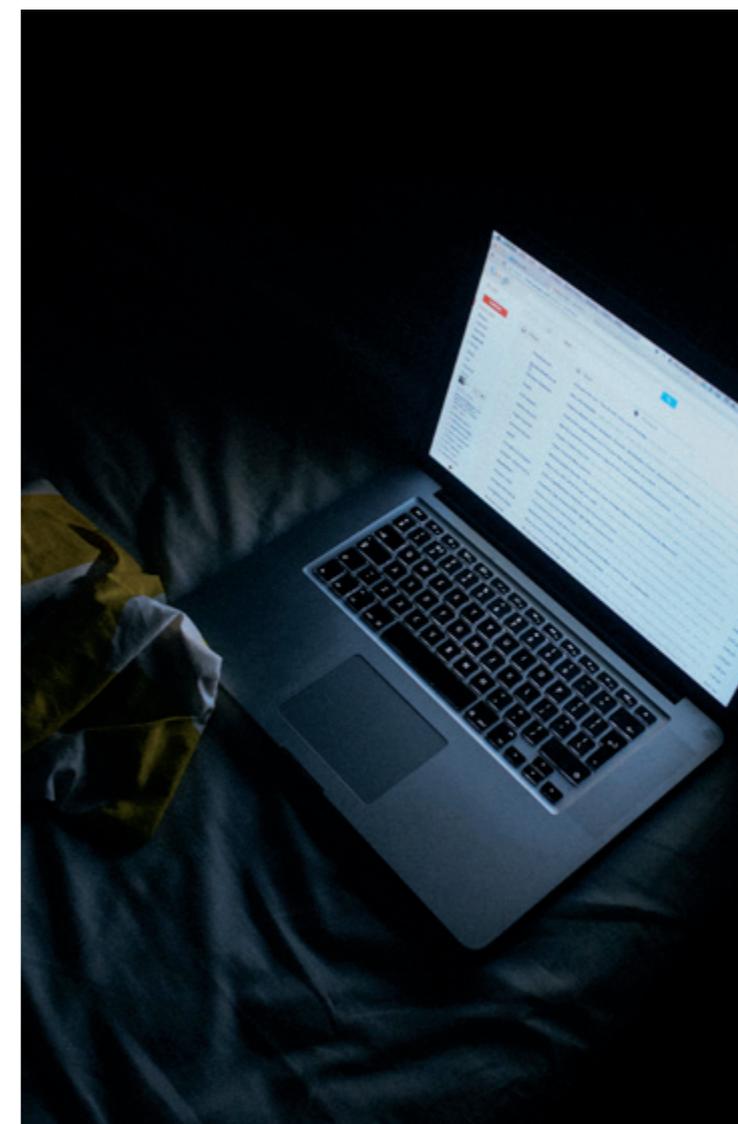
Segundo o *“Estudo sobre hábitos seguros no uso das TIC por nenos e adolescentes e e-confianza dos seus pais”* (Instituto Nacional de Tecnoloxías da Comunicación [INTECO], 2009), un 5,9% dos menores españois de entre 10 e 16 anos foron vítimas de ciberacoso e un 2,9% foron ciberragresores. Pola súa banda, os datos máis recentes do proxecto *“Mocidade Online”* (Valedor do Pobo de Galicia, 2015) falan de porcentaxes superiores, o que reflectiría unha tendencia ascendente deste fenómeno. En concreto, o 8,9% dos estudantes de ESO de Galicia recoñece ter sido humillado/a ou acosado/a na rede durante o último ano, mentres que un 6,8% recoñece humillar ou acosar outros neste período. Así mesmo, Do Rey et al. (2015) atoparon prevalencias dun 5,9% para cibervitimización, un 5,6% para a ciberragresión e un 3,9% para ser cibervítima e ciberragresor conxuntamente. Estes resultados corroboran a idea de que o ciberacoso se está a converter nun problema de saúde pública. Con todo, é relevante sinalar que en moitos casos aos/ás menores resúltalles difícil identificar o que están a sufrir como unha agresión, dada a tendencia a minimizar o risco e a importancia do acaecido na rede. Iso implica que moi probablemente as porcentaxes de prevalencia de cibervitimización estimadas estean infraestimadas, pois os/as adolescentes pasan por

alto moitas accións que representan acoso. Os estudos realizados en España coinciden en sinalar que as mozas mostran unha maior predisposición a estar involucradas en condutas de ciberacoso como vítimas e os mozos como ciberagresores, do mesmo xeito que sucede noutros países. Con todo, algunhas investigacións non observaron diferenzas relevantes na implicación en condutas de ciberacoso en función do sexo.

En definitiva, o ciberacoso constitúe unha realidade recente que afecta principalmente a adolescentes, cunha incidencia de casos que crece ano tras ano e con importantes repercusións clínicas tanto para a cibervítima como para o ciberagresor. De feito, na Reunión Anual do 2013 da Sociedade Americana de Psiquiatría púxose de manifesto a importancia do acoso escolar e o ciberacoso polo elevado risco de depresión e de suicidio que supón. Na actualidade, o ciberacoso está considerado un problema de saúde pública.

Ao ser un problema tan recente e debido ás peculiaridades do ciberacoso (versus acoso tradicional), o estudo das características de personalidade e psicopatolóxicas, tan importantes para a identificación dos adolescentes que realizan tal práctica, presenta lagoas e inconsistencias. Por iso, expómonos como obxectivo deste artigo realizar unha revisión bibliográfica sobre o ciberacoso e as súas relacións coa personalidade e a psicopatoloxía para poder afondar sobre este fenómeno e para que estas características poidan ser tidas en conta polos profesionais sanitarios para a identificación e a posterior intervención.

Para revisar o estado actual do coñecemento sobre a personalidade e a psicopatoloxía do ciberacoso efectuouse unha procura de todos os artigos recolleitos na base de datos *PsycInfo* ata a actualidade, en español e inglés. Utilizando os descritores “*Person*” e “*Cyberbullying*” en calquera campo, obtivéronse 124 resultados e doutra banda, utilizando os descritores “*Psychopat*” e “*Cyberbullying*” en calquera campo obtivéronse 18 resultados. Por tanto, desta primeira procura atopáronse 142 artigos dos cales 103 foron descartados porque trataban sobre relacións con factores psicosociais ou outros, acoso tradicional, prevalencias, propiedades psicométricas dos instrumentos de avaliación do ciberacoso e/ou sobre o tratamento do devandito fenómeno. Por iso é polo que 39 fosen o número de artigos tidos en conta nesta revisión.



© Jay Wennington - Unsplash

2 | Cibervítimas

Características de personalidade

Revisando a literatura sobre o rol de cibervítima e as características predictoras e asociadas de personalidade atopamos que, seguindo o Modelo dos Cinco Grandes, ser cibervítima relaciónase con maior inestabilidade emocional e amabilidade e con menor apertura á experiencia e menor responsabilidade (Celik, Atak e Erguzen, 2012). En relación coa extraversión hai resultados contradictorios; relación con baixa extraversión (Smith, 2015) e relación con alta extraversión (Peluchette, Karl, Wood e Williams, 2015).

Na dimensión de neuroticismo, as persoas emocionalmente inestables, que en xeral están ansiosas, fráxiles e deprimidas, non son tan exitosas como as persoas emocionalmente estables en termos de interacción social e esta podería ser unha das explicacións sobre por que se poden converter máis facilmente en cibervítimas.

Os individuos que se coñecen como máis disciplinados e de confianza (Responsabilidade), poden obter de maneira satisfactoria máis apoio social. Ademais, o feito de ser responsable diminúe a necesidade de uso da rede para fins sociais e impide que os iguais poidan acosarte ciberneticamente.

Os adolescentes máis extravertidos son máis sociais e este carácter social pode aumentar a súa probabilidade de compartir máis información cunha gama máis ampla de persoas. De feito, os adolescentes con puntuacións elevadas na dimensión de extraversión, en comparación cos de baixa extraversión, foron significativamente máis propensos a ter un maior número de amigos de Facebook e unha maior disposición cara á auto-revelación (Peluchette, Karl, Wood e Williams, 2015). Ademais, a extraversión asociouse con ter un maior número de amigos de Facebook que publican información indiscreta/negativa. Dado que a extraversión facilita a interacción social, as persoas extrovertidas parecen ser máis propensas a ser ciberacosadas.

En relación coa apertura á experiencia, Peluchette, Karl, Wood e Williams (2015) atoparon que era un predictor da vítima do ciberacoso. Aqueles individuos abertos á experiencia tenden a sentirse atraídos pola novidade e están dispostos a experimentar situacións novas ou de risco. Arguméntase que esta característica pode contribuír ao risco de ser percibido como un branco fácil. Ademais, en consonancia con outros estudos, atoparon que a apertura se asocia cunha maior predisposición cara á auto-revelación do mesmo xeito que a dimensión de extraversión.

Entre os factores socioafectivos e sociocognitivos máis estudados en relación ao ciberacoso atópase a autoestima. A literatura parece consistente en establecer que unha baixa autoestima está relacionada coa cibervitimización (Brewer e Kerslake, 2015). As persoas con baixa autoestima poden

“As persoas emocionalmente inestables, que en xeral están ansiosas, fráxiles e deprimidas, non son tan exitosas como as persoas emocionalmente estables en termos de interacción social”

ser consideradas como dianas fáciles para os ciberagresores. Á súa vez, outros estudos establecen a autoestima como un factor protector para a cibervitimización.

A soidade é un dos máis importantes problemas que afectan aos seres humanos na idade moderna e alcanza o seu punto máximo na adolescencia. Cando se examina a literatura relacionada coa soidade obsérvase que hai estudos que revelan relacións entre a soidade e o uso de dispositivos tecnolóxicos, como teléfonos móbiles e as computadoras. Isto conduce á idea de que os mozos utilizan as novas tecnoloxías para saciar a súa sensación de soidade mediante a comunicación con outros. Atopáronse relacións entre a cibervitimización e a soidade, mentres que non houbo correlación significativa coa ciberagresión. O alto nivel da soidade das cibervítimas pódese atribuír ás malas experiencias que teñen cos seus compañeiros. Os investigadores afirman que cando os adolescentes están á marxe dos grupos de pares, isto pode crear un trauma psicolóxico, o que conduce á soidade. A soidade e o uso de Internet crean un ambiente ideal para os comportamentos de ciberacoso.

Spielberger et al. (1985) estableceron diferentes tipos de ira: a “ira cara a fóra ou externa” que avalía o grao en que a ira se expresa de maneira agresiva, e a “ira cara a dentro ou interna” que examina o grao de dirixir a ira cara a dentro ou non expresando calquera enfado cara a outras persoas ou obxectos. A ira interna implica un intento de negar o enfado e de suprimir calquera expresión de ira cara a fóra e a ira externa pode incluír palabras ou ruídos, expresións faciais, xestos físicos ou movementos agresivos. Ak, Ozdemir e Kuzucu (2015) avaliaron a relación entre estes tipos de ira e o ciberacoso e atoparon que ser cibervítima estivo positiva e directamente relacionado con ambos os tipos de ira (interna e externa) e indirectamente relacionado con ciberagresión a través da ira interna. Unha posible explicación deste achado é que a incapacidade de expresar a ira adecuadamente (por exemplo, expresala ou mantela baixo presión) podería aumentar a posibilidade de que as vítimas de ciberacoso posteriormente intimidasen a outros. Unha vía específica de converterse nun acosador é a da vinganza. A ira interna, pero non a externa, podería aumentar os sentimentos de vinganza dos adolescentes, porque non poden expresar a súa ira de maneira apropiada. Estes achados tamén proporcionan apoio empírico para conceptualizar a relación entre a cibervitimización e a ciberagresión. Os factores de tensión poden explicar por que a vitimización aumenta a probabilidade de converterse en agresor. Estes resultados son consistentes con estudos previos que atoparon unha relación directa entre ira/frustración e cibervitimización e ciberagresión. A ira pode propiciar a delincuencia, xa que crea un desexo máis profundo de vinganza e dá enerxía aos individuos para a acción. A exposición acumulativa e o aumento das tensións pode ser un factor de risco para o comportamento criminal e delincuente futuro. Os resultados mostran que a tensión podería estar significativamente relacionada coa delincuencia no ciberespazo e que o ciberacoso podería ser un posible resultado.



© Ezra Jeffrey - Unsplash

En conclusión, as vítimas de ciberacoso son inestables emocionalmente, amables, pouco abertas ás experiencias e pouco responsables, existindo maiores contradicións ao redor da dimensión de extraversión. Ademais, presentan baixa autoestima, maior illamento e maiores niveis de ira tanto interna como externa.

Psicopatoloxía asociada

A psicopatoloxía asociada á cibervítima é múltiple. A grandes liñas, está asociada a trastornos emocionais, somáticos, por uso de substancias, ansiosos, etc.

Comezando polos trastornos emocionais, atopáronse relacións entre depresión e ser cibervítima (Modecki, Barber e Vernon, 2013). A cibervitimización conduce a un aumento en síntomas depresivos e os síntomas depresivos, á súa vez, aumentan a probabilidade de sufrir ciberacoso. Unha posible explicación é que os adolescentes deprimidos poden ter menos habilidades sociais e unha tendencia ao illamento que os fai menos atractivos para os iguais, o que aumenta a probabilidade de que se convertan en vítimas. A cibervitimización, á súa vez, podería conducir á soidade, que normalmente se define como a conciencia dunha deficiencia nas relacións persoais e sociais dun, asociado a sentimentos de tristeza e rexeitamento por parte do outro.

De acordo cos modelos explicativos da depresión, os individuos con síntomas depresivos poden contribuír á xeración dunha tensión adicional nas súas vidas, incluída a vitimización. Isto é apoiado por estudos lonxitudinais sobre as relacións causais entre o acoso tradicional e os síntomas depresivos que suxiren que esta relación podería ser bidireccional (Kaltiala-Heino, Fröjd e Marttunen, 2010). Con todo, poucos estudos avaliaron as relacións lonxitudinais entre ciberacoso e a depresión e ningún estudo previo que coñezamos analizou as relacións bidireccionais, polo que non está claro se os síntomas depresivos son antecedentes ou consecuentes do ciberacoso.

Con respecto á sintomatoloxía depresiva, os adolescentes que denuncian o ciberacoso doutros son máis propensos a informar de pensamentos suicidas e intentos de suicidio que os seus pares que non están involucrados (Garaigordobil, 2011).

Tamén hai que sinalar que estar a sufrir ciberacoso se asocia con síntomas físicos tales como dores de cabeza e dor abdominal (Sourander, Brunstein, Ikonen et al., 2010).

Amplamente na literatura, ser cibervítima relacionouse co abuso de substancias. Con todo, Gámez, Orue, Smith e Calvete (2013) nun estudo lonxitudinal atoparon que o consumo de substancias predixo un aumento da probabilidade de ser vítima de ciberacoso pero, ser cibervítima non parece aumentar a probabilidade de consumo de substancias. Por tanto, é posible que o uso de substancias sexa parte dun patrón máis amplo de problemas de conduta na adolescencia, tales como as rela-

“A cibervitimización conduce a un aumento en síntomas depresivos e os síntomas depresivos, á súa vez, aumentan a probabilidade de sufrir ciberacoso”

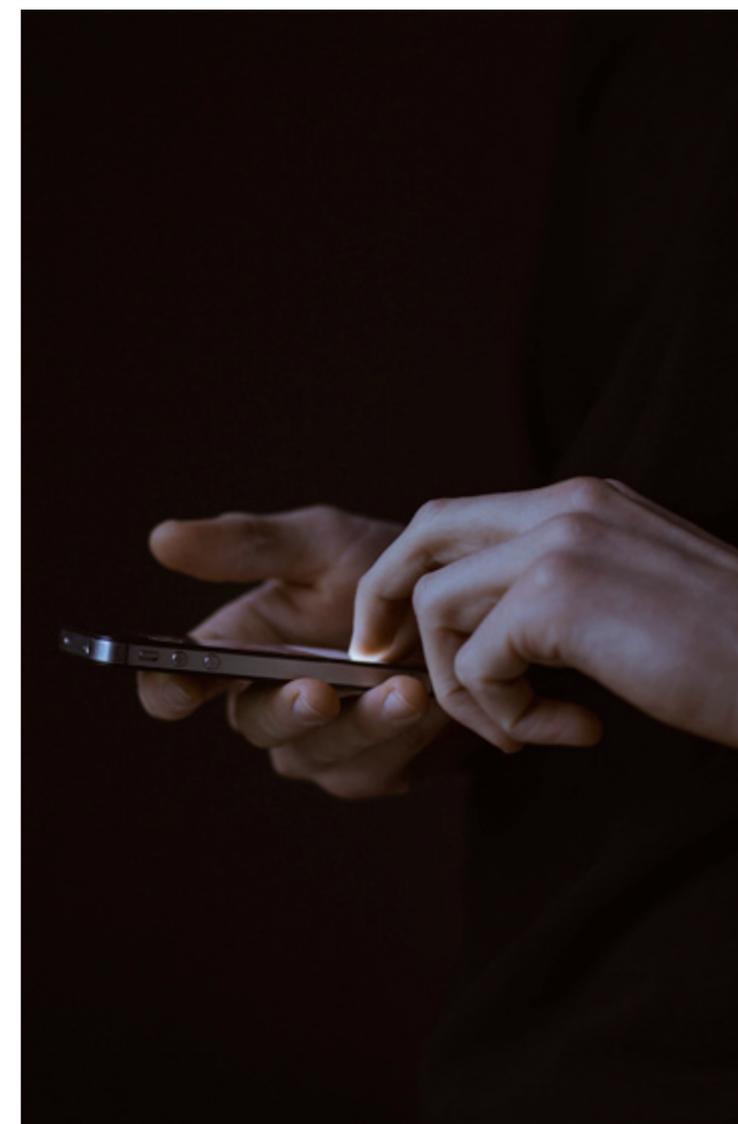
cións cos pares antisociais ou a participación en comportamentos violentos. Isto, á súa vez, pode aumentar o risco de ser vítima de ciberacoso.

En relación cos problemas académicos, Tokunaga (2010) conclúe que a cibervitimización produce na vítima un descenso no seu rendemento académico, baixa implicación nas tarefas escolares, problemas de atención, dificultades de aprendizaxe e absentismo escolar. Ademais destes problemas académicos, as cibervítimas teñen unha percepción máis negativa da escola e non confían en que os profesores sexan capaces de axudarlles a solucionar o problema de vitimización que están a vivir.

En consonancia coas conclusións da investigación de acoso tradicional, os estudos de ciberacoso transversais tamén atoparon unha asociación positiva entre a ansiedade social e cibervitimización. As preocupacións acerca da avaliación dos demais fan os adolescentes máis vulnerables a ser cibervítimas. Un estudo lonxitudinal examinou as relacións bidireccionais entre a cibervitimización e a ansiedade social entre os adolescentes, atopándose unha relación unidireccional, co que a ansiedade social predixo un aumento da probabilidade posterior de cibervitimización, pero non ao revés (Van Dean Eijnden et al., 2014).

Na actualidade estase a comezar a investigar sobre as características de personalidade e psicopatolóxicas dos adolescentes que cumpren tanto o rol de cibervítimas como de ciberagresores. En concreto, García-Maldonado et al. (2012) atoparon que para o rol de cibervítimas-ciberagresores se considerou a hiperactividade como factor de risco, mentres que no caso das cibervítimas “puras” o factor de risco eran os problemas emocionais. En definitiva, os adolescentes que simultanean a condición de ciberagresor e cibervítima ao mesmo tempo son quen perciben o impacto psicolóxico máis negativo.

En conclusión, as cibervítimas presentan sintomatoloxía predominantemente internalizante como síntomas depresivos, pensamentos suicidas e intentos autolíticos, síntomas psicossomáticos, ansiedade social e problemas académicos. Os poucos estudos lonxitudinais achegan algo de luz sobre a predición e/ou causalidade da psicopatoloxía e a cibervitimización; depresión e abuso de substancias como preditores de ser cibervítima pero non como consecuencia diso. En investigacións futuras sería axeitado incrementar o número de estudos lonxitudinais para comparar os resultados destes primeiros estudos lonxitudinais e estudar a predición naquelas variables psicopatolóxicas onde aínda se descoñece.



© Gilles Lambert - Unsplash

3 Ciberagresores

Características de personalidade

Os ciberagresores, do mesmo xeito que as cibervítimas, son máis inestables emocionalmente e menos responsables (Celik, Atak, Erguzen, 2012; Smith, 2015). Ao ter unha personalidade fráxil e sensible, as persoas emocionalmente inestables poden ter defectos na interacción social e sentirse soas. Por tanto, poden tender a xerar intimidación en contornas cibernéticas. De acordo coa investigación previa que subliña a relación negativa entre o uso de internet e a responsabilidade, as persoas responsables prefiren a interacción cara a cara e por tanto, presentan menor probabilidade de mostrar comportamentos de intimidación. Os ciberagresores difiren das características das cibervítimas nas dimensións de amabilidade e de extraversión establecéndose unha relación negativa nestas dimensións. É probable que as persoas extravertidas e agradables non realicen as accións de intimidación nas plataformas de interacción cibernética. En relación coa amabilidade, Smith (2015) establece relacións entre ciberagresión e menor honestidade-humildade.

A tríade escura engloba tres dimensións de personalidade (maquiavelismo, narcisismo e psicopatía) que se relacionan coa aparición de ciberacoso.

As persoas con trazos maquiavélicos son caracterizadas por comportamentos fríos e manipuladores e por participar en comportamentos negativos (agresións físicas ou outro tipo de agresións) a fin de obter e/ou manter influencia sobre os demais. Estes individuos tamén son máis propensos a sospeitar segundas intencións dos demais. En relación co ciberacoso, a manipulación do grupo social pódese lograr a través de ameazas relativamente anónimas de agresión no mundo real (por exemplo, ameazando con ferir gravemente á vítima na vida real) ou ciberagresión (por exemplo, ameazando con publicar imaxes humillantes nunha rede social). As persoas altas neste trazo poden participar no ciberacoso para consolidar, manter ou establecer o seu lugar dentro da súa rede social debido ao relativamente baixo risco asociado a este tipo de comportamentos e potencialmente grande influencia na súa rede social.

As persoas con trazos narcisistas caracterízanse por ter sentimentos de grandiosidade, un sentido de dereito, o dominio e a superioridade sobre

os demais. Os factores específicos deste trazo relacionáronse coa agresión física, os comportamentos antisociais en Facebook, así como as condutas de acoso cibernético en adolescentes. É posible que os individuos altos en narcisismo participen en prácticas de ciberacoso porque se senten invulnerables socialmente (é dicir, cren que a súa situación social é tal que hai un nivel relativamente baixo de risco social asociado á conduta).

E, por último, os trazos asociados coa psicopatía subclínica inclúen alta impulsividade e a participación en condutas de procura de emocións, así como baixos niveis de empatía e baixa ansiedade social. A psicopatía subclínica relacionouse co comportamento tradicional de acoso en adultos e os baixos niveis de empatía mostrados por estes individuos relaciónanse con comportamentos agresivos reactivos e proactivos (Baughman, Dearing, Giammarco e Vernon, 2012).

Recentes investigacións puxeron de manifesto que a tríade escura de personalidade ten algún papel nas tendencias ao ciberacoso (Goodboy e Martin, 2015).

En relación co anterior, Kostas et al. (2012) estudaron a relación entre o ciberacoso e a dureza emocional. Atopáronse relacións con ser ciberagresor pero non se relacionou con ser cibervítima. Os mozos que puntúan alto en dureza emocional tenden a recoñecer peor os sinais de angustia nos demais e non se preocupan polos seus sentimentos. Ademais, o medo e a angustia experimentados polas vítimas de ciberacoso son menos percibidos en mozos con puntuacións altas en dureza emocional.

Outro aspecto estudado na literatura previa é a moralidade nos ciberagresores. Menesini, Nocentini e Camodeca (2013) atoparon que a ausencia de aspectos morais, como a falta de culpabilidade, a desobediencia, a mesquindade e a falta de confiabilidade, predí a ciberagresión, resultados coincidentes con outros achados que reivindican unha desconexión moral máis alta en ciberagresores.

Os factores sociocognitivos e socioafectivos como a autoestima, a empatía ou a competencia social tamén son variables relacionadas coa ciberagresión. Ter baixa autoestima, empatía e competencia social aumenta a probabilidade de participar como agresor no ciberacoso (Brewer e Kerlake, 2015). Como dicimos, as características dos ciberagresores pasan pola carencia de empatía e de *feedback* no agresor, ao contar con menos claves socioemocionais de resposta da vítima cando dirixe a súa agresión e un menor grao de exposición do agresor ao non ter que arriscar nada para realizar as agresións, realizándoas desde o outro lado da pantalla e con certo grao de anonimato e imprevisibilidade para a vítima. En calquera caso, tal e como mencionabamos, o ciberagresor adoita ser un adolescente que non ten unha escala de valores conforme a un código moralmente aceptable e no que se instalan sen demasiada dificultade constantes como o abuso, o dominio, o egoísmo, a exclusión, os malos tratos físicos ou a insolidariedade. Moitos deles socializáronse en contornas familiares sen pautas de educación moral, con modelos de exercicio de autoridade desequilibrados, autoritarios, inexistentes ou permisivos, ou ata en modelos nos que os menores mesmos foron a autoridade e que o xeneralizaron abusivamente a outras situacións. Con todo, tamén podemos atopar entre os agresores suxeitos que aprenderon unha dobre conduta, na que en determinadas situacións despregan un repertorio de habilidades sociais politicamente correctas, que lles salvagarda nas situacións sociais nas que participan, pero que son capaces de actuar e mostrar a súa outra cara oculta tras o anonimato virtual, nun exercicio de cinismo e insinceridade. As contornas virtuais facilitan eses mecanismos facendo posible que poida despregarse ese dobre xogo.

En conclusión, os trazos de personalidade asociados á ciberagresión son maior inestabilidade emocional, menor responsabilidade, menor amabilidade e menor extraversión. Ademais, presentan trazos de maquiavelismo, narcisismo e psicopatía (dureza emocional). Atendendo aos factores sociocognitivos e socioafectivos, atópase que os ciberagresores son menos empáticos, menos competentes socialmente e teñen unha baixa autoestima.

Psicopatoloxía asociada

Do mesmo xeito que a cibervitimización está asociada a certas características psicopatolóxicas, a ciberagresión tamén se relaciona con problemas psicopatolóxicos. En concreto, asóciase con hiperactividade, problemas de conduta, consumo de substancias e síntomas físicos como dores de cabeza, dependencia das tecnoloxías e problemas académicos (Garaigordobil, 2011; Sticca et al., 2013). Ademais das relacións cos problemas máis externalizantes (comportamento delincuyente), na literatura tamén se establecen relacións con problemas máis de corte internalizante, depresión, ansiedade, problemas de pensamento e de atención así como maiores niveis de ansiedade social (Kowalski, Giumetti, Schroeder e Lattanner, 2014).

En relación cos trastornos de personalidade comórbidos atopouse que os trastornos de personalidade e os celos nas relacións persoais poden aumentar a probabilidade de que as persoas utilicen a agresión contra as demais persoas. Stockdale, Coyne, Nelson e Erickson (2015) atoparon que niveis máis altos de características do trastorno límite da personalidade se asociaron con maiores niveis de ciberacoso. Os celos mediaron por completo a relación entre as características do trastorno límite da personalidade e as condutas de acoso cibernético.

Por último, outros estudos mostraron que os ciberagresores teñen máis dificultades psicolóxicas e peor calidade de vida que o resto de adolescentes (Foodya, Samaraa e Carlbringb, 2015).

En conclusión, os ciberagresores presentan de forma practicamente igual sintomatoloxía externalizante como internalizante: hiperactividade, problemas de conduta, abuso de substancias, dependencia das tecnoloxías, problemas académicos, síntomas psicossomáticos, depresión, ansiedade, ansiedade social, problemas de pensamento e de atención.

4 Conclusións

A continuación presentamos dúas táboas resumo e comparativas das conclusións sobre a revisión bibliográfica das características de personalidade e psicopatolóxicas asociadas tanto o rol de cibervítima coma o de ciberagresor.

Como se pode observar na Táboa 1, as cibervítimas e os ciberagresores presentan perfís de personalidade similares en canto á inestabilidade emocional, á responsabilidade e á autoestima. Pola contra, presentan perfís diferentes e contrapostos en amabilidade (alta en cibervitimización fronte á baixa en ciberagresión). Noutros aspectos, carécese de estudos que comprobén ditas similitudes ou diferenzas.

Como se pode observar na Táboa 2, as cibervítimas e os ciberagresores comparten moita sintomatoloxía psicopatolóxica como a depresiva, a ansiosa, a psicossomática, o abuso de substancias e os problemas académicos. Con todo, nos outros síntomas psicopatolóxicos descoñécese a relación coa cibervitimización.

En xeral, pódese concluír que a literatura previa se centrou máis no estudo dos ciberagresores que no das cibervítimas.

Tal e como sinalabamos na introdución e tal e como observamos nas táboas 1 e 2, os roles entre ciberagresor e cibervítima no ciberacoso non están ben diferenciados, compartindo determinados trazos tanto de personalidade como psicopatolóxicos. Ademais, a maioría dos participantes no ciberacoso son tanto cibervítimas como ciberagresores, polo que consideramos que a investigación futura debería centrarse en coñecer o perfil característico deste novo rol no fenómeno de ciberacoso “ciberagresor-cibervítima”. Tamén sería axeitado incrementar o número de estudos lonxitudinais para estudar a predición naquelas variables psicopatolóxicas onde aínda se descoñece.

Entre as implicacións prácticas desta revisión bibliográfica cómpre facer fincapé nas consecuencias tan negativas que provoca o ciberacoso entre os menores polo que é necesaria a participación activa do persoal sanitario na súa prevención. Os psicólogos e médicos en conxunto con

Táboa 1 Comparación dos trazos de personalidade entre cibervítimas e ciberagresores

	CIBERVÍTIMAS	CIBERAGRESORES
PERSONALIDADE	Inestabilidade emocional	Inestabilidade emocional
	Alta amabilidade	Baixa amabilidade
	Baixa responsabilidade	Baixa responsabilidade
	Extraversión (resultados contradictorios)	Baixa extraversión
	Baixa autoestima	Baixa autoestima
	Sen datos	Baixa empatía
	Sen datos	Baixa competencia social
	Illamento	Sen datos
	Ira interna e externa	Ira externa
	Sen datos	Tríade escura

Táboa 2 Comparación dos trazos psicopatolóxicos entre cibervítimas e ciberagresores

	CIBERVÍTIMAS	CIBERAGRESORES
PSICOPATOLOXÍA	Depresión	Depresión
	Pensamentos suicidas e intentos autolíticos	Sen datos
	Síntomas psicossomáticos	Síntomas psicossomáticos
	Ansiedade social	Ansiedade social
	Problemas académicos	Problemas académicos
	Sen datos	Problema de atención
	Sen datos	Problemas de pensamento
	Abuso de substancias	Abuso de substancias
	Sen datos	Tecnodependencia
	Sen datos	Hiperactividade
	Sen datos	Problemas de conduta

enfermería poden exercer un importante papel na prevención e diagnóstico precoz do ciberacoso. Nos seus diversos niveis de actuación este persoal atópase nunha situación privilexiada para conseguilo. Por unha banda, poden realizar activamente a prevención primaria e motivar as familias para desenvolvela; por outra, poden realizar unha detección precoz e actuar en consecuencia e, no caso de atoparse fronte a un ciberacoso consolidado, recomendar a implementación de actuacións que minimicen os danos.

Este persoal, ademais das súas accións individuais para previr e detectar o ciberacoso, pode intervir concienciando a sociedade sobre a súa existencia, impulsando no seu seo actividades preventivas e colaborando cos mestres na súa prevención primaria. Os sanitarios, do mesmo xeito que os pais e os educadores, deben procurar incrementar os seus coñecementos sobre as tecnoloxías da información e comunicación; liquidando en certa medida a fenda dixital que os separa das novas xeracións, os chamados “*nativos dixitais*”, e ter máis elementos de xuízo para valorar os aspectos positivos e negativos destas tecnoloxías, o uso que os menores fan delas, previr os seus riscos e detectar os danos que poidan ocasionar.



© Milada Vigerova - Unsplash

COMUNICACIÓN ORAL

ANÁLISE CUALITATIVA DAS HABILIDADES DE ESCOITA ACTIVA SOBRE UNHA MOSTRA DE PROFESIONAIS SANITARIOS

Bermúdez Míguez, S.

PSICÓLOGA CLÍNICA

✉ sabelabermig@gmail.com

García Fernández, J.

FEA PSICOLOXÍA CLÍNICA,

EOXI A CORUÑA

RESUMO: Numerosos estudos evidencian a efectividade dos programas de habilidades de comunicación nos profesionais sanitarios e relacionan a aplicación de habilidades de comunicación propias da escoita activa con beneficios na atención sanitaria. Este traballo ten como obxectivo principal definir e clasificar as habilidades de comunicación presentadas nun grupo de profesionais sanitarios. Para iso, elaborouse un cuestionario con distintas situacións problema e recolleuse a produción de respostas comunicativas de 34 profesionais pertencentes á Unidade de Rehabilitación da Fundación Instituto San José de Madrid. Comparáronse as porcentaxes de produción ante distintas situacións contextuais e distintos formatos de resposta posibles. Os resultados reflectiron que a maior parte de respostas emitidas se podían clasificar como non empáticas fronte ás respostas empáticas, atopando diferenzas significativas entre as mesmas. ($P < 0,05$). Os resultados obtidos concordan cos atopados ao longo da bibliografía. É de esperar que a aplicación de programas de habilidades de comunicación efectiva no ámbito sanitario mellore a posta en práctica das mesmas e leve beneficios importantes en numerosas variables propias do proceso asistencial, incluíndo as relacionadas co benestar tanto do paciente como do profesional sanitario.

PALABRAS CLAVE: Habilidades de comunicación, adestramento en habilidades de comunicación, profesionais da saúde.

ABSTRACT: Numerous studies shows how effective are communication skills training in health professional. These studies relate the active listening skills with benefits in health care. The main aim of this study is to define and to classify the communication skills presented in a group of health professionals. To that end, we have elaborated a questionnaire with different problem situations and we have collected the production of communicative answers from 34 professionals belonging to the rehabilitation unit from the "Fundación Instituto San José" from Madrid. The percentages of production from different categories was compared. The results showed that the majority of the given answers can be classified as non-empathic versus the empathic, finding significant differences between them. ($P < 0,05$). The obtained results are consistent with the results found in the scientific literature. It is expected that the implementation of communication skills training in the healthcare sector will improve the communication competency and the well-being both for the patient and the health professional.

KEY WORDS: Communication skills, communication skills training, healthcare, health professional.

SUMARIO:

- 1 Introducción/Obxectivos.
- 2 Material e método.
- 3 Mostra.
- 4 Instrumento.
- 5 Análise de datos.
- 6 Resultados.
- 7 Conclusión/Discusión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Daniels, T. G. (2003). "Overview of research on microcounseling: 1967-present". En A. E. Ivey & M. B. Ivey (Eds.), *Intentional interviewing and counseling: Your interactive resource* [CD-ROM]. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole

Delvaux, N., Razavi, D., Marchal, S., Bredart, A., Farvacques, C., & Slachmuylder, J. L. (2004). "Effects of a 105 hours psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: a randomised study". *Br J Cancer*, 90(1), 106-114. doi:10.1038/sj.bjc.6601459

Evans, A. L. (2011). *A meta-analysis of pre-practicum counselor training in helping skills*. (AA13424048). Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/869834638?accountid=17197> Retrieved from http://sfx.bugalicia.org/aco?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&genre=dissertations+&+theses&sid=ProQ:PsycINFO&atitle=&title=A+meta-analysis+of+pre-practicum+counselor+training+in+helping+skills.&issn=&date=2011-01-01&volume=&issue=&spage=&au=Evans,+Amelia+L.&isbn=9781124224220&jtitle=&bttitle=&ft_id=info:eric/&rft_id=info:doi/ PsycINFO database.

Ivey, A. E. (1994). *Intentional interviewing and counseling: Facilitating client development in a multicultural society* (3rd ed.). Thomson Brooks/Cole Publishing Co, Belmont, CA.

Moore, P. M., Rivera Mercado, S., Grez Artigues, M., & Lawrie, T. A. (2013). "Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer". *Cochrane Database Syst Rev*, 3, CD003751. doi:10.1002/14651858.CD003751.pub3

1 | Introducción/Obxectivos

O estudo da efectividade dos programas de habilidades de comunicación nos profesionais da saúde representa desde hai décadas unha área importante da investigación neste campo. A súa utilidade nun contexto sanitario evidénciase a través da relación observada entre un emprego adecuado destas habilidades de comunicación e distintas variables clínico-terapéuticas. A satisfacción dos usuarios e aumento da adherencia terapéutica, a redución de conflitos tanto interprofesionais como cos propios pacientes, así como o aumento da percepción de autoeficacia e redución do *burnout* por parte dos profesionais sanitarios, son claros exemplos da mesma. A maioría dos programas elaborados neste ámbito aglutinan múltiples compoñentes interrelacionadas entre si (asertividade, toma de decisións...) esquecendo as habilidades básicas de comunicación, que conforman en moitos estudos o peso da efectividade no ámbito clínico. Falamos, neste caso, dos chamados factores comúns: as habilidades de escoita activa. No presente estudo exponse como obxectivo principal o de definir e clasificar categorías comunicacionais¹ que poidan representar o concepto de escoita activa, tomando como base a avaliación da produción das mesmas nun grupo de profesionais sanitarios.

“A maioría dos programas elaborados neste ámbito aglutinan múltiples compoñentes interrelacionadas entre si (asertividade, toma de decisións...) esquecendo as habilidades básicas de comunicación”

2 | Material e método

Para poder levar a cabo a análise cualitativa das habilidades de escoita activa empregadas polos profesionais sanitarios realizouse nun primeiro momento unha revisión sistemática nas bases de Datos Pubmed e PsycInfo a partir das palabras clave *communication skills training and nurse or communication skills training nursing* (debido a que a mostra empregada no programa para deseñar será de profesionais de enfermería), revisándose todos os estudos atopados ata a data. Levouse a cabo tamén unha revisión dos artigos realizados nos últimos 10 anos a través das palabras clave: *communication skills training and professional health*.

3 | Mostra

Partindo dunha poboación aproximada de 104 profesionais sanitarios correspondentes ás categorías de fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, enfermería e auxiliar de enfermería pertencentes á área de Rehabilitación do centro e cunha proporción de perdas estimada do 15%, o tamaño de mostra requirido para poder xeneralizar os resultados cun nivel de confianza do 95% e unha precisión de 5, é o de 28 persoas. No noso estudo, o cuestionario de habilidades de comunicación foi administrado a 34 profesionais sanitarios da Fundación Instituto San José de Madrid, pertencentes á

¹ As denominacións que se utilizarán neste traballo, referentes ás categorías comunicacionais, como é o caso de respostas empáticas e respostas non empáticas ou bloqueos comunicativos, fan alusión á clasificación que desenvolvemos a partir do mesmo.

área de Rehabilitación e correspondentes ás categorías citadas con anterioridade. A idade media dos participantes foi de 30,61 anos ($S_x = 8,815$), sendo o 65,6% da mostra mulleres e o 34,4% homes.

4 Instrumento

A partir da revisión realizada e das respostas obtidas nun estudo piloto, definíronse doce categorías comunicativas baseándose no carácter empático das mesmas. Para a avaliación destas categorías creouse e aplícase un cuestionario conformado por un total de 60 enunciados, que comprendían 30 *situacións queixa* vividas por terceiras persoas. Este cuestionario desenvolveuse de maneira que as distintas respostas emitidas mostrasen a mesma frecuencia de aparición. Os enunciados presentáronse por duplicado en función do formato de resposta exposto (libre vs múltiple). Ademais, realizouse unha división dos mesmos en función do contexto en que se producían (cotián vs hospitalario) e da percepción do nivel de intensidade emocional que comprendían (leve, moderado ou grave).

Leváronse a cabo dous tipos de correccións. Por unha banda, analizáronse as respostas producidas polos suxeitos participantes, obtendo a frecuencia de produción das mesmas en función das habilidades definidas. A partir destas obtívose unha porcentaxe de produción para as distintas categorías conformadas: unha porcentaxe de produción para as habilidades empáticas e outra para as habilidades non empáticas ou bloqueos comunicativos. Doutra banda, cualificáronse as respostas en función da súa calidade comunicativa. A continuación preséntase un cadro resumo que describe os criterios de puntuación e outro que exemplifica as *situacións queixa* expostas para cada unha das condicións.

CORRECCIÓN CUANTITATIVA:

- En resposta libre

Máximo 15 puntos en ámbito cotián + 15 puntos en ámbito hospitalario.

- En resposta múltiple

Máximo 15 puntos en ámbito cotián + 15 puntos en ámbito hospitalario.

1 punto: resposta empática

0,5 puntos: combinación respostas empáticas e respostas non empáticas

0 puntos: bloqueos ou respostas non empáticas

PUNTUACIÓNS OBTIDAS:

Puntuación total respostas libres

Puntuación total respostas múltiples

Puntuación total ámbito cotián

Puntuación total ámbito hospitalario

RESPOSTA LIBRE

Ámbito cotián:

A continuación expóñense unha serie de problemas ou situacións. Imaxine que lle ocorren a un familiar ou amigo e intente responder da forma máis empática posible:

1. *Despisteime e queimouseme a comida outra vez.*

Ámbito hospitalario:

A continuación preséntanse outros enunciados. Imaxine que un paciente ou familiar lle transmite as seguintes queixas ou problemas. Responda cunha ou dúas frases da forma máis empática posible:

1. *Levo máis de 30 minutos esperando a que me atendan na sala de espera.*

RESPOSTA MÚLTIPLE

Ámbito cotián:

Agora deberá responder as situacións expostas anteriormente seleccionando das seguintes, as que considere máis empáticas:

1. *Despisteime e queimouseme a comida outra vez.*

- a. *Se falas por teléfono ao mesmo tempo é moi probable que se che queime a comida.*
- b. *Xa verás como para a próxima sae mellor.*
- c. *Distraícheste cociñando.*
- d. *Non ten importancia.*

Ámbito hospitalario:

Agora deberá responder as situacións expostas anteriormente seleccionando das seguintes, as que considere máis empáticas:

1. *Levo máis de 30 minutos esperando a que me atendan na sala de espera.*

- a. *Polo menos non é nada grave.*
- b. *Parece que angustiarse non é a mellor opción.*
- c. *Que che pasou para ter que ir por urxencias?*
- d. *Estás canso.*

5 Análise de datos

Na análise de datos empregáronse estatísticos descritivos para cada unha das categorías definidas. Tras comprobar a normalidade das variables empáticas e non empáticas en cada un dos contextos establecidos, aplicouse a T de Student para mostras relacionadas. Creáronse gráficos de comparación para as distintas categorías, as pertencentes ao contexto e as relacionadas co formato de resposta empregado.

6 Resultados

A porcentaxe de produción obtida para as habilidades empáticas no contexto hospitalario foi do 20,26%, en comparación coa obtida nas non empáticas, que constituíu o 79,35% das respostas totais neste contexto. No ámbito cotián, as habilidades de comunicación empáticas producíronse un 21,37% das ocasións, en contraposición ao 78,18% das non empáticas (ver gráficos 1 e 2). A porcentaxe de produción restante para cada un dos contextos, pertence á categoría “outros”, conformada por respostas non válidas ou respostas que non se puideron clasificar en ningunha das categorías definidas. As diferenzas observadas en ambos os casos son significativas ($P < 0.05$) (Ver Táboa I).

GRÁFICO 1 Porcentaxe de produción de respostas no contexto hospitalario para as categorías comunicativas empáticas e non empáticas

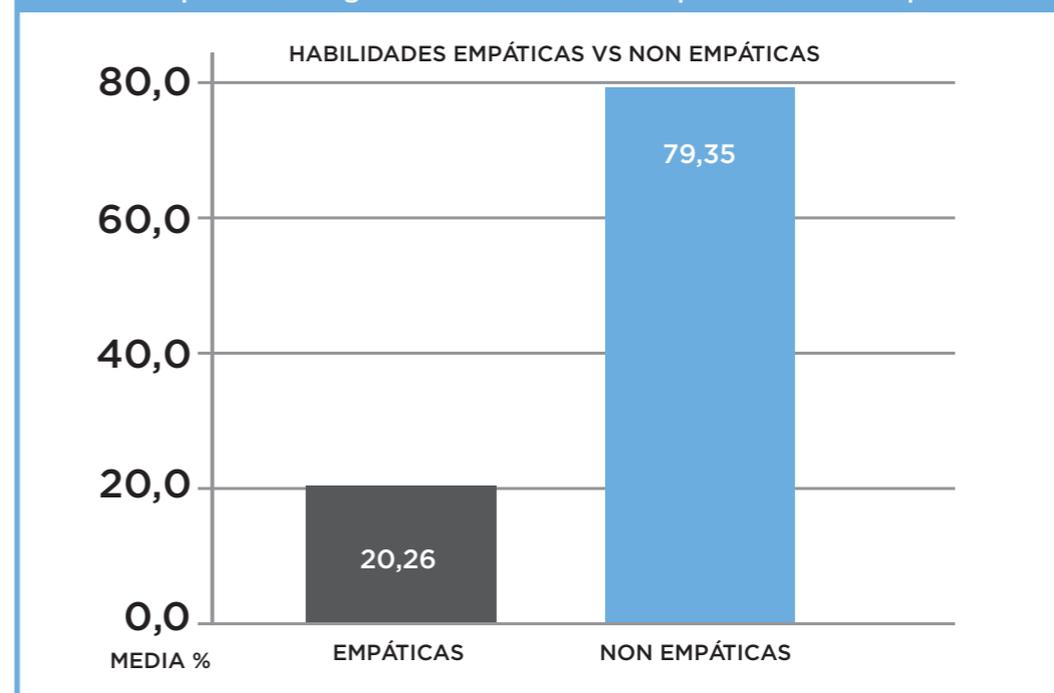
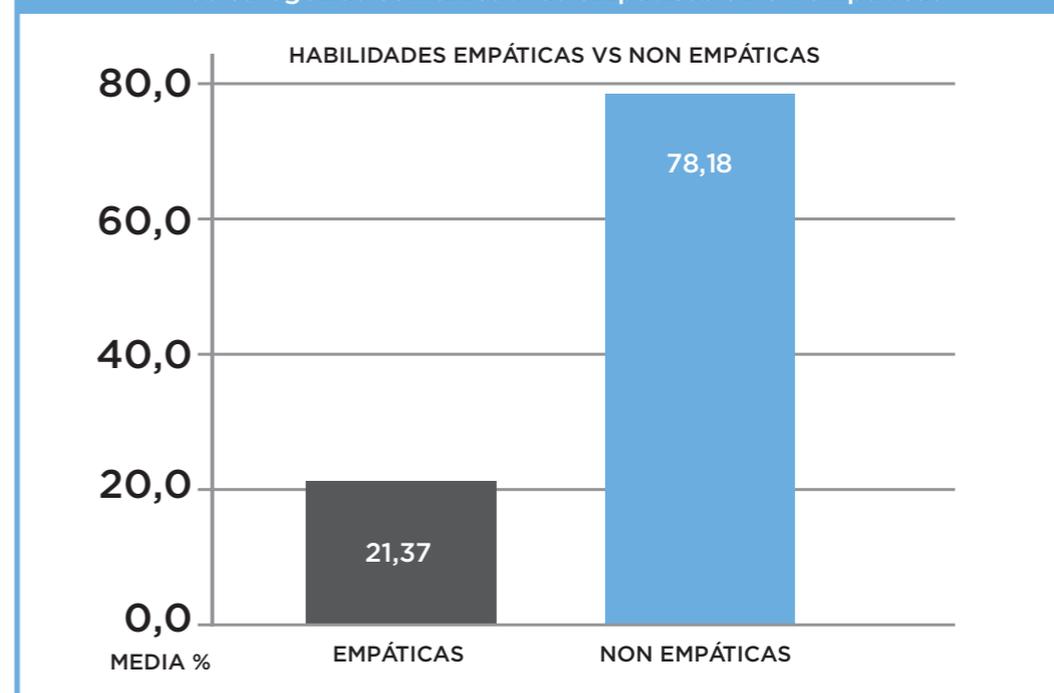


GRÁFICO 2 Porcentaxe de produción de respostas no contexto cotián para as categorías comunicativas empáticas e non empáticas

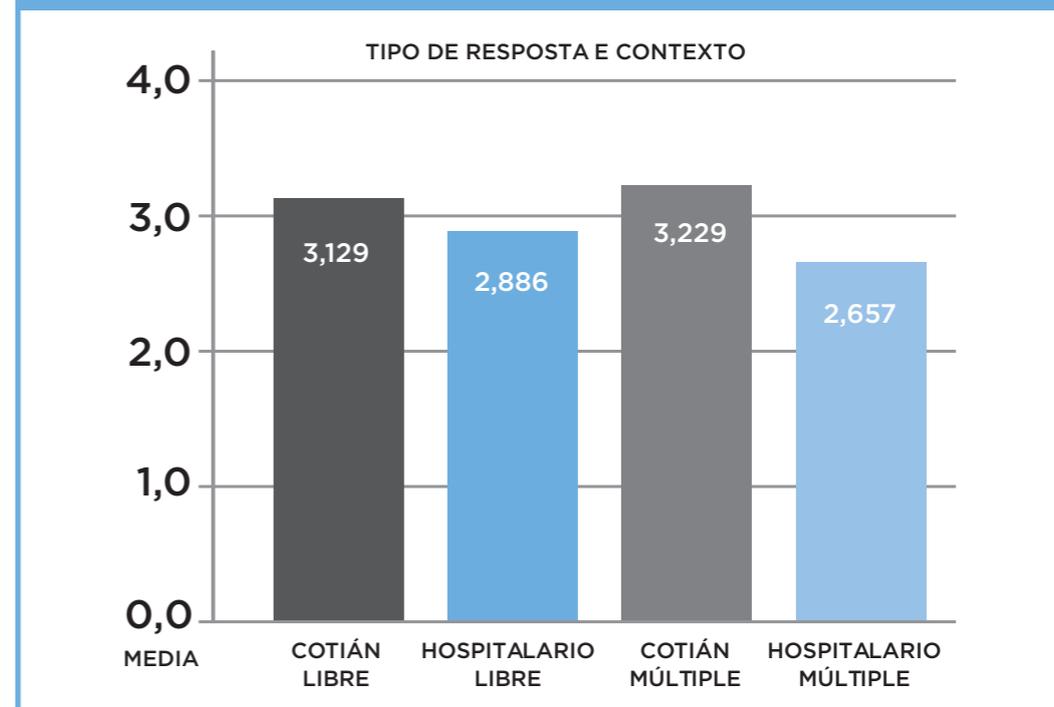


Táboa 1 Comparación de medias para a porcentaxe de produción de habilidades empáticas e non empáticas no ámbito cotián e hospitalar

		Diferenzas pareadas					t	df	sig. (bilateral)
		Media	Desv. estándar	Error estándar media	95% fiabilidade intervalo de diferenza				
					Inferior	Superior			
PAR 1	EMPÁTICA / NON EMPÁTICA COTIÁN	56,8086	24,47263	4,13663	-65,21524	-48,40196	13,733	34	,000
PAR 2	EMPÁTICA / NON EMPÁTICA HOSPITALARIO	59,0912	27,27093	4,60963	-68,45910	-49,72331	12,819	34	,000

Para a condición de “resposta libre” obtívose unha puntuación media de 6,015. Para a condición de “resposta múltiple” a puntuación media obtida foi de 5,886. Para os enunciados en “contexto hospitalario” a media de puntuacións foi de 5,543 e para o “contexto cotián” de 6,358 (o máximo de puntuación en todos estes casos é de 30). A continuación preséntase un gráfico que resume as puntuacións obtidas para cada unha destas condicións de maneira illada (o máximo de puntuación para as condicións presentadas no gráfico é de 15).

GRÁFICO 3 Puntuacións de respostas obtidas para cada unha das condicións



7 Conclusións/Discusión:

No presente estudo evidéncianse diferenzas significativas entre a porcentaxe empregada de bloqueos comunicativos ou respostas non empáticas e entre as habilidades de escoita activa ou respostas empáticas, sendo a primeira categoría de respostas altamente superior á segunda. Pola contra, non se observan diferenzas con respecto aos distintos contextos definidos, é dicir, o tipo de resposta producida non se diferencia en función da situación presentada. Pola súa banda, a capacidade para producir respostas empáticas é, en contra do esperado, similar á capacidade para recoñecelas ante o mesmo enunciado ou situación queixa.

Ao longo da bibliografía atópanse resultados similares aos obtidos. Os profesionais sanitarios empregan de forma reducida as habilidades de escoita activa e pola contra, un maior número de bloqueos comunicativos. Tal como se expoñía con anterioridade, son numerosos os estudos que evidencian a efectividade de programas de habilidades de comunicación en profesionais sanitarios; con todo, a maior parte non definen o procedemento empregado na intervención e combinan múltiples variables de comunicación sen chegar a operativizalas. A partir do presente traballo, preténdese desenvolver un programa de habilidades de comunicación de formato multimedia, baseado en habilidades básicas de escoita activa e comprobar a efectividade do mesmo en profesionais do ámbito sanitario.

COMUNICACIÓN ESCRITA - PÓSTER

ANÁLISE DA DEMANDA NA UNIDADE DE SAÚDE MENTAL INFANTO-XUVENIL DE FERROL, 2014

Martínez Lamosa, E.

PSICÓLOGO INTERNO RESIDENTE III,
EOXI DE FERROL

✉ edu.ml@hotmail.com

Díaz Sánchez, F.

PSICÓLOGO CLÍNICO
ASOCIACIÓN DE PAIS DE NENOS CON
PROBLEMAS PSICO-SOCIAIS (ASPANEPS)

RESUMO: Obxectivo: describir as características dos usuarios, da derivación e da resposta asistencial dun programa de atención á saúde mental infanto-xuvenil. Método: recolléronse datos das historias clínicas correspondentes ó programa no ano 2014. Resultados: observouse unha maior presenza de pacientes de sexo masculino e de idade escolar, maioritariamente derivados a consultas de Psicología Clínica para a valoración de problemas de conduta, TDAH, dificultades de aprendizaxe ou problemas afectivos. Conclusións: unha análise destas características permite un maior coñecemento sobre a propia organización da demanda e a resposta asistencial.

PALABRAS CLAVE: Saúde mental, infancia, adolescencia, demanda.

ABSTRACT: Objective: to describe the features of a child-adolescent mental health program: patients, referral and assistance provided. Method: data for the program development in 2014 were collected from clinical records. Results: a large number of male and school-aged patients was noted, mainly referred from paediatric services and addressed to clinical psychological assessment for behavioural problems, ADHD, learning disabilities or emotional problems. Conclusions: a better understanding of mental healthcare demand and assistance provided can be acquired by an analysis of this kind.

KEY WORDS: Mental health, childhood, adolescence, referral.

SUMARIO:

- 1 Introducción.
- 2 Material e método.
- 3 Resultados.
- 4 Conclusións.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Agudo, F. V., Haro, J.G., Peón, A. G., Zabalza, A. P. & de la Viuda Suárez, M. E. (2015). "Análisis de la demanda en Salud Mental en el Principado de Asturias: Características de la demanda y respuesta asistencial". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34 (124), 741-752.

Dorado Primo, J. A., Balmón Cruz, C., Sarramea Crespo, F., Martínez Rodríguez, M., Sánchez Martínez, M., Casas Mata, L., Llavero Fernández, E. & López Díaz, R. (2002). "Análisis de la demanda en el equipo de Salud Mental de Andújar: Evolución y estudio comparativo a los 20 años de apertura". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 22 (84), 141-154.

Pedreira Massa, J. L., Rodríguez-Sacristán, J. & Zaplana, J. (1992). "Diferencias sexuales en la demanda a servicios comunitarios de Salud Mental Infanto-Juvenil en un territorio de una comunidad autónoma española". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 12 (43), 275-282.

Valero, L. & Ruiz, M. A. (2003). *Evaluación de un servicio de Salud Mental: análisis de la demanda y datos epidemiológicos*.

Psiquis, 24 (1), 11-18.

1 Introducción

Unha análise do perfil dos e das pacientes, da demanda e da resposta asistencial existentes pode achegar elementos de reflexión e planificación para as e os profesionais sanitarios; poderíase traducir nunha mellor organización asistencial (incluíndo unha mellora nos criterios de calidade na derivación ás unidades especializadas) e unha maior calidade na xestión de recursos para adecuarse ás necesidades das posibles persoas usuarias.

O presente estudo pretende describir o funcionamento do Programa de Atención á Saúde Mental Infanto-Xuvenil na Asociación de Pais de Nenos con Problemas Psico-Sociais (ASPANEPS) de Ferrol no ano 2014.

Polo tanto, os obxectivos deste estudo son:

- Describir as características socio-demográficas e clínicas das persoas usuarias.
- Caracterizar a derivación ao programa no ano de estudo.
- Describir a resposta asistencial das/os profesionais implicadas/os no programa.

2 Material e método

Realizouse un estudo epidemiolóxico descritivo retrospectivo na Asociación de Pais de Nenos con Problemas Psico-Sociais (ASPANEPS) de Ferrol.

A mostra compúxose de todas aquelas persoas usuarias derivadas por primeira vez ao Programa de Atención á Saúde Mental Infanto-Xuvenil de ASPANEPS ao longo de todo o ano 2014 e nas que as historias incluían todos os datos relevantes para o estudo (n = 420).

A partir das historias clínicas e os volantes de derivación, rexistráronse un total de 12 variables sociodemográficas e clínicas das persoas usuarias e das súas familias, variables relacionadas coa derivación e variables relacionadas coa resposta asistencial.

Realizouse unha análise descritiva de todas as variables rexistradas e aquí preséntase un resumo das observacións máis relevantes.

ANÁLISIS DE LA DEMANDA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE FERROL 2014
Martínez Lamosa, E.; Díaz Sánchez, F.
Asociación de Pais de Nenos con Problemas Psico-Sociais (ASPANEPS)

INTRODUCCIÓN
Un análisis de la demanda y de la respuesta asistencial puede aportar elementos de reflexión y planificación para los profesionales sanitarios, lo que se podría traducir en una mejor organización asistencial y una mayor calidad en la gestión de recursos para adecuarse a las necesidades de las/os usuarias/os.

MATERIAL Y MÉTODO
Se ha realizado un estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo en la Asociación de Pais de Nenos con Problemas Psico-Sociais (ASPANEPS) de Ferrol.

LAS/OS USUARIAS/OS

RESULTADOS

LA DERIVACIÓN
El 94,0% de las/os usuarias/os fueron derivadas/os desde Pediatría, el 3,8% desde algún médico especialista, el 1,9% desde la Unidad de Atención Temprana y el 0,2% desde los Servicios Sociales.

LA RESPUESTA ASISTENCIAL

El 84,5% de la muestra procedía de un entorno urbano, el 13,3% era de procedencia semi-urbana y un 2,1% rural.

Un 11,2% tenían historia personal de inmigración.

El 30,2% de los padres de las/os usuarias/os estaban separados o divorciados, en el 4,0% de los casos había fallecido alguno de ellos y el 0,5% se encuentran ausentes por otros motivos; esta información no se pudo obtener en el 2,6% de los casos.

CONCLUSIONES
Al igual que en otras investigaciones previas con población infanto-juvenil, en nuestro estudio se constata una mayor presencia de pacientes de sexo masculino, en edad escolar y procedencia urbana, y que éstos suelen ser derivados desde Pediatría y mayoritariamente atendidos en consultas de Psicología Clínica.

Como se ha constatado en estudios similares, los problemas de conducta y emocionales se encuentran entre los motivos de derivación más frecuentes, no así el TDAH. Creemos que sería interesante analizar esta discrepancia en un futuro.

Otras investigaciones han señalado que la demanda de tratamiento en servicios especializados puede depender de factores sociodemográficos y culturales de los pacientes, de la información que tengan sobre los trastornos mentales y su tratamiento, de la oferta asistencial y de la accesibilidad a ésta. Este estudio abre la posibilidad de analizar la relación entre este tipo de variables.

Consideramos que este trabajo aporta información útil y plantea futuras líneas de investigación que permitirán una mejor organización asistencial y una mayor calidad en la gestión de recursos en la atención a la salud mental infanto-juvenil en el Área Sanitaria de Ferrol.

Contacto:
eduardo.martinez.lamosa@sergas.es
francisco.aspaneps@mundo-r.com

REFERENCIAS
- Agudo, F. V., Haro, J. G., Peñín, A. G., Zabalza, A. P., & de la Viuda Suárez, M. E. (2015). Análisis de la demanda en Salud Mental en el Principado de Asturias: Características de la demanda y respuesta asistencial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34 (124), 741-752.
- Dorado Prieto, J. A., Salmeán Cruz, C., Serrano Crespo, F., Martínez Rodríguez, M., Sánchez Martínez, M., Casas Mata, L., Llavero Fernández, E. & López Díaz, R. (2002). Análisis de la demanda en el equipo de Salud Mental de Andújar: Evolución y estudio comparativo a los 20 años de apertura. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 22 (84), 141-154.
- Pedreira Neasa, J. I., Rodríguez-Soriano, J., & Zabazo, J. (1992). Diferencias sociales en la demanda a servicios comunitarios de Salud Mental Infanto-Juvenil en un territorio de una comunidad autónoma española. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 12 (43), 275-282.
- Valero, L., & Ruiz, M. A. (2003). Evaluación de un servicio de Salud Mental: análisis de la demanda y datos epidemiológicos. *Psiquis*, 24 (1), 11-1.

3 Resultados

As persoas usuarias

O 61% das persoas usuarias eran de sexo masculino, fronte a un 39% de sexo feminino, con idades comprendidas entre os 1,8 e os 16,8 anos ($\bar{X}=9$; $\sigma=3,5$). A meirande parte das persoas usuarias situábanse nun rango de idade de entre os 6 e os 9 anos.

Un 84,5% da mostra procedía dun entorno urbano, o 13,3% era de procedencia semi-urbana e un 2,1% rural. O 11,2% das persoas usuarias naceran no estranxeiro.

Con respecto á situación familiar, o 30,2% dos pais e nais das persoas usuarias estaban separados ou divorciados, no 4% dos casos falecera algún deles e o 0,5% atopábanse ausentes por outros motivos; esta información non se puido obter no 2,6% dos casos.

No tocante á existencia de antecedentes familiares (de primeiro ou segundo grao) de problemas de saúde mental, observouse o seguinte (táboa 1).

A derivación

O 94% das persoas usuarias foron derivadas desde pediatría, o 3,8% desde algún médico especialista, o 1,9% desde a Unidade de Atención Temperá de Ferrol e o 0,2% desde os servizos sociais.

No 14,3% dos volantes de derivación non se solicitaba ningunha tarefa asistencial concreta; naqueles outros nos que si se especificaba a tarefa era para demandar unha valoración do caso (un 82,4% do total da mostra), psicoterapia (1,9%), tratamento farmacolóxico (0,7%) ou outras tarefas (0,7%). Por outra banda, no 67,4% dos casos non se derivaba a ningún profesional en concreto, mentres que si se solicitaban especificamente consultas de psicoloxía clínica no 28,1%, de logopedia no 2,6%, de psiquiatría no 1,4% e de psicopedagogía no 0,5%.

No tocante aos principais motivos de derivación, tal e como constaban nos volantes, observouse o seguinte (figura 1, páxina seguinte).

Por outra banda, o 10,7% das persoas usuarias que entraron no programa tiñan un diagnóstico psicopatolóxico establecido previamente á súa derivación a ASPANEPS.

Táboa 1 Antecedentes familiares en saúde mental

SEN ANTECEDENTES FAMILIARES	37,6%
CON ANTECEDENTES FAMILIARES	62,4%
Trastornos depresivos	21,2%
Trastornos de ansiedade	10,2%
Abuso ou dependencia de substancias	2,9%
Trastornos psicóticos	1,7%
Trastornos xeneral. do desenvolvemento	1,0%
Trastornos motores	0,7%
Trastornos hipercinéticos	0,7%
Trastornos adaptativos ou por estrés	0,5%
Trastornos da personalidade	0,5%
Trastornos bipolares	0,2%
Trastornos de conduta	0,2%
Trastorno obsesivo-compulsivo	0,2%
Trastornos da alimentación	0,2%
Outros trastornos	3,3%
Antecedentes non especificados	18,8%

A resposta asistencial

O 53,8% das e dos pacientes recibiron atención exclusivamente en consultas de psicoloxía clínica, o 19% en consultas de psiquiatría e outro 19% en consultas de pedagogía. Algunhas persoas usuarias recibiron asistencia combinada por parte de varios profesionais: psicoloxía clínica e psiquiatría (3,1%), psicoloxía clínica e pedagogía (1,9%), psiquiatría e pedagogía (1,7%) ou a combinación das tres opcións asistenciais (0,2%).

4 Conclusións

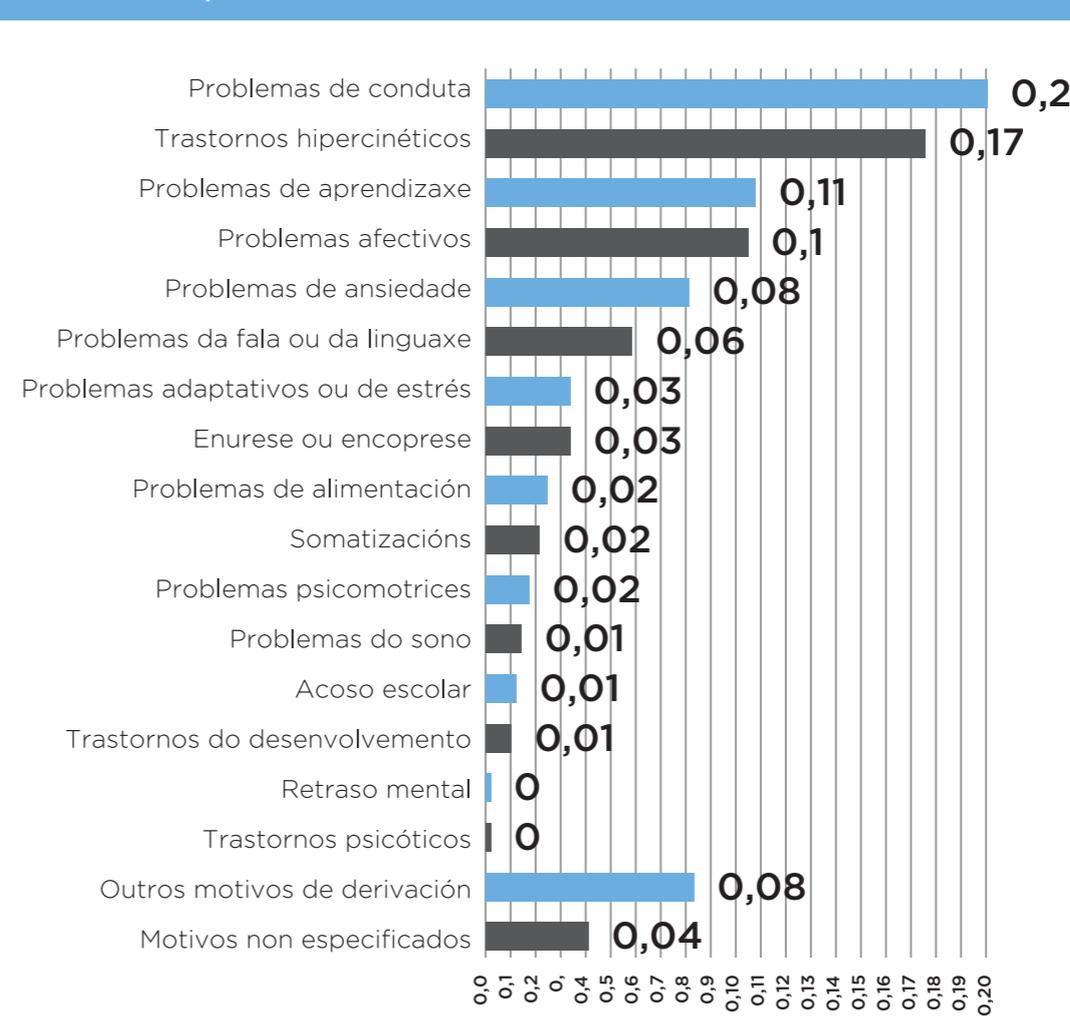
Ao igual que noutras investigacións previas con poboación infanto-xuvenil, no noso estudo conséctase unha maior presenza de pacientes de sexo masculino, de idade escolar e procedencia urbana, e que estes adoitan ser derivados desde pediatría e maioritariamente atendidos en consultas de psicoloxía clínica.

Como se constatou en estudos similares, os problemas de conduta e emocionais atópanse entre os motivos de derivación máis frecuente. Non obstante, o TDAH mostrouse nesta análise como a segunda principal causa de derivación, ao contrario do que se viña a reportar en décadas anteriores na literatura científica sobre a demanda asistencial en pacientes menores. Cremos que sería interesante analizar esta discrepancia nun futuro.

Outras investigacións sinalaron que a demanda de tratamento nos servizos especializados pode depender de factores sociodemográficos e culturais dos e das pacientes, da información que teñan sobre os trastornos mentais e o seu tratamento, da oferta asistencial e da accesibilidade a esta. Este estudo abre a posibilidade de analizar a relación entre este tipo de variables.

Consideramos que este traballo achega información útil e propón futuras liñas de investigación que permitirán unha mellor organización asistencial e unha maior calidade na xestión de recursos na atención á saúde mental infanto-xuvenil na Área Sanitaria de Ferrol.

FIGURA 1 Principais motivos de derivación



OBXECTIVO DA PUBLICACIÓN

O *Anuario* foi, e é, unha publicación aberta. Nace co propósito de dar voz e oído, de invitar á reflexión dos que escriben e dos que len, sobre temas de interese para a Psicoloxía Clínica. Cada número vertébrase sobre un tema central, enfocado desde diversos ángulos, incluíndo áreas de coñecemento alleas á propia, pero que poden achegar novos mapas.

PERIODICIDADE DA PUBLICACIÓN

Publicación de carácter anual.

AUTORES DOS ARTIGOS DO MONOGRÁFICO

Os artigos serán solicitados aos autores por parte do Equipo de Redacción do *Anuario*; os textos deben ser orixinais e o estilo será libre, seguindo o obxectivo xeral marcado polo Equipo.

A EXTENSIÓN máxima será de 15 folios, letra Times New Roman, tamaño 12, interliñado sinxelo.

A ESTRUCTURA do artigo será a seguinte:

- Título.
- Autor, lugar de traballo e e-mail de contacto.
- Resumo (150 palabras) en español ou galego e en inglés.
- Palabras clave: entre 3 e 5, en español ou galego e en inglés.
- Bibliografía estilo APA: mínimo de 5 referencias e máximo de 20.

ANUARIO ABERTO: CASOS CLÍNICOS

Incluíranse descrições dun ou máis casos clínicos que supoñan unha contribución ao coñecemento da psicopatoloxía ou da intervención psicoterapéutica.

A EXTENSIÓN máxima do texto será de 6 páxinas, letra Times New Roman, tamaño 12, interliñado sinxelo.

A ESTRUCTURA do Caso Clínico deberá ser a seguinte:

- Título.
- Nome e apelidos dos autores, centro de traballo e un e-mail de contacto.
- Resumo (150 palabras): en galego ou español, e en inglés.
- Palabras chave: entre 3 e 5, en galego ou español, e en inglés.
- Introducción.
- Datos sociodemográficos.
- Motivo de consulta.
- Obxectivos.
- Intervención.
- Conclusións.
- Referencias bibliográficas: segundo a normativa da APA, cun mínimo de 5 e un máximo de 20 referencias bibliográficas.

ANUARIO ABERTO: COMUNICACIÓNS LIBRES

Incluíranse traballos orixinais nos que se describan traballos de investigación ou revisións teóricas de temáticas psicolóxicas, desde un punto de vista clínico ou asistencial.

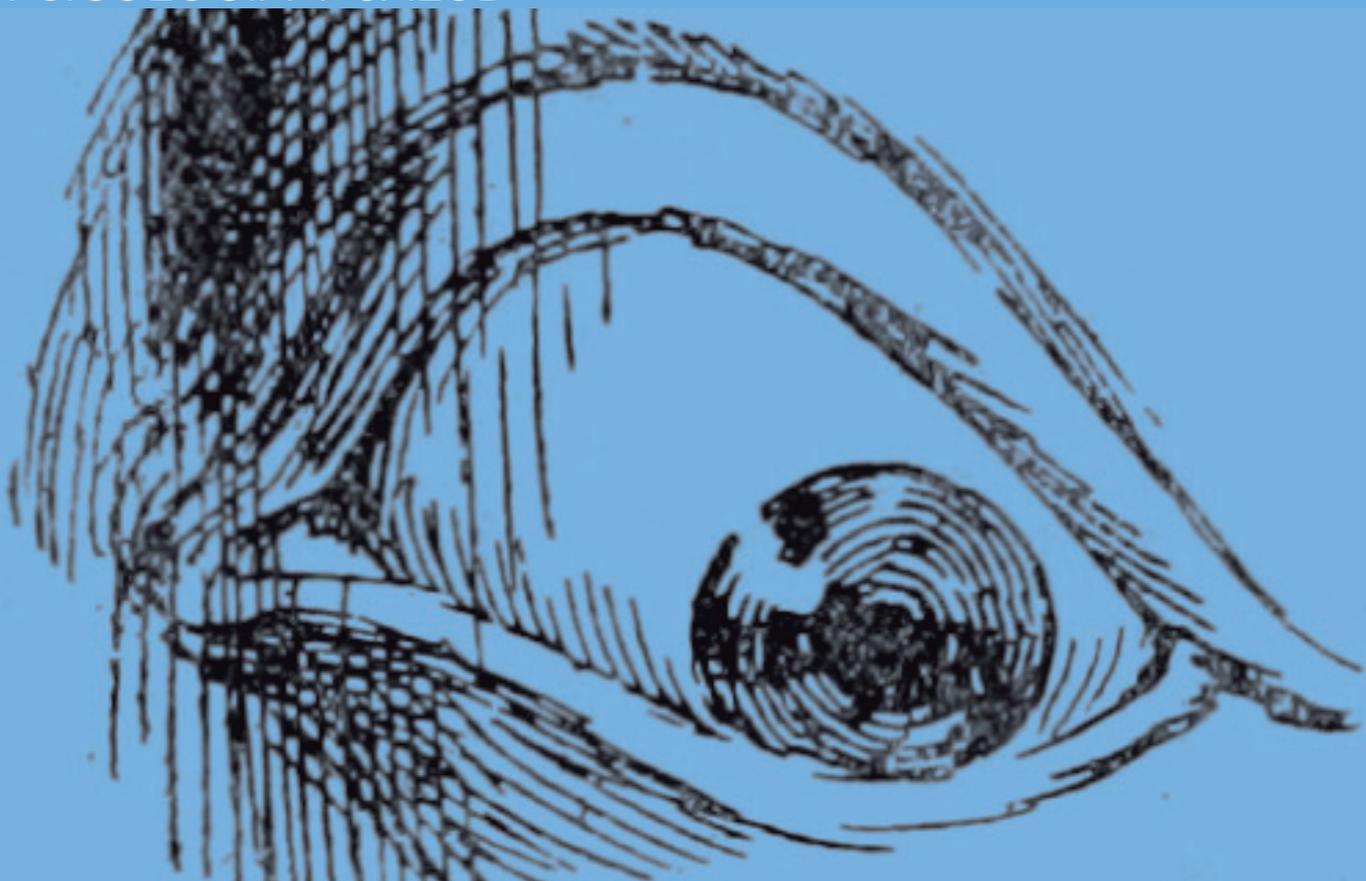
A EXTENSIÓN máxima do texto será de 15 páxinas, letra Times New Roman, tamaño 12, interliñado sinxelo.

A ESTRUCTURA da Comunicación Libre deberá ser a seguinte:

- Título.
- Nome e apelidos dos autores, centro de traballo e un e-mail de contacto.
- Resumo (150 palabras): en galego ou español, e en inglés.
- Palabras chave: entre 3 e 5, en galego ou español, e en inglés.
- Introducción.
- Conclusións.
- Referencias bibliográficas: segundo a normativa da APA, cun mínimo de 5 e un máximo de 20 referencias bibliográficas.

**Nº9 Revista Oficial da
Sección de Psicoloxía e Saúde
do COPG**

Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia
Espiñeira, 10 baixo
15706 Santiago de Compostela
Tfno.: 981 534049 Fax: 981 534983
www.copgalicia.es
copgalicia@cop.es



EL MAL

El mal como creencia

José Luís Veira Veira

¿Es usted un psicópata... adaptado?

Parafraseando a Jon Ronson

Mercedes Castro Bal

Trastornos de Personalidad e
interacción familiar: ¿Crecer malos?

*Dolores Mosquera, Paula Baldomir, Raquel Fernández,
Gerardo Flórez, Alberto Soto y Ana Cris Eiriz*

Confrontación: Cuando el terapeuta es el malo

Sara Cabezudo Fernández

Ovejas negras de la familia: experiencia en un
centro terapéutico de Menores

Jorge Bajo Lema

Cambio del prototipo de héroes en los cómics
y series modernos: el héroe malvado

Eva Álvarez Martínez

HERRAMIENTAS

Cómo integrar nuestras partes buenas y malas:
Dr. Jeckyll y Mr. Hyde

José Eduardo Rodríguez Otero

ANUARIO ABIERTO

• COMUNICACIÓN LIBRE:

Ciberacoso, características de personalidad y
psicopatológicas del Agresor y de la Víctima

Cristina Alonso y Estrella Romero

• TRABAJOS PREMIADOS EN LAS XX JORNADAS DE PSICOLOGÍA Y SALUD DEL COPG:

- Análisis cualitativo de las habilidades de escucha
activa en una muestra de profesionales sanitarios

Bermúdez Míguez, S. y García Fernández, J.

- Análisis de la demanda en la Unidad Infanto-Juvenil
de Ferrol, 2014

Martínez Lamosa, E. y Díaz Sánchez, F.

Nº9 Revista Oficial de la Sección de Psicología y Salud del COPG

Consejo Editorial

Francisco Javier Sardiña Agra, Presidente
Delia Guitián Rodríguez, Vicepresidenta
José Eduardo Rodríguez Otero, Secretario
Luis Carlos Álvarez García, Tesorero
Alicia Carballal Fernández, Vocal
Rosa Cerqueiro Landín, Vocal
Mercedes Fernández Cabana, Vocal
Ignacio Dopico González, Vocal
Dolores Mosquera Barral, Vocal

Consejo de Redacción

Marta González Rodríguez (Directora)
PSICÓLOGA CLÍNICA, PRÁCTICA PRIVADA EN
PSICOSISOR (LALÍN).

Adalberto Iglesias Doval
PSICÓLOGO CLÍNICO, ASOCIACIÓN DOA
SAÚDE MENTAL.

Noelia Pita Fernández
PSICÓLOGA CLÍNICA, EAPS (EQUIPO DE ATENCIÓN
PSICOSOCIAL), AECC, VIGO.

Patricia María Tamara Rego Ribeiro
PSICÓLOGA CLÍNICA, COORDINADORA PROYECTO
"FORTALECIMIENTO DE LA RED DE SALUD MENTAL
DEL DEPARTAMENTO DE ESTELÍ, NICARAGUA".

Xacobe Abel Fernández García
PSICÓLOGO CLÍNICO. FUNDACIÓN PARA LA
INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA Y PERSONALIDAD
(FUNDIPP).

Delia Guitián Rodríguez
PSICÓLOGA CLÍNICA, USM (UNIDADE DE SAÚDE
MENTAL), EOXI LUGO-CERVO-MONFORTE.

Sabela Bermúdez Míguez
PSICÓLOGA CLÍNICA, COMPLEXO HOSPITALARIO DE
NAVARRA: CENTRO DE ATENCIÓN A LA MUJER DE
ITURRAMA (PAMPLONA).

El Consejo Editorial y el Consejo de Redacción no se harán responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados. Las opiniones expresadas en la Presentación son responsabilidad del Consejo Editorial.

Edita

Colegio Oficial de Psicología de Galicia
Españeira, 10 bajo
15706 Santiago de Compostela
Tfno.: 981 534049 Fax: 981 534983
www.copgalicia.es copgalicia@cop.es

Diseño y maquetación
ekinocio comunicación

Ilustración de portada

"The Evil Eye"
Footprints of the Lion, and other
stories of travel... de John Blaksley,
1897, Londres

ISSN: 2444-6653.
Noviembre, 2016

- 4 Presentación
- 6 El mal como creencia
JOSÉ LUIS VEIRA VEIRA
- 16 ¿Es usted un psicópata... adaptado?
Parafraseando a Jon Ronson
MERCEDES CASTRO BAL
- 24 Trastornos de Personalidad e interacción familiar:
¿Crecer malos?
DOLORES MOSQUERA, PAULA BALDOMIR, RAQUEL FERNÁNDEZ,
GERARDO FLÓREZ, ALBERTO SOTO y ANA CRIS EIRIZ
- 34 Confrontación: Cuando el terapeuta es el malo
SARA CABEZUDO FERNÁNDEZ
- 40 Ovejas negras de la familia: experiencia en un
centro terapéutico de Menores
JORGE BAJO LEMA
- 49 Cambio del prototipo de héroes en los cómics
y series modernos: el héroe malvado
EVA ÁLVAREZ MARTÍNEZ

HERRAMIENTAS

- 62 Cómo integrar nuestras partes buenas y malas:
Dr. Jekyll y Mr. Hyde
JOSÉ EDUARDO RODRÍGUEZ OTERO

ANUARIO ABIERTO

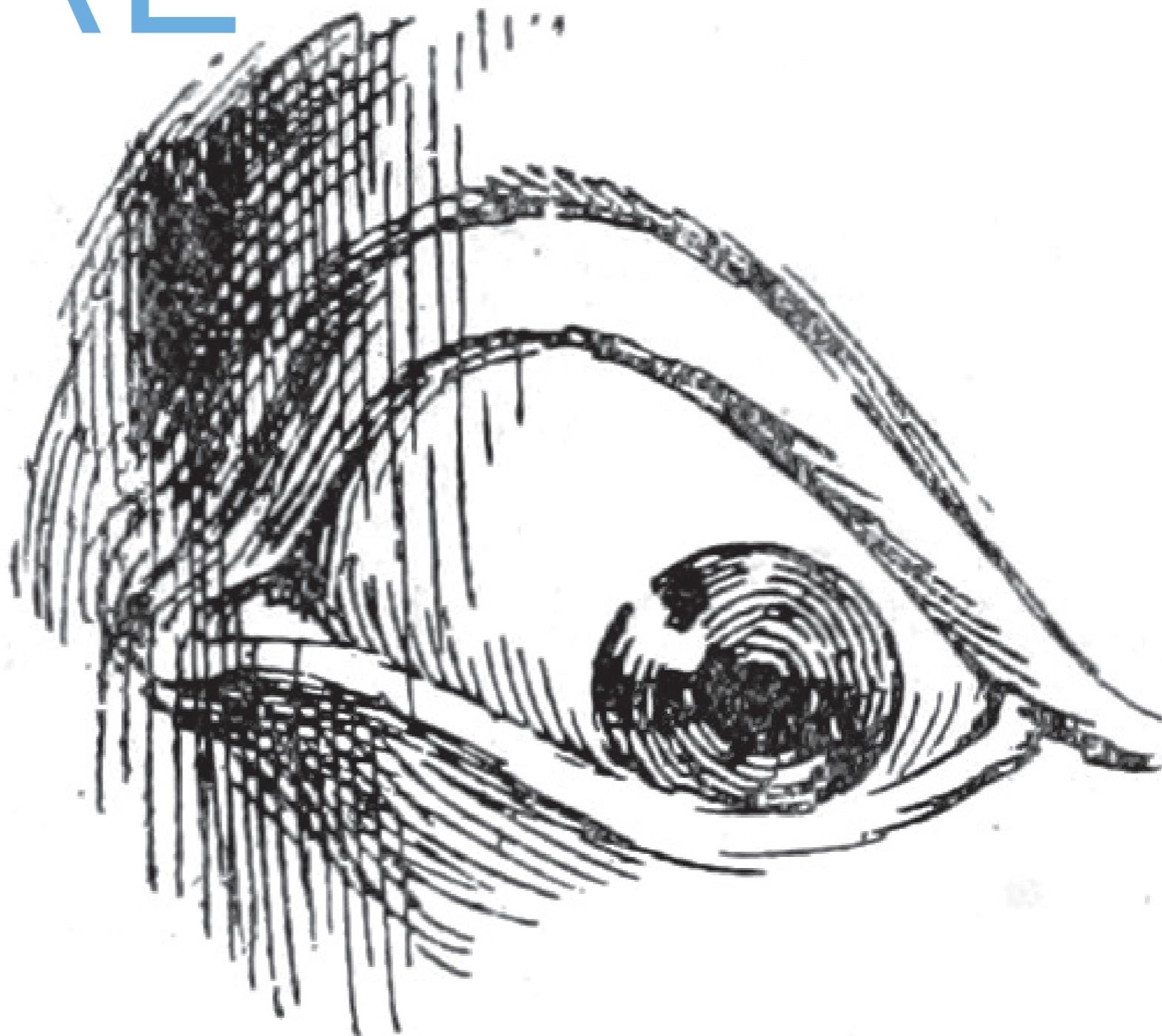
- **COMUNICACIÓN LIBRE:**
 - 71 Ciberacoso, características de personalidad y
psicopatológicas del Agresor y de la Víctima
CRISTINA ALONSO Y ESTRELLA ROMERO
- **TRABAJOS PREMIADOS EN LAS XX JORNADAS DE
PSICOLOGÍA Y SALUD DEL COPG:**
 - 83 COMUNICACIÓN ORAL: Análisis cualitativo de las habilidades
de escucha activa en una muestra de profesionales sanitarios
BERMÚDEZ MÍGUEZ, S. y GARCÍA FERNÁNDEZ, J.
 - 88 COMUNICACIÓN ESCRITA - PÓSTER: Análisis de la demanda
en la Unidad Infanto-Juvenil de Ferrol, 2014
MARTÍNEZ LAMOSA, E. y DÍAZ SÁNCHEZ, F.

92 NORMAS DE PUBLICACIÓN

EL MAL

“The Evil Eye”

Footprints of the Lion, and other
stories of travel... de John Blaksley,
1897, Londres



APUNTE

La versión en gallego de los artículos se corresponde con una traducción libre de la versión original escrita en castellano por los autores, realizada por el Equipo de Redacción del Anuario y revisada por Eliana Martíns del Colegio Oficial de Psicología de Galicia.

PRESENTACIÓN

Marta González Rodríguez

PSICÓLOGA CLÍNICA, PRÁCTICA PRIVADA
EN PSICOSISOR (LALÍN).

✉ marta.glez.rguez@gmail.com

**“Aprendió a ignorar lo malo que hay en lo bueno
decidió aprender de lo bueno que hay en lo malo
y, por momentos,
fue feliz.”**

MICRODESNUDOS

No recuerdo como pasamos del Amor a la Maldad. El término debió llover en la tormenta de ideas previa a nuestra reunión a primeros de año. O quizás tronara, porque el verbo es potente.

Pero en el equipo se nos iluminaron un montón de *psicoposibilidades* en torno a él.

Veíamos maldad en la sociedad, en la vida política, en las series de TV, en nuestra propia consulta está a veces a los dos lados de la mesa. Veíamos psicopatología, pero también socialización, adaptación... y posibilidades de intervención.

De eso que veíamos surgieron los diferentes artículos que hoy aquí presentamos.

Eso sí, después de que los autores amigos pasaran, (siendo buenos y generosos), a darle forma a nuestra tempestad para que todos podamos hacer una reflexión abierta sobre la Maldad.

Enmarcamos el tema partiendo de la genial colaboración del Dr. Veira, sociólogo, que nos documenta la maldad como una creencia orientada a valores socialmente definidos. Agradecemos especialmente su colaboración desde su retiro profesional y dejándose liar por profesionales, en teoría, “ajenos”.

Nos metemos más en profundidad mirando el “mal” a los ojos, pero el mal “adaptado”. Mercedes Castro afila su pluma para escribir sin mie-

do de psicópatas que hacen su agosto en esta sociedad individualista, capitalista y corrupta que parece ser el escenario de nuestros días.

Si tenemos que pensar en una patología que etiquetan de “mala” en su familia (y, a veces, incluso los propios clínicos), probablemente nos vengán a la cabeza los Trastornos de Personalidad. Dolores Mosquera y su equipo nos hablan en su artículo de cómo esos actos de “maldad” se pueden generar a través de interacciones familiares, dándonos así ideas para abordarlos.

De nuestro lado de la mesa, nos toca a veces actuar como malos, cuando tenemos que decir cosas que no quieren ser escuchadas, pero nosotros creemos que pronunciarlas sería terapéutico. Sara Cabezudo nos habla en su artículo de un modo muy esclarecedor sobre la Confrontación y su función.

Jorge Bajo lleva un tiempo trabajando con “malotes”, así que a él le pedimos una reflexión sobre el trabajo del psicólogo en un centro terapéutico de Menores. De su mano hacemos una reflexión sobre el error que supone enfocar la mirada sólo en ellos dejando de lado las características sistémicas de la problemática, tanto en el etiquetado como de cara a la intervención.

Eva Álvarez es responsable esta vez de nuestra sección más cultural y hace un completo repaso sobre el cambio en el prototipo de héroe en las series y cómics actuales. ¿Está el héroe clásico muerto? ¿Se refleja mejor la sociedad actual en un héroe menos maniqueo y más teñido de grises?

Finalizamos el monográfico con el apartado Herramientas, en el que José Eduardo Otero nos habla de la intervención con esos grises, los de los pacientes, pero también los nuestros. Partiendo de la terapia narrativa y del apego relata la intervención en un interesante caso clínico.

En la parte de Anuario Abierto contamos con la colaboración de Cristina Alonso, que nos habla del Ciberacoso y las características principales de las cibervíctimas y los ciberacosadores. Ella no sabía de qué iba a ir el monográfico, pero ahí tenemos una pequeña muestra de maldad virtual.

Como novedad, este año publicamos los dos trabajos que resultaron merecidamente premiados en las Jornadas del año pasado: el póster de Eduardo Martínez y la comunicación de Sabela Bermúdez.

Como siempre, muchas gracias a todos los autores, a mis compañeros de equipo, y al Colegio, especialmente a Eliana Martíns que nos ayudó este año con la revisión lingüística.

Que disfrutéis de la lectura como nosotros de la elaboración.

Marta González Rodríguez
DIRECTORA CONSEJO DE REDACCIÓN



Ilustración del libro “Prose and Verse”
de William James Linton, 1836-86, Londres

EL MAL COMO CREENCIA

José Luis Veira Veira

CATEDRÁTICO JUBILADO
DE SOCIOLOGÍA DE LA UDC

✉ veiraj@udc.es

RESUMEN: Las creencias son ideas acerca de cómo funcionan las cosas, las personas y el mundo en general. En este artículo consideramos la idea del mal como una creencia social orientada a valores socialmente definidos, y como parte importante de la cultura. Esta perspectiva nos permite comprender mejor que el mal, como cualquier otra creencia, está basado en razones y por lo tanto es explicable en términos científico-rationales. En este artículo, de carácter exploratorio, abordamos la atribución de culpabilidad como un indicador de la difusión de la maldad en la sociedad. Para ello hemos utilizado datos de la European Social Survey y el Eurobarómetro.

PALABRAS CLAVE: Mal; maldad; creencias; culpa.

ABSTRACT: Beliefs are ideas about how things work, people and the world in general. In this article we consider the idea of evil as a social belief oriented socially defined values, and as an important part of culture. This perspective allows us to better understand that evil, like any other belief is based on reasons and therefore is explicable in scientific and rational terms. In this article, exploratory, we address the attribution of guilt as an indicator of the spread of evil in society. For this we used data from the European Social Survey and Eurobarometer.

KEY WORDS: Evil; beliefs; guilt.

SUMARIO:

- 1 La maldad y el mal como creencias.
- 2 Aproximaciones teóricas al problema del mal y su justificación. Teodicea y Sociodicea.
- 3 Algunas contribuciones empíricas a la explicación de la maldad.
- 4 Importancia de la atribución de culpabilidad para la prospectiva social.
- 5 Reflexiones finales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Alexander, J. C. (2003). *The meanings of social life : a cultural sociology*. Oxford ; New York: Oxford University Press.

Arendt, H. (1964). *Eichmann in Jerusalem; a report on the banality of evil* (Rev. and enl. ed.). New York,: Viking Press.

Becker, E. (1980). *La Estructura del mal; un ensayo sobre la unificación de la ciencia del hombre*. Mexico: FCE.

Boudon, R. (1995). *Le juste et le vrai. Études sur l'objectivité des valeurs et de la connaissance*. Paris: Fayard.

Campbell, M., & Vollhardt, J. R. (2014). Fighting the good fight: the relationship between belief in evil and support for violent policies. *Pers Soc Psychol Bull*, 40(1), 16-33. doi:10.1177/0146167213500997

Giner, S. (2015). *Sociología del mal*. Madrid: Los Libros de la Catarata.

Leibniz, G. W. (2001). *Compendio de la controversia de la Teodicea*. Madrid: Encuentro.

Mandeville, B. (1997). *La fábula de las abejas o Los vicios privados hacen la prosperidad pública* Fondo de Cultura Económica. Mexico.

Mukerjee, R. (1964). *The dimensions of values, a unified theory*. London,: Allen & Unwin.

Norwegian, Social Science Data Services, N. D. A. a. d. o. E. d., & ERIC., f. E. (2012). ESS Round 6: European Social Survey Round 6 Data. Data file edition 2.2.

Ramos, R. (2012). Sociología del mal y teodicea en Las Formas Elementales de la Vida Religiosa de E. Durkheim. En "Política y sociedad". 49(2), 223-240. Universidad Complutense de Madrid.

Roth, B. (2015). Banal no more: an essay on the film Hannah Arendt, with special reference to Eichmann and the Nazi killing groups. *Psychoanal Rev*, 102(2), 265-289. doi:10.1521/prev.2015.102.2.265

Veira, J. L., Castellanos García, P., López Rey, J. A., Míguez González, S., Muñoz Goy, C., Pena López, J. A., & Sánchez Santos, J. M. (2010). *La evolución de los valores sociales en Galicia*. España: Netbiblo.

Weber, M. (1997). *Sociología de la religión*. Madrid: Istmo.

Introducción

La idea de analizar el mal social desde el ámbito teórico de las creencias fue inspirada por la relectura de la obra de J. Alexander *The meanings of social life: a cultural sociology* y en especial del capítulo “A cultural sociology of Evil” (Alexander, 2003). Aunque en la obra no se aportan datos estadísticos sobre el mal, de ella hemos extraído la posibilidad de explorar un tratamiento empírico del problema del mal, con el ánimo de facilitar una concordancia entre la teoría y los datos de encuesta. Si partimos de una idea del mal como una creencia sometida a las mismas leyes que el resto de creencias, podremos abordar empíricamente la aparición del mal y su difusión en la sociedad. Para empezar, Alexander defiende la idea de que es fundamental comprender que la dimensión cultural de la sociedad se organiza en torno a los conceptos del bien y del mal, no como entes separados sino complementarios. Por esta razón el mal debe ser codificado, narrado e incorporado en todas y cada una de las esferas de la vida social –la familia, el mundo de la ciencia, la religión, la economía, el gobierno, los grupos comunitarios y la sociedad global– con el fin de comprender su significado y prever sus efectos devastadores. El mal, al igual que el bien, según este autor, es una definición social producto de determinadas circunstancias sociales. Como ejemplo, Alexander se extiende pormenorizadamente en el análisis del Holocausto nazi, para mostrarnos como el discurso sobre tan horrendo y vergonzoso episodio fue pasando de una interpretación interesada de los aliados a ser un suceso cuyas consecuencias fortalecen la creencia en el bien y en un futuro mejor para la humanidad. La memoria del Holocausto cumpliría así su función de mantener viva una moral basada en valores pretendidamente universales. En consecuencia, puede afirmarse que el mal debe ser tratado en el mismo plano que el bien, como un contra-valor que al manifestarse no hace sino reforzar la creencia en el bien social. En resumen, el bien y el mal son valores complementarios aunque no equivalentes.

Por nuestra parte, y al hilo de esta argumentación sobre la funcionalidad del mal, vemos justificada la idea de mostrar las ventajas de considerar el mal como una *creencia social* orientada a valores socialmente definidos, y como parte importante de la configuración de la cultura. Esta

perspectiva nos lleva a las mismas o parecidas conclusiones que las de Alexander, pero contribuye, a nuestro juicio, a comprender mejor que el mal, como cualquier otra creencia, está basado en razones y por lo tanto explicable en términos científico-rationales y empíricos. Esta orientación teórica puede facilitar una explicación más completa de la propagación del mal y de sus raíces, precisamente porque el mal como creencia obedece a la misma lógica que el resto de las creencias sociales. Además podremos ver que este enfoque no entra en contradicción con la mayor parte de las aportaciones empíricas (incluidas las experimentales) realizadas por las ciencias sociales y la psicología.

La tradición aristotélica nos ha legado una idea del bien como valor orientado a la comunidad frente al egoísmo que encarna el mal. La reflexión de Sócrates al respecto es importante: obramos con maldad porque hemos elegido equivocadamente nuestra conducta. La maldad es el resultado de un defectuoso conocimiento del bien. En consecuencia debemos redoblar nuestros esfuerzos en conocer el bien, porque el mal solo se produce por desconocimiento del bien. Esta preocupación de Sócrates por la definición del bien ha llevado a las ciencias sociales a definir la cultura de una sociedad como un conjunto de creencias, normas y valores orientados al bien de la comunidad, lo cual ha impedido, o al menos dificultado, la percepción de que el mal es un componente importante de la cultura (Alexander, 2003); y que además este mal puede ser objeto de valoraciones positivas por amplios sectores de la población. Debemos entender que la cultura también se compone de contravalores o “*disvalues*” (Mukerjee, 1964) y que a cada valor se opone un anti-valor y a cada norma una anti-norma (Alexander, 2003)

Este enfoque permite considerar el mal, y su manifestación objetiva la maldad, como creencias orientadas a valoraciones, de modo que una conducta inmoral o malvada pueda ser explicada en términos racionales, porque de ella puede el autor obtener beneficios o ventajas. Para ello es preciso enmarcar el mal y/o la maldad en el ámbito de los valores y las creencias, lo cual exige algunas precisiones conceptuales previas sobre qué entendemos por “creencias”.

1 | La maldad y el mal como creencias

Las creencias son ideas acerca de como funcionan el mundo, las personas y las cosas (Veira et al., 2010). Se puede creer que el origen del mundo es una creación de Dios o que es producto de un “big-bang”; también podemos creer que los seres humanos son buenos por naturaleza o por el contrario que son malos de nacimiento; asimismo podemos creer que somos juguetes del destino y que todo lo que nos ocurre es producto de ese destino ya escrito (fatalismo) o podemos creer que nuestra suerte no está escrita sino que depende de nuestro esfuerzo y de nuestros actos; en fin, podemos creer que todo iría mejor si nos ciñéramos a los consejos y tradiciones de nuestros mayores o que más bien mejoraríamos nuestro futuro si adoptáramos actitudes innovadoras o incluso transgresoras.

Las creencias tienen un impacto importante en el comportamiento y los valores; así, si estamos convencidos de que los seres humanos son malos por naturaleza o son proclives a realizar el mal en cuanto la ocasión lo permita, es lógico que admitamos la necesidad de dotarnos de instituciones como la pena de muerte, la cadena perpetua, el endurecimiento de las penas, el reforzamiento policial, la disciplina escolar o el control estricto sobre el trabajo en el taller y la discriminación social, con objeto de erradicar o prevenir la maldad. En el caso opuesto de que creamos en la bondad natural de las personas, seremos más partidarios de la eliminación de la pena de muerte y la suavización de las penas en beneficio de una política de reinserción laboral para los delincuentes, un mayor énfasis en la educación basada en la responsabilidad y confianza individuales, una mayor autonomía en el puesto de trabajo y de una mayor integración social que impida la discriminación.

Ambas posturas responden a dos concepciones antropológicas del ser humano: una optimista, la creencia en que el ser humano es bueno por naturaleza y otra pesimista (o realista para algunos) basada en la creencia de que el ser humano es malo por naturaleza. En la historia del pensamiento social estas concepciones han sido representadas por Rousseau y Hobbes respectivamente. Para el primero el ser humano era bueno por naturaleza, sólo la sociedad le hace malo, mientras que para el segundo la inclinación al mal forma parte de la naturaleza humana (*homo homini lupus*).

Pero la creencia en la maldad de las personas no suele ser absoluta (en caso contrario el creyente tendría que admitir que también él es malvado) sino que se atribuye la maldad a otros. Estos otros pueden ser determinados sectores o categorías de población, tal como históricamente ha sucedido con los judíos, los negros, o los primeros cristianos, por citar algunos ejemplos. Nuestro propósito es mostrar que solo si entendemos la génesis y naturaleza de estas creencias, así como su posterior desarrollo, podemos explicar el origen de males tan horribles como el genocidio, el Holocausto o la violencia redentora. Desde este punto de vista la “creencia en el mal” puede ser considerada una variable predictora del desencadenamiento de la maldad. Esta hipótesis ha sido corroborada por aportaciones empíricas, especialmente en el campo de la Psicología.

“La creencia en la maldad de las personas no suele ser absoluta (en caso contrario el creyente tendría que admitir que también él es malvado) sino que se atribuye la maldad a otros”

Pero ¿de dónde provienen y cómo se propagan estas creencias? En primer lugar debemos precisar cuál es la naturaleza y el origen de las creencias. Las creencias tienen su origen en variadas fuentes. Entre ellas destacan la autoridad (por ejemplo los textos sagrados como la Biblia o el Corán), el proceso de socialización (la transmisión de valores en la escuela y en la familia principalmente), la experiencia (la escuela de la vida) o el descubrimiento científico.

En principio podemos distinguir dos grandes grupos de creencias: las *creencias prescriptivas* o normativas y las *creencias descriptivas* o científicas. Las primeras son creencias referidas a ideas sobre lo que es justo o injusto, bueno o malo, legítimo o ilegítimo y cualquier otra que incluya un criterio de valor moral. Las segundas, las creencias descriptivas, son las derivadas de juicios lógicos o empíricos propios del método científico: “ $2+2=4$ ” o “la tierra es redonda”. Lo más interesante es que las creencias normativas, como la creencia en la maldad de las personas, se originan y se mantienen siguiendo pautas similares a las teorías científicas, es decir, una creencia cambia o es sustituida por otra cuando aparecen nuevas evidencias o razones que apoyan una nueva creencia (Boudon, 1995). Si las personas mantienen un determinado tipo de creencias, tanto normativas como científicas, es *porque tienen fuertes razones y argumentos para hacerlo, a la vez que no existen en su horizonte cognitivo otras razones alternativas que puedan cuestionar aquellas creencias*. Si uno cree, por ejemplo, que la tierra es redonda, es porque tiene argumentos y razones que avalan esta idea y porque además no existe ninguna argumentación en contra que sea plausible (nótese que durante siglos la humanidad creyó que la tierra era plana, por las mismas razones que ahora cree que es redonda). Las creencias, tanto normativas como descriptivas, están fundamentadas en las razones aducidas de forma consciente o inconsciente por los individuos y refrendadas por la aprobación o desaprobación social. Hay que añadir que *para el mantenimiento y transmisión de una creencia, en la mayor parte de los casos, no es suficiente con tener buenas razones, es necesario además tener la convicción de que otros comparten y prueban la misma creencia*. En esto último reside la naturaleza social de los valores y las creencias.

Existe además una estrecha conexión entre creencias y valores. Un valor representa el grado de importancia y utilidad que se le da a algo en orden a satisfacer una necesidad humana. Las creencias contribuyen a la certeza o verosimilitud de que ese algo es valioso. En consecuencia resulta útil saber en qué grado está extendida la creencia en la maldad humana, cómo se distribuye entre la población, y cuáles son las “buenas razones” para mantenerla activa y compartida.

Por otra parte, la creencia en la maldad implica definir un culpable –individual o colectivo– y establecer un castigo. El mal siempre va acompañado del concepto de culpa. Todas las teodiceas religiosas contemplaron la atribución de culpabilidad. Siempre hay un culpable a quien señalar y estigmatizar. Las sociodiceas modernas tampoco excluyen la atribución de culpabilidad, solo que en este caso la providencia o la divinidad no tiene nada que ver en ello y la culpa ha de recaer en la propia sociedad.



Detalle de la ilustración del libro “The Christian Year” de John Keble, 1874, Londres

2 | Aproximaciones teóricas al problema del mal y su justificación. Teodicea y Sociodicea

Las buenas razones que pueden explicar el mal y su consiguiente justificación fueron proporcionadas inicialmente por las distintas religiones. La Teodicea es el ejemplo más notorio. Puede decirse que surge como respuesta al dilema planteado por Epicuro: Si Dios es todo bondad y además es omnipotente, ¿por qué permite que exista el mal? Dos grandes pensadores como San Agustín y Santo Tomás argumentaron que el mal era necesario para que surja el bien: Dios permitió a “ciertas criaturas la ocasión de ejercer su libertad, aun cuando hubiera previsto que se inclinarían al mal” (Leibniz, 2001: 14-15) Por su parte Max Weber resumió las razones exhibidas por las distintas teodiceas religiosas al problema del mal, tipificándolas de acuerdo a sus alegatos (Weber, 1997: 192 y ss.):

- a) Razones escatológico-mesiánicas, que descansan en la idea de que vendrá un Dios a poner orden en el mundo. La “espera” implica la noción de pecado como quiebra en la lealtad y surge así la idea del “más allá”, donde ya no existirá el mal.
- b) El argumento del *Deus absconditus* se basa en la idea de que las “razones” de Dios son inescrutables y en consecuencia cobrarán fuerza las creencias en la providencia, la predestinación o el karma, como respuestas a la explicación del mal.
- c) La creencia en el dualismo de los dioses. Para muchas religiones antiguas, como la religión babilónica, el mandeísmo o el maniqueísmo, el origen del mundo se debe a la confrontación entre dioses malos y dioses buenos. El mundo se configura así en la lucha del bien contra el mal.

Actualmente, desde el punto de vista de las ciencias sociales, la Teodicea no resulta el mejor método para abordar los problemas del origen y difusión del mal, entre otras razones porque sus presupuestos son ajenos a una explicación racional y porque el importante proceso de secularización de las sociedades modernas desde la Ilustración, ha legitimado a la ciencia para indagar cualquier fenómeno social sin necesidad de acudir a las creencias religiosas.

No obstante es preciso reconocer la importancia de la Teodicea, pues fueron sus planteamientos los que dieron lugar a la constitución de la llamada Sociodicea. Esta Sociodicea no es más que la versión mundana de la Teodicea: se trata de justificar el mal y el sufrimiento humanos más allá de los designios de un Dios o una naturaleza trascendentes. (Ramos, 2012)

Esta Sociodicea o Teodicea secularizada presenta al menos dos visiones del mal social, una amplia y otra más restringida. En el sentido más amplio la sociodicea es la “justificación de la sociedad tal cual, es decir, la aceptación de que el mundo es así, y que este es su orden natural y posible: siempre habrá pobres... siempre desigualdad injusta” (Giner, 2015: 25-26). Este planteamiento fue asumido por una buena parte del pensamiento social europeo. Una de las teorías más conocidas que surgieron al calor de esta visión amplia ha sido la Teoría de la Alienación. Nada mejor que el siguiente texto de E. Becker (Becker, 1980: 210) para ilustrar este tipo de Sociodicea: “El siglo XX sufrió todos los males que podía padecer el hombre: el genocidio de millones de seres humanos, la guerra mundial recurrente, los motines raciales y el odio, el hambre y la miseria mundial de las grandes masas. El panorama del futuro es casi el mismo: la guerra atómica, las revoluciones violentas, la inanición de las masas. En nuestra época hemos visto brotar lo *demoníaco* en toda su magnitud, y hemos aprendido por qué surge: lo demoníaco se presenta cuando el hombre es manipulado por vastas fuerzas impersonales que se encuentran fuera de su dominio, y a las que él *contribuye* activamente y sin crítica. Por ello cuando el hombre moderno pone en movimiento grandes instituciones sociales, pero no tiene un dominio crítico de ellas, las instituciones toman su propio impulso; los que manejan las instituciones se vuelven como hormigas que cumplen mecánicamente con su deber, y nadie se atreve a cuestionar la rutina a la que someten al hombre las instituciones....Esta es la naturaleza demoníaca del mal social de nuestra época”. Es preciso señalar no obstante, que esta visión amplia, y en parte determinista, de la justificación del mal, no excluye del todo el reformismo y la posibilidad de paliar los males desencadenados por la autonomía de las instituciones.

La otra visión más restringida de la Sociodicea es la que acepta indagar sobre males específicos subsanables o extirpables, como por ejemplo la violencia de género o tasas altas de delincuencia. En realidad habría que concluir en la existencia de muchas sociodiceas, como parte de las distintas ideologías (Giner, 2015). Cada ideología tiene su particular sociodicea y, en consecuencia, plantean respuestas y soluciones distintas, dejando el camino abierto para una metodología científica más acorde con la racionalidad científica y que posibilite una teoría unificada sobre la maldad. En este sentido podemos decir que en los últimos años se han hecho aportaciones importantes, tanto teóricas como empírico-experimentales que permiten afrontar con optimismo el deseado objetivo de una teoría unificada sobre el origen del mal y su propagación. Estas aportaciones, que ilustraremos con algunos ejemplos, suelen tener un denominador común: la importancia que para el desarrollo del mal tiene la lógica situacional o el contexto social en que se enmarca.

3 Algunas contribuciones empíricas a la explicación de la maldad

No es este el lugar para exponer en detalle los numerosos experimentos llevados a cabo –principalmente en el campo de la Psicología Social– demostrando la fragilidad de la voluntad humana y la facilidad con la que a menudo nos sometemos acríticamente a las órdenes de la autoridad o del grupo con el que nos identificamos, aun sabiendo el daño y sufrimiento que pueden producir a los demás. Experimentos como el de Milgram en 1961, demostrando que la “obediencia ciega” a una autoridad no es una cuestión excepcional sino más bien normal, o el del conocido por “La Ola”, llevado a cabo en 1967 por el profesor de instituto Ron Jones, demostrando que la disciplina y el orgullo de pertenencia a un grupo anula nuestro libre albedrío y hace que pensemos que el fascismo no es tan malo visto desde dentro, son valiosas aportaciones. En esta misma línea también se puede citar el experimento realizado por el profesor de Psicología Philip Zimbardo en 1971, pensado inicialmente para el estudio de la conflictividad en las cárceles, demostrando finalmente que el poder corrompe hasta el punto de que nuestro comportamiento puede contradecir nuestras habituales creencias. Muchos otros estudios similares podrían mencionarse, pero para nuestro propósito aquí nos basta con saber que todos estos experimentos tienen un denominador común: las creencias y los comportamientos humanos están fuertemente condicionados por la autoridad y el medio social. En consecuencia puede afirmarse que la racionalidad del mal se deriva de la definición social del mismo y de su aprobación social. Dicho de otra manera: “las buenas razones” para obrar mal provienen del medio social y cobran fuerza si esas razones son compartidas.



Ilustración del libro “A Ramble round the Globe ...” de Thomas Robert Dewar, 1894, Londres

La controvertida teoría de la “banalidad del mal” de Hanna Arendt (Arendt, 1964) para explicar el horror del Holocausto es validada en gran parte por estas aportaciones empírico-experimentales. También la Teoría de la Alienación –mencionada más arriba- encaja en parte con esta visión de un ser humano, como en el caso de A. Eichman, sometido a las fuerzas de las instituciones (autoridades) y del contexto social. Arendt insistió en que Eichman no debería ser considerado como un ser radicalmente malo, sino como un burócrata cualquiera sin pensamiento propio y un “creyente” en el movimiento nazi que él tanto admiraba. En la visión de Arendt del mal social, como una enorme maquinaria burocrática que deja poco espacio para el ejercicio del libre albedrío, juegan un papel importante las creencias que, en este caso, fueron las de la ideología nazi. Y es este aspecto el que nos interesa aquí, dejando de lado las numerosas críticas a su posición, en apariencia exculpatoria del criminal nazi, por no haberse detenido lo suficiente a examinar la personalidad del propio Eichman (Roth, 2015). Desde un punto de vista sociológico lo más interesante –a la vez que inquietante- de la “banalidad del mal” es que este concepto sugiere la idea de que cualquier persona “normal” puede ver subvertidas sus creencias y sistema de valores y en consecuencia llegar a contemplar el mal (por ejemplo la violencia redentora, capaz de salvar al mundo) como un valor necesario para conseguir un bien ulterior.

La utilización de los conceptos de “el bien y el mal” para justificar la “violencia redentora”, entendida ésta como una medida necesaria para erradicar el mal del mundo, ha sido una constante histórica para desacreditar al enemigo potencial o imaginario. La violencia redentora surge y se propaga cuando un grupo comparte la *creencia* de que otro grupo o categoría de personas simbolizan el mal que es necesario exterminar. La teoría del “chivo expiatorio” explica muy bien la atribución del mal a un sujeto –individual o colectivo- y que por ello debe ser eliminado. Y es que la creencia en el mal conlleva siempre una atribución concreta de la culpa; esta atribución de la culpa es resuelta señalando un “chivo expiatorio”.

Por otra parte la importancia de las creencias en el bien y el mal y su relación con las actitudes de apoyo o rechazo a las políticas de violencia o no violencia en contextos de conflictos intergrupales también ha sido en parte demostrada. Cuatro estudios llevados a cabo por las profesoras Maggie Campbell y Johanna R. Vollhardt así lo atestiguan (Campbell & Vollhardt, 2014). Los hallazgos indicaron que las personas con una fuerte creencia en la maldad humana son mucho más proclives a apoyar políticas violentas que las que creen en la bondad de las personas. La investigación mostró además que esta correlación entre creencia en la maldad y apoyo a la violencia redentora es independiente de las características sociodemográficas de los sujetos entrevistados.

Aunque las propias autoras reconocen los límites de la investigación llevada a cabo –en especial el carácter no representativo de las muestras utilizadas- es indudable que la correlación encontrada abre una vía interesante de investigación. Resultará esclarecedor saber el grado de difusión de la creencia en la maldad humana en las distintas sociedades y contrastarlo con el apoyo dado a la idea de la violencia redentora.

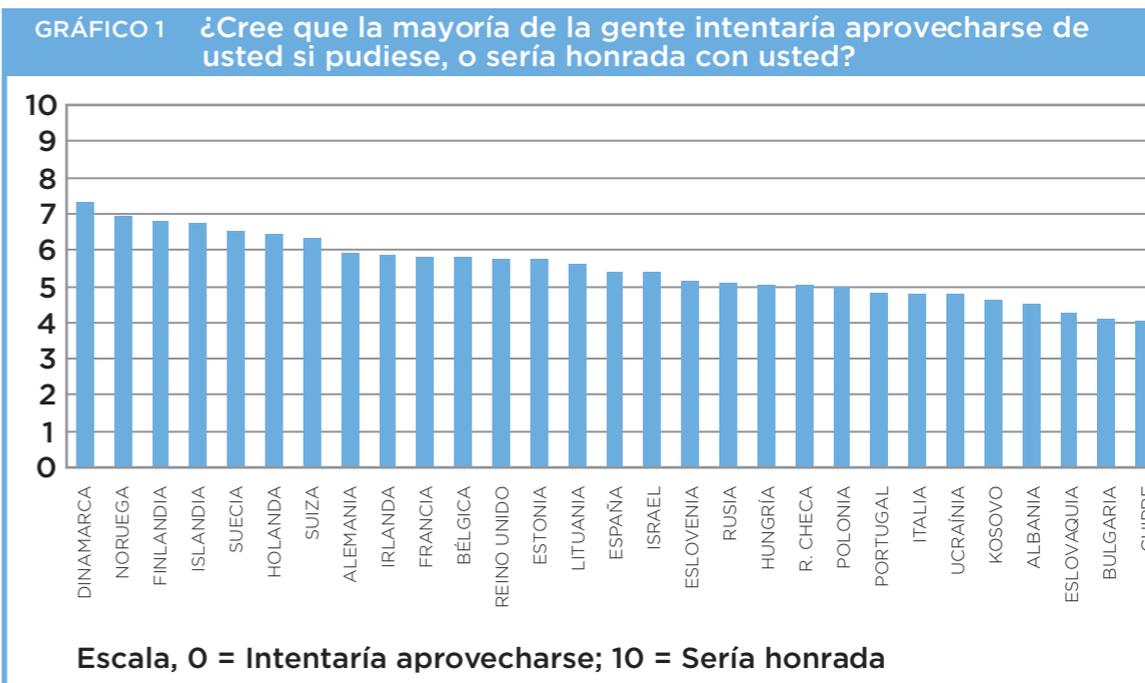
*“Cualquier persona
“normal” puede ver
subvertidas sus creencias
y sistema de valores y
en consecuencia llegar a
contemplar el mal como
un valor necesario para
conseguir un bien ulterior”*

4 Importancia de la atribución de culpabilidad para la prospectiva social

El grado de difusión de la creencia en la maldad puede medirse, de forma exploratoria, utilizando datos como los recogidos en la *European Social Survey* (Norwegian, Social Science Data Services, & ERIC., 2012). En esta base de datos se formula una pregunta en los siguientes términos: *¿cree que la mayoría de la gente intentaría aprovecharse de usted si pudiera, o que sería honrada con usted?* La respuesta a esta pregunta ofrece una escala de 0-10, donde 0 significa creer que la gente se aprovecharía de uno, mientras que 10 significa que sería honesta. Aunque la pregunta no hace referencia explícita a la maldad, es indudable que de las respuestas comprendidas entre 0-4 podemos inferir una opinión más bien negativa de la naturaleza humana en su sentido hobbesiano, comentado más arriba.

En el gráfico nº 1 pueden observarse diferencias significativas entre los países comprendidos en la muestra. Las razones pueden ser muy variadas y de difícil interpretación, dado que intervienen variables de toda índole, desde culturales hasta estructurales, y por lo tanto inabordables en un artículo como este. Pero, para nuestro propósito, deben resaltarse dos aspectos: el primero es que en los países nórdicos existe una menor difusión de la creencia en la maldad, medida en términos de desconfianza del prójimo, que en el resto de los países; y el segundo es que la media de todos los países es 5,50 sobre 10, lo cual significa que casi la mitad de la población europea aproximadamente comparte la creencia en la maldad de las personas. Algunos países (los 9 de la derecha en el gráfico) incluso se sitúan por debajo de los 5 puntos.

Este dato es importante para comprender que la creencia en el mal no solo puede llegar a ser mayoritaria en determinadas circunstancias sino que es una creencia ampliamente compartida. Por lo menos tanto como la creencia en la bondad de las personas. Ello refuerza la idea de que la sociedad no está solo configurada en torno al bien, sino que la definición del mal es también parte importante de la estructura social. Por esta razón, el mal debe ser codificado y construido socialmente de manera inequívoca para saber en qué consiste el bien. En todos los países mostrados en el gráfico, la creencia en la maldad de las personas está ampliamente difundida. Sin



Fuente: *European Social Survey. Round 6. Año 2012. Elaboración propia.*

embargo esta significativa difusión de la creencia en el mal, no impide las diferencias en cuanto a la atribución de culpabilidad según los casos. De ahí la importancia de conocer cómo se distribuye la culpa en la opinión pública

La investigación sobre la “variable” atribución de culpabilidad es tan importante como la creencia misma. La atribución de culpabilidad implica también una creencia: si existe un mal es preciso buscar un culpable. Según Alexander, las sociedades construyen el mal de forma que pueda haber un castigo, y ello implica un culpable. Es así como surge el fenómeno del “chivo expiatorio”, es decir, de un sujeto, individual o colectivo, al que se le imputan los males que sufre la sociedad.

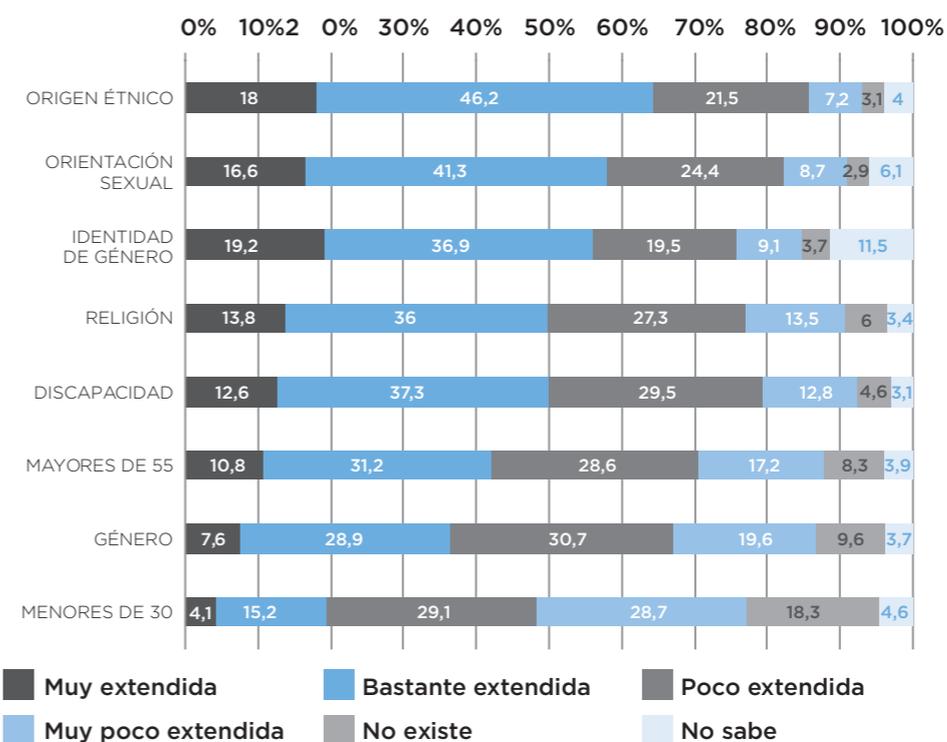
Existen datos que permiten conocer cuáles son los grupos o categorías de personas con mayor riesgo de ser imputados. Normalmente los encontramos en las estadísticas sobre discriminación. La discriminación no es una variable que mida exactamente la atribución de culpabilidad, pero puede ser utilizada como variable *proxy* para el propósito exploratorio de este artículo.

En el Gráfico 2 se muestran los datos relativos a la creencia en el grado de difusión de la discriminación manifestada por los entrevistados, según el motivo de la misma. No hemos incluido las diferencias por países por razones obvias de espacio. Pero aún así resulta ilustrativo ver la alta propagación de la discriminación en la UE, a pesar de disfrutar de uno de los sistemas más democráticos y tolerantes del mundo.

La discriminación por origen étnico ocupa el primer lugar de la escala, con un 64% entre los que opinan que está muy o bastante extendida en su país, seguida de la orientación sexual (57,9) y la identidad de género (56,1). No nos es posible analizar aquí las diferencias que existen entre países por razones de espacio, pero podemos concluir que detrás de estas cifras está la amenaza del mal de la xenofobia, el racismo y la discriminación de ciertas minorías, que no hace tanto tiempo asoló Europa.

En los últimos años hemos asistido a un resurgimiento de estas actitudes que ya creíamos superadas. Sin duda la crisis económica y el problema de los refugiados han hecho aflorar de nuevo en la vieja Europa los demonios olvidados, la desconfianza y la búsqueda de nuevos chivos expiatorios. Será importante seguir la evolución de los datos de la discriminación social a corto plazo, para saber si estamos ante un fenómeno coyuntural o de más largo alcance.

GRÁFICO 2 Percepción del grado de difusión de discriminación según:



Fuente: Eurobarómetro: *Special Eurobarometer 437. Discrimination in the EU in 2015. Elaboración propia.*

5 Reflexiones finales

De acuerdo con lo dicho más arriba, el bien y el mal son complementarios, aunque no equivalentes. Mandeville, el autor de *“La fábula de las abejas o los vicios privados hacen la prosperidad pública”* dejó bastante claro que del mal también cabe esperar el bien. Esta consideración no es solamente una ironía o una paradoja, sino que nos indica la naturaleza dual de la civilización (Mandeville, 1997) Por otra parte el sufrimiento producido por el mal forma parte del proceso de humanización histórica y es una condición de la civilización. El hecho de que denostemos y rechacemos vivamente la maldad no impide la existencia de la misma. A lo sumo podemos aspirar a reducirla a límites tolerables.

Esta consideración del mal o la maldad como un valor social no implica de ningún modo su justificación o exoneración, sino un reconocimiento de que somos capaces de valorar el mal en sí mismo como un bien o una necesidad. Este reconocimiento proporciona una perspectiva más amplia para entender y explicar el mal. El mal como valor, o como contravalor, ha surgido y se ha propagado en innumerables ocasiones. En su Teoría de la Banalidad del Mal, Hanna Arendt adopta esta perspectiva de entender el mal, al considerar que si A. Eichman obedeció órdenes criminales como un diligente burócrata fue debido a su posición social y a que era un *“believer”* nazi. Es indudable que detrás de la diligencia burocrática de Eichman existían aspiraciones de ascenso y que el eficaz cumplimiento de las órdenes le resultaba gratificante. Podemos afirmar entonces que la maldad es una combinación de creencias y lógica situacional que permite la inversión de valores: surge así la violencia redentora o el mal como algo necesario para salvar el mundo. La investigación empírica del mal y la maldad humanas debería contribuir a evitar el desarrollo de situaciones en las que los contravalores se impongan, tanto individual como colectivamente, a los valores orientados al bien social. Las experiencias históricas del mal y sus narrativas pueden servir de complemento eficaz a las investigaciones empíricas. Por desgracia estas últimas aún son escasas e incompletas. Sin embargo en los últimos años, muchos países han empezado a recoger datos bajo el rótulo de *“estadísticas del odio”* que permiten albergar alguna esperanza de un futuro mejor en este campo de estudio. Estas estadísticas del odio, todavía muy incompletas y de difícil comparabilidad entre países, podrían arrojar luz sobre los procesos por los cuales se propaga la atribución de culpabilidad a determinadas personas, grupos o categorías sociales.

Mientras tanto, los datos sobre discriminación pueden servir al propósito de identificar grupos y categorías de población en riesgo. Una correcta interpretación de la creencia en el mal -basada en las razones, buenas razones en el sentido que hemos dado aquí al término, de acuerdo con Boudon- debe llevar aparejada la atribución de culpabilidad principalmente por parte de aquellos que creen en la maldad. La comprensión y explicación de esas *“buenas razones”* son la clave para entender el mal como creencia. La adhesión al bien que tanto propugnan los moralistas solo es posible si disponemos de una correcta definición del mal. El mal nos señala el camino para entender mejor el bien.

“Surge así la violencia redentora o el mal como algo necesario para salvar el mundo”

¿ES USTED UN PSICÓPATA... ADAPTADO? PARAFRASEANDO A JON RONSON

Mercedes Castro Bal

PSICÓLOGA CLÍNICA UNIDAD DE ALCOHOLISMO,
EOXI LUGO-CERVO-MONFORTE

✉ mercedes.castro.bal@sergas.es

RESUMEN: A pesar de que la psicopatía es uno de los cuadros sintomáticos más ampliamente estudiados, todavía existen confusiones y dudas entre los profesionales (y mucho más entre los profanos) de si es lo mismo, o no, que la sociopatía o el trastorno de personalidad antisocial.

En lo que sí están de acuerdo la mayoría de los investigadores es que la psicopatía tiene raíces biológicas y en que no se observa deterioro de la inteligencia ni en la capacidad de analizar teóricamente las distintas situaciones.

La Psychopathic Checklist-R de Robert Hare permite discriminar a los psicópatas adaptados de los que cuentan con historia antisocial y de la personalidad antisocial.

El que haya profesionales psicópatas socialmente aceptados e incluso altamente valorados, es lo que lleva a algunos autores a considerar que la psicopatía adaptada puede ser beneficiosa y aprovechable a nivel social; para otros no hay nada aprovechable.

PALABRAS CLAVE: Psicópata adaptado. Sociópata. Personalidad antisocial. Empatía. Medio ambiente.

ABSTRACT: While the psychopathy is one of the disorders more widely studied, there are still confusions and doubts among the professional (and there are much more doubts between the profane) of if is it same, or not, that the sociopathy or the antisocial personality disorder. Nevertheless, most of the researchers are agree about psychopathy's biological roots and in the absence of intelligence deterioration or in the ability to analyze different situations theoretically.

The Psychopathic Checklist-R of Robert Hare can discriminate against adapted psychopaths or subjects with an antisocial history and antisocial personality.

The fact that there are professional psychopaths socially accepted and even highly-valued, is leading some authors to consider that adapted psychopathy may be beneficial and usable at the social level; for others there is nothing usable.

KEY WORDS: Psychopath adapted. Sociopath. Antisocial Personality. Empathy. Environment.

SUMARIO:

- 1 Introducción.
- 2 Psicopatía, sociopatía y trastorno de personalidad antisocial.
- 3 Tipos de psicópatas.
- 4 El psicópata adaptado-integrado-subclínico.
- 5 Algunos ejemplos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Alba Robles, J.L. (2012): "La psicopatía en el siglo XXI. Apuntes para la reflexión". *Criminología y justicia*, 3, (18-24).

Boddy, C.R. (2011): "The Corporate Psychopaths Theory of the Global Financial Crisis".

J Bus Ethics, 102 (255-259).

Cerdán, M. (5 de diciembre de 2005) "Cazamos al espía Paesa", *Interviú* recuperado de www.interviú.es.

Cleckley, E.S. (1988): "The Mask of Sanity: an attempt to clarify some issues about the so called Psychopathic Personality". Georgia: private printing.

Comins Mingol, I (2013) PINKER, Steven, Los ángeles que llevamos dentro. El declive de la violencia y sus implicaciones, Barcelona: Paidós, 2012. *Δαιμόνιον*. Revista Internacional de Filosofía, 59, 209-210.

Diccionario de la lengua española. <http://www.rae.es/>

Dutton, K. (2013) : *La sabiduría de los psicópatas*. Barcelona: Ariel.

Garrido, V. (2002): *El tratamiento del psicópata*. Psicothema. 14, Spl. (181-189).

Garrido, V., e Sobral, J. (2008). *La investigación criminal. La psicología aplicada al descubrimiento, captura y condena de los criminales*. Barcelona: Nabla Ediciones.

Garrido, V. (2011): *Cara a cara con el psicópata*. Barcelona: Grupo Planeta.

Garrido, V. (2000): *El psicópata. Un camaleón en la sociedad actual*. Barcelona: Algar.

González J.A. (26 de setembre de 2014) "A sus órdenes Señor Psicópata", *20 minutos* recuperado de www.20minutos.es

Hare, R. D., & Vertommen, H. (1991). The Hare psychopathy checklist-revised. Multi-Health Systems, Incorporated.

Hare, R.D. (2003) *Sin conciencia: el inquietante grupo de los psicópatas que nos rodean*. Barcelona: Grupo Planeta.

Laak, J. (1996): "Las cinco grandes dimensiones de la personalidad". *Revista de Psicología de la PUCP*; XIV.(2), 129-181.

Liliefeld, S.O.; Watts, A. (2016): "Not all psychopaths are criminals - some psychopathic traits are actually linked to success" *The Conversation*, recuperado de: <http://theconversation.com/not-all-psychopaths-are-criminals-some-psychopathic-traits-are-actually-linked-to-success-51282>

Marietán, H. (Febrero-Marzo de 2000): "Personalidades psicopáticas". Ponencia presentada no I Congreso Virtual de Psiquiatría, recuperado de https://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa33/conferencias/33_ci_a.htm.

Millon, T. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.

Pulido, N. (20 de xaneiro de 2002) "Nadie puede huir de Picasso; yo nunca lo conseguí", *ABC* recuperado de www.abc.es.

Rius Saenz, C. (2003): "Psicopatía y política". *Epsys, Revista de psicología y humanidades*, recuperado de: http://www.eepsys.com/cs/arti/2003_04.htm

Ronson, J. (2011): "¿Es usted un psicópata?" Editor digital: Trivillus

Schneider, K. (1980): "Las personalidades psicopáticas" Madrid: Morata.

Neil Arsmstrong, (s.f.) Recuperado el 7 de junio de 2016 de https://es.wikipedia.org/wiki/Neil_Armstrong

Albert J. Dunlap (s.f.) Recuperado el 7 de junio de 2016 de https://en.wikipedia.org/wiki/Albert_J._Dunlap

Luis Roldán (s.f.) Recuperado el 20 de junio de 2016 de https://es.wikipedia.org/wiki/Luis_Rold%C3%A1n

Francisco Paesa (s.f.) Recuperado el 20 de junio de 2016 de https://es.wikipedia.org/wiki/Francisco_Paesa

1 Introducción

La psicopatía viene acompañando al ser humano desde sus orígenes. Han pasado muchos años desde que Philippe Pinel (1745-1826) la describiese como una forma de locura, sin el déficit cognitivo, pero con daños graves en la capacidad afectiva. Desde entonces hasta la actualidad, se ha tratado de conceptualizar el término y establecer qué características diferenciarían a la psicopatía de otros trastornos de personalidad. Schneider (1923) señaló que los psicópatas no sólo se hallaban en las prisiones y centros psiquiátricos, sino en toda la sociedad, y que muchas veces eran personas que tenían éxito en los negocios y en la vida social, ostentando incluso posiciones de poder en la política. Cleckley (1941) fue quien mejor definió los rasgos esenciales del psicópata y en los que se basó Hare (1991) para crear su Escala de Valoración de la Psicopatía revisada, referente del mundo científico para el diagnóstico de la psicopatía.

No debemos tampoco olvidar las aportaciones de Galton (1884), de Allport y Odbert (1936), Cattell (1943) o Goldberg (1981), que dieron lugar a la teoría de la personalidad de los Cinco Grandes; ni de Costa y McCrae (1985) que construyeron el NEO PI (Inventario de personalidad).

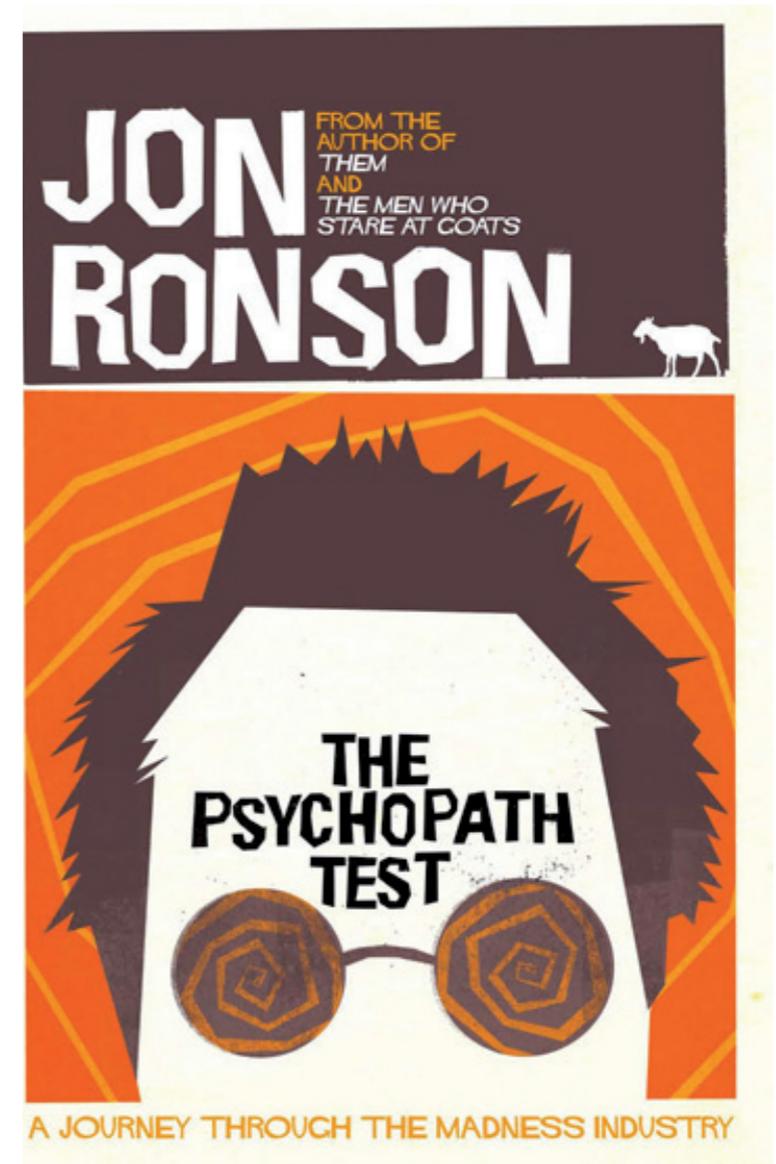
Muchos profesionales han sido alabados por unos y criticados por otros en la elaboración de sus teorías, pero han contribuido de forma innegable a entender el mundo de la psicopatía. Autores como Kurt Schneider, Hervey Cleckley, Theodore Millon o Robert Hare, son de obligada lectura.

Desde 1992 la Organización Mundial de la Salud dejó de considerar a la psicopatía como enfermedad mental. Pese a que es uno de los cuadros sintomáticos más ampliamente estudiados, no existen criterios para ella en los actuales manuales diagnósticos DSM o CIE; aunque comparte criterios con el trastorno antisocial de la personalidad, éste conlleva impulsos agresivos y tendencias delictivas que los grandes psicópatas no siempre comparten, y deja de lado los rasgos de personalidad que sí la definen.

Cuenta el periodista Jon Ronson en su libro “¿Es usted un psicópata?” que David Shafer, miembro de la comisión gestora del DSM-5, le dijo que estaban planteándose cambiar el nombre de trastorno antisocial de la personalidad y que alguien propuso que lo llamaran Síndrome de Hare, pero se ve que no prosperó.

A día de hoy, persiste la confusión entre psicopatía y trastorno antisocial de la personalidad, o si un sociópata es lo mismo que un psicópata o no. Y estas confusiones se incrementan cuando hablamos de psicópatas adaptados. Corruptos, ladrones, sociópatas y psicópatas son adjetivos que se usan como sinónimos cuando se habla, en ocasiones, de políticos y banqueros.

A lo largo de este artículo vamos a ir viendo algunos autores, estudiosos del tema, para ver si podemos contribuir a su diferenciación; también veremos ejemplos de famosos psicópatas adaptados o súper adaptados para ayudarnos en ello. La elección de autores y de ejemplos está totalmente sesgada en función de mis preferencias, mi práctica clínica y mis vivencias personales.



Portada del libro “The Psychopath Test: A Journey Through the Madness Industry” de Jon Ronson, 2011, Reino Unido. Fuente: Wikipedia

2 Psicopatía, sociopatía y trastorno de personalidad antisocial

“Un sociópata se comporta mal porque le han criado así. Quizá tiene algo en contra de la sociedad. Yo no tengo nada en contra. No guardo ninguna hostilidad. Yo soy como soy. Sí, creo que soy un psicópata”

(Entrevista a un delincuente en Hare, 2003).

El **trastorno de personalidad antisocial** se refiere, fundamentalmente, a un grupo de conductas delictivas y antisociales. La mayoría de los criminales cumplen los criterios para tal diagnóstico.

La **psicopatía** se define, en cambio, por un conjunto de rasgos de la personalidad y conductas socialmente desviadas. La mayoría de los criminales no son psicópatas y muchos de los sujetos que consiguen vivir al margen de la ley evitando la cárcel, sí lo son.

La psicopatía es un cuadro sintomático, tradicionalmente definido por un conjunto de características interpersonales, afectivas y referentes al estilo de vida. A nivel **interpersonal**, los psicópatas tienen un concepto grandioso de autovalía, son arrogantes, crueles, dominantes, superficiales y manipuladores. A nivel **afectivo**, se caracterizan por ser fácilmente irritables, incapaces de formar vínculos emocionales fuertes e incapaces de experimentar empatía, sentimientos de culpa o ansiedad profundos. Estas características interpersonales y afectivas están asociadas a un **estilo de vida** socialmente desviado e inestable que incluye comportamientos irresponsables e impulsivos, así como una tendencia a ignorar y violar cualquier tipo de convención social o costumbre.

Los investigadores están de acuerdo, en general, en que la psicopatía tiene raíces biológicas, una predisposición que pasa por un sistema nervioso que no acaba de funcionar bien. Las hipótesis más importantes pasan por el lóbulo prefrontal y la amígdala. Sin embargo no observan deterioro en su inteligencia ni en su capacidad de analizar teóricamente las distintas situaciones. Para H. Cleckley (1941), son personas en las que no se puede confiar; su razonamiento lógico parece intacto, pero su comportamiento resulta impulsivo y es dirigido, no por lo que el sujeto

es capaz de explicar a priori de lo que es más apropiado o se debería hacer, sino por aquello que le apetece, por su estado de ánimo, por un deseo de satisfacción inmediata de sus deseos.

Cleckley mantenía que los **bajos niveles de ansiedad** constituían uno de los rasgos más auténticos del psicópata.

El término **sociópata** lo empezaron a utilizar algunos clínicos e investigadores, así como la mayoría de los sociólogos y criminólogos, debido a que el término psicópata creaba confusión con el término psicótico. La palabra psicopatía proviene de psique (mente) y pathos (dolencia, afección), o sea, enfermedad mental, siendo ésta la primera acepción que encontramos en el diccionario de la Real Academia Española a día de hoy.

Los que consideran que el síndrome está forjado por entero de factores sociales o experiencias infantiles, prefieren el término sociopatía, mientras que los que entienden que también contribuyen elementos biológicos, psicológicos y genéticos, usan el término psicopatía. Para Vicente Garrido (2011) sociópata es la persona capaz de realizar actos psicopáticos sin que tengan una personalidad psicopática de nacimiento, sino que la ha adquirido por brutalidad e ignorancia en interacción con aspectos de su temperamento.

En cuanto al porcentaje de psicópatas respecto a la población general, parece que oscila entre el 1% (Hare, 1991) y el 3% (Marietán, 2012) según qué fuentes se consulte. Lo mismo ocurre cuando vemos la proporción hombres/mujeres, siendo para Garrido (2008) de 5 a 1 y para Marietán (2012) de 3 a 1. En cualquier caso, el hecho de que haya mayoría de hombres es lo que lleva a hablar, en general, de “el psicópata”.

3 Tipos de psicópatas

Harvey Cleckley, gran impulsor moderno del estudio de la psicopatía, centró su investigación, principalmente, en gente de clase media, por lo que no se correspondían con la subcultura criminal. Esto le llevó a prestar poca importancia a los aspectos más crueles y sádicos de su comportamiento. Robert Hare, por el contrario, realizó su investigación en cárceles; recogió las enseñanzas de Cleckley y añadió diferentes ítems que sirven para caracterizar la personalidad antisocial. De ese modo crea la Psychopathic Checklist (PCL), la prueba de mayor apoyo empírico para discriminar a los psicópatas con un estilo de vida antisocial.

El PCL-R (Hare, 1991) consta de dos factores con 17 ítems y 3 ítems adicionales que no saturan en ningún factor (tabla 1).

El separar estos dos factores nos permite detectar a los psicópatas integrados, con un escaso factor II, y diferenciar la personalidad antisocial, con bajo factor I, del psicópata con historia antisocial, que puntuaría alto en ambos factores.

La psicopatía es una manera de ser alejada de la norma, entendiendo norma como concepto estadístico. Hare considera que un 1% de la población es psicópata, siendo la versión asesino una minoría.

El psicópata no siempre se comporta como tal; sólo cuando actúa psicopáticamente se le puede reconocer. Los hay con éxito social y los hay marginales, pero la mayor parte pasan desapercibidos salvo en el ámbito privado.

Gran parte de los investigadores actuales plantean la distinción de dos tipos de psicópatas en función de su origen:

El **psicópata primario o puro**, que sería el que nace con una tendencia innata hacia la manipulación y explotación de los demás. No necesitarían de un medio ambiente insano para manifestar un comportamiento violento o cruel, que sólo podría ser neutralizado mediante una educación y un control muy intensos que lo empujara hacia el autocontrol y acatamiento de normas.

El **psicópata con menor tendencia hacia la violencia**, al que un medio de crianza poco saludable alentará el potencial con el que ya contaba.

Tabla 1 Factores PCL-R (Hare, 1991):

FACTOR I	FACTOR II	ITEMS ADICIONALES
Locuacidad Encanto superficial	Necesidad de estimulación Tendencia al aburrimiento	Promiscuidad sexual
Grandiosidad del yo	Estilo de vida parasito	Muchas relaciones matrimoniales cortas
Mentira patológica	Deficiente autocontrol	Versatilidad delictiva
Manipulación	Problemas precoces de conducta	
Falta de remordimientos	Ausencia de metas realistas a largo plazo	
Insensibilidad Falta de empatía	Irresponsabilidad	
Incapacidad de responsabilizarse de sus actos	Delincuencia juvenil	
	Revogación de libertad condicional	

La importancia de la predisposición a la psicopatía viene dada por el hecho de que sólo muy pocos de los niños que sufren malos tratos y que crecen en zonas marginales de la sociedad son capaces de realizar actos criminales brutales y de ensañamiento.

En 2011 Kevin Dutton, psicólogo londinense, le pregunta a Hare si cree que, viendo la sociedad moderna de hoy en día, nos estamos volviendo más psicopáticos, a lo que Hare contestó que en general sí, y que si se buscan pruebas de que la sociedad se está volviendo más psicopática, el reciente auge de la criminalidad femenina resulta especialmente revelador.

Sin embargo, el psicólogo Steven Pinker (2012) afirma que la violencia actualmente está en declive, y que el motivo de que crímenes horribles ocupen las portadas de nuestros periódicos es porque no son habituales.

4 | El psicópata adaptado-integrado-subclínico

El psicópata integrado socialmente (también llamado adaptado y subclínico) es mentiroso y manipulador, simula hallarse integrado en su medio social y establecer buenas relaciones con los demás; y, a menudo, sólo se conoce su naturaleza a través de las consecuencias de sus actos, cuando éstos son descubiertos o alcanzan notoria trascendencia.

El psicópata cotidiano es muy difícil de detectar porque maneja los códigos sociales muy bien y muestra una imagen social aceptable. Pueden permanecer en la sombra muchos años o toda su vida.

Para Garrido (2011) muchos de los llamados psicópatas integrados tienen un origen fundamentalmente genético que, al tener una buena educación y medios para estudiar, y debido a que su compulsión para la violencia no es abrumadora, pueden canalizar su personalidad hacia el ámbito privado, familiar y profesional. A diferencia de los sociópatas y de los psicópatas criminales, habrán aprendido a ser pacientes para determinadas ocasiones y habrán adquirido un nivel de autocontrol. Cuando descargan su deseo de dominio de modo violento y brutal es porque saben que pueden hacerlo. Estos casos tienen un origen temperamental y su educación limita lo que en otros ambientes daría como resultado un delincuente reincidente y peligroso.

La mayoría de los psicópatas no son criminales, sino que están integrados. Aunque un porcentaje de ellos sí son delincuentes ocultos (maltratadores, acosadores, estafadores, políticos, profesionales corruptos, etc.), la mayoría cuenta con una buena imagen social.

Dutton (2013) quiso saber qué profesión era la más psicopática y cuál era la menos en el Reino Unido. Para ello realizó una investigación en la que los participantes se dirigían a su página web donde

“La mayoría de los psicópatas no son criminales, sino que están integrados. Aunque un porcentaje de ellos sí son delincuentes ocultos, la mayoría cuenta con una buena imagen social”

completaban la escala Levenson (escala multidimensional de locus de control) auto cumplimentada, siendo éstos sus resultados (tabla 2).

Para Robert Hare, la causa de la injusticia económica salvaje, las guerras brutales y la crueldad empresarial diaria, está en los psicópatas:

“No debería de haber realizado toda mi investigación en cárceles (...) debería de haberme pasado un tiempo en la Bolsa también”. “Los asesinos en serie destruyen familias. Los psicópatas corporativos, políticos y religiosos destruyen economías y sociedades enteras” (Ronson, J., 2011)

En el mundo de las finanzas, la codicia y la corrupción siempre han existido, pero parece que en los últimos tiempos el fraude y desfalco de toda la vida ahora no tienen precedentes. Para Clive R. Boddy (2011), profesor en la Middlesex University Business School de Londres, los psicópatas tienen la culpa de la crisis financiera global; se aprovechan de los cambios rápidos, las renovaciones constantes y la alta rotación del personal en las empresas modernas para abrirse camino mediante una combinación de carisma personal, extraversión y encanto, alcanzando puestos directivos en las principales instituciones financieras, siendo capaces de influir en el clima moral de toda la organización y ostentar un poder considerable, persiguiendo su propio enriquecimiento y engrandecimiento y abandonando el concepto de nobleza, igualdad, imparcialidad o cualquier idea de responsabilidad social de la empresa.

Según Ronson, cuanto más se asciende en la escala social mayor será el número de psicópatas que nos encontremos.

Tabla 2 Clasificación de profesiones por el grado de Psicopatía (Dutton, 2013)

+ PSICOPATÍA	- PSICOPATÍA
Director ejecutivo	Cuidador
Abogado	Enfermero
Medios de comunicación (TV/radio)	Terapeuta
Vendedor	Artesano
Cirujano	Esteticista/estilista
Periodista	Trabajador social
Oficial de policía	Profesor
Clero	Artista creativo
Cocinero	Médico
Funcionario	Contable

5 Algunos ejemplos

Hare asegura que no se puede realizar un diagnóstico de psicopatía sin haberle pasado al individuo en cuestión el PCL-R. De no hacerlo, sólo se podría hablar de rasgos psicopáticos o de comportamientos psicopáticos, pero nada más. Ateniéndonos a esos rasgos y/o esos comportamientos, existen defensores de que la psicopatía puede ser beneficiosa y aprovechable a nivel social.

Sin entrar en un posicionamiento de a favor o en contra, vamos a ver algunos casos que nos sirvan de ejemplo de “psicópatas adaptados”. Dudo que a todos se les haya administrado el PCL-R de Hare, pero aparecen en la bibliografía como psicópatas, posibles psicópatas o con comportamientos psicopáticos.

James Geraghty, brillante neurocirujano del Reino Unido: *“No siento compasión por aquellos a quienes opero. Ese es un lujo que, sencillamente, no me puedo permitir. En el quirófano me transformo: soy como una máquina fría y sin corazón, me hago uno con el escalpelo, taladro y sierra. Cuando estás atajando y engañando a la muerte por encima de las nieves perpetuas del cerebro, los sentimientos no son adecuados. La emoción es entropía y va mal para el negocio. A lo largo de los años he ido acallándola hasta extinguirla”*. (Dutton, 2013)

Neil Armstrong, astronauta y primer hombre que pisó la luna, y Buzz Aldrin buscaban una zona segura para el alunizaje, por lo que Armstrong tomó el control manual. El tiempo iba pasando y el combustible se iba acabando, por lo que le dijo a Aldrin que convirtiera en segundos la cantidad de combustible que quedaba y que empezara la cuenta a atrás. Cuando apenas faltaban 10 segundos, realizó un alunizaje perfecto en el único claro que había en kilómetros a la redonda mientras su pulso apenas se vio alterado, según se informó más tarde. (Dutton, 2013)

Armstrong ya había demostrado su “sangre fría” previamente en varios percances sufridos como piloto de pruebas.

Bernard Madoff fue el presidente de una firma de inversión que lleva su nombre y que él fundó en 1960, siendo una de las más importantes en Wall Street. En diciembre de 2008 el banquero fue detenido por el FBI y acusado de fraude que alcanzó los 52.000 millones de dólares, lo que lo convirtió en el mayor fraude llevado a cabo por una sola persona. La estafa consistió en tomar capitales a cambio de grandes ganancias que al principio fueron efectivas, pero que años más tarde se evidenció que consistían en un sistema piramidal o esquema Ponzi. El 29 de junio de 2009 fue sentenciado a 150 años de prisión.

Madoff, con fama de filántropo, no sólo engañó a entidades bancarias y a grupos inversores; también fueron víctimas de su estafa algunas fun-

daciones y organizaciones caritativas, principalmente de la comunidad judía de EE.UU., de la que Madoff era un personaje principal.

Los afectados se agruparon en tres categorías: 1) bancos y aseguradoras; 2) banca privada y fondos; y 3) fundaciones y personas físicas. A ellos puede agregarse, en una cuarta categoría, a otros afectados sobre los cuales no se pudo determinar la cuantía de lo perdido.

En una entrevista concedida para *The New York Magazine* en junio de 2010, declaró:

“... que no se arrepiente ni siente los daños causados a sus estafados [...] que se jodan mis víctimas [...] eran -sus clientes- avaros y estúpidos [...] fue una pesadilla para mí [...] le habría gustado que le hubieran cogido hace seis u ocho años [...] la prisión es para él una liberación”.

Albert Dunlap (Ronson 2011) se había labrado una reputación cerrando plantas de la mayor empresa fabricante de papel higiénico de Estados Unidos (*Scott Paper*), por lo que fue contratado como director ejecutivo de *Sumbean* a mediados de los años 90. Se dice que cuando llegó a una planta de Mobile, Alabama, le preguntó a un hombre cuánto tiempo llevaba trabajando allí, a lo que el hombre respondió orgulloso *“treinta años!”*, y a lo que Dunlap respondió *“¿Por qué querría alguien pasarse treinta años trabajando para la misma empresa?”*. Unas semanas después, cerró la planta de Mobile y echó a la calle a todos los trabajadores.

Dunlap despedía a la gente con tanta alegría que la revista de negocios *Fast Company* lo mencionaban en un artículo sobre directores de empresa que podían ser psicópatas. Aludían a su escaso auto control (su primera esposa lo acusaba en sus papeles de divorcio de haberla amenazado con un cuchillo mascullando que siempre se había preguntado a qué sabía la carne humana) y su falta de empatía (aunque siempre hablaba a los periodistas de sus padres sabios y comprensivos, no asistió al entierro de ninguno de los dos).

El día en que Dunlap anunció el despido de la mitad de los doce mil empleados de *Sunbeam* (según el *New York Times*, la reducción de personal más grande de la historia en términos porcentuales), el precio de las acciones se disparó.

Luis Roldán Ibáñez, político español famoso por su escándalo de corrupción, no había estudiado nada; falsificó su curriculum y decía ser ingeniero industrial y economista. Llegó a ser Delegado del Gobierno en Navarra y Director de la Guardia Civil. En ese período participó en numerosas orgías y se hizo multimillonario. Cuando fue descubierto, se fugó del país y fue (supuestamente) entregado a la justicia española por Paesa a cambio de dinero. Eso sí, durante su estancia en prisión, se licenció en Ciencias Políticas y Sociología por la UNED.

Francisco Paesa Sánchez, célebre agente de los servicios secretos españoles, entregó a Luis Roldán y se quedó con su dinero, así como el que ganó por delatarlo a la justicia española (se habla de más de 244 millones de pesetas del año 1994).

Paesa fingió su propia muerte, con la ayuda de un certificado de defunción de un Catedrático de Derecho Penal de la Universidad Complutense de Madrid. Se publicaron esquelas y su familia llegó incluso a encargar 30 misas gregorianas en su nombre. En diciembre de 2005 fue entrevistado en París por el director de la revista *Interviú*, a quien explicó que su muerte había sido un error de interpretación; pidió a los periodistas que no publicasen fotos de él ya que eso lo obligaría a suicidarse debido a temas de relación con la mafia rusa. (Marietán, H. 2000)

Andy Warhol, artista plástico y cineasta estadounidense, desempeñó un papel crucial en el nacimiento y desarrollo del Pop Art. Actuó como enlace entre artistas e intelectuales, pero también entre aristócratas, homosexuales, celebridades de Hollywood, drogadictos, modelos, bohemios y pintorescos personajes urbanos.

En un texto escrito por él describió su carácter psicopático, especialmente en las películas eróticas que dirigía, en donde disfrutaba ver cómo la gente se denigraba y se humillaba; fue testigo del proceso de destrucción de quienes estaban a sus órdenes.

Warhol era divertido, encantador, inteligente y apuesto. Atrajo a todos los excéntricos y deseosos de sensaciones fuertes. No le preocupaba abandonar a la gente que previamente había seducido. No tuvo problema en admitir su conducta inmoral: *“No me veo a mi mismo como alguien perverso... sólo como alguien realista”*.

Pablo Picasso, pintor, dibujante y escultor español, tenía una relación destructiva y perversa con las mujeres. Utilizaba a la familia y a las mujeres más como materiales u objetos que como seres humanos completos. Llegó a hacer sufrir a sus hijos y nietos por la poca relación afectiva y la humillación a los que los sometía. Sólo se rodeaba de quienes le halagaban y estuvieran dispuestos a servirle, aunque él los tratara mal.

Era sádico y podía maltratar físicamente a quienes le amaban. No se recataba a la hora de seducir a las esposas de sus amigos. Era hábil en la manipulación y en utilizar a la gente como medio para conseguir sus fines.

Según su nieta Marina Picasso, ella consiguió sobrevivir al *“virus picasso”* que afectó a su familia, destruyéndola (Marietán, 2000).

El trío de las Azores, formado por Tony Blair (Reino Unido), George W. Bush (Estados Unidos) y José María Aznar (España), en 2003 declaró una guerra sin móvil probado contra Irak. Se condujeron como psicópatas por intereses personales y sin compasión (empatía) hacia la población civil que padecería el ataque masivo. Nassir Ghaemi opina que los líderes no actuaban con la *“mente abierta”*, eran *“incapaces de aceptar las críticas”* y se guiaban *“únicamente por su propia visión”*. Este *“circuito cerrado nervioso, que quizá se acrecienta por una exposición prolongada al poder”*, los hizo comportarse como dioses *“irresponsables, rígidos y mesiánicos”* (González, JA, 2014). En una entrevista publicada en el diario El País del 18 de mayo de 2008, Aznar declaraba que *“volvería a hacerlo”*.

Alejándonos un poco de los famosos y volviendo a nuestra vida personal y profesional, seguro que nos hemos cruzado con más de un psicópata adaptado. No puedo dejar de pensar en algún director-gerente hospitalario o en algún jefe de servicio; tampoco en algún compañero de profesión. A pesar de que en la lista de Dutton puntúen médicos y terapeutas como profesiones con baja psicopatía, *“habelos, hainos”*.

Y no puedo acabar sin hacer una recomendación a los interesados en el tema de la psicopatía: la serie televisiva **House of Cards** (<http://www.filmaffinity.com/es/film706350.html>), donde un congresista demócrata de Carolina del Sur llega a convertirse en presidente de los Estados Unidos. En ella podemos ver claramente la diferencia entre distintos tipos de psicópatas y de trastorno de personalidad antisocial.

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD E INTERACCIÓN FAMILIAR: ¿CRECER MALOS?

Dolores Mosquera^{1,4}, Paula Baldomir^{1,4}, Raquel Fernández^{2,4}, Gerardo Flórez^{3,4}, Alberto Soto^{1,4} e Ana Cris Eiriz^{1,4}

✉ doloresmosquera@gmail.com

RESUMEN: En este artículo se abordan conceptos relacionados con los trastornos de la personalidad, los comportamientos agresivos y la maldad. En ocasiones se atribuye de "maldad" a algunas etiquetas diagnósticas, motivo por el que se aborda el tema de una forma más pormenorizada, diferenciándolo de la agresividad.

Se resalta la importancia de la cautela a la hora de usar dicho término, recomendando poder diferenciar categorías dentro de los trastornos de la personalidad. En muchas patologías puede existir intencionalidad en sus conductas, pero si entendemos la conducta como un síntoma o aprendizaje disfuncional, podremos encontrar la función relacionada con la historia previa.

PALABRAS CLAVE: Trastornos de la Personalidad, maldad, agresividad, trauma, interacción familiar.

ABSTRACT: In this article, concepts related to personality disorders, aggressive behavior, and evil are addressed. Occasionally, some diagnostic labels are attributed to "evil." For this reason, the issue is addressed in much more detail, distinguishing it from aggression.

The importance of caution when using this term is highlighted, and differentiating categories within personality disorders is recommended. In many pathologies, there may be intent in their behavior, but if we understand the behavior as a symptom or as dysfunctional learning, we may be able to find out the function that is related to their past history.

KEY WORDS: Personality Disorders, evil, aggressiveness, trauma, family interaction.

SUMARIO:

- 1 Personalidad.
- 2 Temperamento y entorno.
- 3 Apego, empatía, "maldad" y Trastornos de la Personalidad.
- 4 Caso X.
- 5 Caso J.
- 6 Conclusión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Barkley, R. A. (2012). *Executive functions: What they are, how they work, and why they evolved*. Guilford Press.

Blair, R. J. R., & Lee, T. M. (2013). *The social cognitive neuroscience of aggression, violence, and psychopathy*. *Social neuroscience*, 8(2), 108-111.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Attachment*. (vol. 1). Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Separation* (vol. 2). Basic Books.

Depue, R. A., & Fu, Y. (2011). *Neurogenetic and experiential processes underlying major personality traits: Implications for modelling personality disorders*. *International Review of Psychiatry*, 23(3), 258-281.

Herpertz, S. C., & Bertsch, K. (2014). *The social-cognitive basis of personality disorders*. *Current opinion in psychiatry*, 27(1), 73-77.

Kendler, K. S., Aggen, S. H., Czajkowski, N., Røysamb, E., Tambs, K., Torgersen, S., ... & Reichborn-Kjennerud, T. (2008). "The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: a multivariate twin study". *Archives of General Psychiatry*, 65(12), 1438-1446.

Kernberg, P., Weiner, A.S., & Bardenstein, K.K. (2000). *Personality Disorders in Children and Adolescents*. Nova York: Basic Books.

Millon, T. & Davis, R.D. (1998). *Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.

Oldham, J.M., Skodol, A.E. & Bender, D.S. (2009). *Tratado de los trastornos de la personalidad*. Elsevier-Masson.

Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols and Procedures*. Second edition. Nova York: Guilford Press.

Dimaggio, G., & Semerari, A. (2011). *Los trastornos de la personalidad: modelos y tratamiento*. Editorial Desclée de Brouwer.

1. PSICÓLOGA/O.

2. EDUCADORA SOCIAL Y PEDAGOGA.

3. PSIQUIATRA.

4. INTRA-TP. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y TRATAMIENTO DEL TRAUMA Y LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. A CORUÑA, SANTIAGO Y SADA

Antes de profundizar en un tema tan complejo como el que se presenta en el título, consideramos que puede ser conveniente abordar varios conceptos relacionados con los trastornos de la personalidad y los comportamientos agresivos que resultan esenciales en el conocimiento y su diferenciación, ya que en multitud de ocasiones se presentan de manera interrelacionada y quizás algo confusa también.

1 Personalidad

Desde el punto de vista histórico, la palabra **personalidad** deriva del término griego *persona*, que originariamente representaba la máscara utilizada por los actores de teatro en sus representaciones (Millon & Davis, 1998).

La personalidad se concibe actualmente como un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes y, comprenden el patrón de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo (Herpertz & Bertch, 2013).

John M. Oldham (2009), señala que “cada persona tiene un tipo de personalidad que es único e irrepetible, casi como una huella dactilar”. Según este autor, **el temperamento** heredado determina, en diferentes grados, el comportamiento de los recién nacidos. A este factor se añaden las influencias de las personas que los cuidan (modelado), de la familia y del ambiente.

Por otra parte, la personalidad es el resultado de una serie de operaciones mentales como construir la imagen de uno mismo, dar significado al mundo, actuar y relacionarse con los demás y encontrar soluciones a problemas planteados por el entorno (Semerari & Dimaggio, 2011). Los mecanismos dedicados a estas operaciones pueden funcionar incorrectamente. Cuando esa disfunción se extiende a diferentes áreas de la vida social e interna, asume la forma de **Trastorno de la Personalidad**.

De acuerdo con la investigación y los hallazgos clínicos, se espera que un Trastorno de la Personalidad tenga un impacto serio en la mayor parte de las esferas de la vida de una persona, incluyendo el comportamiento en el trabajo y/o en la escuela; la interacción con compañeros y la familia; el funcionamiento cognitivo y emocional, que se refleja en el sentido de uno mismo y de otros y por extensión en su relación con la realidad en general (Kernberg, Weiner & Bardenstein, 2000).

Para diagnosticar un Trastorno de la Personalidad según el DSM-5 se tienen que observar los siguientes criterios (APA, 2013):

A. Patrón permanente de conducta y experiencia interna que se desvía notablemente de las expectativas culturales y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de impulsos

B. El patrón de personalidad es inflexible y desadaptativo y causa malestar subjetivo o un deterioro funcional significativo

De todo ello, podemos deducir que en el desarrollo de un trastorno de la personalidad se dan dos variables: por un lado, un componente genético, donde ubicamos el temperamento (Kendler et al, 2008) y un componente ambiental, donde ubicamos la interacción con el entorno, dentro del cual se sitúa en primer término la familia (Depue & Fu, 2011).

2 | Temperamento y entorno

Como decía John M. Oldham, el **temperamento** de un recién nacido va a determinar sus comportamientos y conductas, las cuales inevitablemente activan una respuesta conductual en sus cuidadores. Es de aquí de donde, en muchas ocasiones, partirá el **aprendizaje** de una conducta disfuncional. Es decir, un bebé tranquilo, con un temperamento sosegado, recibirá con mayor probabilidad respuestas de mayor cercanía, ternura y moduladoras por parte de sus figuras de apego, que irán orientadas a calmar las necesidades de éste, y a su vez favorecerá un aprendizaje adaptativo en cuanto a su regulación emocional y expresión de emociones y necesidades. Sin embargo, un lactante con un temperamento más fuerte e inquieto, con respuestas más irascibles es probable que active, a su vez, respuestas de mayor angustia e irascibilidad en sus cuidadores y posiblemente también más impulsivas e intensas, lo cual repercutirá en un aprendizaje más disfuncional de este niño en cuanto a su regulación emocional, atención a sus necesidades y su impulsividad.

En otras ocasiones, el temperamento del lactante no es un factor tan primordial como en los supuestos descritos en el párrafo anterior, es decir, independientemente de si el bebé es más o menos activo/intenso, existen dificultades por parte de las figuras de apego para entender y atender sus necesidades. Dichas dificultades pueden deberse a multitud de factores, que nada tienen que ver en la mayoría de las ocasiones con una intención de producir un daño por parte de los cuidadores, sino con aprendizajes/historia biográfica previa, enfermedades físicas/psicológicas propias, entornos/contextos desestructurados, dificultades laborales u otros factores externos que afectan a la estabilidad emocional y física de las figuras de apego.

Por lo tanto, estos menores irán creciendo con una falta de capacidad en la regulación emocional y carencias en el entender, respetar y dar satisfacción a sus necesidades, por lo que tendrán que desarrollar ciertas estrategias de afrontamiento que les permitan seguir adelante aunque sea de una manera disfuncional. La agresividad (activa o pasiva) y los comportamientos disruptivos son en muchas ocasiones una forma aprendida de dar respuesta a unas necesidades, o intentos disfuncionales de comunicación.



Ilustración de F. Barnard para "Ginx's Baby..."
de John Edward Jenkins, 1876, Londres

3 | Apego, empatía, “maldad” y Trastornos de la Personalidad

El **apego** es el vínculo emocional que desarrolla un niño con sus figuras de referencia y cuidadores principales, a través del cual recibe la seguridad y protección necesarias para un adecuado desarrollo. Cuando un niño está expuesto a situaciones de negligencia, falta de cuidado emocional o violencia intrafamiliar su base segura se verá afectada, siendo probable la aparición de ciertas dificultades para la experimentación del mundo desde una visión de protección y seguridad.

Es importante tener en cuenta que el daño producido en un niño no viene sólo de una posible situación de violencia física directa, sino que la ausencia de mensajes de valía y la falta de cuidado emocional puede tener secuelas mucho mayores en el desarrollo de ese menor. Las situaciones traumáticas que se producen a edades tempranas tienen lugar en un momento crucial del desarrollo, tanto a nivel cerebral, como de la personalidad e identidad, por lo que los efectos de la situación traumática no se adscribirán únicamente al momento presente (problemas de sueño, enuresis, problemas de conducta, miedos...) sino que van a tener un efecto, si cabe mayor, a medio/largo plazo, ya que las bases de la personalidad del niño se ven afectadas y con ellas las creencias e interpretaciones sobre sí mismo y sobre el mundo.

Los componentes principales del apego son el *modelo mental*, en el que se incluyen los recuerdos de la relación, el concepto que se tiene de la figura de apego y de sí mismo, las expectativas de la relación y la visión del contexto en el cual se sitúa la relación; y *los sentimientos de seguridad*, asociados a la proximidad y el contacto, y de ansiedad ante la pérdida (Bowlby, 1969, 1973).

Nuestros conceptos sobre el mundo y sobre nosotros mismos, se generarán en estas primeras relaciones, por lo que las interacciones repetidas del niño con su cuidador establecen el tipo de patrón de relación que tendrá éste consigo mismo y con los otros en el futuro. Los progenitores y/o cuidadores que no sean capaces de interpretar adecuadamente las demandas del niño, o cuyas respuestas sean mediadas por sus pro-

pios miedos o por experiencias emocionales negativas, condicionarán seriamente las capacidades de sus hijos para ser y sentirse capaces de afrontar la vida.

Es importante hacer hincapié en que cuando hablamos de cubrir necesidades no nos referimos solamente a las físicas (alimentación, higiene, sueño...), sino también a las que se refieren al cuidado emocional del niño. Puede ocurrir que se satisfagan las primeras pero no las segundas, afectando al niño del mismo modo o incluso con mayor intensidad que la ausencia de unos cuidados físicos.

El apego es la base para la aparición de la empatía, y éste, a su vez, la base para el desarrollo de un sentido moral emocional. Estas son dos dimensiones fundamentales, a la hora de juzgar las conductas como “malvadas”.

Los eventos traumáticos, especialmente durante el desarrollo, alteran la capacidad ejecutiva y el control de impulsos, el otro elemento básico de las conductas “malvadas”. Muchas veces sucede que entendemos el **trauma** como grandes acontecimientos que aparecen en las noticias y medios de comunicación: supervivientes de guerra, catástrofes naturales, ataques terroristas...pero, de hecho, por definición, trauma es cualquier hecho que tiene un efecto negativo duradero (Shapiro, 2001).

Para diferenciar los diferentes tipos de trauma podemos hablar de traumas con T mayúscula (maltrato, abuso sexual, catástrofe...) y los traumas con t minúscula (deprivación, negligencia, culpabilización, falta de respuesta parental...)

Una presencia continua de traumas “t” a lo largo de la vida por parte de las figuras de apego, puede ocasionar grandes conflictos a nivel interno, llevando al niño a una falta de seguridad, ya que en muchas situaciones probablemente no la obtuvo de sus figuras de referencia, y a la presencia de creencias desadaptativas sobre sí mismo y sobre el mundo, pudiendo derivar en posibles trastornos de la personalidad futuros.

Por lo tanto, de estos conceptos podemos deducir que el niño que crece en un entorno inseguro y falta de protección tendrá secuelas futuras, pudiendo considerar las conductas de daño hacia los demás aprendizajes adquiridos fruto de estas experiencias traumáticas.

Por otro lado, entendemos **el mal o la maldad** como una condición negativa relativa, atribuida al ser humano, que indica la ausencia de moral, bondad, caridad o afecto natural por su entorno y quienes le rodean. Actuar con maldad también implica contravenir deliberadamente usando la astucia, los códigos de conducta morales o de comportamiento oficialmente correctos en un grupo social.

Algunas definiciones se refieren a la maldad como el término que determina la ausencia de la bondad que debe tener un ente según su naturaleza o destino. De esta forma, *el mal* sería la característica de quien tiene una carencia, o de quien actúa fuera de un orden ético, convirtiéndose en consecuencia en algo malo.

Siguiendo estas definiciones, ¿cómo se podría medir o analizar la conducta de una persona en el día a día para determinar su maldad?, sin duda sería algo muy complejo de realizar e implicaría tener la certeza de poder medir con fiabilidad un patrón persistente que afecta a todas las esferas de la vida de una persona y que conlleva la realización de conductas en las que hay ausencia de empatía por los demás, combinado con una ausencia de respeto por las reglas morales, individuales o implícitas, y sociales o explícitas (Blair & Lee, 2013). Todo esto tendría que darse en un individuo cuya función mental estuviera preservada de tal forma que toda su función ejecutiva y capacidad de control de impulsos estuviera funcionando dentro de la normalidad (Barkley, 2012). Una persona sería mala o malvada si la mayor parte de sus conductas siguieran este patrón.

Obviamente, carecemos de un sistema fiable de medición que nos permita realizar tal afirmación ya que no tenemos acceso directo al contenido de la mente de las personas. El nivel de empatía y moralidad de cada conducta, junto a la capacidad ejecutiva y de control de impulsos de cada momento, sería orientativo y especulativo, en función de la información que aporta el sujeto y la opinión de los evaluadores. Además, ¿cómo medir todas las conductas de un sujeto a lo largo de un periodo de tiempo significativo para realizar tal afirmación? Sería necesario un seguimiento diario constante que alteraría la conducta del sujeto si este es consciente de dicho seguimiento, y que, para que la persona no fuese consciente de ello, requeriría un gasto inasumible, aparte de no ser ético.

Si se pudiesen salvar todos estos obstáculos y llevar a cabo este singular experimento lo más probable es que se observase que el nivel de empatía, moralidad y función ejecutiva /control de impulsos de cada conducta sería variable con unas oscilaciones propias de cada persona en función de variables ambientales, es decir en función de la personalidad de cada individuo. No habría personas

“Actuar con maldad también implica contravenir deliberadamente usando la astucia, los códigos de conducta morales o de comportamiento oficialmente correctos en un grupo social”

malvadas, ni siquiera habría conductas malvadas, habría conductas en las que oscilaría, en un patrón predecible, el nivel de empatía, de moralidad y de función ejecutiva / control de impulsos. Al tratarse de un continuo dimensional de varias variables sería, y es, imposible establecer un punto de corte fiable para la maldad.

Entendiendo la maldad como una falta de bondad intencionada y deliberada, como intención de hacer daño de manera consciente, y entendiendo las conductas agresivas (activas o pasivas) o las conductas disruptivas como estrategias complementarias aprendidas, se puede cuestionar y poner en entredicho la etiqueta de “maldad” asociada a muchos trastornos de la personalidad, y, con ello se puede desafiar la idea de que esa “maldad” no es modificable ni permeable al tratamiento. Si cada conducta “malvada” es fruto de la interacción del medio ambiente junto a un momento empático, moral y ejecutivo las posibilidades de intervención para intentar evitar que se repita son múltiples. Solamente en un escenario en que esas cuatro variables fuesen inmodificables la certeza de que la conducta “malvada” se perpetuaría en el tiempo sería absoluta. Es factible que para una persona haya muy poco, o ningún, margen de modificación ambiental, pero el resto de variables son dimensiones transformables en terapia.

Además, si profundizamos en este tipo de respuestas y conductas que podemos encontrar en un trastorno de la personalidad, en sus causas y consecuencias, en muchas ocasiones encontramos que la primera perjudicada y damnificada es la propia persona.

Es importante ser cautos con este tema, y poder diferenciar las diferentes categorías dentro de los trastornos de la personalidad. No es menos cierto, que en ciertas patologías puede existir una mayor intencionalidad en sus conductas (como algunos casos de Trastorno Paranoide, Trastorno antisocial, Trastorno Narcisista y Trastorno Obsesivo-Compulsivo) y que en ocasiones sí puede llegar a haber búsqueda o una mayor intención consciente en el daño hacia los demás, pero siempre desde una visión de entender la conducta como un síntoma o un aprendizaje disfuncional que tendrá una función relacionada con una historia previa de vida. Lo importante es no generalizar y poder buscar, ante una misma conducta, el origen y la función de la misma, no quedándonos simplemente en la superficie o en lo aparente o más visible. Aún en estos casos, es fundamental no perder la perspectiva y no olvidar que muchas veces la conducta es el síntoma de un malestar o de una patología, y que debajo de esta conducta aparentemente manipulativa y egoísta solemos encontrar numerosas historias traumáticas.

En ciertos trastornos de la personalidad, la sintomatología puede relacionarse con una mayor probabilidad de que existan conductas en donde se produzca daño hacia los demás. Sin entrar en profundizar vamos a enumerar algunas de las características que vemos como más destacables:



Ilustración del libro “Phantasms Original stories illustrating posthumous personality and character ... Sole edition” de Wirt Gerrare, 1895, Londres

Trastorno de la Personalidad Paranoide:

- Desconfianza extrema (tienden a pensar que los demás, incluidos los seres queridos están en su contra o que se quieren aprovechar de ellos)
- Tendencia a interpretar ofensas, burlas y menosprecios en hechos neutros
- Preocupación excesiva acerca de la lealtad o fidelidad de los demás; si tiene pareja, sospecha repetida e injustificadamente que su pareja le es infiel
- Tendencia a reprochar, a ser hostiles y a cuestionar todo lo que hacen los demás (especialmente las intenciones detrás de las acciones)
- Guarda rencor durante tiempo, incluso palabras “exactas” que le han dicho
- Contraataca cuando se siente atacado (percibiendo ataques en hechos que no son aparentes para los demás)

Trastorno de la Personalidad Antisocial:

- Agresividad
- Conductas impulsivas y destructivas
- Falta de remordimientos
- Carisma superficial
- Mentiras repetidas
- Falta de interés y/o respeto por las normas de la sociedad
- Dificultades frecuentes con la ley
- Baja o nula empatía; desinterés real por los demás
- Tendencia a violar los derechos de otros; a explotar y utilizar a los demás

Trastorno de la Personalidad Narcisista:

- Sentimientos de grandeza; fantasías de éxito; tendencia a exagerar logros y habilidades
- Necesidad de admiración y atención continuada
- Dificultades para empatizar con las necesidades de otros (aunque algunos pueden ser especialmente habilidosos para “captarlas”)
- Baja tolerancia a la crítica
- Egoísmo
- Explotación de los demás
- Desprecio, desvalorización de los demás (especialmente cuando no le complacen)
- Mentiras frecuentes, conductas manipulativas

Trastorno de la Personalidad Obsesivo-Compulsivo:

- Rigidez extrema; dificultades para flexibilizar
- Inflexibilidad sobre temas de moral, ética o valores
- Meticulosidad excesiva
- Inseguridad, falta de decisión, precauciones excesivas
- Necesidad de mantener la sensación de control (con reacciones extremas ante la posibilidad de perderlo)
- Excesiva dedicación al trabajo (en su defecto a otras áreas, por ejemplo, pareja)
- Las cosas han de hacerse “exactamente como ellos dictan” (hasta el punto de ofenderse ante una simple sugerencia de otros)
- Inmersos en su propia perspectiva; dificultades para tener en cuenta la de los demás

No nos podemos olvidar que por delante de cualquier etiqueta diagnóstica existe una persona, única e individual. Por lo tanto, cuando hablamos de estos trastornos y sus criterios nos referimos a unos síntomas generales que son fruto de una combinación única donde temperamento y ambiente se interrelacionan estrechamente. En muchos casos, encontramos historias de trauma previas y que pueden potenciar y dar sentido a una mayor prevalencia de agresividad (activa o pasiva) hacia los demás, pero como señalábamos, cada caso es único y no siempre un determinado trastorno tiene que llevar asociado conductas de agresividad.

En general, las personas que presentan conductas violentas (activas o pasivas) con frecuencia son “juzgadas y etiquetadas como malas” desde el principio, olvidándonos de que en muchos casos no dejan de ser estrategias que ha desarrollado una persona que también tiene su propia historia de abuso, negligencia y/o malos tratos, y que también pueden beneficiarse de una psicoterapia.

Cabe destacar llegados a este punto, que en ningún momento nuestro objetivo es justificar ningún tipo de agresividad, pero sí que es importante entender la función y el origen de las conductas desde el punto de vista terapéutico.

Debemos por tanto, describir la diferencia que para nosotros existe entre *ser* y *hacer*. En un momento dado cualquier persona puede llevar a cabo una acción que podría ser calificada de mala, inadecuada, dañina, incorrecta pero no por ello, necesariamente, la persona debe ser etiquetada como mala. Las características propias de un ser humano, su carácter, su temperamento no son equiparables a las acciones que lleva a cabo, aunque unas puedan influir sobre las otras.

Por tanto la siguiente cuestión que se nos plantea es entender cuál es la función que desarrollarían esas conductas inadecuadas.

Javier Medina comenta que estas actitudes podrían tener su origen en el aprendizaje social durante la infancia y adolescencia, pues la observación en el hogar de modelos significativos que hacen uso de la violencia puede tener un profundo impacto en el niño. El niño puede aprender que la **violencia** es una forma legítima de defender los propios derechos.

Centrándonos en la parte ambiental o aprendida en los trastornos de la personalidad, nos encontramos habitualmente con una maraña de vivencias, donde generalmente no hay grandes diferencias entre las situaciones de disfrute y peligro, donde el juego, la exploración o la vinculación con los demás suelen estar relacionadas con experiencias adversas para el niño.

Si pensamos en posibles **factores de riesgo** para desarrollar conductas agresivas en la vida adulta, la mayoría de ellos nos llevan a adentrarnos en el entorno sociofamiliar en el que la persona crece. Cuando hablamos de entorno sociofamiliar nos referimos al entorno en el que crece y se desarrolla la persona, no teniendo que ser siempre esta la familia. Algunos de los posibles factores de riesgo a tener en cuenta serían:

- Historia biográfica traumática
 - Haber sufrido malos tratos en la infancia
 - Haber presenciado (o escuchado) violencia entre progenitores
- Haber interiorizado un sistema de “valores” que justifica la violencia como manera de resolver problemas
- Otros:
 - Haber llevado a cabo maltrato animal
- Problemas psiquiátricos en uno o ambos progenitores o cuidadores principales, especialmente no atendidos o sin tratamiento
- Familia desestructurada
- Dificultades implicadas en los procesos de adopción

En nuestra experiencia clínica solemos trabajar a menudo con niños y adolescentes que presentan problemas de conducta y dificultades de comportamiento importantes. En ocasiones vienen acompañados por sus familias, o al menos por uno de sus progenitores, en otras ocasiones acuden con los educadores sociales o cuidadores de los centros donde residen, bien por iniciativa del educador o personal del centro o bien como pena impuesta por un juez. En la mayor parte de los casos hay una historia familiar compleja, repleta de situaciones traumáticas: omisión de cuidados, negligencia, malos tratos, familiares con enfermedades mentales graves o adicciones, abandonos, pérdidas...

4 | Caso X

X es un chico de 21 años que acude acompañado por sus padres a la primera entrevista. Viene a regañadientes, con actitud poco colaboradora e intimidante.

La familia de X informa de que desde temprana edad, ha mostrado respuestas agresivas tanto verbales como físicas, pero es durante los últimos cinco años cuando el comportamiento dicen llega al punto de cruel y “malvado”. Explican que ha cometido delitos, ha robado en casa a la familia en incontables ocasiones y lo ven como un caso perdido al que habría que ingresar en algún lugar para chicos conflictivos. La descripción que hacen de su hijo es de una persona sin principios y que no tiene nada que ver con ellos y con sus otros dos hijos. El padre, de 56 años parece desbordado, la madre de 51 años, informa de los anteriores hechos desde la distancia emocional en la primera entrevista, relativizando la versión del padre.

Cuando profundizamos con la familia, la madre informa de haber tenido una infancia complicada. Comenta que fue la mayor de tres hermanos, y desde muy temprano tuvo que hacerse cargo de su cuidado y de la casa porque su madre estaba enferma la mayor parte del tiempo, aunque no sabe cuál era la enfermedad que tenía. Ella se recuerda como muy responsable, su padre trabajaba todo el día y daba por hecho que ella se encargaría de todo. El primer recuerdo que tiene haciéndose cargo de la casa es a la edad de 6 años. El padre informa de haber tenido una infancia feliz, con padres estrictos a los que tenía que tratar de usted “eran otros tiempos, había mucho más respeto por los adultos”. La madre reconoce estar desbordada por las necesidades del hijo desde que nació. El padre reconoce no haber participado en la educación de su hijo, y que se ha distanciado desde el principio. Explica que a medida que X crecía y daba problemas cada vez sentía más rechazo: “siempre fue un niño inquieto, molestando constantemente”.

A medida que X fue creciendo los padres informan que no pueden con él, el padre se mantiene en la distancia y la madre se siente abrumada, con lo que repiten una y otra vez el patrón de callar para evitar problemas y de darle lo que pide inmediatamente para que no reaccione de forma violenta.

Explorando con el chico, comenta que la única manera en la que le han hecho caso ha sido cuando se “comporta mal”, refiere “nunca hago nada bien, solo cuando la monto responden”. Dice que siempre ha envidiado a sus hermanos porque se llevaban todos los abrazos y atención positiva.

Este paciente es un ejemplo de posible “malvado”, si nos quedáramos simplemente con la descripción de las conductas y no realizamos una comprensión de forma más profunda de la persona, no quedándonos con la etiqueta, sino viendo más allá, a la persona única que tenemos delante, podremos así intentar entender a la persona, y también lo que le puede estar llevando a comportarse de una determinada manera.

“A medida que X fue creciendo los padres informan que no pueden con él, el padre se mantiene en la distancia y la madre se siente abrumada”

5 | Caso J

Se trata de un caso de un adolescente adoptado en un país del este de Europa a los 8 años, tras varios años de problemas graves de conducta desde su llegada a España (agresiones a la madre, peleas y conflictos graves con compañeros de instituto, abuso de sustancias...) explicaba en una de las sesiones que tuvimos en el centro, cómo le costaba entender que “no es necesario defender tu opinión con la violencia”. Nos contaba cómo era necesario para él, para poder sobrevivir en los centros de menores y de acogida en los que había vivido hasta el momento, cómo le sorprendió que en su situación actual los demás chicos de su alrededor no lo hiciesen (ya que para él era peligroso no hacerlo así, sería mostrarse débil y vulnerable y eso aumentaba las posibilidades de ser utilizado/agredido/abusado por los demás). J explicaba lo complicado que era para él dejar de usar ese recurso, controlar su resorte violento en cuanto sentía que debía hacerse “fuerte” para ser escuchado y entendido. No era complicado para él entender las consecuencias que tenía el no poder controlar esa agresividad, pero al mismo tiempo le resultaba demasiado complicado frenarla. Afortunadamente, tras varios meses de terapia, lo consiguió.

“En numerosas ocasiones las conductas inadecuadas son la única forma de ocupar un lugar en el mundo”

6 | Conclusión

Muchos de estos menores tienen un autoconcepto muy negativo, algunos lo muestran; otros lo “esconden” tras una “fachada” dura, fría, retadora. Sienten que son culpables o al menos responsables de la mayor parte de las cosas que les han sucedido, ya que han recibido ese mensaje directamente “es tu culpa” o porque no han tenido más opción que asumir este rol para sobrevivir emocional y a veces físicamente y tener alguna sensación de control sobre sus vidas. El caso es que desde la etiqueta de “soy malo” la única opción que tienen es comportarse como tal, ya que si no... “¿quién soy?”

En numerosas ocasiones las conductas inadecuadas son la única forma de ocupar un lugar en el mundo, en otras son la manera de recibir algo más de atención, en otras aportan una sensación de control necesaria en entornos caóticos o peligrosos, en otras se ha aprendido como la única opción posible de actuación.

CONFRONTACIÓN: CUANDO EL TERAPEUTA ES EL MALO

Sara Cabezudo Fernández

PSICÓLOGA CLÍNICA. HOSPITAL DE DÍA PSIQUIÁTRICO
(HOSPITAL PROVINCIAL DE PONTEVEDRA, CHOP)

✉ sara.cabezudo.fernandez@sergas.es

RESUMEN: Este artículo trata de reflejar y discernir los entresijos de la confrontación en el contexto de la práctica clínica. Para ello, inicialmente se describe el cometido de una relación terapéutica y se alude a los lugares de terapeuta y paciente, identificando en cada uno de ellos las características destacables a tener en cuenta a la hora de trabajar. Se pretende poner la mirada sobre algunos aspectos básicos de la confrontación, destacando principalmente el cuidado sobre la escucha de la demanda, la función que ésta cumple y la manera de señalar los juegos relacionales que generan sufrimiento.

PALABRAS CLAVE: Confrontación, relación terapéutica, demanda del paciente, el lugar del terapeuta, juegos relacionales, deseo, escucha.

ABSTRACT: This article tries to reflect and discern the ins and outs of confrontation in the context of clinical practice. To do this, initially the role of a therapeutic relationship is described and referred to places of therapist and patient, identifying each of them the remarkable to consider when working characteristics. It is intended to look over some basics of confrontation, mainly emphasizing care about listening to the demand, the function it fulfills and how to point out the games that generate relational suffering.

KEY WORDS: Confrontation, therapeutic relationship, patient demand, the place therapist, relationship games, desire, listens.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Cosenza, D. (2008). *Jacques Lacan y el problema de la técnica en psicoanálisis*. Madrid. Editorial Gredos.

Egan, G. (1990). *El orientador experto: un modelo para la ayuda sistemática y la relación interpersonal*. Loyola University of Chicago. Chicago, Estados Unidos.

Etchegoyen, R.H. (2009). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires. Amorrortu.

Miller, J.A. (1997). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires. Ed. Paidós.

Rogers, C. (1978). *Orientación psicológica y psicoterapia*. Madrid: Narcea.

Schmid, P. y Mearns, D. (2006). "Estar con y estar contra: psicoterapia centrada en la persona como un proceso de personalización en profundidad y co-creativo". *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, Volume 5, Number 3, Autumn 2006.

Soler, C. (2011). *Los afectos lacanianos*. Ed. Letra Viva.

Durante todos los años de formación en psicología, se hace especial énfasis en un aspecto clave para desempeñar nuestra labor, nuestra principal herramienta de trabajo: la relación terapéutica. Como cualquier relación, hay dos partes que componen esta díada: psicólogo-paciente, terapeuta-cliente, analista-analizante... hay diversos nombres para identificar, en definitiva, a los dos agentes básicos necesarios para que pueda operar esta relación: uno mismo y el otro.

Sabemos también que en todo momento estamos hablando de una relación asimétrica por definición. Si bien podríamos preguntarnos si realmente existe alguna relación que sea simétrica, no es este el cometido de este artículo, por lo que no entraré en esta cuestión. Pero sí es importante destacar que cada una de las partes tiene sus propios deseos, sus propias responsabilidades, derechos, intenciones... en definitiva, su propio lugar. Conviene detenernos a pensar por unos instantes acerca de estos dos lugares.

En lo que concierne al lugar del terapeuta, podemos hallar una extensa bibliografía que describe cuál es el cometido y las funciones que viene a desempeñar en esa relación. Hay un formato que describe cómo debe relacionarse, cuáles son las normas que rigen su quehacer, su modo de comportarse, cuáles son los límites que no ha de transgredir, cuál ha de ser su actitud frente al paciente. Este formato no es único ni unívoco, existen múltiples escenarios posibles y de ello dan cuenta las distintas orientaciones teóricas sobre las que apoya su labor cada profesional. Pero en general, sí nos hablan de que el terapeuta ha de poner en marcha una serie de características básicas necesarias para establecer una relación terapéutica y cuidar la alianza entre las dos partes para poder llegar a buen término.

Un autor que forma parte de la formación básica que casi todo psicólogo recibe respecto a este tema es Rogers, que describe tres características claves en la actitud del terapeuta: empatía, aceptación incondicional y autenticidad. Antes de que nadie nos sitúe en ese lugar, interiorizamos estas tres cualidades como pilares que han de sostener la labor que en el futuro desempeñaremos. Luego, poco a poco, vamos completando la lista, acumulando y puntualizando un sinfín de habilidades a practicar: capacidad de escucha, de introspección, de conocimiento y aceptación de las propias emociones (positivas y negativas), tolerancia a la ambi-

güedad, capacidad para soportar lo desconocido, las respuestas parciales e incompletas, etc.

¿Qué podríamos decir del lugar del paciente? Más allá del motivo concreto que le haya traído a nuestra puerta, partimos de la idea de que es una persona sufriente que pide ayuda para aliviar su dolor. El que busque esta ayuda en un contexto terapéutico, le invita a tener unas expectativas concretas de la forma en la que ese dolor podría ser aliviado, sugiriéndole, consciente o inconscientemente, que para ello algo de su alivio pasa por el hablar de su malestar con alguien dispuesto a escucharle, con alguien a quien podrá contarle sus más íntimos sentimientos, deseos y contrariedades, sin ser juzgado por ello.

Así se conforma la estructura de este encuentro intencional: de un lado, un ser doliente, dispuesto a recibir ayuda y con deseo de resolver su dolor. Del otro lado, un ser disponible para escuchar ese dolor y ayudar a poner en orden algo del mismo. Y con este escenario como telón de fondo, comienza la relación terapéutica y la puesta en marcha de todas las habilidades, herramientas y saberes acumulados por cada una de las dos partes.

El paciente habla de su malestar, de la situación que le llevó hasta ahí, de su forma de ser, de cómo se enfrenta a las dificultades, de los hitos que han marcado su vida y en última instancia, de su propio ser. El terapeuta, pregunta e investiga acerca de todo lo que oye, y de lo que aún está por decir, para poder entender el porqué de ese dolor, de dónde proviene y qué es lo que está fallando para que la persona, siempre experta en lo suyo, en esta ocasión no haya podido lidiar con su conflicto fuera de la consulta, tal y como habrá hecho hasta ese momento.

El paciente busca tanto poder expresar y resolver su malestar, como el ser comprendido por alguien. Una parte fundamental de nuestra tarea es precisamente comprender, pero no para quedarnos ahí, en un idilio entre dos personas que entienden algo juntas, sino que habrá que ir más allá: devolver al paciente algo de lo que estamos escuchando, para que sea éste quien realmente alcance un conocimiento sobre sí mismo, algo que le pertenece y permanecía velado. Bajo mi punto de vista, ésta es la verdadera función del terapeuta: reflejar lo que el paciente sí es capaz de transmitir acerca de sí mismo, pero no logra ver.

Como Carkhuff señala, “El nivel más profundo de empatía dirá al orientador que el que recibe la ayuda no quiere tanto el ser reforzado por una comprensión que se comunica de su propia existencia expresada, sino que quiere ser capacitado para liberarse de los procesos confusos y sofocantes de la vida” (Carkhuff, 1969, pág. 210).

He aquí el lugar del que deberíamos partir, especialmente a la hora de hablar de confrontación, entendiendo cuál es la escena concreta en la que se dará lugar, quiénes son los participantes y cuál es la finalidad de esa confrontación. Si perdemos de vista estas cuestiones, corremos algunos riesgos. Por un lado, sería posible descubrirnos a nosotros mismos, como terapeutas, actuando desde las emociones que nos gobiernan, desde las simpatías y antipatías que el contacto con otro ser humano contrariado nos genera, saliéndonos del marco establecido para esta relación no-casual. Si bien tenemos permiso para escuchar, comprender y hablar, éste viene dado exclusivamente por el marco de la relación terapéutica consentida, y no por otro motivo. Ni un supuesto saber, ni un bien intencionado deseo de ayuda, son justificación relevante para lo que en esta tarea nos ocupa.

Por otro lado, la persona que demanda nuestra ayuda debe recibirla de la forma más honesta posible. En numerosas ocasiones lo que se encontrará como reflejo de sí mismo y/o de la realidad que nos trae, no es el ideal que venía a buscar, pero sin embargo es una pieza clave para aliviar su malestar. Señalar esto, o mejor dicho, sentirse señalado de esta forma, a menudo puede provocar incomodidad, que si bien luego dejará paso a otras emociones y permitirá alcanzar un nuevo equilibrio, en un inicio puede resultar difícil de tolerar. Si no hemos perdido de vista el escenario que nos une, la persona podrá ubicarse incluyendo, ahora sí, lo que nos ha ido mostrando y que hasta entonces no lograba ver. Si no salvaguardamos el escenario que nos une, favoreceremos que esta incomodidad se traduzca a un conflicto ya vivido, con el que se topa el paciente en su día a día fuera de la consulta, sin aportar luz alguna al malestar conocido.

Una cuestión básica a dilucidar es ¿qué confrontar? En este punto, podemos encontrar algunas diferencias en función de la orientación teórica de cada terapeuta. En general, creo que sería justo decir que a la hora de confrontar debemos apostar por aquello que forme parte del conflicto motivo de consulta, esto es, de aquello que hace sufrir.

Es obvio que no se trata de confrontar teniendo como punto de partida nuestra propia forma de ver el mundo, pues nuestro lugar en esta relación no es el de un *igual*, incluso aun cuando creamos comprender por lo que el paciente está pasando o nos sintamos identificados con lo que nos cuenta. Del lado del terapeuta se exige una actitud de escucha abierta, flexible, disponible para oír lo que se entiende y también lo que no se entiende.

“Sentirse señalado de esta forma, a menudo puede provocar incomodidad, que si bien luego dejará paso a otras emociones y permitirá alcanzar un nuevo equilibrio, en un inicio puede resultar difícil de tolerar”

Pero incluso, tampoco se tratará de confrontar teniendo como paradigma nuestro propio supuesto-saber acerca de cuál es la manera concreta de resolver el conflicto que nos trae el paciente, a pesar de que creamos apoyarnos sobre horas y horas de formación y de práctica clínica.

Debemos dejar paso al propio paciente y a su capacidad para crear su propio entramado de verdad; debemos señalar las piezas que está poniendo en juego, esas que él nos muestra, y dejar que sea él quien escoja las que desea dejar de usar y las que permanecen, creando su propio puzzle en el que su malestar o bien ya no esté presente, o bien sea manejable a partir de entonces.

Podríamos entender todo esto del siguiente modo: todos los seres humanos mantenemos ciertos juegos en la relación con los otros, juegos que cumplen una función importante, bien de protección, de obtención de amor, de satisfacción de necesidades, de ocultar deseos que creemos inconfesables... La idea no sería tanto que la persona deje de jugar, pues sin duda algo fundamental obtiene con ello. Tampoco debemos ser quienes le digamos cómo hay que jugar, pues eso es algo que pertenece a la responsabilidad del paciente. Pero cuando aparece el sufrimiento es porque algo de ese juego es pernicioso para la persona, posiblemente se ha quedado atrapada en él y ha dejado de cumplir la función para la que se creó. Habría que averiguar cuál es esa función, qué es lo que motiva el juego del paciente, señalarlo y permitir al paciente que invente otra forma menos dañina para obtener aquello que desea. De esta forma, se trataría de desvelar una verdad, la verdad del paciente, que se halla velada tras el síntoma y la queja que éste nos presenta.

Ahora bien, ¿cómo confrontar? Con honestidad, con máximo respeto, valorando previamente que eso que confrontamos forma parte del problema y ayudando a que sea tolerable. Partamos de un ejemplo que si bien no destaca por lo excepcional de su clínica, es precisamente su carácter cotidiano lo que puede hacer más difícil el trabajo en terapia, pues una queja poco llamativa fácilmente podría ser pasada por alto y no darnos cuenta de los conflictos que esconde tras ella:

Una mujer de 42 años acude a consulta porque siente que siempre se ha de encargar de resolver los problemas de los demás (de los de su marido con su familia de origen, de los de sus dos hijos de 16 y 21 años, de los conflictos entre compañeros y encargados de la mediana empresa en la que trabaja en recursos humanos...), saturándose de los conflictos de los otros. Siente que nadie se ocupa de ayudarla a ella, siempre sobrepasada y, al mismo tiempo, sola y desatendida en su propio malestar, que principalmente nombra como sobrecarga de problemas ajenos. Si bien recuerda que es así desde joven, desde hace unos 3 meses ha comenzado a estar angustiada por ello, refiriendo síntomas afectivos (insomnio, dificultad de concentración, inquietud, desasosiego, sentimientos de incapacidad) que le impiden “*rendir bien*” tanto en su vida



Ilustración 'Belle à la mécanique' para Punch, or the London Charivari, s. XIX, Londres

laboral como familiar, habiendo además restringido en gran medida sus actividades de ocio y vida social, pues no se siente con ánimo para ello.

A medida que avanzan las sesiones va narrando los conflictos de los otros de los que ella se hace cargo, resolviéndolos de forma a menudo exitosa, y quejándose siempre de ser demandada para la ayuda. Ha intentado “ocuparse más de sí misma y olvidarse de los demás”, pero no lo ha logrado nunca, “los otros no le dejan nunca en paz”.

Poco a poco y tras las primeras sesiones, se va poniendo de manifiesto que no son los otros, sino ella misma, quien se sitúa en el lugar de salvadora acercándose a los demás preguntándoles por su malestar, acudiendo a los otros de forma especialmente habilidosa para escuchar sus problemas antes de que nadie la llame, y estrechando y fortaleciendo el lazo con ellos a través de este tipo de relación; tiene deseos de ser “la que resuelve”, pues así se siente especial para los demás, creándose una fantasía de ser imprescindible para el otro y obteniendo así un reconocimiento de valía personal que ella misma pone en duda.

Al mismo tiempo, esconde sus propias dificultades y sufrimientos, pues no tolera ser vista como alguien que precisa ayuda, no puede mostrar que ella también es vulnerable, así que cualquier atisbo de intención de ayuda, o simplemente interés sobre cómo está, por parte de alguien cercano, es desviado y cortado de forma automática, sin ni siquiera percatarse de ese movimiento, manteniéndola, sin darse cuenta, en esa soledad.

El hecho de acudir a terapia para resolver su conflicto la ubica por definición en un lugar de petición de ayuda. No obstante, también en la consulta tratará de no mostrar su necesidad y deseo de ser atendida, por lo que las sesiones transcurren presentándose como alguien capaz y resolutiva, tratando de ocultar su sentimiento de vulnerabilidad y cargando el contenido de su discurso con quejas constantes acerca de lo ocupada y agobiada que le mantienen los problemas de los demás, mientras detalla su inventiva para resolver las dificultades de los otros.

En términos generales, la confrontación consiste en una intervención dirigida a hacer notar al paciente alguna situación o circunstancia de la que no es totalmente consciente, bien porque no es capaz de simbolizarla, bien por la mediación de mecanismos de defensa. Para poder realizar esto, será necesario escuchar con atención la demanda que nos hace, pero no tanto para dar una respuesta inicial, sino para permitir que la persona pueda ir nombrando los conflictos y deseos ocultos. A medida que se van haciendo presentes en el discurso y/o en la relación terapéutica, se podrán confrontar.

En el caso de la paciente descrita, fueron necesarias varias sesiones y varios comentarios acerca de lo orgullosa de sí misma que parecía sentirse cuando detallaba cómo resolvía los problemas de los

“La confrontación consiste en una intervención dirigida a hacer notar al paciente alguna situación o circunstancia de la que no es totalmente consciente”

otros, para que pudiera identificarse con el deseo de ser *“la que resuelve”*, a pesar de que liberarse de los problemas de los demás era la queja inicial de la que decía querer desprenderse. Así mismo, también fue útil nombrar su comportamiento en la relación terapéutica, esto es, su petición de ayuda que nunca terminaba de hacer, pues siempre desviaba la atención ante las preguntas que implicaban hablar sobre cómo se sentía ella, y acaba describiéndose a sí misma como alguien capaz y sin conflictos *“si no fuera por los problemas que le traen los otros”*. A partir de ahí, comenzó a dar alguna información más concreta que permitió confrontar la idea de que no eran los otros la que la buscaban con este cometido, sino que era ella misma la que se acercaba a sus semejantes con la mirada puesta en resolver problemas, pues es el lugar que había encontrado para estar en relación con los otros y sentirse querida a través de esta fórmula.

Estas confrontaciones dieron paso a nuevos contenidos en su discurso (identificaciones familiares, miedos y fantasmas, etc.) que estaban enmascarados tras esa queja que, como decíamos antes, es poco llamativa y poco aparatosa, por lo que le había permitido vivir sin mucha angustia hasta pocos meses antes de llegar a consulta.

Si bien como terapeutas el objetivo de deshacer este entramado tiene una intención liberadora y dirigida al bienestar de la paciente, la tarea de la confrontación no resulta fácil. Implica: señalar cuestiones como su vulnerabilidad, vivida como incapacidad intolerable para esta mujer; indicar que su intención de ayuda a los demás esconde un deseo de sentirse bien consigo misma, un placer dirigido a su propia satisfacción a través de los problemas de los otros; poner sobre la mesa su forma de obtener reconocimiento del otro, que ella ha perfeccionado como método para obtener una variante del amor. Cada una de estas cuestiones no será bien recibida si no lo hacemos de una forma adecuada y sin embargo, se acabará mostrando como imprescindible para aliviar su malestar, pues el juego que ha establecido para relacionarse con los otros se ha convertido en una trampa que la deja aislada y con un intenso sentimiento de soledad y frustración. Seremos nosotros los que pongamos la mirada en algo que le resulta invivible, en una parte de sí misma que es rechazada, tachada, inaceptable y con gran dificultad de incorporarla a su identidad.

A la hora de confrontar, es importante que recordemos que el paciente que acude a terapia espera encontrar a alguien que le escuche, que le comprenda, que le ayude a comprender, e incluso en muchas ocasiones que apruebe lo que está escuchando. No espera toparse con alguien que le contraríe, que le aporte más conflictos, más cuestionamientos acerca de lo que siente, dice o hace; por ello deberemos hacer esto con delicadeza, en el momento oportuno y sobre la base de una relación terapéutica ya establecida. La demanda que hace un paciente, siempre es una demanda de amor. Y al terapeuta le tocará la función de devolverle algo que no será amor, sino más bien reflejar la forma en la que el paciente lo busca y, en ocasiones, lo obtiene.



Ilustración de F. S. Wilson para *“Single Works”* de Henry Rider, or the London Charivari, 1897, Londres

OVEJAS NEGRAS DE LA FAMILIA: LA EXPERIENCIA DE UN CENTRO TERAPÉUTICO DE MENORES

Jorge Bajo Lema

PSICÓLOGO CLÍNICO

(MINIRRESIDENCIA TERAPÉUTICA CHAVEA)

✉ jorgeblema@gmail.com

RESUMEN: Entre la población de ingreso en un centro terapéutico de menores, una amplia proporción lo hacen debido a la difícil convivencia familiar, marcada por episodios de conflictividad en aumento con padres o hermanos, fugas o agresividad en la escuela o con iguales. La intervención psicoterapéutica, para la que el menor suele hacer demanda (si bien de un modo inducido), plantea dilemas en cuanto a hasta qué punto obstaculiza el trabajo la simplificación que se hace de un problema de características sistémicas e interactivas, para centrarlo en características personales del menor etiquetado como "problemático". Existen voces que valoran el papel del internamiento por la posibilidad de ofrecer una experiencia correctiva para el menor en cuanto a la valoración que se hace de él y sus capacidades. En este artículo pretendo explicar los puntos más importantes de la intervención y ofrecer una reflexión crítica sobre algunos aspectos mejorables del sistema de protección.

PALABRAS CLAVE: Menores, centro terapéutico, acogimiento, violencia ascendente, agresividad.

ABSTRACT: Among the admission population of a adolescent therapeutic center, a large proportion is due to difficult family life consisting of episodes of increasing conflict with parent or siblings, getaways or agresivity in the school or with peers. Psychotherapeutic intervention, the adolescent often demands (even though a induced way), presents doubts about how far the work is disturbed by the simplification of a problem of systemic and interactive characteristics to instead focus in personal characteristics of the adolescent labelled as "disruptive". There are voices who claims for the utility of the internment, because of the chance to offer a corrective experience to the adolescent to review his competence and receive different appreciation from the others. In this article I try to explain the more important focus of the intervention and present a critic reflexion about some amendable issues of the child protection system.

KEY WORDS: Adolescents, therapeutic center, internment, ascendent violence, aggressivity.

SUMARIO:

- 1 Descripción.
- 2 Conflictos familiares y causas.
- 3 Los centros terapéuticos de menores.
- 4 Intervención en centro terapéutico debida a conflictos familiares.
- 5 El reetiquetaje.
- 6 El papel de la vinculación.
- 7 Segunda fase: aumento de autonomía del menor.
- 8 Intervención familiar.
- 9 Tiempo de intervención.
- 10 Conclusiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Agnew, R. e Huguley, S. (1989): «Adolescent violence towards parents». *Journal of marriage and the family*. 51 (3): 699-711.
- Bravo, M. e Del Valle, J. (2009): «Crisis y revisión del acogimiento residencial. Su papel en la protección infantil». *Papeles del psicólogo*, 30 (1): 42-52.
- Carrasco, M. A. e González Calderón, M. J. (2006): «Aspectos conceptuales de la agresión: Definición y modelos explicativos». *Acción psicológica*. 4 (2): 7-38.
- Fiscalía General del Estado (2010). Circular 1/2010, «Sobre el tratamiento desde el sistema de justicia juvenil de los malos tratos de los menores contra sus ascendientes».
- Garrido Genovés, V. (2005). *Los hijos tiranos. El síndrome del emperador*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Gilbert, D. e Malone, P. (1995): «The Correspondence Bias». *Psychological Bulletin* 117 (1): 21-38
- González Álvarez, M. (2012): *Violencia intrafamiliar: características descriptivas, factores de riesgo y propuesta de un plan de intervención*. Madrid: Universidad Complutense
- Granic, I. e Patterson, G. R. (2006): «Toward a Comprehensive Model of Antisocial Development: A Dynamic Systems Approach». *Psychological Review*. 113 (1): 101-131.
- Martín, E. e Davila, L. M. (2008): "Redes de apoyo social y adaptación de los menores en acogimiento residencial". *Psicothema*. 20 (2): 229-235.
- Patterson G. R., DeBaryshe B. e Ramsey E. (1990): "A developmental perspective on antisocial behaviour". *American Psychologist*. 44, 329-335.

1 Descripción

Cuando uno trabaja en un centro terapéutico para menores, el tema de la maldad está muy presente. Los ingresos en este tipo de centros se producen cuando un menor presenta alteraciones conductuales de mayor o menor grado que dificultan la convivencia en el entorno familiar o residencial. Alteraciones que pueden ser secundarias a algún trastorno psicopatológico de cierta gravedad (trastornos psicóticos o del vínculo), o estar relacionadas con conflictos en la esfera familiar o escolar.

En el último caso, en los que el motivo de ingreso principal es el debido a los conflictos familiares o escolares, es para los que el concepto “maldad” resulta pertinente, ya que suele ser el motivo que citan los menores para el ingreso: “me he portado mal con mis padres / hermanos / en la escuela...”. Situaciones con la presencia de un cierto grado de violencia o intimidación, que han llevado a los servicios sociales y de menores a actuar.

Actuación la de estas instituciones que también podemos describir en términos relativos a la bondad o maldad de su intervención: mediante un funcionamiento que en demasiadas ocasiones peca de excesiva burocratización y falta de flexibilidad a la hora de determinar las mejores soluciones para abordar el conflicto. Además, en la gran mayoría de ocasiones, aunque desde estas instituciones se reconozca siempre el carácter contextual de los conflictos, al final el peso de la intervención va a recaer sobre el menor y su comportamiento. Y esto no suele obedecer a ninguna estrategia preconcebida sino que se debe simplemente a que es sobre el que puede ejercerse un mayor nivel de coacción: los servicios que deciden las soluciones son los de menores, por lo que son sobre los que de forma “natural” pueden actuar.

Esto induce al etiquetado del problema, con más razón si se plantea la necesidad de un centro terapéutico para el cual necesitamos de una etiqueta o trastorno que lo justifique: el menor, por tanto, está siendo agresivo y violento con su familia por sufrir de un “trastorno de conducta”, “trastorno negativista desafiante”, “trastorno disocial” o “rasgos de probable trastorno antisocial”. Como vemos, el lenguaje terapéutico dispone de una serie de etiquetas, en los que encuadrar el problema de los “chicos malos”. Con ese lenguaje intencionalmente descriptivo y aséptico pasamos el acento de la conducta, en vez de a una conducta supuestamente libre y elegida “mala” como en la época del tratamiento moral, a una determinada en cierta medida por variables intrapersonales. Y en este camino las variables contextuales (familiares, sociales) han desaparecido y nos hemos quedado sólo con el menor.

Y ya dentro de este contexto explicativo reduccionista, el centro terapéutico es la solución “lógica” para la solución de estos conflictos: el menor se separa de un contexto “pernicioso” para otro “mucho mejor” (la denominación de centros de protección facilita sin duda este razonamiento automático). Centro en el que se espera pueda ser tratado de su trastorno para poder retornar a la vida familiar con garantías. Este es el punto de partida de nuestra intervención, quizás no sean las mejores cartas...

“En los que el motivo de ingreso principal es el debido a los conflictos familiares o escolares, es para los que el concepto “maldad” resulta pertinente”

2 Conflictos familiares y causas

La Fiscalía, en una circular del 2010, hablaba de una proliferación preocupante de los malos tratos familiares ascendentes, es decir, desde los menores a sus padres o tutores. Apunta, además, hacia una posible causa: “una sociedad permisiva que educa a los niños en sus derechos, pero no en sus deberes, donde ha calado de forma equívoca el lema “no poner límites” y “dejar hacer”.

Sin embargo, esta afirmación no viene acompañada de datos concretos sino que se justifica esta declaración en casos anecdóticos y apreciaciones subjetivas de los fiscales. Dados los sesgos bien conocidos de este tipo de generalizaciones a partir de la experiencia personal, bien pudiéramos sospechar que existe una fuerte carga ideológica en todo este razonamiento. Carga que permite, además, centrar la intervención en poner un número suficiente de límites al menor para que no pueda hacer “lo que le da la gana”. Y que, pienso que no de forma casual, está en consonancia con la idea de poner esos mismos límites a una sociedad que también está siendo cada vez más indisciplinada (otra conclusión sin fundamento real: la conflictividad social se encuentra en mínimos históricos): se establecen leyes mordaza, recortes en la libertad de expresión...

Esta explicación sobre la falta de autoridad también la encontramos en la literatura popular, en lo que se denomina “síndrome del emperador” o “niños tiranos” (Garrido Genovés, 2005), en la que se apunta a una misma dirección: la falta de límites o la poca capacidad para la frustración como elementos explicativos de la conflictividad en las familias.

Sin embargo, lo cierto es que, más allá de que lo anterior puede generar niños más o menos caprichosos, cuando se habla de agresividad y conflictividad, los datos de prevalencia (González Álvarez, 2012) son bastante más consistentes y apuntan en otra dirección. Los factores que en mayor medida se asocian a la conflictividad en el domicilio familiar y con los iguales son:

- Presencia de violencia intrafamiliar previa (violencia de género).
- Pautas de crianza con disciplina severa e inconsistente.
- Menor número de actividades compartidas con padres.

- Entornos escolares favorecedores del consumo de drogas y el consumo en sí.
- Mal ajuste académico.

Estos datos coinciden con lo que observamos en nuestro centro, aunque tenemos que tener en cuenta que se trata de una muestra pequeña y posiblemente no representativa, en cuanto exigen la mediación de servicios sociales. En la práctica totalidad de nuestros casos hay presencia de violencia en el entorno familiar (mujeres víctimas de violencia de género, violencia descendiente...), problemas asociados al consumo en ese mismo entorno y un contexto social desfavorecido.

El modelo teórico de Patterson (Patterson et al, 1990) es uno de los que mejor tiene en cuenta estos datos para explicar el surgimiento de las conductas agresivas en menores. El modelo de coerción de Patterson se desarrolla en varias fases. La primera fase tiene que ver con las pautas de crianza, basadas en una disciplina severa e inconsistente, escasa participación positiva con el niño y baja supervisión de las actividades del mismo.

Para describir este patrón de disciplina inconsistente y severa, con escasa participación positiva con el niño, realizaron un estudio en el que se podía comprobar cómo los niños considerados de carácter agresivo en la guardería, una vez se encontraban en el domicilio, recibían una intrusión aversiva (gritos para que hiciera o dejara de hacer algo, quitarle algún entretenimiento...) por parte de un miembro de la familia cada 3 minutos de media (Granic I y Patteron GR, 2006).

Este tipo de comportamientos facilita el uso de comportamientos coercitivos emitidos por los menores, ya sea como escape de situaciones negativas o como forma de participación activa en la interacción.

Considera que estas conductas aversivas mutuas se refuerzan de forma circular: por un lado, el menor responde agresivamente a una conducta coercitiva, que provoca una mayor reacción agresiva por parte del cuidador. Ante esta escalada simétrica, tan familiar para el enfoque sistémico, la cesión final de uno provoca un refuerzo negativo en ambos al desaparecer la conducta aversiva del otro y, por otro lado, un refuerzo

positivo en el que consigue que el otro ceda. El modelo continúa con la generalización de este tipo de estrategias interactivas por parte del menor en la escuela y el consiguiente rechazo por parte de los iguales, la búsqueda de grupos marginales o antisociales...

Este tipo de estrategia, basada en la lucha por el poder, da buenos resultados iniciales a los padres, en cuanto pueden aumentar su nivel de coerción verbal y física hasta hacer ceder al menor, con lo que el refuerzo positivo suele favorecer esta pauta de crianza hasta que las tornas cambian y el menor ya no es tan menor, y descubre que ya puede hacer ceder a los padres. Y no sólo eso, sino que es la estrategia que han generalizado y consideran válida para la consecución de algunos fines.

Con estos modelos explicativos, se entienden relativamente bien las “luchas por el poder” que se producen en contextos violentos y el mantenimiento de estas, pero quizás deja sin explicar con claridad cómo no llegar a esto: cómo se desarrollan los entornos familiares en los que no hay violencia.

Al fin y al cabo, la violencia es la primera forma de comunicación que se establece. Los estudios longitudinales nos hablan de elevados índices de violencia ascendente en sujetos de muy corta edad (Carrasco y Glez Calderón, 2006), que disminuye a medida que se aprenden otras formas de expresión de las necesidades

El estudio de Agnew y Huguley (1989), basado en entrevistas a 1395 adolescentes entre 11 y 18 años, permite extraer un elemento que podemos considerar clave: el vínculo positivo entre padres e hijo. En las entrevistas, aquellos que percibían un mayor grado de vinculación positiva con sus padres referían también un menor uso de la violencia contra ellos.

En el trabajo diario, una de las primeras cosas de las que uno se da cuenta tras empezar a hablar con los menores es que la resolución de conflictos sin el empleo de la violencia es una posibilidad que se genera en un contexto concreto y definido: un contexto de respeto mutuo y confianza en las capacidades del otro, en las que la persona tutora puede manejar con tranquilidad las incertidumbres de los menores. Es la posibilidad de generar ese contexto por el que se crean los centros terapéuticos.



© Maja Karlsson - Unsplash

3 | Los centros terapéuticos de menores

Tras los procesos de desinstitucionalización de los años 80 (Bravo y Del Valle, 2009), los centros de acogimiento de menores pasaron de un formato de centros cerrados de grandes dimensiones, en muchas ocasiones casi autosuficientes (incluyendo escuelas, médico, cines, canchas deportivas...), basados en necesidades muy elementales y con un cuidado no profesional, a la creación de estructuras más cercanas al modelo familiar para aquellos que no pudieran vivir con sus familias, con referentes educativos cercanos y estables y más integrados en la comunidad. Y además, se trató de que esta fuese una medida temporal de atención previa a la integración familiar, ya fuera a la propia familia (mediante programas de intervención familiar) o pasara a vivir con una nueva familia (mediante las fórmulas de acogimiento familiar y las adopciones).

Dentro de este contexto, a partir de los 90 se produjeron algunas especializaciones, siendo el centro terapéutico uno de ellos. Este, al igual que los anteriores, supone una medida de acogimiento temporal pero especializada en el tratamiento de adolescentes con problemas emocionales o conductuales que dificultaran en ese momento la convivencia en el domicilio familiar o en otro tipo de acogimiento. Se trata, por tanto, de centros de carácter abierto e integrados en la comunidad, que en nuestro caso dispone de 15 plazas.

“Supone una medida de acogimiento temporal pero especializada en el tratamiento de adolescentes con problemas emocionales o conductuales”

4 | Intervención en centro terapéutico debida a conflictos familiares

En el caso de situaciones de conflicto familiar o de violencia por parte de los adolescentes, parece que lo lógico sería el comenzar la intervención a un nivel comunitario, mediante programas de prevención, mediación e intervención en crisis, que permita el mantener en lo posible al menor en su medio familiar y social.

Sin embargo, ya sea por la falta de una articulación completa de estos servicios en nuestro entorno o por otros motivos, la demanda de los padres suele producirse tras un largo período de conflictos, con un desgaste y deterioro de la relación muy acusado, con una cronicidad que afecta a las expectativas de cambio. Normalmente se producen resistencias ante propuestas de intervención mediadoras.

Los menores, por lo tanto, suelen acabar ingresando de forma “voluntaria” en un centro terapéutico, bien sea porque lo ven como oportunidad para demostrar que son distintos al etiquetado que están recibiendo, bien porque no ven otra posibilidad ante la presión de los servicios sociales y la familia.

Las marcas de contexto son bastante claras y sitúan el problema en el menor. La experiencia de estar en un centro suele suponer, además un “estigma” asociado a nivel social, tanto el contexto escolar como en contextos de ocio y tiempo libre.

Y para mayor incertidumbre, el tiempo de duración de la intervención es indeterminado. Quizás este es una de las variables contextuales que menos se tiene en cuenta en el proceso de decisión de internamiento en un centro y es una de las que primero plantean los menores en el momento del ingreso, por lo que nos detendremos en ella posteriormente, una vez definidos los elementos cruciales sobre los que se articula la intervención.

Tras analizar las causas complejas de la conflictividad, una pregunta crucial es ¿se puede realizar una intervención de ciertas garantías partiendo de una definición del problema tan cerrada? ¿O somos cómplices de un sistema que ya ha etiquetado al menor como conflictivo?

5 | El reetiquetaje

En general, el etiquetado de un menor o de una persona obedece a uno de los errores más clásicos en el campo de la atribución de la conducta: el sesgo de correspondencia (Gilbert & Malone, 1995). Apelamos de una forma automática a características internas para la explicación de una conducta dada.

Este tipo de atribuciones hace que la familia se embarque en una espiral de mayor control sobre el menor: al considerar que ellos no tienen ningún papel relevante en estas muestras de agresividad sólo les queda estar vigilantes de que no se produzcan situaciones que anuncien el comienzo de una discusión. Este mayor control hace que tomen nota de muchas más conductas sospechosas y se confirmen las sospechas de que el menor es alguien en quien no se puede confiar.

En el centro terapéutico se va a realizar un proceso inverso, poniendo énfasis en la reducción de control progresivo y el aumento de confianza en las posibilidades del menor de gestión de su conducta.

Inicialmente, el comienzo de la convivencia en una residencia de menores se va a vivir como una experiencia de control muy grande: hay horarios establecidos para las comidas, las salidas, el tiempo está bastante organizado... Este tipo de funcionamiento es el clásico hacia el que tiende cualquier institución, muchas veces por el mero hecho de facilitar la organización de bastantes personas.

En la primera fase de adaptación al centro, el objetivo fundamental es reevaluar las etiquetas con las que viene el menor, que tiene dos vertientes fundamentales:

- Por un lado, que el menor conozca mejor sus capacidades, ver cuáles son sus intereses y proyectos, mostrar un interés genuino por él que permita abrir nuevas vías fuera del “espacio problema”. Este es un proceso en el que el menor, salvo que exista un ánimo muy decaído, no suele tener problemas para generar posibilidades. También hay que tener en cuenta la importancia de las **profecías autocumplidas**: en el centro se genera un contexto de confianza en las posibilidades del menor y en el que se van a considerar las conductas disruptivas, agitaciones, enfrentamientos con compañeros... como oportunidades de aprendizaje.
- Por otro, y dado que el funcionamiento del centro es predecible y consistente en cuanto a normas y límites, supone una oportunidad al menor para verse en otro contexto más estable. Es en ese sentido una experiencia de “**aculturación**”, en la que el menor va a verse en relación a un contexto nuevo y nuevas interacciones. En general el funcionamiento en el día a día de estos centros suele basarse en programas conductuales, de contingencias, pero en los que es importante la formación del personal para llevarse a cabo con garantías, de tal forma que se pueda priorizar el refuerzo positivo, sobre todo el social, y el no sobrerreaccionar ante conductas disruptivas o momentos de agitación, prefiriendo en la medida de lo posible buscar la extinción mediante la retirada de atención o tiempos fuera. Existen, además, otras técnicas cuando un menor comienza una escalada que pueden resultar muy efectivas, como el uso del humor.

6 El papel de la vinculación

Lo anterior sería imposible sin tener en cuenta el papel del afecto en todo este proceso. Los menores necesitan confiar en los adultos que los cuidan, y que le sirvan de guías para la acción. Desde el inicio se establece uno de los educadores como tutor referente que le permita el tener una figura estable, pero todo el personal suele estar pendiente y disponible para servir de referencia.

En una investigación realizada por Martín y Dávila (2008) con menores en acogimiento residencial, mostraba que el apoyo social recibido por los adultos en contextos extrafamiliares, particularmente el afecto, es el factor que mostraba una mayor incidencia positiva en la adaptación de los menores en el ámbito escolar y social, frente al apoyo social recibido por familia o por iguales.

Dado el papel importante que tiene esta vinculación, parece importante el considerarla una prioridad, sobre todo sabiendo la alta rotación que se produce en los puestos de educadores. Hay que tener en cuenta que es una de las profesiones de contacto más directo con personas en situación de dependencia emocional, con lo que el riesgo de *burn-out* debería estar más presente a la hora de considerar turnos de trabajo y posibilidades de respiro puntual.

7 Segunda fase: aumento de autonomía del menor

La segunda fase supone una disminución del grado de control sobre las actividades del día a día así como un aumento de tiempos libres en los que el menor gestione el tiempo de forma autónoma.

En esta fase lo primordial es el ofrecer una experiencia de supervisión distinta para el menor, con unos límites claros que le sirvan de referencia, normalmente consensuados entre el tutor y el menor, entre los cuales pueda poner a prueba sus capacidades. Y en caso de que se produzca algún problema o sobrepase los límites, el ver que eso supone una determinada consecuencia establecida de antemano pero no por ello se pierde la confianza o se entra en una espiral de mayor control.

8 Intervención familiar

El otro eje de la intervención es el más orientado a revisar pautas de funcionamiento en su contexto natural. Normalmente, el problema lleva ya bastante tiempo y a veces existen reticencias por parte de los padres para acudir a intervención familiar, pero es un paso normalmente necesario para asegurar el éxito a largo plazo.

Tanto los padres como el menor suelen tener muchas dificultades inicialmente para cambiar patrones que se muestran de larga evolución, basados en una desconfianza mutua y la recurrencia a las escaladas



© Mike Wilson - Unsplash

simétricas como método de relación, y suele costarles encontrar algunas soluciones intentadas exitosas. En muchas ocasiones también tienen experiencias previas de intervenciones terapéuticas sin éxito.

Dado además el tiempo en el que se ha prolongado el problema, en muchas ocasiones los padres no se han dado cuenta de que el menor ha seguido su proceso evolutivo y empieza a acercarse a la etapa centrífuga o de alejamiento de la familia, embarcados como estaban en la espiral de control.

La intervención familiar, en nuestro caso, se ve facilitada por el funcionamiento del menor en el centro, así como las fórmulas que el menor ve que son trasladables al domicilio: contratos conductuales con consecuencias claras, respeto de ciertos espacios de privacidad mutuos, por lo que normalmente la intervención familiar va siguiendo la evolución del menor en el centro.

9 | Tiempo de intervención

El tiempo de estancia de un menor separado de su contexto natural debería ser el mínimo, para aprovechar la motivación inicial del menor y dar respuesta al cambio una vez se haya producido. El recurso de internamiento en centro terapéutico debería ser una intervención de corta duración, dando la posibilidad de una puesta a prueba rápida en el domicilio familiar. Sin embargo, debido a la excesiva burocratización de este tipo de medidas, en las que quien determina el alta no es el propio centro, no es raro el contemplar los seis meses como el tiempo más breve.

Dado que los resultados a obtener se suelen formular de una forma subjetiva (informes de la situación en casa por menor y padres), puede existir cierta percepción de incertidumbre, dado que un conflicto puntual puede ser puntuado de distintas formas según el informante. Esto puede generar mucha incertidumbre y ansiedad, así como la sensación de estar prolongando el tiempo de estancia más allá de los objetivos terapéuticos.

Esta prolongación puede resultar muy perjudicial para el menor, ya que a partir de ese momento en realidad el ambiente está dejando de responder a sus esfuerzos, por lo que puede sentirse engañado en su confianza por el ambiente en el que inicialmente se siente comprendido y valorado. Tenemos que tener en cuenta que el menor ha aceptado el ingreso de forma voluntaria por lo que deberíamos respetar también su opinión a la hora de la salida del centro.

En nuestro centro se han ido disminuyendo los tiempos de estancia paulatinamente mediante un trabajo de coordinación con los distintos equipos técnicos, pero que depende demasiado de unos criterios subjetivos. Considero que sería muy útil el establecer un tiempo de intervención máximo corto para este tipo de medidas al igual que pasa en medidas judiciales.

“El tiempo de estancia de un menor separado de su contexto natural debería ser el mínimo, para aprovechar la motivación inicial del menor y dar respuesta al cambio una vez se haya producido”

10 Conclusiones

La intervención sobre los menores en situación de conflicto familiar adolece todavía de muchas carencias en el ámbito gallego. Carencias de un nivel comunitario de intervención, mediante programas de prevención, mediación e intervención en crisis, que permita el mantener en lo posible al menor en su medio familiar y social, por lo que el recurso de internamiento suele ser la única solución disponible en muchos de los casos.

No obstante, el recurso de internamiento terapéutico puede ser útil ya que puede ofrecer una experiencia correctiva para el menor en cuanto a que se le puede ofrecer una experiencia distinta en cuanto a la valoración que se hace de él y sus capacidades. Además, le permite aprender estrategias que puede implementar progresivamente en el domicilio familiar.

Sin embargo, se debería tener en cuenta muy bien la limitación en el tiempo de esta medida para garantizar mejores resultados.



© Redd Angelo - Unsplash

CAMBIO DEL PROTOTIPO DE HÉROE EN LOS CÓMICS Y SERIES MODERNAS: EL HÉROE MALVADO

Eva Álvarez Martínez

PSICÓLOGA CLÍNICA

✉ evaam1984@hotmail.com

RESUMEN: Los héroes modernos surgen de los medios de comunicación. El impacto social de los medios de comunicación hace que las historias, narraciones, relatos, que construyen sobre sujetos transformen y modifiquen nuestros ideales de conductas y que reflejen nuestros deseos, experiencias, anhelos y aspiraciones, dos implicaciones sociales que presenta el héroe o heroína. Sin embargo, la "necesidad" de héroes se ve alterada actualmente debido al rechazo de la sociedad a la figura excesivamente maniquea del héroe clásico, surgiendo el antihéroe, y siendo los medios de comunicación los que nos dan estos nuevos arquetipos de héroe. Así, los héroes de las últimas series de televisión poseen esta característica común: no son buenos. Dexter Morgan, Tony Soprano, Dr. House, Walter White, entre otros, son ejemplos de la pérdida general de maniqueísmo en los personajes actuales llevados al límite moral, dado que reúnen tipos de personajes antitéticos por definición.

PALABRAS CLAVE: Héroe, antihéroe, medios de comunicación, series de televisión, cómic.

ABSTRACT: Change in the prototype of heroes in comics and modern series. The evil hero Modern heroes emerge from the media. The social impact of the media makes the stories, tales and accounts that they build about characters transform and modify our ideals about behaviours, as well as reflect our wishes, experiences, desires and aspirations, two social implications that are present in heroes and heroines. However, the "need" for heroes is at present altered due to the fact that society rejects the excessively Manichaeian figure of the classical hero, thus emerging the antihero, a new archetype of hero created by the media. Thus, the heroes of the latest TV series possess this common feature: they are not good. Dexter Morgan, Tony Soprano, Dr. House, Walter White, among others, are examples of the general loss of Manichaeism in the characters of nowadays taken to the moral limit, because they present types of individuals that are, by definition, antithetical.

KEY WORDS: Heroe, antihero, media, TV series, comic.

SUMARIO:

- 1 Introducción.
- 2 Tres series, tres antihéroes.
- 3 Definición de héroe.
- 4 El héroe clásico.
- 5 El antihéroe o héroe postmoderno.
- 6 Los medios de comunicación.
- 7 Los primeros antihéroes.
- 8 Héroes modernos y series de televisión.
- 9 Conclusiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Campbell, J. (1972). *El héroe de las mil caras. Psicoanálisis del mito*. México: Fondo de Cultura Económica.

Campbell, J. (1991). *El poder del mito*. Barcelona: Salamandra.

Cano-Gómez, A. P. (diciembre de 2012). "El héroe de la ficción postclásica. Interpretación de la teoría del postclasicismo filmico en la serie de televisión Hijos de la anarquía". *Palabra Clave* 15 (3), 432-457.

Fanlo, L. G. (2012). "Análisis sociológico de la serie de televisión Dexter". *La Mirada de Telemo*, (6).

Fernández Lascano, E. (s/f) "Los nuevos superhéroes: ¿Feos, Sucios y malos?" Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 29 de mayo de 2016 de https://www.researchgate.net/publication/264847893_Los_Nuevos_Superheroes_Feos_Sucios_y_Malos

Gil Ruiz, F. (2014). *La Construcción del personaje en el relato cinematográfico: héroes y villanos* (Tesis doctoral). Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

González Requena, J. (2012). *Clásico, manierismo y postclásico. Los modos del relato en el cine de Hollywood*. Valladolid: Castilla Ediciones.

Ibáñez, T., (2009). El concepto de héroe y su desarrollo en la literatura española actual, en *Spring and Fall*, Vol. 9.1, 2009, Philipps Universität (Marburg).

Jung, C. (1970). *Arquetipos e inconsciente colectivo*. Barcelona: Paidós.

Del Mar Grandío, M. (2012). "Riesgo y trauma en la ficción televisiva estadounidense post 11-S: el caso de 'Heroes'". *Zer-Revista de Estudios de Comunicación*, 16 (31).

Marfil Carmona, R. (2011). "Deconstruyendo a Dexter. Microanálisis y reinterpretación de una serie televisiva en la web". *FOTOCINEMA. Revista científica de cine y fotografía*, (2).

Martínez, A. N. G. (2014). "El fenómeno de la serialidad en la tercera edad de oro de la televisión". En *La figura del padre nella serialità televisiva* (pp. 19-42).

Nietzsche, F. (2008). *Así habló Zarathustra*. España: Cátedra.

Ponce-Cordero, R. (2010). *Héroes y bandidos: iconos populares y figuraciones de la nación en América Latina* (Tesis doctoral). Universidad de Pittsburgh. Pittsburgh. EEUU.

Propp, V., (1987). *Morfología del cuento*. Séptima edición, Madrid, Editorial Fundamentos.

Rae, R. A. E. (2016). *Diccionario de la lengua española. Vigésima segunda Edición. Disponible en línea en <http://www.rae.es/rae.html>*.

Ribes, J. P. (2005). "El héroe clásico en el relato cinematográfico". *Área abierta*, (13), 5-8.

Sánchez Escalonilla, A. (2009). "Fantasía de aventuras: la exploración de universos fantásticos en la novela y el cine". *Comunicación y sociedad*, XXII (2).

Savater, F., (1984). *La tarea del héroe*. Tercera reimpresión, Madrid: Taurus.

Toledo Morales, P., y Sánchez, J. M. (2000). "El personaje de héroe en el cómic: ¿qué piensan nuestros alumnos?" *Comunicar*, 15, pp. 175-183.

Vallín, P. "La televisión mata al héroe. Las series fijan el fin del individualismo y el regreso a grupos y familias disfuncionales". *La Vanguardia*. 4 de noviembre de 2007.

1 | Introducción

***“Si crees que hay un infierno,
nosotros vamos casi seguro hacia allá.
Pero no me voy a recostar hasta que llegue”***

WALTER WHITE, BREAKING BAD (AMC, 2888-2013)

Los héroes modernos o posmodernos surgen, en gran parte, de los medios de comunicación. El impacto social de los mass media hace que las historias, narraciones, relatos, que construyen sobre sujetos transformen y modifiquen nuestros ideales de conductas y que reflejen nuestros deseos, experiencias, anhelos y aspiraciones, dos implicaciones sociales que presenta el héroe o heroína. Así, la sociedad actual a través del cine, la música, los cómic, dibujos animados y series, entre otros géneros, tienen la necesidad de representar la figura del héroe, con diferentes características físicas y psicológicas; *“la sociedad necesita héroes porque tiene que tener imágenes fijas, como astros, para hacer coherentes todas estas tendencias a la separación, para reunirlos en alguna clase de intencionalidad”* (Campbell, 1991). Campbell alude a los trabajos de Jung para constatar la pervivencia del mito: *“Freud, Jung y sus seguidores han demostrado irrefutablemente que las lógicas, los héroes y las hazañas del mito sobreviven en los tiempos modernos”* (Campbell, 1959). Esto es que, deben perpetuarse para seguir siendo generadores de símbolos. Savater, en esta misma línea, afirma *“los héroes triunfantes (...) siguen existiendo, naturalmente, porque son imprescindibles para que la fe en la vida no decaiga”* (Savater; 1984).

Sin embargo, la “necesidad” de héroes se ve alterada actualmente. Campbell (1959) alega que, a raíz de la industrialización y el desarrollo de la ciencia, el universo intemporal de símbolos sufrió un “colapso”: *“las líneas de comunicación entre la zona consciente y la inconsciente de la psique humana han sido cortadas, y nos hemos partido en dos”*. Según Campbell, la banalización de las creencias por lo racional ha afectado también al héroe como ese ser abstracto, conciliador y subconsciente, que guía el ideal de la conducta humana.

Así, el héroe es uno de los personajes más representativos de la sociedad contemporánea, y con mayores códigos de conocimiento e interpretación compartidos por los espectadores en cualquier parte del mundo (Cano-Gómez, 2012). Éstos han sido y son una de las instituciones encargadas de reactualizar los mitos a lo largo de su historia. Es decir, estos personajes, los héroes, a veces opuestos dentro del mismo período histórico, sean reales o imaginarios, dependen del impacto cultural que pretendan producir, así como de las convenciones sociales del momento, evolucionando constantemente, siguiendo modas y corrientes sociales.



Cartel promocional de *Breaking Bad*
© AMC

2 | Tres series, tres antihéroes

“Solo jodemos al que merece ser jodido”.

TONY SOPRANO (THE SOPRANOS, HBO, 1999-2007)

Dexter (Showtime, 2006-2012) narra la vida de Dexter Morgan, un forense que trabaja para la sección de homicidios de la policía de Miami realizando las pericias en los patrones de sangre encontrada en las escenas de crímenes. Detrás de la personalidad de Dexter se esconde un asesino en serie. Ayudado por su padre adoptivo, Harry, Dexter aprende a elegir a sus víctimas según su culpabilidad y a diseñar la escena del asesinato. Ya en los títulos, con los que comienza cada capítulo se plantea la simbólica contradicción de una persona cotidiana y la violencia extrema; cada acto cotidiano se encuentra emparentado con la agresividad perversa de un asesino.

Las estrategias para presentarnos a Dexter como un criminal y simultáneamente como una persona con quien construir una identificación afectiva son dos. Por un lado, Dexter es una víctima de su historia, y su naturaleza lo lleva a volverse asesino en serie. Por otra parte, está esa perturbación inusual por haber presenciado de muy pequeño el asesinato de su madre. La traumática escena de Dexter cuando era niño bañado en sangre ante el cadáver aún caliente, reiterada para conmover al espectador, produce terror y compasión de forma simultánea.

Este antihéroe consigue ocasionar un dilema ético complejo y ambiguo. Dexter asesina a quienes merecen un castigo; la historia muestra que Dexter es un asesino con una visión ética, incluso moral, de sí mismo al investigar la culpabilidad de sus víctimas. Sin embargo, Dexter no es un altruista movido simplemente por un ansia mítica de justicia. Su satisfacción es personal. En él confluyen el bien y el mal hasta desdibujarse el límite (Fanlo, 2011).

The Sopranos (HBO, 1999-2007) narra la historia de Tony Soprano, un mafioso de Nueva Jersey, y las dificultades a las que se enfrenta con su familia y la organización criminal que dirige. Tony Soprano, un capo con gran cantidad de vicios, es un hombre familiar, muy inteligente, sin escrúpulos, que castiga a quienes le han traicionado. Sin embargo, tiene

un trabajo estresante, no tiene descanso, por lo que acarrea una carga psicológica que le desborda, padeciendo ataques de pánico y preocupaciones existenciales, que trata acudiendo a una psicoanalista. The Sopranos responde de manera brillante al mito contemporáneo en relación al malhechor. En este caso, una de las claves está, precisamente, en la seducción ante el crimen que lleva a cabo The Sopranos sobre el espectador. El criminal es el Estado invertido, la sombra del mismo, su reflejo. La contemplación del delito consumada por el prójimo nos absuelve y el espectador es inocente por definición.

The Sopranos representa un mundo de nostalgia, en el cual se han perdido valores morales como el honor o la lealtad. The Sopranos deja de lado el mito. Existe un desencanto, y al mismo tiempo un encanto hacia este mundo contemporáneo. El objeto último es la supervivencia en un mundo salvaje, la supervivencia en un mundo fracasado. En toda la serie se observa un sentimiento nihilista que se constituye en metáfora del relativismo de carácter ético y de la crisis de los valores imperantes.

Por último, The Wire (HBO, 2002-2008) relata la vida social de Baltimore, centrado en el tráfico de droga, para tratar diversos aspectos de la comunidad. En The Wire no hay protagonista central, sino que apuesta por el protagonista colectivo. La mayoría de sus personajes, a pesar de su lado oscuro y de sus dificultades, se convierten en entrañables y hasta los más terribles logran alguna empatía por parte del espectador. Desde el punto de vista moral, la distinción entre los buenos y los malos no está nada clara, la frontera entre el bien y el mal están difusas, como en la vida real. Los malos presentan algunas características salvables, y los buenos algunas características negativas. Por ejemplo, McNulty y Freamon, a quienes los espectadores consideramos moralmente los personajes más aceptables, utilizan métodos ilegales de manera flagrante para llevar a cabo sus investigaciones.

3 Definición de héroe

“Una vez me dijiste que siempre creo que tengo razón y he comprendido que tienes razón. Creo que la tienes. No sé, no estoy seguro”

DR. HOUSE (HOUSE M.D., FOX, 2004-2012)

Etimológicamente el término “héroe” tiene dos derivaciones, del latín “hero”, “herois” y del griego “heros”. El Diccionario de la Real Academia Española utiliza seis acepciones para definir al héroe. Una de las cuales hace referencia a la mitología antigua, *“hombre nacido de un dios o una diosa y de un ser humano, por lo cual lo reputaban más que hombre y menos que dios; por ejemplo, Hércules, Aquiles, Eneas, etc.”*. Otras dos definiciones se refieren a la acepción literaria del concepto: *“en un poema o relato, personaje destacado que actúa de una manera valerosa y arriesgada”* y *“protagonista de una obra de ficción”*. Las otras tres acepciones hacen referencia a la representación para convertir a una persona en un héroe: persona *“ilustre y famosa por sus hazañas o virtudes”*, *“que lleva a cabo una acción heroica”* y *“a la que alguien convierte en objeto de su especial admiración”*.

En el plano antropológico, cuando una persona pone en peligro su vida, superando y dejando sus miedos y limitaciones atrás, por salvar la vida de otra persona o animal, es considerado por la sociedad como un héroe o heroína; aunque esta valoración depende de la naturaleza ética de la sociedad. También cuando un individuo aniquila a personas consideradas como sus enemigos, cuando se trata de defender a un país o a un valor superior, muchas personas lo llaman héroe o heroína.

Prósper Ribes (2005) apunta a la concepción polisémica del término “héroe”, partiendo también del planteamiento genérico que sugiere el término a partir de la tradición grecolatina; el héroe se trata de un sujeto vinculado en sus orígenes a los dioses, con una importante superioridad manifiesta basada en su fortaleza y valentía personal, en su arrojo, o su altura moral. Sánchez Escalonilla afirma respecto al objetivo del héroe que, *“ante todo, su misión es proteger y servir”* (2009). Ambos están de acuerdo en afirmar que el héroe es un guardián, y defensor del pueblo, cuyo bienestar antepone a su propia seguridad individual. Para Jung el héroe es un símbolo arquetípico: *“el hombre, con su conciencia, siempre va a la zaga de los fines de lo inconsciente; cae en indolente inactividad, hasta que la libido lo incita a nuevos peligros (...) Si despierta y cede al peligroso afán de hacer lo prohibido o lo que parece imposible sucumbe o se convierte en héroe”* (Jung, 1970). Propp define el héroe como *“o bien el personaje que sufre directamente la acción del agresor en el momento en que se trenza la intriga (o que experimenta una carencia), o bien el personaje que acepta reparar la desgracia o responder ante la necesidad de otro personaje”* (Propp, 1987). Por su parte, Savater (1984) afirma que

“Cuando una persona pone en peligro su vida, superando y dejando sus miedos y limitaciones atrás, por salvar la vida de otra persona o animal, es considerado por la sociedad como un héroe o heroína”

el héroe es quien logra ejemplificar con su acción la virtud como fuerza y excelencia. Su carácter excepcional le permite comportarse de manera *“libre, voluntaria y con conocimiento”* (Prósper, 2005).

Prósper, entre los matices del término héroe, señala la capacidad de cada héroe para representar un periodo histórico concreto de la sociedad en la que se encuentra. Esto significa que hay que tener en cuenta que el héroe, al ser un arquetipo, es una figura proteica, multifacética: se ha ido adaptando a la sociedad y a las *“necesidades espirituales”* de cada época (Ibáñez, 2009). Así, a través del mito heroico se pueden encontrar evidencias históricas y simbólicas de una sociedad concreta: basta con observar las variaciones que un mismo mito adopta en diferentes contextos.

4 | El héroe clásico

“Si lo único que hace que una persona se comporte con decencia es la esperanza de una recompensa divina, entonces, hermano, esa persona es un pedazo de mierda”.

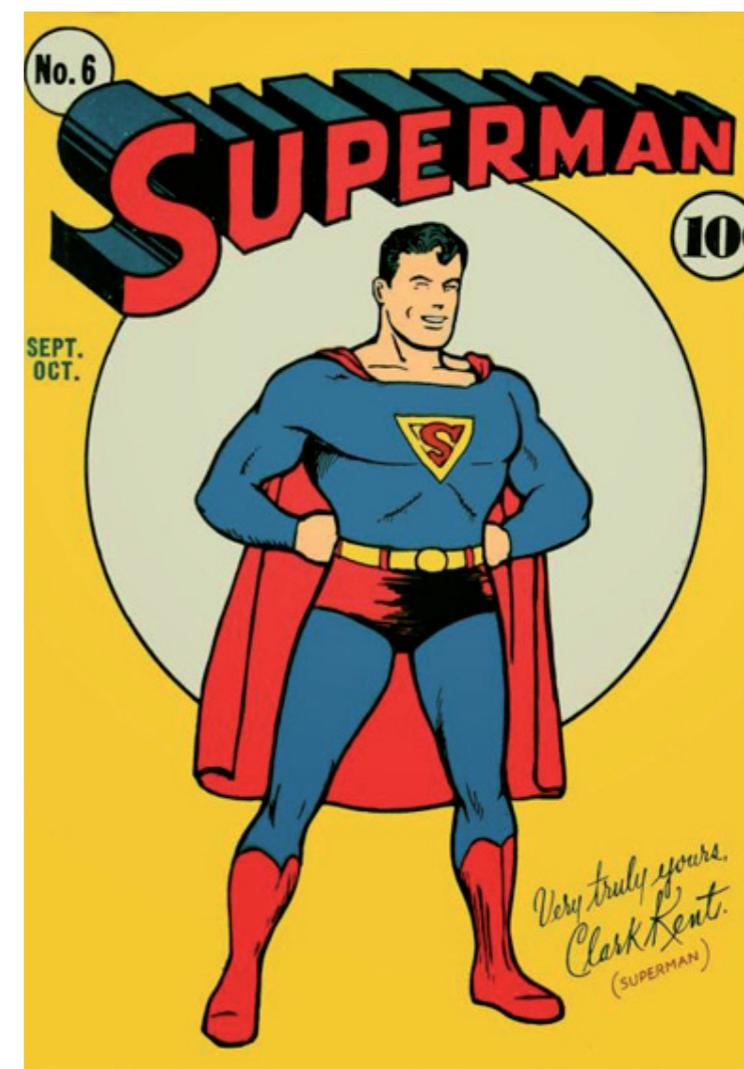
RUST COHL (TRUE DETECTIVE, HBO, 2014)

La figura heroica se basa en: *“personajes y vidas ejemplares que desempeñan, en última instancia, una función social, ya sea apagando o sublimando neuróticos impulsos violentos en el seno de la familia y la comunidad, o empujando al narrador y/o al lector a explorar y descubrir nuevas y mejores —aunque acaso olvidadas— facetas de su psique”* (Ponce Cordero, 2010).

Esta clase de héroe es el héroe clásico. De este héroe clásico, se pueden concretar una serie de características destacadas, entendiendo como tal el arquetipo general compartido: *“la valentía en la demostración de coraje y el enfrentamiento con peligros que atentan contra su integridad física, como el combate o la resolución frente a cualquier otra situación de peligro que pueda provocarle algún tipo de daño, o su rectitud moral. El objetivo de este sujeto es salvar a los demás, preservar la vida de sus conciudadanos exponiendo la suya propia por el bien común. Cuando alcanza su meta, el héroe clásico obtiene el reconocimiento de aquellos que le rodean y es premiado por las acciones que ha llevado a cabo”* (Cano-Gómez, 2012).

El héroe clásico necesita de historias extraordinarias para poder desarrollarse y explotar todas sus habilidades, esto es, que para que un héroe pueda vencer al villano debe ser llevado al límite.

El héroe clásico ha evolucionado desde las primeras narraciones clásicas, así se dio origen a los héroes y heroínas actuales como Superman, Mujer Maravilla, Spiderman, entre otros. Estos héroes y heroínas continúan enseñando al hombre cómo debe comportarse para combatir al “mal”.



Portada de Superman, 1939

© Joe Shuster e Paul Cassidy

5 | El antihéroe o héroe postmoderno

***“A la gente le divierte fingir ser un monstruo,
yo me paso la vida fingiendo no serlo”***

DEXTER (DEXTER, SHOWTIME, 2006-2012)

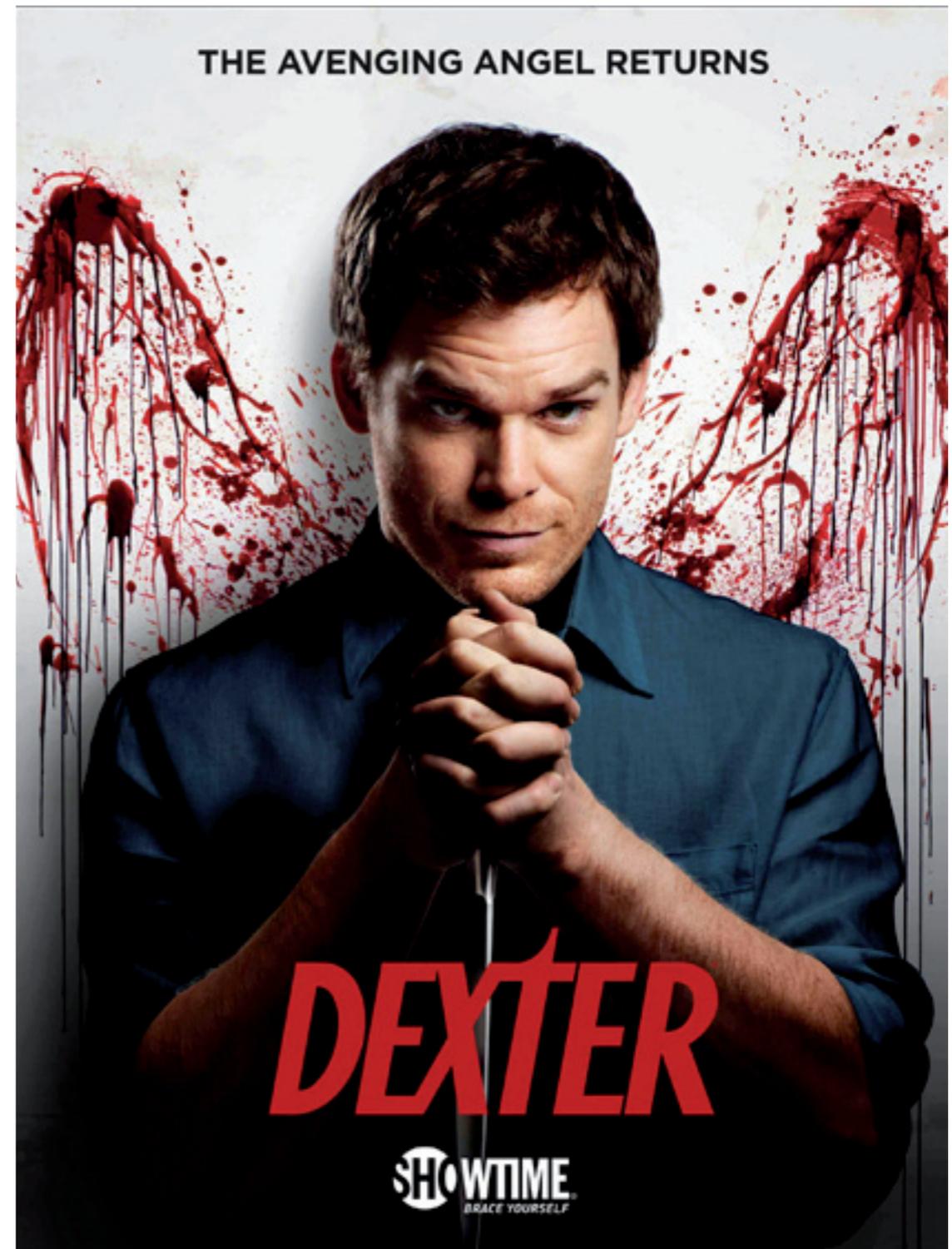
El antihéroe no es lo contrario de héroe, ni su contrapartida negativa, sino una nueva clase de héroe cuyos métodos no son los mismos que los del héroe clásico. El Diccionario de la Real Academia Española define el antihéroe como el *“personaje destacado o protagonista de una obra de ficción cuyas características y comportamientos no corresponden a los del héroe tradicional”*. Es decir, el antihéroe surge cuando el héroe clásico es sustituido por una figura que poco tiene que ver con los valores tradicionales que se le atribuyeron al heroísmo. Algunos autores sitúan la proliferación de este personaje en la literatura con la *“desaparición del héroe tal y como se concebía en las sociedades clásicas y tradicionales”* (Ibáñez, 2009). Para otros autores el antihéroe es la versión “oscura” del héroe, de valores distintos, pero que aun así genera sentimientos de identificación del mismo tipo que el héroe tradicional.

Entonces, tanto el héroe clásico como el antihéroe tienen varias características en común respecto a su origen y desarrollo, aunque con diferencias en su construcción interna: *“el término de antihéroe puede generar cierta confusión. Así, un antihéroe no es lo opuesto al héroe, sino un tipo de héroe muy concreto, uno que tal vez pudiera ser considerado un villano por encontrarse fuera de la ley, según la percepción social, pero hacia quien el público siente especial simpatía. Nos identificamos con estos seres extraños, forasteros en su realidad, porque todos nos hemos sentido así en algún momento.”* (González, 2011). Mientras el héroe lucha por un bien social, el antihéroe *“no es necesariamente famoso por su virtud, por su respeto con las leyes, la moral o las costumbres establecidas, al menos en el sentido tradicional de la interpretación de esta situación moral.”* (Cano-Gómez, 2012). La necesidad del antihéroe radica en el interés por mirar su bienestar individual: *“la verdadera meta del ser postclásico está definida en la necesidad de solventar las dudas, los miedos, las inquietudes o la angustia que afecta a su mundo interior.”* (Cano-Gómez, 2012). *“Este personaje es generalmente introvertido, sensible, muy inteligente, perceptivo e intuitivo sin dotes físicos excepcionales, pero con un gran poder de raciocinio, siendo esta última cualidad el arma más importante con la que cuenta el antihéroe para lograr sus objetivos.”* (Gil, 2014). De manera que, este héroe postmoderno, rompe con el ideal establecido por el héroe clásico, atravesando dudas constantes sobre sí mismo y el mundo, convirtiéndose éste en un lugar violento y desagradable, donde no puede encontrar su sitio, distanciándole, y alterando su psiquis.

“El antihéroe surge cuando el héroe clásico es sustituido por una figura que poco tiene que ver con los valores tradicionales que se le atribuyeron al heroísmo”

El antihéroe o héroe postmoderno, como Cano-Gómez propone, es el personaje ficticio más cercano al ser humano contemporáneo, de ahí la necesidad de su construcción: *“Lo postclásico (...) busca la filiación total del espectador para conseguir una intensa relación emocional, la identificación absoluta. La narración debe hacer sentir en la piel de cada individuo los sentimientos y obstáculos por los que ha de pasar el protagonista.”* (Cano-Gómez, 2012). La misión de este héroe ya no sólo es redentora y salvadora, sino que tras su acción también se abre una línea de trabajo interior, la búsqueda de su identidad. House, Don Draper (Mad Men AMC, 2007-2015), Dexter o Tony Soprano generan, a pesar de, y a veces gracias a, su complicada personalidad, una adhesión que nos habla del ser humano contemporáneo a través del espejo de estas nuevas figuraciones. Todos ellos comparten un complejo y elaborado perfil psicológico, social, etc.; los héroes contemporáneos no son simples marionetas de acción y acompañan al espectador o lector sin tratar de instruirlo. El héroe postclásico no tiene por qué comportarse de forma recta e intachable; *“utiliza los mismos métodos que los villanos, son personajes que carecen de las tradicionales cualidades heroicas”* (Toledo y Sánchez Sevilla, 2000).

Como se ha expuesto anteriormente, el héroe clásico es el ser perfecto y, los héroes actuales han sufrido un cambio debido a los intereses de las nuevas generaciones, dotándoles de contradicciones más marcadas. Uno de los principales valores de ese atrevimiento es la ambigüedad moral de los protagonistas. Se crean personajes menos poderosos y más vulnerables; más cercanos a la sociedad. Las series actuales tienden al antihéroe humanizado, como afirma García Martínez (2014) *“los rasgos más característicos de lo que se conoce como antihéroe en la actualidad aluden una mezcla de héroe y villano caracterizada por la ambigüedad moral, el maquiavelismo para alcanzar determinados fines y la contradicción entre los ideales (si existen) y las acciones. Mezclan rasgos admirables (profesionalidad, inteligencia, valentía) con otras características despreciables (violencia, mezquindad, engaño, crueldad)”*.



Cartel promocional de *Dexter*
© SHOWTIME

6 | Los medios de comunicación

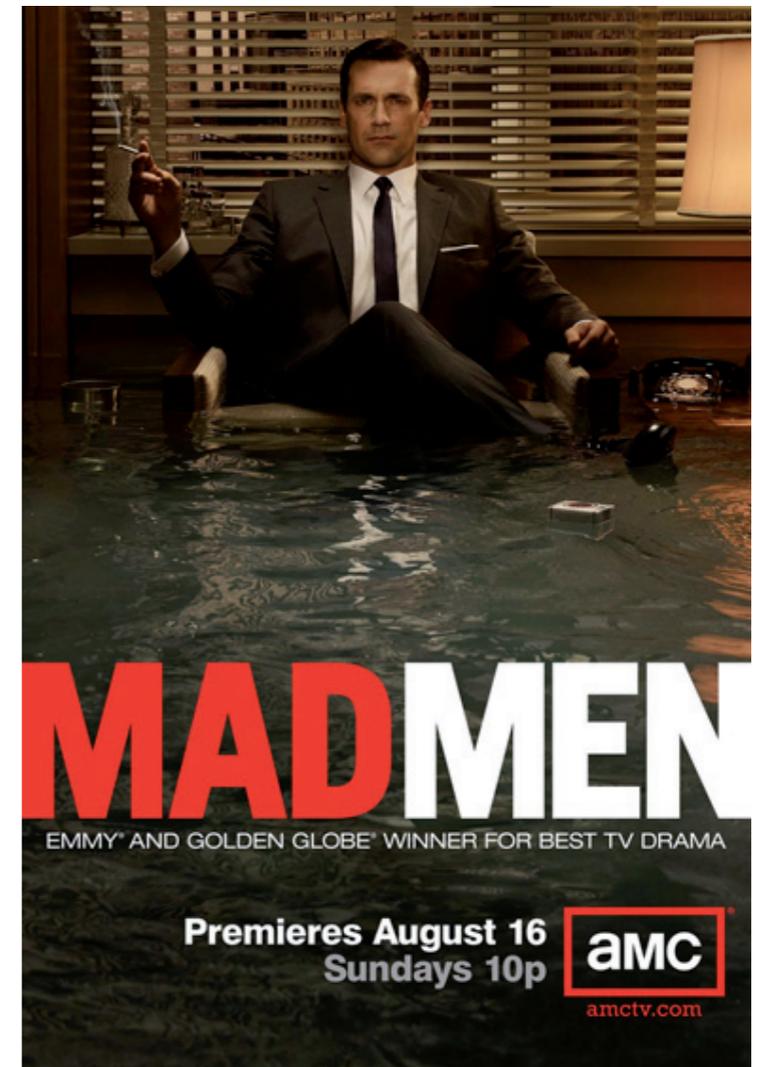
***“Lo que llamas amor
fue inventado por tipos como yo
para vender medias”.***

DON DRAPER (MAD MEN AMC, 2007-2015)

Los medios de comunicación tienen una influencia aplastante en la sociedad contemporánea. Dilthey señaló que la disponibilidad de abundante información puede conducir al escepticismo, al asesinato de los dioses y por lo tanto a la desaparición de héroe en sí. (citado en Toledo y Sánchez Sevilla, 2000). Sin embargo, son los medios de comunicación los que nos dan nuevos arquetipos de héroe. Primero la novela durante la segunda mitad del siglo XIX, después el cine, y actualmente las series de televisión se presentan como la forma predilecta de narrar el mundo. Las series de televisión están desplazando incluso al cine como entretenimiento de masas. Muchas creaciones de la industria televisiva poseen mayor calidad y atrevimiento que las producciones cinematográficas. Siendo las series de televisión constructoras de universos simbólicos.

Desde la década de los noventa, un nuevo relato comienza a instalarse en las series de televisión, haciendo que la televisión inicie su período conocido como la tercera edad dorada. Las series de esta edad dorada nos hablan de los rasgos, necesidades e inquietudes de la sociedad actual: *“el lenguaje audiovisual y multimedia es la manera de concebir, escribir y contar lo que ocurre en el siglo XXI”* (Marfil, 2011), *“si el cine quiere retratar al hombre, la serie habla de la sociedad”* (Vallín, 2007). Ibáñez señala que fue a raíz de la llegada de la sociedad moderna y del desarrollo de la novela cuando se rompió con el ideal de héroe glorioso (Ibáñez, 2009).

El relato ficcional actual o postclásico sufre lo que González Requena llama *“la huella de la desconfianza con respecto al sistema de valores que impregnara a los relatos clásicos”* (2012, p. 584). Savater (1982) indica que en la época contemporánea hay una esclerosis de los valores paternos que ha llevado a una desvalorización o sospecha del heroísmo.



Cartel promocional de *MAD MEN*
© AMC

7 | Los primeros antihéroes

***“Soy el mejor en lo que hago,
pero lo que hago no es nada agradable”.***

WOLVERINE (X-MAN)

Los antihéroes son una de las grandes tendencias en narración. Hasta los años 80, los cómics de superhéroes se caracterizaban por tener bien marcada la línea que separa el bien y el mal, sin grises. Tras la publicación de Watchmen en los 80, muchos artistas comenzaron a considerar el humano que se encuentra bajo el traje y la máscara. Fernández Lascano señala que los cómics de superhéroes entran en crisis estructural en las décadas de 1980 y 1990 tanto en lo que a figuras como en lo que a modelos narrativos se refiere. Afirma que se pueden detectar cambios en los siguientes aspectos (Fernández Lascano, s.f.):

- 1) Límites borrosos entre héroe y villano, que dejan de encarnar las nociones del Bien y Mal absoluto. Sólo cuando se enfrenten a un horror extraordinario mostrarán algún resto de moralidad.
- 2) Los superhéroes pasan de ser modelos de nosotros a encarnar una amenaza y los enemigos aparentes no son los responsables reales del Mal, aunque siguen siendo considerados enemigos hasta después del conflicto.
- 3) Los superhéroes pasan de ser los máximos defensores de la ley a encontrarse fuera de ella. Un ejemplo es el enfrentamiento virtual e ideológico que se establece entre Superman y Batman.

Así, afirma que se podía denominar al arquetipo pasado como “héroe legítimo” por ser defensor del bien y de la propia identidad, mientras que al superhéroe contemporáneo se le podría denominar “héroe terrible”, ya que se lo admira y se lo obedece porque se lo teme (Fernández Lascano, s.f.).

El antecedente más claro dentro del género de superhéroes, donde comienza el cuestionamiento del arquetipo, habría que situarlo en la década de los 70, que empieza a aparecer en historietas como Batman, especialmente en el período de Neal Adams, quien indaga en matices e “interioridades” de Batman que antes no se habían mostrado, entre las que incluye: una compleja historia familiar, rasgos paranoides, dudas existenciales, e incluso, furtivos romances, como elementos presentes dentro de la trama heroica, pero aún conservando el desarrollo arquetípico del héroe. No es un asesino a sangre fría, pero el hombre murciélago encaja en el término antihéroe pues sus actos van en contra de la ley, no acepta órdenes que no sean de sí mismo, con un código ético personal que no siempre es acertado, ya que la justicia empieza y termina con él.



Portada de *WATCHMEN*
© Moore e Gibbons

Spiderman, por su parte, privilegia la inteligencia y la ironía, y presenta a un alter-ego (Peter Parker) débil en la relación con su entorno, en plena etapa universitaria, intentando solucionar cotidianidades tales como conquistar a una chica. Trazos que, de alguna forma, van marcando nuevos espacios para la historieta contemporánea, mostrando sus debilidades y potencialidades, empezando a vislumbrarse una “intimidación” creciente, un desmarque del héroe clásico.

8 Héroes modernos y series de televisión

**A veces,
la mejor manera de ganar
el respeto de tus superiores
consiste en desafiarlos”.**

FRANK UNDERWOOD (HOUSE OF CARDS, NETFLIX, 2013)

En las series de la tercera edad de oro televisiva se observa una transformación en el planteamiento del héroe: el héroe clásico, para quien el mundo se dividía entre el bien y el mal, adquiere características que le llevan a la inversión de esta característica de esencia heroica. El héroe que antes estaba caracterizado por una profusión de propiedades positivas, cada vez más se ve aborrecido por una creciente indefinición y se diluye su definición convencional, dejando paso al héroe de la ficción postclásica (Cano Gómez, 2012).

Así, los héroes de las últimas series de televisión poseen esta característica común: no son buenos. Esta moral gris es llevada al extremo y los protagonistas pueden llevar a cabo acciones cuestionables como el robo o el asesinato, y sin embargo, generan una actitud favorable hacia ellos. Ejemplo de ello son True Blood (HBO, 2008-2014) en la que son los vampiros los que protagonizan el relato o Breaking Bad (AMC, 2008-2013), en la que Walter White es un profesor de química reconvertido en narcotraficante; personajes que muestran la reformulación del héroe, el nuevo antihéroe, en cuanto a la ausencia de características heroicas relacionadas con su cotidianidad y por estar alejados de la moralidad. Este héroe postclásico puede asumir tareas características del clásico, pero el desafío, la repercusión y la prioridad que éstas representan ahora respecto a las metas del personaje son algo de carácter secundario (González Requena, 2006).

La narración debe hacer sentir al espectador los sentimientos, emociones y obstáculos por los que ha de pasar el protagonista. La sociedad actual ha desarrollado un rechazo al héroe clásico, interpretado como una figura excesivamente maniquea; la sociedad contemporánea siente un descrei-



Cartel promocional de *House of Cards*
© NETFLIX

miento generalizado sobre los grandes relatos que provienen del pasado y están sometidos a un intenso sentimiento de desmitologización (Cano-Gómez, 2012).

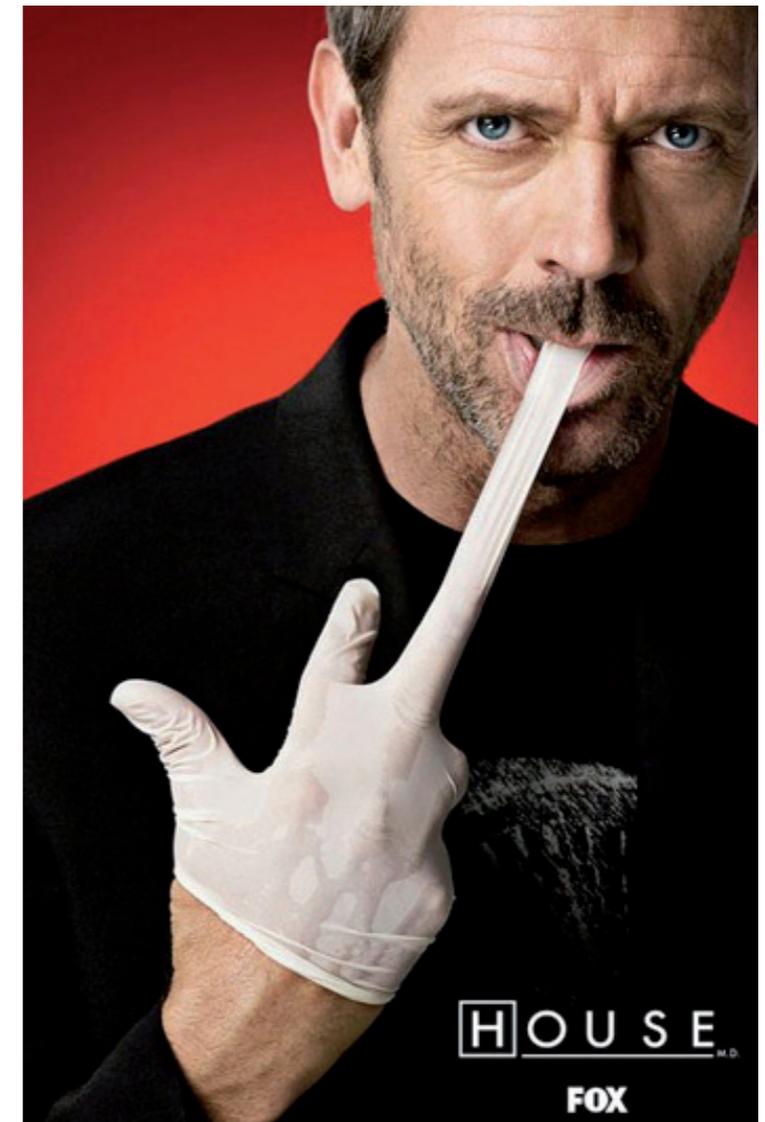
Podríamos decir que el héroe clásico coincide con el héroe de Campbell, que se resume en que el héroe entrega todo inclusive su vida por algo más grande que él mismo (Campbell 1991). Mientras que el héroe contemporáneo coincidiría más bien con la descripción de Nietzsche en la que el héroe es considerado como un súper hombre, que rechaza las leyes establecidas moralmente, ama los desafíos y no cree en Dios (Nietzsche, 1892).

Las ficciones televisivas utilizan tres estrategias dramáticas para provocar en el público una actitud favorable hacia el protagonista. En primer lugar se encuentra la victimización, ya que simpatizamos con personajes que están en peligro o sufren. El empleo de esta estrategia se puede observar en: Tony Soprano, quien padece ataques de ansiedad, no logra controlar a su familia, padece estrés y la relación con su madre resulta tóxica y abusiva. Así, este personaje combina la violencia y la maldad del gángster con una faceta desvalida.

La segunda estrategia dramática se refiere a un “comparatismo moral”: los antagonistas siempre son mucho más perversos que los protagonistas, por muchos defectos que presenten. Esta estrategia se puede observar en Dexter Morgan, siempre hay alguien peor que él, de manera que hacemos una comparación inconsciente con otros personajes y concluimos que los protagonistas, a pesar de sus métodos violentos y sus crímenes, son “de los buenos”. Ahí radica la ambigüedad moral, puesto que entre opciones que son todas malas, elegimos al “menos malo” y, refuerza nuestra simpatía con él.

La tercera estrategia tiene que ver con la presencia de la familia: los lazos de sangre desestabilizan el marco moral de los antihéroos, tanto interna como externamente. La presencia de ésta sirve para justificar la necesidad de sus acciones y saca lo mejor de estos personajes (García-Martínez, 2014).

Dexter Morgan, Dr. House, Nicholas Brody (Homeland, Showtime, 2011), Walter White, entre otros, coinciden en que son ejemplos de la pérdida general de maniqueísmo en los personajes actuales llevados al límite moral, dado que reúnen tipos de personajes antitéticos por definición.



Cartel promocional de *House*
© FOX

9 Conclusiones

***“No puedo justificar mi comportamiento.
Ningún sufrimiento está justificado,
sobre todo el tuyo,
pero quiero que sepas que
empecé esto con las mejores intenciones,
creo que quería que todas lo vieran
que vieran lo que las hace especiales . . .
esto es lo que queremos,
que nos vean que nos reconozcan.”***

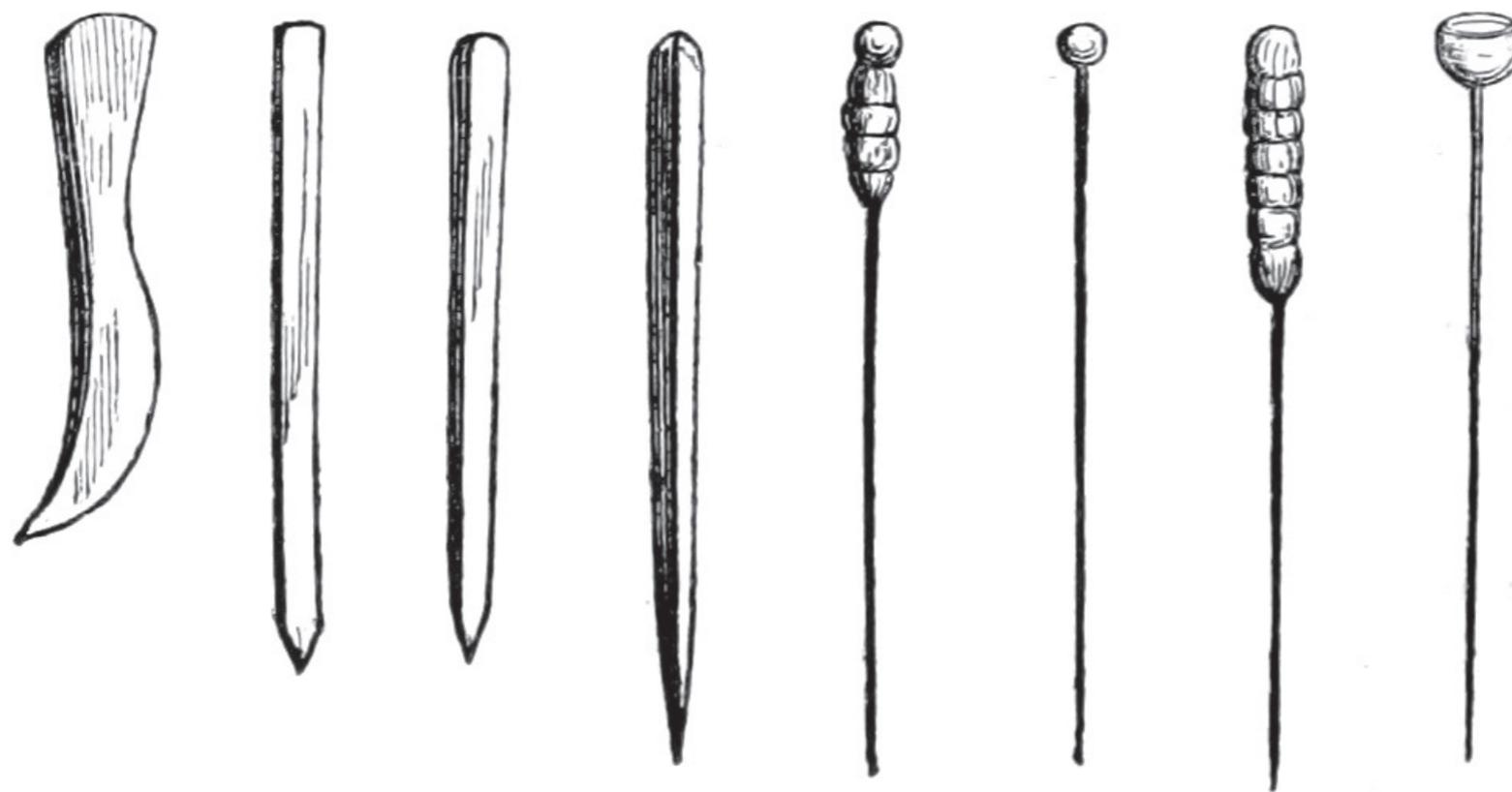
HANK MOODY (CALIFORNICATION, SHOWTIME, 2007-2014)

En los últimos años por fin parece que hemos asumido que los hombres y las mujeres somos imperfectos. Así, los que antes eran los indiscutibles héroes de la sociedad, hombres perfectos de moral intachable y belleza incuestionable, son actualmente prototipos aburridos. Y una vez descartados los héroes clásicos, emerge una figura más interesante e imprevisible: el antihéroe, aquellos personajes que si bien, pueden hacer el bien, lo harán de una forma poco ortodoxa y/o tendrán comportamientos éticamente cuestionables.

¿Es este tipo de personaje más interesante, un individuo más complejo y fascinante? Pues parece ser que sí, pero también más humano y más cercano; los defectos y las virtudes humanizan a los antihéroes acercando a individuos y personajes. Las debilidades, las imperfecciones, las manías, las excentricidades, los fallos y los vicios consiguen, casi de inmediato, que un antihéroe, nos parezca más verosímil y atractivo. Grandío (2011) asegura que la gran problemática del nuevo héroe contemporáneo radica en sus propios miedos, en la necesidad de enfrentarse a ellos para combatir el peligro inminente; sus objetivos no son positivos de por sí, sino que navegan entre la condición de héroe y villano, constituyéndose en exponentes de la hibridación que caracteriza a la sociedad actual, no hay nada blanco o negro.

El antihéroe es imperfecto y cae ante la tentación, es egoísta y hedonista, es complejo y con grises; como nosotros. El antihéroe es ese personaje realista, lleno de matices, capaz de la mayor de las villanías pero también de la redención absoluta, con tan sólo una palabra. Adoramos a estos individuos porque desafían a la sociedad como a nosotros nos gustaría hacer; lo hacen sin olvidarse de lo que son: hombres y mujeres valerosos, que no dudarán en “proteger y servir” a quienes lo necesiten. Una protección que beneficia a otros, incluso en perjuicio de sus propios intereses, de su seguridad personal o de su propia vida. Y esa es la misma esencia del héroe; aunque a los antihéroes no les preocupe tener las manos manchadas, ni siquiera de sangre.

“El antihéroe es imperfecto y cae ante la tentación, es egoísta y hedonista, es complejo y con grises; como nosotros”



HERRAMIENTAS

Ilustración del libro "China and the Chinese (...) the evils arising from the opium trade (...)" de SIRR, Henry Charles - Barrister- 1845, Londres.

HERRAMIENTAS

CÓMO INTEGRAR NUESTRAS PARTES BUENAS Y MALAS, Dr. JEKYLL Y Mr. HYDE

José Eduardo Rodríguez Otero

PSICÓLOGO CLÍNICO USM DE CANGAS
DO MORRAZO, EOXI VIGO E CENTRO
DE PSICOTERAPIA AGARIMO, PONTEVEDRA

✉ jos_edu_rod@yahoo.es

RESUMEN: El modelo de funcionamiento interno y el estilo de apego influyen en los impulsos y los sentimientos que tiene la persona y las valoraciones automáticas que puede hacer el sujeto de diversas situaciones. Estos impulsos pueden ser considerados como positivos o negativos en función de la opinión de la persona y/o del consenso social en torno a los mismos. En todo caso, no entran dentro de su libre albedrío. Los sentimientos se tienen, no se eligen. Sí que entran dentro del campo de su libertad sus acciones, es decir, lo que hace con esos impulsos.

Este artículo reflexiona, basándose en los comentarios en torno a un caso, sobre la presencia de las partes buenas y malas de las personas (tanto clientes como terapeutas) en lo referente a su sentir (involuntario) y su hacer (voluntario), así como de las implicaciones y aplicaciones que pueden tener estos términos a nivel terapéutico.

PALABRAS CLAVE: Modelo de Funcionamiento Interno, Apego, Narrativa, Terapia Narrativa del Apego.

ABSTRACT: The Internal Working Model and the attachment style influence on person's impulses and feelings and the automatic evaluation that might be done by the person in different situations. These impulses can be considered as positive or negative depending on the person's opinion and/or the social consensus around them. In any case, not come within his free will. You have feelings, you do not choose feelings. But their actions fall within the field of their freedom, i.e. what people do with their impulses.

This article reflects, based on the comments about a case, on the presence of the good and bad parts of people (both clients and therapists) in relation to its (involuntary) feel and its doing (volunteer), as well as the implications and applications that may have these terms at a therapeutic level.

KEY WORDS: Internal Working Model, Attachment, Narrative, Narrative Therapy of Attachment.

SUMARIO:

- 1 Narrativas, estilos de apego y modelos de funcionamiento interno.
- 2 M.
- 3 El trabajo con las partes malas. ¿Qué hacemos con Mr. Hyde?
- 4 El trabajo con las partes buenas. Utilicemos el Dr. Jekyll.
- 5 El Dr. Jekyll y Mr. Hyde del terapeuta.
- 6 Conclusiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Byng-Hall, J. (1995). *Rewriting family scripts: improvisations and systems change*. Nova York: Guilford Press.

Clulow, C. (2001). *Adult Attachment and Couple Psychotherapy: The Secure Base in Practice and Research*. Londres: Brunner Routledge.

Fonagy, P., Gergeley, G., Jurist, E. J., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Nova York: Other Press.

Fonagy, P., Steele, M., & Steele, H. (1991). "Maternal representations of attachment during pregnancy predicts the organization of infant-mother attachment at one year of age". *Child Development* (62), 880 - 893.

Van Ijzendoorn, M. H. (1995). "Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview". *Psychological Bulletin* (117), 387 - 403.

Vetere, A., & Dallos, R. (2009). *Apego y terapia narrativa. Un modelo integrador*. Madrid: Morata.

Watzlawick, P. (1988). *La coleta del barón de Münchhausen*. Barcelona: Herder.

White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós Editorial.

“Me vi haciéndolo, me vi haciendo aquello de lo que había escapado toda la vida”

M.

“Los hijos comienzan por amar a sus padres; cuando crecen, los juzgan; a veces, los perdonan”

ÓSCAR WILDE

1 | Narrativas, estilos de apego y modelos de funcionamiento interno

Los Modelos de Funcionamiento Interno (MFI en adelante) son nuestras creencias y expectativas sobre:

- Nuestra propia conducta y la de otras personas en las relaciones íntimas.
- Las ideas que tenemos sobre el yo. Lo respetables, aceptables o merecedores de cariño que somos.
- La disponibilidad e interés de los demás por atendernos y cuidarnos cuando lo necesitamos.

El concepto de MFI se desarrolla en torno a los estudios sobre apego infantil y adulto y nos ofrece una visión longitudinal de los vínculos con las personas de referencia¹ y el impacto que tienen sobre la conducta, la cognición y el afecto del sujeto.

De esta manera, si las figuras de referencia, ante una situación de transmisión relevante del afecto optan por interrumpir, descalificar o penalizar ese tipo de comunicación, el sujeto aprenderá que eso es lo que se puede esperar de una relación íntima, que el interés de los demás por nuestros afectos es limitado o que éstos pueden ser motivo de escarnio. Así es fácil que surjan rasgos y/o estilos de afrontamiento evitativos y que la resolución de problemas interpersonales, en la que el afecto siempre está presente, se vea afectada.

Por otro lado, y siguiendo con más ejemplos, si las figuras de referencia justifican el empleo de la violencia interpersonal basándose en los acontecimientos previos (“lo provocó²”, “es que así no se le puede mirar”), el MFI puede asumir que la persona no se debe responsabilizar de las conductas derivadas de su enfado y que es el resto del mundo el que debe evitar que éste suceda.

La vinculación de los MFI con los estilos de apego es nítida. Los apegos evitativos asumirán el peligro que supone la expresión de los afectos e intentarán reducirlos potenciando el componente cognitivo de su funcionamiento y empleando estos recursos para analizar las relaciones. Los apegos ansiosos, aprenderán que las personas tienen una disponibilidad inconsistente y que en muchas

“El MFI puede asumir que la persona no se debe responsabilizar de las conductas derivadas de su enfado”

¹ Las figuras de referencia suelen ser los padres o alguno de ellos. Pero no necesariamente es así. Además, las figuras de referencia se deben ver desde un punto de vista longitudinal e introducir aquí, entre otras, las relaciones con los pares y las parejas.

² El género masculino es empleado deliberadamente por la gran diferencia proporcional en el empleo de la violencia entre hombres y mujeres.

ocasiones tendrán que hiperactuar para que sus afectos sean atendidos, en estos casos se producirá una restricción de la cognición a la hora de gestionar las dificultades personales e interpersonales. Por el contrario, los apegos seguros integrarán adecuadamente los aspectos cognitivos y afectivos, tendrán unas ideas coherentes y consistentes sobre el yo y sus expectativas sobre las relaciones íntimas se ajustarán al grado de vinculación que se tenga con la persona.

Van Ijzendoorn (1995), en un estudio de metaanálisis, concluyó que el estilo de apego de los padres (evaluado a través de la AAI-Adult Attachment Interview) predice el estilo de apego del hijo/a (evaluado a través de la Situación Extraña). Empleando el mismo método, Fonagy, Gergely, Jurist y Target señalaron que las clasificaciones de seguro - inseguro en la Situación Extraña coincide con las clasificaciones de la AAI en el 68-75% de los casos.

En resumen, la transmisión intergeneracional de los estilos de apego y del MFI ocurre en prácticamente tres cuartos de los casos. Lo que nos lleva a preguntarnos qué sucede en el cuarto restante. La diferencia entre este cuarto y los tres anteriores reside en la capacidad reflexiva que tienen en torno a su MFI y a su narrativa. Este cuarto nos ofrece pistas sobre el camino hacia la resiliencia y hacia los métodos para conseguir objetivos en los procesos psicoterapéuticos.

En el marco de la Terapia Narrativa de Apego, y enlazando con la línea argumental anterior, surgen los conceptos de guiones correctivos y replicativos. Éstos se ocupan de analizar lo que las personas han aprendido de las experiencias de su infancia (en definitiva, de su MFI), qué desean conservar o repetir, y qué se proponen alterar o excluir en sus relaciones actuales con pares, parejas e hijos. Así el modelo de crianza o el modelo de pareja aprendido de las figuras de referencia se puede convertir en un objetivo para replicar, para corregir o, en el mejor de los casos, para analizar y así potenciar lo que se considera correcto y desechar lo inadecuado. Si bien hay que tener en cuenta que en ocasiones hay un rechazo a ciertos comportamientos de las figuras de referencia y, en el propósito de no repetirlos, el sujeto se encuentra con graves dificultades por tener pocos recursos personales para hacer algo diferente y muchos para hacer lo de siempre.



Cartel promocional de 1880 ©National Prtg. & Engr. Co

2 | M.

**“Algo hace clic en mi cabeza,
no lo puedo remediar”**

M.

M tiene 31 años y vive en un pueblo de la Costa Dorada. Trabaja como dependiente en un supermercado en horario de mañana. Lleva casada 6 años con J, un enfermero que trabaja en un hospital cercano. En su casa vive además L, de 4 años e hijo de ambos.

M además participa en una actividad folclórica típica de la zona, en la cual su desempeño es muy bueno, siendo bastante conocida en esos ámbitos en Cataluña.

M acude a consulta por su “problema histórico”, por el que ha recorrido múltiples profesionales “psi” y terapias alternativas. Siempre con escaso resultado. Desde que tenía 15 años su patrón alimentario le ha traído problemas, que en la actualidad se acercan más al tipo bulímico. En la primera sesión expone este problema y lo que quiere conseguir con él. Al preguntarle si le gustaría que trabajásemos por algún objetivo más, cuenta que hay otra cosa que para ella ahora es prioritaria y está en el centro de sus preocupaciones.

Ella se crió en un pueblo cercano. Allí vivía junto a su padre, su madre, su abuela materna y su hermana dos años mayor. Desde que tiene recuerdos, su padre agredió a su madre. Ella jamás lo vio pero lo escuchó en múltiples ocasiones. Además escuchaba las amenazas del padre a la madre y a la abuela en caso de que alguien de fuera supiera que se estaban produciendo esos actos violentos.

Con todo y con ello, M mantenía una buena relación con el padre. Éste, en ocasiones, era cariñoso y cercano con ella y mostraba mucho interés por las actividades escolares y extraescolares que hacía. M relata que su cabeza era un “lío” porque adoraba al hombre que le pegaba a su madre, una mujer entregada por su familia y muy afectuosa con los suyos.

Cuando ella tenía 16 años, en una de las habituales borracheras del padre, éste volvió a casa especialmente beligerante. Encerró a las niñas y a la abuela y comenzó a agredir a la madre. Pero esta vez era diferente. Mientras que en las anteriores ocasiones daba miedo, ahora daba pánico. M, por primera vez y última, salió de la habitación para ayudar a su madre. Su padre, en ese momento, iba a clavarle un cuchillo en la espalda. M se abalanzó sobre él y se lo logró arrebatarse, pero éste la emprendió a golpes con ella y le rompió la nariz. Tras desmayarse M, el padre volvió a ir hacia la madre pero la hermana mayor y la abuela saltaron sobre él y consiguieron echarlo de casa. Jamás volvió. Lo denunciaron, se fue a la cárcel y allí se murió.

Es llamativa la narrativa que hace M del suceso. Es una narrativa en la que sorprende la infravaloración de su acto. Relata que falló, que tuvieron que venir su hermana y su abuela a echarlo y que de no ser por ellas, las hubiera matado. No tiene muy en cuenta su primer acto de ayuda a su madre.

Por aquella época, el “problema histórico”, el alimentario, ya llevaba un año con ella.

Pero ahora a M le preocupaba otra cosa. Perdía los papeles con su hijo. En el último año se había visto en cinco o seis ocasiones en los que los actos de L le producían un enfado que no sabía gestionar y lo zarandeaba de una manera muy violenta. En todas las ocasiones había estado delante su marido, que inmediatamente la retiraba y le pedía que se fuera. Por si fuera poco esto, M aseguraba que sentía que era como él aquel día. Algo le hacía clic en la cabeza y se veía actuando como la persona de la que siempre se quiso diferenciar. Se veía haciendo el acto del que siempre había escapado. Esto era lo que más le preocupaba, muy por encima de su “problema histórico”.

3 | El trabajo con las partes malas³. ¿Qué hacemos con Mr. Hyde?

“El verdadero descubrimiento no es ver mundos nuevos sino cambiar de ojos”

Proust

“Cuando aparece el clic, me parezco a él. Y eso me da pánico”

M

La emoción es libre e inevitable. Lo máximo que se puede conseguir es situar a las personas en contextos donde las emociones, en función del sujeto, sean más probables. Al ser inevitables, el hecho de sancionar, negar, censurar o ridiculizar la aparición de éstas en una persona (mediante frases simples como, por ejemplo, “no debes enfadarte por eso”), desarrolla indefensión en el sujeto (castigo por algo que no controla) y comportamientos evitativos que reducen las posibilidades de tener una buena alianza terapéutica.

El sentimiento no es lo malo, es la gestión que se hace del mismo. El sujeto no elige estar triste, enfadado, alegre o con miedo. Sí que tiene más capacidad de decisión respecto a la conducta que realiza con ese sentimiento. El sentimiento es inevitable, la conducta no. Lo malo (o bueno) no es sentir sino lo que se hace con ello.

Nuestro MFI nos puede hacer interpretar, de una manera primaria, las situaciones de múltiples formas y sentir de acuerdo con ello. Ese sentimiento, si no hay una reflexión y gestión en torno al mismo, guiará nuestra conducta de forma automática. Así los enfados llevarán a la agresión (en sus múltiples formas), los miedos llevarán a la comprobación o a la evitación, la tristeza al aislamiento...

El sentimiento se puede externalizar según los métodos descritos, entre otros, por White y Epston. Lo que no se debe externalizar es la conducta. Se busca, de esta forma, reducir los sentimientos de culpa por tener el impulso (algo que, como se ha expuesto, no se puede controlar) a la par que se incrementa la responsabilidad por la conducta que se derive del mismo. White y Epston sostienen esta forma de trabajo incluso en problemas de violencia y abuso sexual:

“Esa conciencia conduce a que la terapeuta no plantee externalizar problemas como la violencia y el abuso sexual. Cuando se identifican problemas de este tipo, el terapeuta tenderá más bien a fomentar la externalización de las actitudes y creencias que parecen imponer la violencia” (pág. 63).



Cartel promocional de 1931
© Paramount

3 Lo malo y lo bueno suele ser una realidad blanda (Watzlawick, 1988) hasta que se topa con un amplio consenso. E incluso, en ocasiones, eso es insuficiente para considerarlo una realidad dura.

M externalizó por sí misma su impulso hacia la violencia. Le llamó “el clic” y así fue como se catalogó desde ese momento en terapia. Su MFI facilitaba la aparición de ese clic y jamás fue juzgada o criticada por tenerlo. Más al contrario, se le mostró empatía por el problema que era tener ese impulso y lo desagradable que debía ser convivir con él. El planteamiento a corto plazo no era eliminar ese clic sino gestionarlo. Se asumió que ese clic iba a volver a aparecer en situaciones similares y que la clave sería lo que iba a hacer cuando apareciera. Se valida la libertad para sentir pero se otorga responsabilidad en la gestión de la conducta derivada de lo sentido.

4 | El trabajo con las partes buenas. Utilicemos al Dr. Jekyll.

“Acusar a los demás de nuestras desgracias es ignorancia, acusarnos a nosotros mismos que empezamos a entender y no acusar a nadie sabiduría”

EPICTETO

Es relativamente extraño que una persona no tenga impulsos prosociales aunque sea solamente hacia un círculo muy pequeño y muy cercano. De esta manera se suelen tener, como mínimo, buenos deseos hacia los hijos, hacia los padres, familia o amigos cercanos. Estos sentimientos pueden promover una motivación para el cambio en terapia ya que estas personas también se beneficiarán de las modificaciones que haga la persona en su vida. Así una persona como M, con impulsos agresivos, se verá muy motivada ante el proceso terapéutico porque sus hijos se beneficiarán directamente de los logros que ella consiga. Además, en estos casos, se les puede asignar una misión de freno intergeneracional de la violencia. En su familia hubo una cadena de violencia desde que se tiene recuerdo y ella tiene la misión de interrumpir esa cadena para que sus hijos no la sufran y se reduzcan las posibilidades de que ellos mismos la transmitan.

En estos casos lo bueno de la persona, es la reflexión, el cariño hacia sus hijos y la responsabilidad que tiene hacia ellos.

En otros casos, los menos pero existentes, es más difícil concretar estos impulsos prosociales y buscar una motivación para el cambio a partir de los mismos. Entonces es necesario apelar a otras características de la persona que puedan ser nucleares en su identidad como la ambición, la capacidad de supervivencia o la libertad para que sirvan de motivadores para el cambio.

“En estos casos lo bueno de la persona, es la reflexión, el cariño hacia sus hijos y la responsabilidad que tiene hacia ellos”

Según lo argumentado previamente, lo bueno de la persona sirve para motivar o reforzar la motivación para el cambio y también como un recurso para el mismo.

M tenía claro que no quería que sus hijos pasaran lo que ella pasó de pequeña. Esta posibilidad la llenaba de angustia. Por ello estaba altamente motivada para el trabajo psicoterapéutico. Se hizo un trabajo de detección precoz del “clic” en función de indicadores físicos. En este caso al “clic” le precedía una hiperventilación y una tensión de la mandíbula. Como una primera forma de afrontar el clic se empleó la excepción de salir de la situación y esperar hasta que desaparecieran los síntomas físicos. Cuando sales y evitas que el “clic” domine la situación, ¿éste se hace más grande o lo vas haciendo más pequeño? M pudo hacer esto en varias ocasiones e iba notando como la intensidad del clic se reducía y cómo podía afrontarlo sin abandonar la situación a través de autoinstrucciones.

M llegó a la séptima consulta asegurando que tenía el “clic” muy controlado y que tenía recursos suficientes contra él. Preguntada por si quería continuar trabajando para solventar su “problema histórico” aseguró que ya hacía más de un mes que no tenía ningún síntoma.

Lo bueno y lo malo de alguien suele ser una realidad blanda (Watzlawick, 1988). En el caso de M es algo que ella misma define y que, por consenso, se podría considerar un realidad que tiende a dura. Así los impulsos agresivos se pueden considerar negativos (al menos en esta sociedad y en esta época) y los comportamientos prosociales positivos. En otros casos esta distinción se difumina mucho más y se hace complejo diferenciar las partes buenas y malas. En todo caso, la contratransferencia del terapeuta (que tiene sus raíces en su propia historia personal) puede tener un papel fundamental en tal valoración y en las respuestas que se den ante la misma.



Cartel promocional de 1953
© Abbott and Costello

5 | El Dr. Jekyll y Mr. Hyde del terapeuta

“Un terapeuta debe ser autoritario, travieso, galante, grave, sombrío, desvalido...”

JAY HALEY

El terapeuta también tiene su MFI. Y sus impulsos. Y su historia. Y con ello, y su conocimiento técnico, reacciona ante las expresiones emocionales de los usuarios de tal manera que las puede contener, negar o descontrolar. El terapeuta debe conocer su MFI porque este se está poniendo en funcionamiento durante el proceso terapéutico y puede estar siendo fundamental en la toma de decisiones. Y lo fundamental en terapia es mejor que sea explícito a implícito. Lo explícito es más trabajable.

Al hacer explícito el MFI el terapeuta también puede ser consciente de sus partes buenas y malas. Potenciar y utilizar las primeras y trabajar – reducir las segundas. La capacidad empática, para relacionarse, para emplear el lenguaje, para transmitir cercanía, el sentido del humor, la confianza o la estabilidad pueden ser partes buenas personales que el terapeuta pondrá continuamente en funcionamiento en el trabajo. Si bien también es frecuente que el terapeuta sienta rechazo por alguno de sus clientes. O por alguno de los problemas que tienen. O por formas que tienen de relacionarse. El conocimiento del terapeuta de su MFI le puede permitir gestionar este rechazo y que no sea éste, el rechazo, el que haga la terapia (con mal resultado con toda seguridad). Cuando hay dificultades graves para gestionar este impulso negativo, lo más responsable es finalizar la intervención y derivarlo a otro profesional.

“Si bien también es frecuente que el terapeuta sienta rechazo por alguno de sus clientes. O por alguno de los problemas que tienen”

6 | Conclusiones

“Benevolencia no quiere decir tolerancia de lo ruin, o conformidad con lo inepto, sino voluntad de bien”

ANTONIO MACHADO

“Muchos son los buenos, si se da crédito a los testigos; pocos, si se toma declaración a su conciencia”

FRANCISCO DE QUEVEDO

Lo bueno y lo malo de las personas son sus actos, no sus sentimientos. Estos se respetan, e incluso se validan y normalizan de ser el caso. M tenía sentimientos agresivos pero mucho amor hacia L, mucha necesidad de cambio y mucha reflexión sobre sus impulsos.

Reflexión sobre sus impulsos, y sobre su MFI, se le debe exigir al terapeuta para que éstos no actúen de manera automática e inoportuna en terapia y, con ello, se perjudique el proceso psicoterapéutico en curso.

ANUARIO ABIERTO

COMUNICACIÓN LIBRE

TRABAJOS PREMIADOS EN LAS
XX JORNADAS DE PSICOLOGÍA
Y SALUD DEL COPG



Ilustración del libro "Rank Doggerel"
de James J. Hewson, 1896, Londres.

COMUNICACIÓN LIBRE

CIBERACOSO: CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD Y PSICOPATOLÓGICAS DEL CIBERAGRESOR Y DE LA CIBERVÍCTIMA

Cristina Alonso

RESIDENTE DE PSICOLOGÍA CLÍNICA EN EL
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO
SANTIAGO DE COMPOSTELA

✉ crisalonsovilar@hotmail.com

Estrella Romero

PROFESORA TITULAR DE LA FACULTAD DE
PSICOLOGÍA, UNIVERSIDAD DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

RESUMEN: El ciberacoso está considerado un problema de salud pública dada su incidencia y los riesgos que conlleva. El estudio de las características de personalidad y psicopatológicas es importante de cara a identificar a las cibervíctimas y ciberagresores. En este trabajo se revisa la investigación sobre estas características permitiendo concluir que las cibervíctimas y ciberagresores presentan perfiles similares en cuanto a determinados rasgos de personalidad (inestabilidad emocional, autoestima...) y psicopatológicos (depresión, somatizaciones...). Sin embargo, en otros rasgos presentan perfiles diferentes y contrapuestos (amabilidad) o se desconocen las relaciones por falta de estudios. Es necesario añadir que la mayoría de los participantes en el ciberacoso son tanto cibervíctimas como ciberagresores, por lo que consideramos que la investigación futura debería centrarse en conocer el perfil característico de este nuevo rol "ciberagresor-cibervíctima". También sería conveniente incrementar el número de estudios longitudinales para poder estudiar la predicción en aquellas variables de personalidad y psicopatológicas donde aún se desconoce.

PALABRAS CLAVE: Ciberacoso, cibervíctima, ciberagresor, personalidad y psicopatología.

ABSTRACT: Cyberbullying is considered a public health problem because of its impact and risks. The study of personality characteristics and psychopathology is important in order to identify cybervictims and cyberaggressors. In this work, the research conducted on these traits is reviewed, to the conclusion that the cybervictims and cyberaggressors have similar profiles in terms of certain personality traits (emotional instability, self-esteem...) and psychopathology (depression, somatization...). However, other traits have different and even opposing profiles (agreeableness) or relationships are unknown due to lack of studies. Most of the participants are both cybervictims as cyberaggressors, so future research should focus on knowing the profile of this new role, "cyberaggressor-cybervictim". It should also increase the number of longitudinal studies to study the predictive power of those psychopathological and personality variables where is still unknown.

KEY WORDS: Cyberbullying, cybervictim, cyberaggressor, personality and psychopathology.

SUMARIO:

- 1 Introducción.
- 2 Cibervíctimas.
- 3 Ciberagresores.
- 4 Conclusiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Ak, S., Ozdemir, Y. e Kuzucu, Y. (2015). "Cybervictimization and cyberbullying: The mediating role of anger, don't anger me!", *Computers in Human Behavior*, 49, 437-443.

Baughman, H.M., Dearing, S., Giammarco, E. e Vernon, P.A. (2012). "Relationships between bullying behaviours and the dark triad: A study with adults". *Personality and Individual Differences*, 52, 571-575. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2011.11.020>.

Brewer, G. e Kerslake, J. (2015). "Cyberbullying, self-esteem, empathy and loneliness". *Computers in Human Behavior*, 48, 255-260. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2015.01.073>

Çelik, S., Atak, H. e Erguzen, A. (2012). "The effect of personality on cyberbullying among university students in Turkey." *Egitim Arastirmalari - Eurasian Journal of Educational Research*, 49, 129-150.

Del Rey, R., Casas, J.A., Ortega-Ruiz, R., Schultze-Krumbholz, A., Scheithauer, H., Smith, P. e Plichta, P. (2015). "Structural validation and cross-cultural robustness of the European Cyberbullying Intervention Project Questionnaire". *Computers in Human Behavior*, 50, 141-147. <http://doi.org/10.1016/j.chb.2015.03.065>.

Foodya, M., Samaraa, M. e Carlbringb, P. (2015). "A review of cyberbullying and suggestions for online psychological therapy". *Internet Interventions*, 2(3), 235-242.

Gámez-Guadix, M., Orue, I., Smith, P.K. e Calvete, E. (2013). "Longitudinal and reciprocal relations of cyberbullying with depression, substance use and problematic internet use among adolescents". *Journal of Adolescent Health*, 53(4), 446-452.

Garaigordobil, M. (2011). "Prevalencia y consecuencias del cyberbullying (Prevalence and consequences of cyberbullying: A review)". *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(2), 233-254.

García-Maldonado, G., Martínez-Salazar, G.J., Saldívar-González, A.H., Sánchez-Nuncio, R., Martínez-Perales, G.M. e Barrientos-Gómez, M.C. (2012). "Factores de riesgo y consecuencias del cyberbullying en un grupo de adolescentes. Asociación con bullying tradicional". *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 69(6), 463-474.

1 Introducción

La revolución tecnológica y la expansión de Internet proporcionan muchas posibilidades de acceso a la Información, la educación, el ocio y facilitan las relaciones sociales. Las nuevas tecnologías permiten conocer lo que pasa en el mundo, estudiar, divertirse, estar en contacto con nuestra gente (amigos, familiares), compartir experiencias, expresar opiniones, relacionarse con otras personas o adquirir bienes y servicios (descargar películas, música, realizar compras, etc.).

Uno de los cambios más importantes que ha provocado la irrupción de las nuevas tecnologías es el que se refiere a la forma de relacionarse de los adolescentes con sus iguales. Los teléfonos inteligentes o *smartphone*, las redes sociales y las aplicaciones de mensajería instantánea han transformado en poco tiempo la intensidad y el modo en que se interrelacionan los adolescentes y jóvenes, favoreciendo una conexión inmediata y permanente, sin necesidad de que medie el contacto directo o físico con las otras personas. Internet se ha convertido para los adolescentes y jóvenes en un espacio clave para su socialización e interacción social, mediante el cual canalizan su comunicación y relaciones con sus iguales. A través de las redes sociales como *Facebook*, *Twitter* o *Instagram* o mediante aplicaciones para teléfonos móviles como *WhatsApp*, están conectados con sus amistades, comentan sus vivencias diarias, comparten fotos o videos, expresan sus sentimientos y opiniones, hacen planes o realizan comentarios de otras personas.

No obstante, conviene recordar que las tecnologías de la información y la comunicación son meras herramientas y como tales pueden ser utilizadas de forma correcta o inadecuada. Junto a las múltiples ventajas y oportunidades relacionadas con el ocio, el conocimiento, la formación, la comunicación o las relaciones sociales que ofrecen estas tecnologías, su uso inadecuado conlleva diversos riesgos a los que son especialmente vulnerables los menores de edad. Como contrapartida de las enormes oportunidades de comunicación y aprendizaje que ofrecen las nuevas tecnologías, las mismas facilitan la aparición de nuevas formas de acoso o intimidación que ponen en riesgo el bienestar de los más jóvenes. Entre los principales riesgos que se derivan para los adolescentes del uso inadecuado de las herramientas tecnológicas vinculadas con Internet, se incluyen el ciberacoso entre iguales o uso de las tecnologías de la información y la comunicación para causar de forma deliberada daño a otra persona.

El ciberacoso comparte con el acoso tradicional algunas características, como el que ambas son conductas agresivas, reiteradas en el tiempo, llevadas a cabo por un individuo o grupo de individuos contra una persona con la intención deliberada de causar daño a la víctima y la existencia de un desequilibrio de poder entre el agresor y la víctima. Pero al margen de estas similitudes, existen numerosas diferencias entre el ciberacoso y el acoso tradicional, relacionadas con las características del medio o los instrumentos a través de los cuales se lleva a cabo el ciberacoso:

Goodboy, A.K. e Martin, M.M. (2015). "The personality profile of a cyberbully: Examining the dark triad". *Computers in Human Behavior*, 49, 1-4.

Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación [INTECO], 2009. *Estudio sobre hábitos seguros en el uso de las TIC por niños y adolescentes y e-confianza de sus padres*.

Kaltiala-Heino R., Fröjd S. e Marttunen M. (2010). "Involvement in bullying and depression in a 2-year follow-up in middle adolescence". *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19, 45-55. doi: 10.1007/s00787-009-0039-2.

Kostas, A., Demetriou, A.G. e Hawa, V.V. (2012). "Cyberbullying: Development, consequences, risk and protective factors". *European Journal of Developmental Psychology*, 9(2), 168-181.

Kowalski, R.M., Giumetti, G.W., Schroeder, A.N. e Lattanner, M.R. (2014). "Bullying in the digital age: A critical review and meta-analysis of cyberbullying research among youth". *Psychological Bulletin*, 140, 1073-1137.

Menesini, E., Nocentini, A. e Camodeca, M. (2013). "Morality, Values, Traditional Bullying and Cyberbullying in adolescence". *British Journal of Developmental Psychology*, 31(1), 1-14.

Modecki, K.L., Barber, B.L. e Vernon, L. (2013). "Mapping developmental precursors of cyber-aggression: Trajectories of risk predict perpetration and victimization". *Journal of Youth and Adolescence*, 42: 651-661.

Peluchette, J., Karl, K., Wood, C. e Williams, J. (2015). "Cyberbullying victimization: Do victim's personality and risky social network behaviors contribute to the problem?" *Computers in Human Behavior*, 52, 424-435.

Proxecto Mocidade Online (Valedor do Pobo de Galicia, 2015). *Adolescentes e Internet en Galicia*.

Smith, P.K. (2015). "The nature of cyberbullying and what we can do about it". *Journal of Research in Special Educational Needs*, 1-9.

Sourander, A., Brunstein-Klomek, A., Ikonen, M., Lindroos, J., Luntamo, T., Koskelainen, M. et al. (2010). "Psychosocial risk factors associated with cyberbullying among adolescents: A population-based study". *Archives of General Psychiatry*, 67, 720-728.

Spielberger, C.D., Johnson, E.H., Russell, S., Crane, R.S., Jacobs, G.A. e Worden, T.J. (1985). "The Experience and Expression of Anger: Construction and Validation of an Anger Expression Scale". En M.A. Chesney y R.M. Rosenman (Eds), *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral Disorders*. New York: Hemisphere/Mc Graw-Hill.

Sticca, F., Ruggieri, S., Alsaker, F. e Perren, S. (2013). "Longitudinal risk factors for cyberbullying in adolescence". *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 23, 52-67.

Stockdale, L.A., Coyne, S.M., Nelson D.A. e Erickson, D.H. (2015). "Borderline personality disorder features, jealousy, and cyberbullying in adolescence". *Personality and Individual Differences*. 83, 148-153.

Tokunaga, R.S. (2010). "Following you home from school: A critical review and synthesis of research on cyberbullying victimization". *Computers in Human Behavior*, 26(3), 277-287. DOI: 10.1016/j.chb.2009.11.014.

Van den Eijnden, R.J.J.M., Meerkerk, G.J., Vermulst, A.A., Spijkerman, R. e Engels, R.C.M.E. (2014). "Online Communication, Compulsive Internet Use, and Psychosocial Well-Being Among Adolescents: A Longitudinal Study". *Developmental Psychology*, 44 (3), 655-665.

- La identidad del agresor o agresores puede ser desconocida por la víctima, por lo que el acoso puede llevarse a cabo de forma anónima. Esta circunstancia incrementa la impotencia e indefensión de la víctima, por ello el ciberacoso ha sido definido como una forma “cobarde” de acoso.
- La facilidad con la que se realizan las agresiones, sin necesidad de mantener contacto físico con la víctima, con sólo realizar una llamada de móvil, enviar un correo electrónico o una imagen en una red social.
- La inmediatez o rapidez con la que se perpetra y propaga el acoso.
- La amplitud de la audiencia que conoce o es testigo del acoso o las agresiones sufridas por la víctima. Audiencia que se ve ampliada en los casos en que los testigos del ciberacoso contribuyen a la re-difusión de los contenidos intimidatorios difundidos por el agresor o los agresores. Una vez publicados, los contenidos compartidos en redes sociales y aplicaciones de mensajería instantánea se hacen incontrolables, imposibilitando a la víctima tener conocimiento acerca de quien lo ha podido ver y desconocer si el evento se ha detenido o no se volverá a repetir.
- La durabilidad o permanencia de las conductas de acoso. Las fotos o comentarios difundidos por la red pueden permanecer durante años, siendo accesibles a un número creciente de personas.
- El espacio donde tiene lugar el acoso, que ya no se limita al centro educativo.
- El acceso casi permanente a la víctima por parte del acosador o acosadores, incluso en su propio hogar.
- La invisibilidad de los acosadores, o la ausencia del contacto “cara a cara” con la víctima hace que el acosador se sienta menos culpable e incluso que no sea consciente de las consecuencias que sus actos tiene sobre la víctima, lo que favorece la continuidad de las agresiones o la intensificación de las mismas.
- El anonimato refuerza la sensación de poder del acosador sobre la víctima y cierto sentido de invencibilidad e impunidad, que favore-

cen el inicio de las conductas abusivas, ampliando el número y el perfil de los potenciales acosadores.

- En el ciberacoso, los roles entre agresor y víctima no están tan diferenciados, de hecho, algunos estudios señalan que casi la mitad de las víctimas de ciberacoso han sido tanto víctimas como agresores.
- Las dificultades para su detección por parte de los adultos, puesto que su grado de conocimiento y uso de las nuevas tecnologías es, en general, bastante limitado.

El ciberacoso entre iguales consiste en el uso intencionado de las tecnologías de la información y la comunicación por parte de algunos menores, con la intención de hostigar, acosar, intimidar, insultar, molestar, vejar, humillar o amenazar a un compañero o compañera. Lo que caracteriza al ciberacoso es que se trata de una conducta deliberada (no accidental), realizada a través de medios electrónicos o digitales por individuos o grupos de individuos que, de forma reiterada, envían mensajes hostiles o agresivos a otros individuos, o sobre otros individuos, con la intención de infligir daño a las víctimas.

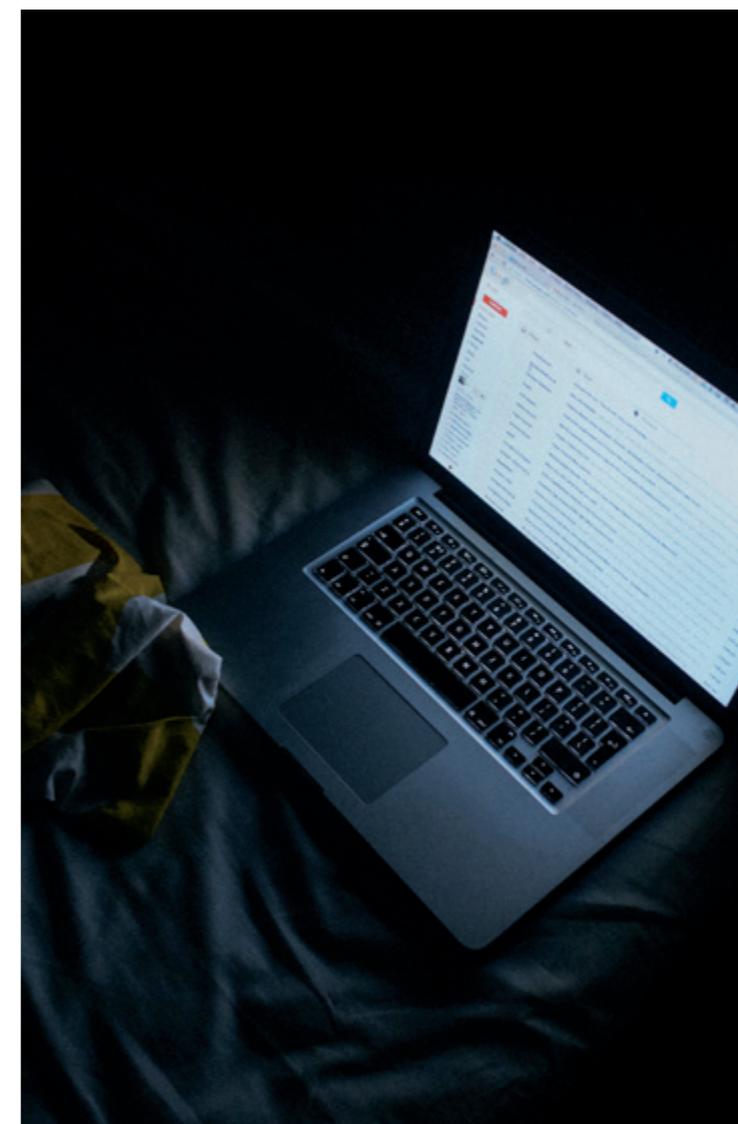
Según el “*Estudio sobre hábitos seguros en el uso de las TIC por niños y adolescentes y e-confianza de sus padres*” (Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación [INTECO], 2009), un 5,9% de los menores españoles de entre 10 y 16 años han sido víctimas de ciberacoso y un 2,9% han sido ciberagresores. Por su parte, los datos más recientes del proyecto “*Mocidade Online*” (Valedor do Pobo de Galicia, 2015) hablan de porcentajes superiores, lo que reflejaría una tendencia ascendente de este fenómeno. En concreto, el 8,9% de los estudiantes de ESO de Galicia reconoce haber sido humillado/a o acosado/a en la Red durante el último año, mientras que un 6,8% reconoce haber humillado o acosado a otros en este período. Asimismo, Del Rey et al. (2015) encontraron prevalencias de un 5,9% para cibervictimización, un 5,6% para la ciberagresión y un 3,9% para ser cibervíctima y ciberagresor conjuntamente. Estos resultados corroboran la idea de que el ciberacoso se está convirtiendo en un problema de salud pública. No obstante, es relevante señalar que en muchos casos a los/las menores les resulta difícil identificar lo que están sufriendo como una agresión, dada la tendencia a minimizar el riesgo y

la importancia de lo acaecido en la Red. Ello implica que muy probablemente los porcentajes de prevalencia de cibervictimización estimados estén infraestimados, pues los/las adolescentes pasan por alto muchas acciones que representan acoso. Los estudios realizados en España coinciden en señalar que las chicas muestran una mayor predisposición a estar involucradas en conductas de ciberacoso como víctimas y los chicos como ciberagresores, al igual que sucede en otros países. No obstante, algunas investigaciones no han observado diferencias relevantes en la implicación en conductas de ciberacoso en función del sexo.

En definitiva, el ciberacoso constituye una realidad reciente que afecta principalmente a adolescentes, con una incidencia de casos que crece año tras año y con importantes repercusiones clínicas tanto para la cibervíctima como para el ciberagresor. De hecho, en la Reunión Anual del 2013 de la *Sociedad Americana de Psiquiatría* se puso de manifiesto la importancia del acoso escolar y el ciberacoso por el elevado riesgo de depresión y suicidio que supone. En la actualidad el ciberacoso está considerado un problema de salud pública.

Al ser un problema tan reciente y debido a las peculiaridades del ciberacoso (versus acoso tradicional), el estudio de las características de personalidad y psicopatológicas, tan importantes de cara a la identificación de los adolescentes que realizan dicha práctica, presenta lagunas e inconsistencias. Por ello, nos planteamos como objetivo de este artículo realizar una revisión bibliográfica sobre el ciberacoso y sus relaciones con la personalidad y la psicopatología de cara a poder profundizar sobre este fenómeno y para que estas características puedan ser tenidas en cuenta por los profesionales sanitarios de cara a la identificación y posterior intervención.

Para revisar el estado actual del conocimiento sobre la personalidad y la psicopatología del ciberacoso se efectuó una búsqueda de todos los artículos recogidos en la base de datos *PsycInfo* hasta la actualidad, en español e inglés. Utilizando los descriptores "*Person**" y "*Cyberbullying*" en cualquier campo, se obtuvieron 124 resultados y por otro lado, utilizando los descriptores "*Psychopat**" y "*Cyberbullying*" en cualquier campo se obtuvieron 18 resultados. Por tanto, de esta primera búsqueda se encontraron 142 artículos de los cuales 103 fueron descartados porque trataban sobre relaciones con factores psicosociales u otros, acoso tradicional, prevalencias, propiedades psicométricas de los instrumentos de evaluación del ciberacoso y/o sobre el tratamiento de dicho fenómeno. De ahí que 39 fueran el número de artículos tenidos en cuenta en esta revisión.



© Jay Wennington - Unsplash

2 | Cibervíctimas

Características de personalidad

Revisando la literatura sobre el rol de cibervíctima y las características predictoras y asociadas de personalidad encontramos que, siguiendo el Modelo de los Cinco Grandes, ser cibervíctima se relaciona con mayor inestabilidad emocional y amabilidad y con menor apertura a la experiencia y menor responsabilidad (Celik, Atak y Erguzen, 2012). En relación con la extraversión hay resultados contradictorios; relación con baja extraversión (Smith, 2015) y relación con alta extraversión (Peluchette, Karl, Wood y Williams, 2015).

En la dimensión de neuroticismo, las personas emocionalmente inestables, que en general están ansiosas, frágiles y deprimidas, no son tan exitosas como las personas emocionalmente estables en términos de interacción social y esta podría ser una de las explicaciones sobre el porqué se pueden convertir más fácilmente en cibervíctimas.

Los individuos que se conocen como más disciplinados y de confianza (Responsabilidad), pueden obtener de manera satisfactoria más apoyo social. Además, el ser responsable disminuye la necesidad de uso de Internet para fines sociales e impide que los iguales te puedan acosar cibernéticamente.

Los adolescentes más extravertidos son más sociales y este carácter social puede aumentar su probabilidad de compartir más información con una gama más amplia de personas. De hecho, los adolescentes con puntuaciones elevadas en la dimensión de extraversión, en comparación con los de baja extraversión, fueron significativamente más propensos a tener un mayor número de amigos de Facebook y una mayor disposición hacia la auto-revelación (Peluchette, Karl, Wood y Williams, 2015). Además, la extraversión se asoció con tener un mayor número de amigos de Facebook que publican información indiscreta/negativa. Dado que la extraversión facilita la interacción social, las personas extrovertidas parecen ser más propensas a ser ciberacosadas.

En relación con la apertura a la experiencia, Peluchette, Karl, Wood y Williams (2015) encontraron que era un predictor de la víctima del ciberacoso. Aquellos individuos abiertos a la experiencia tienden a sentirse atraídos por la novedad y están dispuestos a experimentar situaciones nuevas o de riesgo. Se argumenta que esta característica puede contribuir al riesgo de ser percibido como un blanco fácil. Además, en consonancia con otros estudios, encontraron que la apertura se asocia con una mayor predisposición hacia la auto-revelación al igual que la dimensión de extraversión.

Entre los factores socioafectivos y sociocognitivos más estudiados en relación al ciberacoso se encuentra la autoestima. La literatura parece consistente en establecer que una baja autoestima está relacionada con la cibervictimización (Brewer y Kerslake, 2015). Las personas con baja autoestima

“Las personas emocionalmente inestables, que en general están ansiosas, frágiles y deprimidas, no son tan exitosas como las personas emocionalmente estables en términos de interacción social”

pueden ser consideradas como dianas fáciles para los ciberagresores. A su vez, otros estudios establecen la autoestima como un factor protector para la cibervictimización.

La soledad es uno de los más importantes problemas que afectan a los seres humanos en la edad moderna, y alcanza su punto máximo en la adolescencia. Cuando se examina la literatura relacionada con la soledad se observa que hay estudios que revelan relaciones entre la soledad y el uso de dispositivos tecnológicos, como teléfonos móviles y los ordenadores. Esto conduce a la idea de que los jóvenes utilizan las nuevas tecnologías para saciar su sensación de soledad mediante la comunicación con otros. Se encontraron relaciones entre la cibervictimización y la soledad, mientras no hubo correlación significativa con la ciberagresión. El alto nivel de la soledad de las cibervíctimas se puede atribuir a las malas experiencias que tienen con sus compañeros. Los investigadores afirman que cuando los adolescentes están al margen de los grupos de pares, esto puede crear un trauma psicológico, lo que conduce a la soledad. La soledad y el uso de Internet crean un ambiente ideal para los comportamientos de ciberacoso.

Spielberger et al. (1985) establecieron diferentes tipos de ira: la “ira hacia fuera o externa” que evalúa el grado en que la ira se expresa de manera agresiva y la “ira hacia dentro o interna” que examina el grado de dirigir la ira hacia adentro o no expresando cualquier enfado hacia otras personas u objetos. La ira interna implica un intento de negar el enfado y de suprimir cualquier expresión de ira hacia afuera y la ira externa puede incluir palabras o ruidos, expresiones faciales, gestos físicos, o movimientos agresivos. Ak, Ozdemir y Kuzucu (2015) evaluaron la relación entre estos tipos de ira y el ciberacoso y encontraron que ser cibervíctima estuvo positiva y directamente relacionado con ambos tipos de ira (interna y externa) e indirectamente relacionado con ciberagresión a través de la ira interna. Una posible explicación de este hallazgo es que la incapacidad de expresar la ira adecuadamente (por ejemplo, expresarla o mantenerla bajo presión) podría aumentar la posibilidad de que las víctimas de ciberacoso posteriormente intimidaran a otros. Una vía específica de convertirse en un acosador es la de la venganza. La ira interna, pero no la externa, podría aumentar los sentimientos de venganza de los adolescentes, porque no pueden expresar su ira de manera apropiada. Estos hallazgos también proporcionan apoyo empírico para conceptualizar la relación entre la cibervictimización y la ciberagresión. Los factores de tensión pueden explicar por qué la victimización aumenta la probabilidad de convertirse en agresor. Estos resultados son consistentes con estudios previos que encontraron una relación directa entre la ira/frustración y cibervictimización y ciberagresión. La ira puede propiciar la delincuencia, ya que crea un deseo más profundo de venganza y da energía a los individuos para la acción. La exposición acumulativa y el aumento de las tensiones puede ser un factor de riesgo para el comportamiento criminal y delincuente futuro. Los resultados muestran que la tensión podría estar significativamente relacionada con la delincuencia en el ciberespacio y que el ciberacoso podría ser un posible resultado.



© Ezra Jeffrey - Unsplash

En conclusión, las víctimas de ciberacoso son inestables emocionalmente, amables, poco abiertas a las experiencias y poco responsables, existiendo mayores contradicciones en torno a la dimensión de extraversión. Además, presentan baja autoestima, mayor aislamiento y mayores niveles de ira tanto interna como externa.

Psicopatología asociada

La psicopatología asociada a la cibervíctima es múltiple. A grandes rasgos, está asociada a trastornos emocionales, somáticos, por uso de sustancias, ansiosos, etc.

Comenzando por los trastornos emocionales, se han encontrado relaciones entre depresión y ser cibervíctima (Modecki, Barber, y Vernon, 2013). La cibervictimización conduce a un aumento en síntomas depresivos, y los síntomas depresivos, a su vez, aumentan la probabilidad de sufrir ciberacoso. Una posible explicación es que los adolescentes deprimidos pueden tener menos habilidades sociales y una tendencia al aislamiento que los hace menos atractivos para los iguales, lo que aumenta la probabilidad de que se conviertan en víctimas. La cibervictimización, a su vez, podría conducir a la soledad, que normalmente se define como la conciencia de una deficiencia en las relaciones personales y sociales de uno, asociado a sentimientos de tristeza y rechazo por parte del otro.

De acuerdo con los modelos explicativos de la depresión, los individuos con síntomas depresivos pueden contribuir a la generación de una tensión adicional en sus vidas, incluida la victimización. Esto es apoyado por estudios longitudinales sobre las relaciones causales entre el acoso tradicional y los síntomas depresivos que sugieren que esta relación podría ser bidireccional (Kaltiala-Heino, Fröjd y Marttunen, 2010). Sin embargo, pocos estudios han evaluado las relaciones longitudinales entre ciberacoso y la depresión y, ningún estudio previo que conozcamos ha analizado las relaciones bidireccionales, por lo que no está claro si los síntomas depresivos son antecedentes o consecuentes del ciberacoso.

Con respecto a la sintomatología depresiva, los adolescentes que denuncian el ciberacoso de otros son más propensos a informar pensamientos suicidas e intentos de suicidio que sus pares que no están involucrados (Garaigordobil, 2011).

También hay que señalar que estar sufriendo ciberacoso se asocia con síntomas físicos tales como dolores de cabeza y dolor abdominal (Sourander, Brunstein, Ikonen et al., 2010).

Ampliamente en la literatura, ser cibervíctima se relacionó con el abuso de sustancias. Sin embargo, Gámez, Orue, Smith y Calvete (2013) en un estudio longitudinal encontraron que el consumo de sustancias predijo un aumento de la probabilidad de ser víctima de ciberacoso pero, ser cibervíctima no parece aumentar la probabilidad de consumo de sustancias. Por lo tanto, es posible que el

“La cibervictimización conduce a un aumento en síntomas depresivos, y los síntomas depresivos, a su vez, aumentan la probabilidad de sufrir ciberacoso”

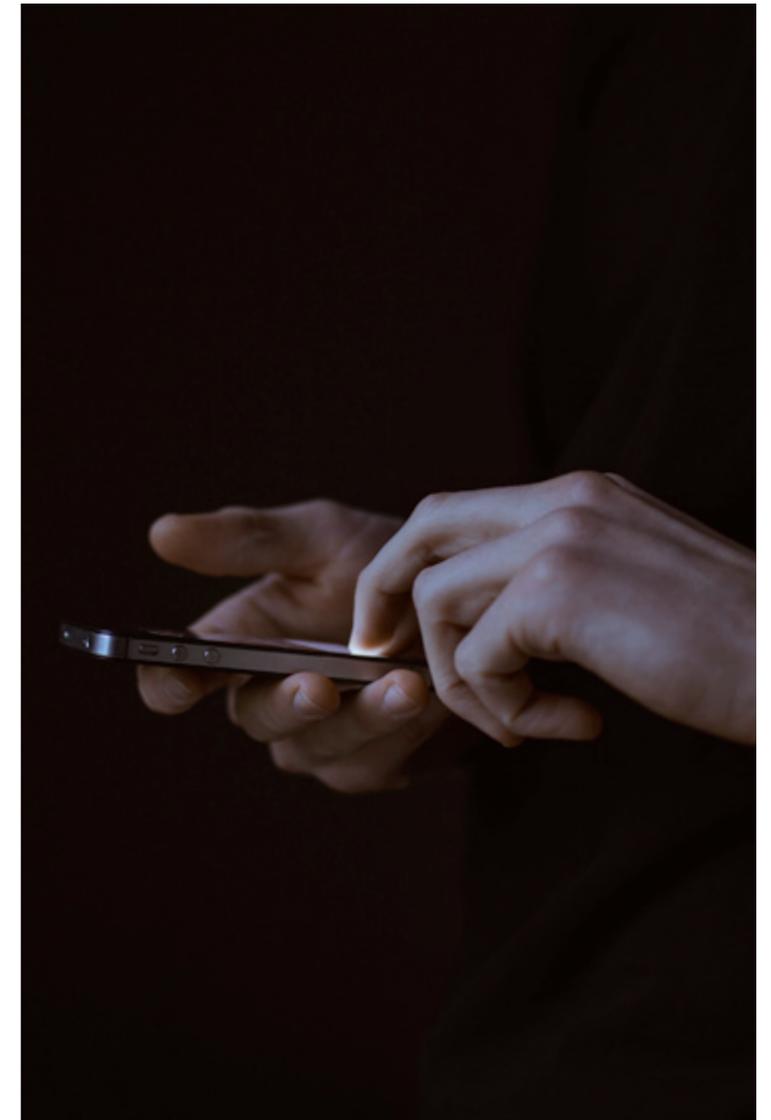
uso de sustancias sea parte de un patrón más amplio de problemas de conducta en la adolescencia, tales como las relaciones con los pares antisociales o participación en comportamientos violentos. Esto, a su vez, puede aumentar el riesgo de ser víctima de ciberacoso.

En relación con los problemas académicos, Tokunaga (2010) concluye que la cibervictimización produce en la víctima un descenso en su rendimiento académico, baja implicación en las tareas escolares, problemas de atención, dificultades de aprendizaje y absentismo escolar. Además de estos problemas académicos, las cibervíctimas tienen una percepción más negativa de la escuela y no confían en que los profesores sean capaces de ayudarles a solucionar el problema de victimización que están viviendo.

En consonancia con las conclusiones de la investigación de acoso tradicional, los estudios de ciberacoso transversales también han encontrado una asociación positiva entre la ansiedad social y cibervictimización. Las preocupaciones acerca de la evaluación de los demás, hace a los adolescentes más vulnerables a ser cibervíctimas. Un estudio longitudinal examinó las relaciones bidireccionales entre la cibervictimización y la ansiedad social entre los adolescentes, encontrándose una relación unidireccional, con lo que la ansiedad social predijo un aumento de la probabilidad posterior de cibervictimización, pero no al revés (van den Eijnden et al. 2014).

En la actualidad se está comenzando a investigar sobre las características de personalidad y psicopatológicas de los adolescentes que cumplen tanto el rol de cibervíctimas como de ciberagresores. En concreto, García-Maldonado et al. (2012) encontraron que para el rol de cibervíctimas-ciberagresores se consideró la hiperactividad como factor de riesgo, mientras que en el caso de las cibervíctimas “puras” el factor de riesgo eran los problemas emocionales. En definitiva, los adolescentes que simultanean la condición de ciberagresor y cibervíctima al mismo tiempo, son quienes perciben el impacto psicológico más negativo.

En conclusión, las cibervíctimas presentan sintomatología predominantemente internalizante como síntomas depresivos, pensamientos suicidas e intentos autolíticos, síntomas psicósomáticos, ansiedad social y problemas académicos. Los pocos estudios longitudinales aportan algo de luz sobre la predicción y/o causalidad de la psicopatología y la cibervictimización; depresión y abuso de sustancias como predictores de ser cibervíctima pero no como consecuencia de ello. En investigaciones futuras sería conveniente incrementar el número de estudios longitudinales para comparar los resultados de estos primeros estudios longitudinales y estudiar la predicción en aquellas variables psicopatológicas donde aún se desconoce.



© Gilles Lambert - Unsplash

3 Ciberagresores

Características de personalidad

Los ciberagresores, al igual que las cibervíctimas, son más inestables emocionalmente y menos responsables (Celik, Atak, Erguzen, 2012; Smith, 2015). Al tener una personalidad frágil y sensible, las personas emocionalmente inestables pueden tener defectos en la interacción social y sentirse solos. Por lo tanto, pueden tender a generar intimidación en entornos cibernéticos. De acuerdo con la investigación previa que subraya la relación negativa entre el uso de Internet y la responsabilidad, las personas responsables prefieren la interacción cara a cara y por tanto, presentan menor probabilidad de mostrar comportamientos de intimidación. Los ciberagresores difieren de las características de las cibervíctimas en las dimensiones de amabilidad y extraversión estableciéndose una relación negativa en estas dimensiones. Es probable que las personas extravertidas y agradables no realicen las acciones de intimidación en las plataformas de interacción cibernética. En relación con la amabilidad, Smith (2015) establece relaciones entre ciberagresión y menor honestidad-humildad.

La tríada oscura engloba tres dimensiones de personalidad (Maquiavelismo, Narcisismo y Psicopatía) que se relacionan con la aparición de ciberacoso.

Las personas con rasgos maquiavélicos son caracterizadas por comportamientos fríos y manipuladores y por participar en comportamientos negativos (agresiones físicas u otro tipo de agresiones) a fin de obtener y/o mantener influencia sobre los demás. Estos individuos también son más propensos a sospechar segundas intenciones de los demás. En relación con el ciberacoso, la manipulación del grupo social se puede lograr a través de amenazas relativamente anónimas de agresión en el mundo real (por ejemplo, amenazando con herir gravemente a la víctima en la vida real) o ciberagresión (por ejemplo, amenazando con publicar imágenes humillantes en una red social). Las personas altas en este rasgo pueden participar en el ciberacoso para consolidar, mantener o establecer su lugar dentro de su red social debido al relativamente bajo riesgo asociado a este tipo de comportamientos y potencialmente grande influencia en su red social.

Las personas con rasgos narcisistas, se caracterizan por tener sentimientos de grandiosidad, un sentido de derecho, dominio y superioridad sobre los demás. Los factores específicos de este rasgo se han relacionado con la agresión física, los comportamientos antisociales en *Facebook*, así como las conductas de acoso cibernético en adolescentes. Es posible que los individuos altos en narcisismo participen en prácticas de ciberacoso porque se sienten invulnerables socialmente (es decir, creen que su situación social es tal que hay un nivel relativamente bajo de riesgo social asociado a la conducta).

Y, por último, los rasgos asociados con la psicopatía subclínica incluyen alta impulsividad y la participación en conductas de búsqueda de emociones, así como bajos niveles de empatía y baja ansiedad social. La psicopatía subclínica se ha relacionado con el comportamiento tradicional de acoso en adultos, y los bajos niveles de empatía mostrados por estos individuos se relacionan con comportamientos agresivos reactivos y proactivos (Baughman, Dearing, Giammarco, y Vernon, 2012).

Recientes investigaciones han puesto de manifiesto que la tríada oscura de personalidad juega algún papel en las tendencias al ciberacoso (Godboy y Martin, 2015).

En relación con lo anterior, Kostas et al. (2012) estudiaron la relación entre el ciberacoso y la dureza emocional. Se encontraron relaciones con ser ciberagresor pero no se relacionó con ser cibervíctima. Los chicos que puntúan alto en dureza emocional tienden a reconocer peor las señales de angustia en los demás y no se preocupan por sus sentimientos. Además, el miedo y la angustia experimentado por las víctimas de ciberacoso es menos percibido en chicos con puntuaciones altas en dureza emocional.

Otro aspecto estudiado en la literatura previa es la moralidad en los ciberagresores. Menesini, Nocentini y Camodeca (2013) encontraron que la ausencia de aspectos morales, como la falta de culpabilidad, la desobediencia, la mezquindad y la falta de confiabilidad, predice la ciberagresión, resultados coincidentes con otros hallazgos que reivindican una desconexión moral más alta en ciberagresores.

Los factores sociocognitivos y socioafectivos como la autoestima, la empatía o la competencia social también son variables relacionadas con la ciberagresión. Tener baja autoestima, empatía y competencia social aumenta la probabilidad de participar como agresor en el ciberacoso (Brewer y Kerlake, 2015). Como decimos, las características de los ciberagresores pasan por la carencia de empatía y feedback en el agresor, al contar con menos claves socioemocionales de respuesta de la víctima cuando dirige su agresión y un menor grado de exposición del agresor al no tener que arriesgar nada para realizar las agresiones, realizándolas desde el otro lado de la pantalla y con cierto grado de anonimato e imprevisibilidad para la víctima. En cualquier caso, tal y como mencionábamos, el ciberagresor suele ser un adolescente que no tiene una escala de valores conforme a un código moralmente aceptable y en el que se instalan sin demasiada dificultad constantes como el abuso, el dominio, el egoísmo, la exclusión, el maltrato físico o la insolidaridad. Muchos de ellos se han socializado en entornos familiares sin pautas de educación moral, con modelos de ejercicio de autoridad desequilibrados, autoritarios, inexistentes o permisivos, o incluso, en modelos en los que los menores mismos han sido la autoridad, y que lo han generalizado abusivamente a otras situaciones. Sin embargo, también podemos encontrar entre los agresores a sujetos que han aprendido una doble conducta, en la que en determinadas situaciones despliegan un repertorio de habilidades sociales políticamente correctas, que les salvaguarda en las situaciones sociales en las que participan, pero que son capaces de actuar y mostrar su otra cara oculta tras el anonimato virtual, en un ejercicio de cinismo e insinceridad. Los entornos virtuales facilitan esos mecanismos haciendo posible que pueda desplegarse ese doble juego.

En conclusión, los rasgos de personalidad asociados a la ciberagresión son mayor inestabilidad emocional, menor responsabilidad, menor amabilidad y menor extraversión. Además, presentan rasgos de maquiavelismo, narcisismo y psicopatía (dureza emocional). Atendiendo a los factores sociocognitivos y socioafectivos, se encuentra que los ciberagresores son menos empáticos, menos competentes socialmente y tienen baja autoestima.

Psicopatología asociada

Al igual que la cibervictimización está asociada a ciertas características psicopatológicas, la ciberagresión también se relaciona con problemas psicopatológicos. En concreto, se asocia con hiperactividad, problemas de conducta, consumo de sustancias, y síntomas físicos como dolores de cabeza, dependencia a las tecnologías y problemas académicos (Garaigordobil, 2011; Sticca et al., 2013). Además de las relaciones con los problemas más externalizantes (comportamiento delincuente), en la literatura también se establecen relaciones con problemas más de corte internalizante, depresión, ansiedad, problemas de pensamiento y de atención así como mayores niveles de ansiedad social (Kowalski, Giumetti, Schroeder y Lattanner, 2014).

En relación con los trastornos de personalidad comórbidos, se ha encontrado que los trastornos de personalidad y los celos en las relaciones personales pueden aumentar la probabilidad de que las personas utilicen la agresión contra las demás personas. Stockdale, Coyne, Nelson y Erickson (2015) encontraron que niveles más altos de características del trastorno límite de la personalidad se asociaron con mayores niveles de ciberacoso. Los celos mediaron por completo la relación entre las características del trastorno límite de la personalidad y las conductas de acoso cibernético.

Por último, otros estudios han mostrado que los ciberagresores tienen más dificultades psicológicas y peor calidad de vida que el resto de adolescentes (Foodya, Samaraa y Carlbringb, 2015).

En conclusión, los ciberagresores presentan de forma prácticamente igual sintomatología externalizante como internalizante: hiperactividad, problemas de conducta, abuso de sustancias, dependencia de las tecnologías, problemas académicos, síntomas psicósomáticos, depresión, ansiedad, ansiedad social, problemas de pensamiento y de atención.

4 Conclusiones

Como se puede observar en la Tabla 1, las cibervíctimas y ciberagresores presentan perfiles de personalidad similares en cuanto a inestabilidad emocional, responsabilidad y autoestima. Sin embargo, presentan perfiles diferentes y contrapuestos en amabilidad (alta en cibervictimización frente baja en ciberagresión). En otros aspectos, se carece de estudios que comprueben dichas similitudes o diferencias.

Como se puede observar en la tabla 2, las cibervíctimas y ciberagresores comparten mucha sintomatología psicopatológica como la depresiva, la ansiosa, la psicósomática, abuso de sustancias y los problemas académicos. Sin embargo, en los otros síntomas psicopatológicos se desconoce la relación con la cibervictimización.

En general, se puede concluir que la literatura previa se centró más en el estudio de los ciberagresores que de las cibervíctimas.

Tal y como señalábamos en la introducción y tal y como observamos en las tablas 1 y 2, los roles entre ciberagresor y cibervíctima en el ciberacoso no están bien diferenciados, compartiendo determinados rasgos tanto de personalidad como psicopatológicos. Además, la mayoría de los participantes en el ciberacoso son tanto cibervíctimas como ciberagresores, por lo que consideramos que la investigación futura debería centrarse en conocer el perfil característico de este nuevo rol en el fenómeno de ciberacoso “ciberagresor-cibervíctima”. También sería conveniente incrementar el número de estudios longitudinales para estudiar la predicción en aquellas variables psicopatológicas donde aún se desconoce.

Entre las implicaciones prácticas de esta revisión bibliográfica cabe hacer hincapié en las consecuencias tan negativas que provoca el ciberacoso entre los menores por lo que es necesaria la participación activa del personal sanitario en su prevención. Los psicólogos y médicos en conjunto con enfermería pueden jugar un importante papel en la prevención y diagnóstico precoz del ciberacoso. En sus diversos niveles de actuación este personal se encuentra en una situación privilegiada para conseguirlo. Por una parte, pueden realizar activamente la prevención primaria y motivar a las familias a desarrollarla; por otra, pueden realizar

Tabla 1 Comparación de los trazos de personalidad entre cibervíctimas y ciberagresores

	CIBERVÍCTIMAS	CIBERAGRESORES
PERSONALIDAD	Inestabilidad emocional	Inestabilidad emocional
	Alta amabilidad	Baja amabilidad
	Baja responsabilidad	Baja responsabilidad
	Extraversión (resultados contradictorios)	Baja extraversión
	Baja autoestima	Baja autoestima
	Sin datos	Baja empatía
	Sin datos	Baja competencia social
	Aislamiento	Sin datos
	Ira interna y externa	Ira externa
	Sin datos	Triade oscura

Tabla 2 Comparación de los trazos psicopatológicos entre cibervíctimas y ciberagresores

	CIBERVÍCTIMAS	CIBERAGRESORES
PSICOPATOLOGÍA	Depresión	Depresión
	Pensamientos suicidas e intentos autolíticos	Sin datos
	Síntomas psicósomáticos	Síntomas psicósomáticos
	Ansiedad social	Ansiedad social
	Problemas académicos	Problemas académicos
	Sin datos	Problema de atención
	Sin datos	Problemas de pensamiento
	Abuso de sustancias	Abuso de sustancias
	Sin datos	Tecnodependencia
	Sin datos	Hiperactividad
Sin datos	Problemas de conducta	

una detección precoz y actuar en consecuencia y, en el caso de encontrarse frente a un ciberacoso consolidado, recomendar la implementación de actuaciones que minimicen los daños.

Este personal, además de sus acciones individuales para prevenir y detectar el ciberacoso, puede intervenir concienciando a la sociedad sobre su existencia, impulsando en su seno actividades preventivas y colaborando con los maestros en su prevención primaria. Los sanitarios, al igual que padres y educadores, deben procurar incrementar sus conocimientos sobre las tecnologías de la información y comunicación; solventando en cierta medida la brecha digital que les separa de las nuevas generaciones, los llamados «nativos digitales», y tener más elementos de juicio para valorar los aspectos positivos y negativos de estas tecnologías, el uso que los menores hacen de ellas, prevenir sus riesgos y detectar los daños que puedan ocasionar.



© Milada Vigerova - Unsplash

COMUNICACIÓN ORAL

ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS HABILIDADES DE ESCUCHA ACTIVA SOBRE UNA MUESTRA DE PROFESIONALES SANITARIOS

Bermúdez Míguez, S.

PSICÓLOGA CLÍNICA

✉ sabelabermig@gmail.com

García Fernández, J.

FEA PSICOLOGÍA CLÍNICA,
EOXI A CORUÑA

RESUMEN: Numerosos estudios evidencian la efectividad de los programas de habilidades de comunicación en los profesionales sanitarios, y relacionan la implementación de habilidades de comunicación propias de la escucha activa con beneficios en la atención sanitaria. Este trabajo tiene como objetivo principal definir y clasificar las habilidades de comunicación presentadas en un grupo de profesionales sanitarios. Para ello, se ha elaborado un cuestionario con distintas situaciones problema y recogido la producción de respuestas comunicativas de 34 profesionales pertenecientes a la Unidad de Rehabilitación de la Fundación Instituto San José de Madrid. Se compararon los porcentajes de producción ante distintas situaciones contextuales y distintos formatos de respuesta posibles. Los resultados reflejaron que la mayor parte de respuestas emitidas se podían clasificar como no empáticas frente a las respuestas empáticas, hallando diferencias significativas entre las mismas. ($P < 0,05$). Los resultados obtenidos, concuerdan con los hallados a lo largo de la bibliografía. Es de esperar, que la implementación de programas de habilidades de comunicación efectiva en el ámbito sanitario, mejore la puesta en práctica de las mismas y conlleve beneficios importantes en numerosas variables propias del proceso asistencial, incluyendo las relacionadas con el bienestar tanto del paciente, como del profesional sanitario.

PALABRAS CLAVE: Habilidades de comunicación, entrenamiento en habilidades de comunicación, profesionales de la salud.

ABSTRACT: Numerous studies shows how effective are communication skills training in health professional. These studies relate the active listening skills with benefits in health care. The main aim of this study is to define and to classify the communication skills presented in a group of health professionals. To that end, we have elaborated a questionnaire with different problem situations and we have collected the production of communicative answers from 34 professionals belonging to the rehabilitation unit from the "Fundación Instituto San José" from Madrid. The percentages of production from different categories was compared. The results showed that the majority of the given answers can be classified as non-empathic versus the empathic, finding significant differences between them. ($P < 0,05$). The obtained results are consistent with the results found in the scientific literature. It is expected that the implementation of communication skills training in the healthcare sector will improve the communication competency and the well-being both for the patient and the health professional

KEY WORDS: Communication skills, communication skills training, healthcare, health professional.

SUMARIO:

- 1 Introducción/Objetivos.
- 2 Material y método.
- 3 Muestra.
- 4 Instrumento.
- 5 Análisis de datos.
- 6 Resultados.
- 7 Conclusión/Discusión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Daniels, T. G. (2003). "Overview of research on microcounseling: 1967-present". En A. E. Ivey & M. B. Ivey (Eds.), *Intentional interviewing and counseling: Your interactive resource* [CD-ROM]. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole

Delvaux, N., Razavi, D., Marchal, S., Bredart, A., Farvacques, C., & Slachmuylder, J. L. (2004). "Effects of a 105 hours psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: a randomised study". *Br J Cancer*, 90(1), 106-114. doi:10.1038/sj.bjc.6601459

Evans, A. L. (2011). *A meta-analysis of pre-practicum counselor training in helping skills*. (AAI3424048). Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/869834638?accountid=17197> Retrieved from http://sfx.bugalia.org/aco?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&genre=dissertations+theses&sid=ProQ:PsycINFO&atitle=&title=A+meta-analysis+of+pre-practicum+counselor+training+in+helping+skills.&issn=&date=2011-01-01&volume=&issue=&page=&au=Evans,+Amelia+L.&isbn=9781124224220&jtitle=&bttitle=&rft_id=info:eric/&rft_id=info:doi/ PsycINFO database.

Ivey, A. E. (1994). *Intentional interviewing and counseling: Facilitating client development in a multicultural society* (3rd ed.): Thomson Brooks/Cole Publishing Co, Belmont, CA.

Moore, P. M., Rivera Mercado, S., Grez Artigues, M., & Lawrie, T. A. (2013). "Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer". *Cochrane Database Syst Rev*, 3, CD003751. doi:10.1002/14651858.CD003751.pub3

1

Introducción/Objetivos

El estudio de la efectividad de los programas de habilidades de comunicación en los profesionales de la salud, representa desde hace décadas un área importante de la investigación en este campo. Su utilidad en un contexto sanitario, se evidencia a través de la relación observada entre un empleo adecuado de estas habilidades de comunicación y distintas variables clínico-terapéuticas. La satisfacción de los usuarios y aumento de la adherencia terapéutica, la reducción de conflictos tanto interprofesionales como con los propios pacientes, así como el aumento de la percepción de autoeficacia y reducción del *burnout* por parte de los profesionales sanitarios, son claros ejemplos de la misma. La mayoría de los programas elaborados en este ámbito, aglutinan múltiples componentes interrelacionados entre sí (asertividad, toma de decisiones...) olvidándose de las habilidades básicas de comunicación, que conforman en muchos estudios el peso de la efectividad en el ámbito clínico. Hablamos en este caso, de los llamados factores comunes: las habilidades de escucha activa. En el presente estudio se expone como objetivo principal, definir y clasificar categorías comunicacionales¹ que puedan representar el concepto de escucha activa, en base a la evaluación de la producción de las mismas en un grupo de profesionales sanitarios.

“La mayoría de los programas elaborados en este ámbito, aglutinan múltiples componentes interrelacionados entre sí (asertividad, toma de decisiones...) olvidándose de las habilidades básicas de comunicación”

2

Material y método

Para poder llevar a cabo el análisis cualitativo de las habilidades de escucha activa empleadas por los profesionales sanitarios, se realizó en un primer momento una revisión sistemática en las bases de Datos Pubmed y PsycInfo a partir de las palabras clave *communication skills training and nurse or communication skills training nursing (debido a que la muestra empleada en el programa a diseñar será de profesionales de enfermería)*, revisándose todos los estudios encontrados hasta la fecha. Se llevó a cabo también una revisión de los artículos realizados en los últimos 10 años a través de las palabras clave: *communication skills training and professional health*.

3

Muestra

Partiendo de una población aproximada de 104 profesionales sanitarios correspondientes a las categorías de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Logopedia, Enfermería y Auxiliar de Enfermería pertenecientes al área de Rehabilitación del centro, y con una proporción de pérdidas estimada del 15%, el tamaño de muestra requerido para poder generalizar los resultados con un nivel de confianza del 95% y precisión de 5, es el de 28 personas. En nuestro estudio, el cuestionario de habilidades de comunicación fue administrado a 34 profesionales sanitarios de la Fundación Instituto San José de Madrid, pertenecien-

¹ Las denominaciones que se utilizarán en este trabajo, referentes a las categorías comunicacionales, como es el caso de respuestas empáticas y respuestas no empáticas o bloques comunicativos, hacen alusión a la clasificación que desarrollamos a partir del mismo.

tes al área de Rehabilitación y correspondientes a las categorías citadas con anterioridad. La edad media de los participantes fue de 30, 61 años ($S_x = 8,815$), siendo el 65,6% de la muestra mujeres y el 34, 4% hombres.

4 Instrumento

A partir de la revisión realizada y de las respuestas obtenidas en un estudio piloto, se definieron 12 categorías comunicativas en base al carácter empático de las mismas. Para la evaluación de estas categorías se creó y aplicó un cuestionario conformado por un total de 60 enunciados, que comprendían 30 *situaciones queja* vividas por terceras personas. Este cuestionario se desarrolló de manera que las distintas respuestas emitidas mostrasen la misma frecuencia de aparición. Los enunciados se presentaron por duplicado en función del formato de respuesta expuesto (libre vs múltiple). Además se realizó una división de los mismos en función del contexto en el que se producían (cotidiano vs hospitalario) y de la percepción del nivel de intensidad emocional que comprendían (leve, moderado o grave).

Se llevaron a cabo dos tipos de correcciones. Por un lado, se analizaron las respuestas producidas por los sujetos participantes, obteniendo la frecuencia de producción de las mismas en función de las habilidades definidas. A partir de estas se obtuvo un porcentaje de producción para las distintas categoría conformadas: un porcentaje de producción para las habilidades empáticas y otro para las habilidades no empáticas o bloqueos comunicativos. Por otro lado, se calificaron las respuestas en función de su cualidad comunicativa. A continuación se presenta un cuadro resumen que describe los criterios de puntuación y otro que ejemplifica las situaciones queja planteadas para cada una de las condiciones.

CORRECCIÓN CUANTITATIVA:

- En respuesta libre

Máximo 15 puntos en ámbito cotidiano + 15 puntos en ámbito hospitalario.

- En respuesta múltiple

Máximo 15 puntos en ámbito cotidiano + 15 puntos en ámbito hospitalario.

1 punto: respuesta empática

0,5 puntos: combinación respuestas empáticas y respuestas no empáticas

0 puntos: bloqueos o respuestas no empáticas

PUNTUACIONES OBTENIDAS:

Puntuación total respuestas libres

Puntuación total respuestas múltiples

Puntuación total ámbito cotidiano

Puntuación total ámbito hospitalario

RESPUESTA LIBRE

Ámbito cotidiano:

A continuación se exponen una serie de problemas o situaciones. Imagine que le ocurren a un familiar o amigo e intente responder de la forma más empática posible:

1. *Me despisté y se me quemó la comida otra vez.*

Ámbito hospitalario:

A continuación se presentan otros enunciados. Imagine que un paciente o familiar le transmite las siguientes quejas o problemas. Responda con una o dos frases de la forma más empática posible:

1. *Llevo más de 30 minutos esperando a que me atiendan en la sala de espera.*

RESPUESTA MÚLTIPLE

Ámbito cotidiano:

Ahora deberá responder a las situaciones expuestas anteriormente seleccionando de las siguientes, las que considere más empáticas:

1. *Me despisté y se me quemó la comida otra vez.*
- Si hablas por teléfono al mismo tiempo es muy probable que se te quemó la comida.*
 - Ya verás como para la próxima sale mejor.*
 - Te distrajiste cocinando.*
 - No tiene importancia.*

Ámbito hospitalario:

Ahora deberá responder a las situaciones expuestas anteriormente seleccionando de las siguientes, las que considere más empáticas:

1. *Llevo más de 30 minutos esperando a que me atiendan en la sala de espera.*
- Por lo menos no es nada grave.*
 - Parece que angustiarse no es la mejor opción.*
 - ¿Qué te pasó para tener que ir por urgencias?*
 - Estás cansado.*

5 Análisis de datos

En el análisis de datos se emplearon estadísticos descriptivos para cada una de las categorías definidas. Tras comprobar la normalidad de las variables empáticas y no empáticas en cada uno de los contextos establecidos, se aplicó la T de Student para muestras relacionadas. Se crearon gráficos de comparación para las distintas categorías, las pertenecientes al contexto y las relacionadas con el formato de respuesta empleado.

6 Resultados

El porcentaje de producción obtenido para las habilidades empáticas en el contexto hospitalario fue del 20,26%, en comparación con el obtenido en las no empáticas, que constituyó el 79,35% de las respuestas totales en este contexto. En el ámbito cotidiano, las habilidades de comunicación empáticas se produjeron un 21,37% de las ocasiones, en contraposición al 78,18% de las no empáticas (Ver Gráficos 1 y 2). El porcentaje de producción restante para cada uno de los contextos, pertenece a la categoría “otros”, conformada por respuestas no válidas o respuestas que no se pudieron clasificar en ninguna de las categorías definidas. Las diferencias observadas en ambos casos son significativas ($P < 0.05$) (Ver Tabla I)

GRÁFICO 1 Porcentaje de producción de respuestas en el contexto hospitalario para las categorías comunicativas empáticas y no empáticas

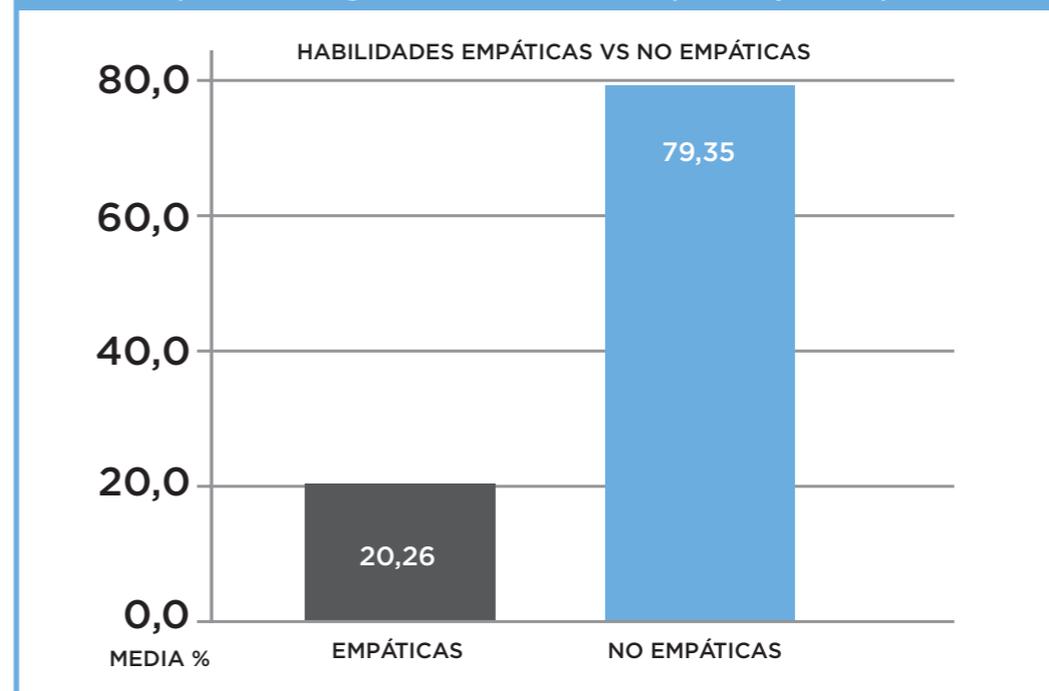


GRÁFICO 2 Porcentaje de producción de respuestas en el contexto cotidiano para las categorías comunicativas empáticas y no empáticas

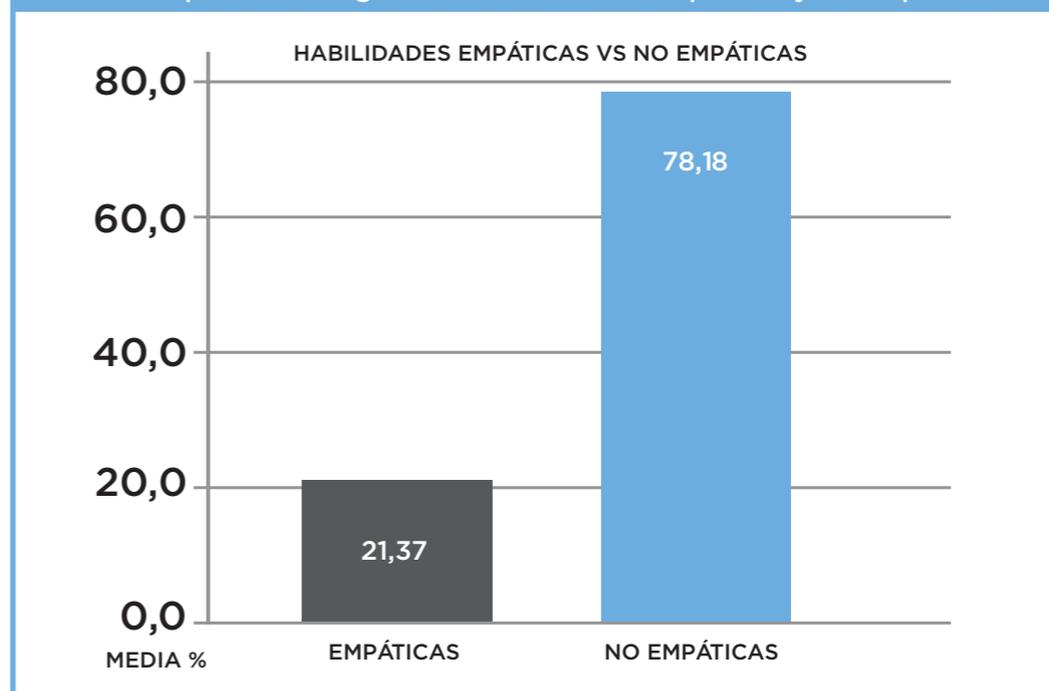
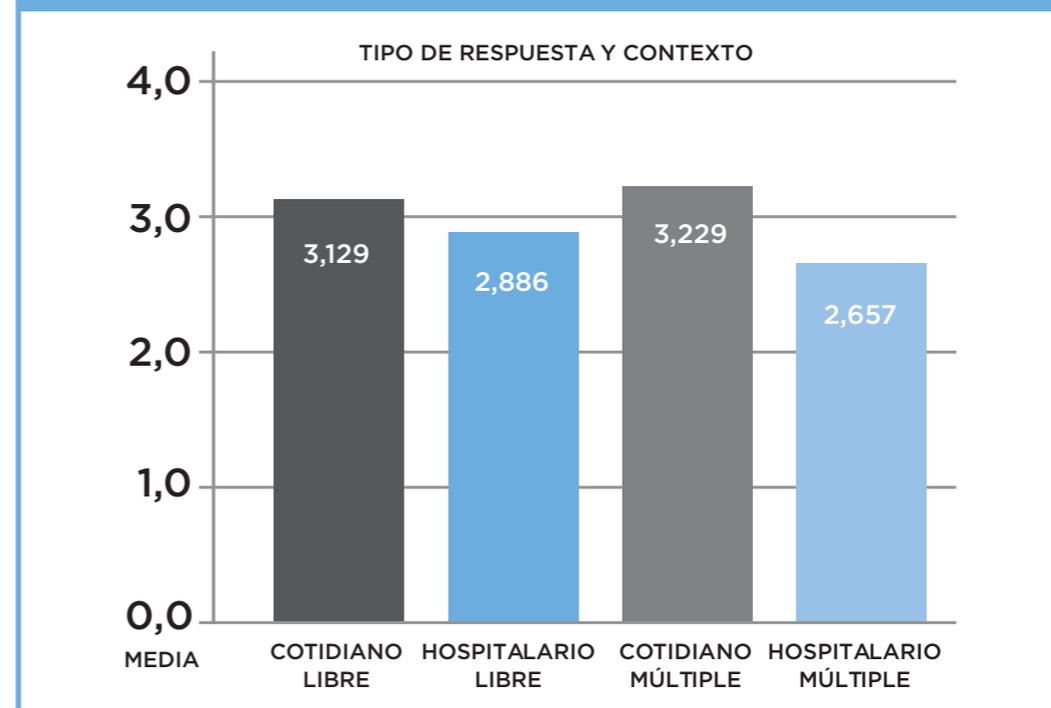


Tabla 1 Comparación de medias para el porcentaje de producción de habilidades empáticas y no empáticas en el ámbito cotidiano y hospitalario

		Diferencias pareadas					t	df	sig. (bilateral)
		Media	Desv. estándar	Error estándar media	95% fiabilidad intervalo de diferencia				
					Inferior	Superior			
PAR 1	EMPÁTICA / NO EMPÁTICA COTIDIANO	56,8086	24,47263	4,13663	-65,21524	-48,40196	13,733	34	,000
PAR 2	EMPÁTICA / NO EMPÁTICA HOSPITALARIO	59,0912	27,27093	4,60963	-68,45910	-49,72331	12,819	34	,000

Para la condición de “respuesta libre” se obtuvo una puntuación media de 6,015. Para la condición de “respuesta múltiple” la puntuación media obtenida fue de 5,886. Para los enunciados en “contexto hospitalario” la media de puntuaciones fue de 5,543 y para el “contexto cotidiano” de 6,358. (El máximo de puntuación en todos estos casos es de 30) A continuación se presenta un gráfico que resume las puntuaciones obtenidas para cada una de estas condiciones de manera aislada (El máximo de puntuación para las condiciones presentadas en el gráfico es de 15).

GRÁFICO 3 Puntuaciones de respuestas obtenidas para cada una de las condiciones



7 Conclusiones/Discusión:

En el presente estudio se evidencian diferencias significativas entre el porcentaje empleado de bloqueos comunicativos o respuestas no empáticas, y entre las habilidades de escucha activa o respuestas empáticas, siendo la primera categoría de respuestas altamente superior a las segunda. Por el contrario, no se observan diferencias con respecto a los distintos contextos definidos, es decir, el tipo de respuesta producida no se diferencia en función de la situación presentada. Por su parte, la capacidad para producir respuestas empáticas es en contra de lo esperado, similar a la capacidad para reconocerlas ante el mismo enunciado o situación queja.

A lo largo de la bibliografía se encuentran resultados similares a los obtenidos. Los profesionales sanitarios emplean de forma reducida las habilidades de escucha activa y por el contrario, un mayor número de bloqueos comunicativos. Tal como se exponía con anterioridad, son numerosos los estudios que evidencian la efectividad de programas de habilidades de comunicación en profesionales sanitarios, sin embargo la mayor parte, no definen el procedimiento empleado en la intervención y combinan múltiples variables de comunicación sin llegar a operativizarlas. A partir del presente trabajo, se pretende desarrollar un programa de habilidades de comunicación de formato multimedia, basado en habilidades básicas de escucha activa y comprobar la efectividad del mismo en profesionales del ámbito sanitario.

COMUNICACIÓN ESCRITA - PÓSTER

ANÁLISIS DE LA DEMANDA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE FERROL, 2014

Martínez Lamosa, E.

PSICÓLOGO INTERNO RESIDENTE III
EOXI DE FERROL

✉ edu.ml@hotmail.com

Díaz Sánchez, F.

PSICÓLOGO CLÍNICO
ASOCIACIÓN DE PADRES DE NIÑOS CON
PROBLEMAS PSICO-SOCIALES (ASPANEPS)

RESUMEN: Objetivo: describir las características de los usuarios, de la derivación y de la respuesta asistencial de un programa de atención a la salud mental infanto-juvenil. Método: se recogieron datos de las historias clínicas correspondientes al programa en el año 2014. Resultados: se observó una mayor presencia de pacientes de sexo masculino y de edad escolar, mayoritariamente derivados a consultas de Psicología Clínica para la valoración de problemas de conducta, TDAH, dificultades del aprendizaje o problemas afectivos. Conclusiones: un análisis de estas características permite un mayor conocimiento sobre la propia organización de la demanda y la respuesta asistencial.

PALABRAS CLAVE: Salud mental, infancia, adolescencia, demanda.

ABSTRACT: Objective: to describe the features of a child-adolescent mental health program: patients, referral and assistance provided. Method: data for the program development in 2014 were collected from clinical records. Results: a large number of male and school-aged patients was noted, mainly referred from paediatric services and addressed to clinical psychological assessment for behavioural problems, ADHD, learning disabilities or emotional problems. Conclusions: a better understanding of mental healthcare demand and assistance provided can be acquired by an analysis of this kind.

KEY WORDS: Mental health, childhood, adolescence, referral.

SUMARIO:

- 1 Introducción.
- 2 Material y método.
- 3 Resultados.
- 4 Conclusiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Agudo, F. V., Haro, J.G., Peón, A. G., Zabalza, A. P. & de la Viuda Suárez, M. E. (2015). "Análisis de la demanda en Salud Mental en el Principado de Asturias: Características de la demanda y respuesta asistencial". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34 (124), 741-752.

Dorado Primo, J. A., Balmón Cruz, C., Sarramea Crespo, F., Martínez Rodríguez, M., Sánchez Martínez, M., Casas Mata, L., Llaveró Fernández, E. & López Díaz, R. (2002). "Análisis de la demanda en el equipo de Salud Mental de Andújar: Evolución y estudio comparativo a los 20 años de apertura". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 22 (84), 141-154.

Pedreira Massa, J. L., Rodríguez-Sacristán, J. & Zaplana, J. (1992). "Diferencias sexuales en la demanda a servicios comunitarios de Salud Mental Infanto-Juvenil en un territorio de una comunidad autónoma española". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 12 (43), 275-282.

Valero, L. & Ruiz, M. A. (2003). *Evaluación de un servicio de Salud Mental: análisis de la demanda y datos epidemiológicos*.

Psiquis, 24 (1), 11-18.

1 Introducción

Un análisis del perfil de las/os pacientes, de la demanda y de la respuesta asistencial existentes puede aportar elementos de reflexión y planificación para los profesionales sanitarios, lo que se podría traducir en una mejor organización asistencial (incluyendo una mejora en los criterios de calidad en la derivación a las unidades especializadas) y una mayor calidad en la gestión de recursos para adecuarse a las necesidades de las/os posibles usuarias/os.

El presente estudio pretende describir el funcionamiento del Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil en la *Asociación de Pais de Niños con Problemas Psico-Sociales (ASPANEPS)* de Ferrol en el año 2014.

Por tanto, los objetivos de este estudio son:

- Describir las características socio-demográficas y clínicas de las/os usuarias/os.
- Caracterizar la derivación al programa en el año de estudio.
- Describir la respuesta asistencial de las/os profesionales implicadas/os en el programa.

2 Material y método

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo en la Asociación de Pais de Niños con Problemas Psico-Sociales (ASPANEPS) de Ferrol.

La muestra se compuso de todas/os aquellas/os usuarias/os derivadas/os por primera vez al Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de ASPANEPS a lo largo de todo el año 2014, y cuyas historias incluían todos los datos relevantes para el estudio (n = 420).

A partir de las historias clínicas y los volantes de derivación, se registró un total de 12 variables sociodemográficas y clínicas de las/os usuarias/os y sus familiares, variables relacionadas con la derivación y variables relacionadas con la respuesta asistencial.

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables registradas y aquí se presenta un resumen de las observaciones más relevantes.

ANÁLISIS DE LA DEMANDA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE FERROL 2014

Martínez Lamosa, E.; Díaz Sánchez, F.

Asociación de Pais de Niños con Problemas Psico-Sociales (ASPANEPS)



INTRODUCCIÓN

Un análisis de la demanda y de la respuesta asistencial puede aportar elementos de reflexión y planificación para los profesionales sanitarios, lo que se podría traducir en una mejor organización asistencial y una mayor calidad en la gestión de recursos para adecuarse a las necesidades de las/os usuarias/os.

El presente estudio pretende describir el funcionamiento del Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil en la Asociación de Pais de Niños con Problemas Psico-Sociales (ASPANEPS) de Ferrol en el año 2014.

- Los objetivos del presente estudio son:
- 1) Describir las características socio-demográficas y clínicas de las/os usuarias/os.
 - 2) Caracterizar la derivación al programa en el año de estudio.
 - 3) Describir la respuesta asistencial de las/os profesionales implicadas/os.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado un estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo en la Asociación de Pais de Niños con Problemas Psico-Sociales (ASPANEPS) de Ferrol.

La muestra se compuso de todas/os aquellas/os usuarias/os derivadas/os por primera vez al Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de ASPANEPS en 2014, y cuyas historias incluían todos los datos relevantes para el estudio (n = 420).

A partir de las historias clínicas y los volantes de derivación, se registró un total de 12 variables sociodemográficas y clínicas de las/os usuarias/os, variables relacionadas con la derivación y variables relacionadas con la respuesta asistencial.

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables registradas y aquí se presenta un resumen de las observaciones más relevantes.

LAS/OS USUARIAS/OS

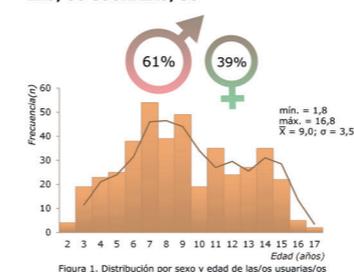


Figura 1. Distribución por sexo y edad de las/os usuarias/os

El 84,5% de la muestra procedía de un entorno urbano, el 13,3% era de procedencia semi-urbana y un 2,1% rural.

Un 11,2% tenían historia personal de inmigración.

El 30,2% de los padres de las/os usuarias/os estaban separados o divorciados, en el 4,0% de los casos había fallecido alguno de ellos y el 0,5% se encontraban ausentes por otros motivos; esta información no se pudo obtener en el 2,6% de los casos.

Antecedentes familiares	Porcentaje
Sin antecedentes familiares	37,6%
Depresión	21,2%
Antecedentes no especificados	18,8%
Trastornos de ansiedad	10,2%
Otros trastornos	3,3%
Abuso o dependencia de sustancias	2,9%
Trastornos psicóticos	1,7%
Trastornos del desarrollo	1,0%
Trastornos motores	0,7%
TDAAH	0,7%
Reacciones de estrés	0,5%
Trastornos de la personalidad	0,5%
Trastornos bipolares	0,2%
Trastornos de conducta	0,2%
Trastorno obsesivo-compulsivo	0,2%
Trastornos de la alimentación	0,2%
Total con antecedentes familiares	62,4%

Tabla 1. Antecedentes familiares en salud mental.

RESULTADOS

LA DERIVACIÓN

El 94,0% de las/os usuarias/os fueron derivadas/os desde Pediatría, el 3,8% desde algún médico especialista, el 1,9% desde la Unidad de Atención Temprana y el 0,2% desde los Servicios Sociales.



Figura 2. Tarea solicitada por el derivante



Figura 3. Profesional solicitado por el derivante



Figura 4. Principales motivos de derivación.

El 10,7% de las/os usuarias/os tenían un diagnóstico establecido previo a la derivación a ASPANEPS.

LA RESPUESTA ASISTENCIAL

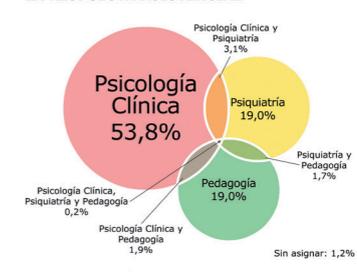


Figura 5. Asignación de los casos por profesional en ASPANEPS.

CONCLUSIONES

Al igual que en otras investigaciones previas con población infanto-juvenil, en nuestro estudio se constata una mayor presencia de pacientes de sexo masculino, en edad escolar y procedencia urbana, y que éstos suelen ser derivados desde Pediatría y mayoritariamente atendidos en consultas de Psicología Clínica.

Como se ha constatado en estudios similares, los problemas de conducta y emocionales se encuentran entre los motivos de derivación más frecuentes, no así el TDAAH. Creemos que sería interesante analizar esta discrepancia en un futuro.

Otras investigaciones han señalado que la demanda de tratamiento en servicios especializados puede depender de factores sociodemográficos y culturales de los pacientes, de la información que tengan sobre los trastornos mentales y su tratamiento, de la oferta asistencial y de la accesibilidad a ésta. Este estudio abre la posibilidad de analizar la relación entre este tipo de variables.

Consideramos que este trabajo aporta información útil y plantea futuras líneas de investigación que permitirán una mejor organización asistencial y una mayor calidad en la gestión de recursos en la atención a la salud mental infanto-juvenil en el Área Sanitaria de Ferrol.

Contacto:

eduardo.martinez.lamosa@sergas.es
francisco.aspaneps@mundo-r.com

REFERENCIAS

- Agudo, F. V., Haro, J. G., Peón, A. G., Zabalza, A. P., & de la Viuda Suárez, M. E. (2015). Análisis de la demanda en Salud Mental en el Principado de Asturias: Características de la demanda y respuesta asistencial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34 (124), 741-752.
- Dorado Prieto, J. A., Salmeán Cruz, C., Serrano Crespo, F., Martínez Rodríguez, M., Sánchez Martínez, M., Casas Mata, L., Llavero Fernández, E., & López Díaz, R. (2002). Análisis de la demanda en el equipo de Salud Mental de Andújar: Evolución y estudio comparativo a los 20 años de apertura. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 22 (84), 141-154.
- Pedreira Neaza, J. I., Rodríguez-Soriano, J., & Zabazo, J. (1992). Diferencias sociales en la demanda a servicios comunitarios de Salud Mental Infanto-Juvenil en un territorio de una comunidad autónoma española. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 12 (43), 275-282.
- Valero, L., & Ruiz, M. A. (2003). Evaluación de un servicio de Salud Mental: análisis de la demanda y datos epidemiológicos. *Psiquis*, 24 (1), 11-1.

Póster premiado en las XX Jornadas de Psicología y Salud del COPG

© Martínez Lamosa, E. y Díaz Sánchez, F.

3 Resultados

Las personas usuarias

El 61% de los usuarios eran de sexo masculino, frente a un 39% de sexo femenino, con edades comprendidas entre los 1,8 y los 16,8 años (. La mayoría de las/os usuarias/os se situaba en un rango de edad situado entre los 6 y los 9 años.

Un 84,5% de la muestra procedía de un entorno urbano, el 13,3% era de procedencia semi-urbana y un 2,1% rural. El 11,2% de las/os usuarias/os habían nacido en el extranjero.

Con respecto a la situación familiar, el 30,2% de los padres y madres de las/os usuarias/os estaban separados o divorciados, en el 4% de los casos había fallecido alguno de ellos y el 0,5% se encontraban ausentes por otros motivos; esta información no se pudo obtener en el 2,6% de los casos.

En cuanto a la existencia de antecedentes familiares (de primero o segundo grado) de problemas de salud mental, se observó lo siguiente (tabla 1).

La derivación

El 94% de las/os usuarias/os fueron derivadas/os desde Pediatría, el 3,8% desde algún médico especialista, el 1,9% desde la Unidad de Atención Temprana de Ferrol y el 0,2% desde los Servicios Sociales.

En el 14,3% de los volantes de derivación no se solicitaba ninguna tarea asistencial concreta; en aquellos otros en los que sí se explicitaba la tarea, era para demandar la valoración del caso (82,4% del total de la muestra), psicoterapia (1,9%), tratamiento farmacológico (0,7%) u otras tareas (0,7%). Por otra parte, en el 67,4% de los casos no se derivaba a ningún profesional en concreto, mientras que sí se solicitaban específicamente consultas de Psicología Clínica en el 28,1%, de Logopedia en el 2,6%, de Psiquiatría en el 1,4% y de Psicopedagogía en el 0,5%.

En cuanto a los principales motivos de derivación, tal y como constaban en los volantes, se observó lo siguiente (figura 1, página siguiente).

Por otra parte, el 10,7% de las/os usuarias/os que entraron en el programa tenían un diagnóstico psicopatológico establecido previamente a su derivación a ASPANEPS.

Tabla 1 Antecedentes familiares en salud mental

SIN ANTECEDENTES FAMILIARES	37,6%
CON ANTECEDENTES FAMILIARES	62,4%
Trastornos depresivos	21,2%
Trastornos de ansiedad	10,2%
Abuso o dependencia de sustancias	2,9%
Trastornos psicóticos	1,7%
Trastornos generales del desarrollo	1,0%
Trastornos motores	0,7%
Trastornos hipercinéticos	0,7%
Trastornos adaptativos o por estrés	0,5%
Trastornos de la personalidad	0,5%
Trastornos bipolares	0,2%
Trastornos de conducta	0,2%
Trastorno obsesivo-compulsivo	0,2%
Trastornos de la alimentación	0,2%
Otros trastornos	3,3%
Antecedentes no especificados	18,8%

La respuesta asistencial

El 53,8% de las/os pacientes fueron atendidas/os exclusivamente en consultas de Psicología Clínica, el 19% en consultas de Psiquiatría y otro 19% en consultas de Pedagogía. Algunos usuarios recibieron asistencia combinada por parte de varios profesionales: Psicología Clínica y Psiquiatría (3,1%), Psicología Clínica y Pedagogía (1,9%), Psiquiatría y Pedagogía (1,7%) o la combinación de las tres opciones asistenciales (0,2%).

4 Conclusiones

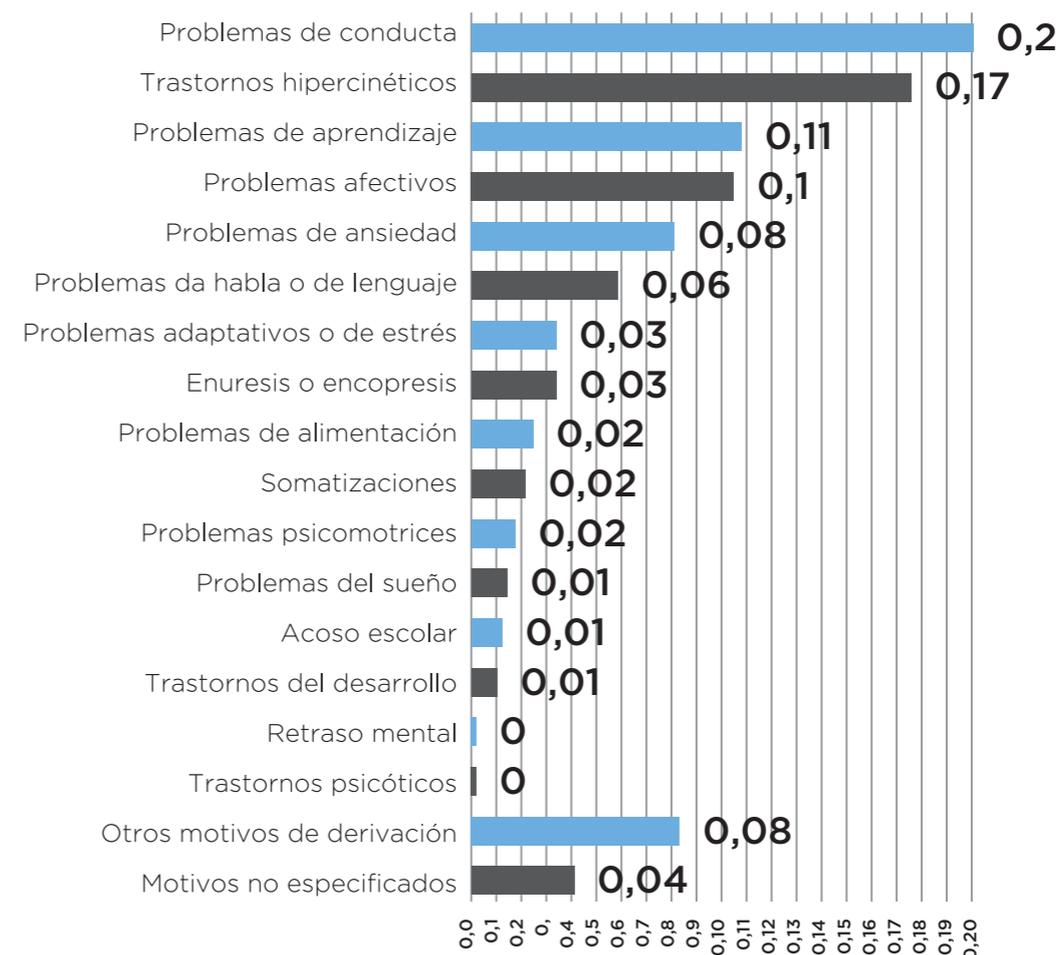
Al igual que en otras investigaciones previas con población infanto-juvenil, en nuestro estudio se constata una mayor presencia de pacientes de sexo masculino, de edad escolar y procedencia urbana, y que éstos suelen ser derivados desde Pediatría y mayoritariamente atendidos en consultas de Psicología Clínica.

Como se ha constatado en estudios similares, los problemas de conducta y emocionales se encuentran entre los motivos de derivación más frecuentes. No obstante, el TDAH se ha mostrado en este análisis como la segunda principal causa de derivación, al contrario de lo que se venía reportando en décadas anteriores en la literatura científica sobre la demanda asistencial en pacientes menores. Creemos que sería interesante analizar esta discrepancia en un futuro.

Otras investigaciones han señalado que la demanda de tratamiento en servicios especializados puede depender de factores sociodemográficos y culturales de los pacientes, de la información que tengan sobre los trastornos mentales y su tratamiento, de la oferta asistencial y de la accesibilidad a ésta. Este estudio abre la posibilidad de analizar la relación entre este tipo de variables.

Consideramos que este trabajo aporta información útil y plantea futuras líneas de investigación que permitirán una mejor organización asistencial y una mayor calidad en la gestión de recursos en la atención a la salud mental infanto-juvenil en el Área Sanitaria de Ferrol.

FIGURA 1 Principales motivos de derivación



OBJECTIVO DE LA PUBLICACIÓN

El *Anuario* fue, y es, una publicación abierta. Nace con el propósito de dar voz y oído, de invitar a la reflexión de los que escriben y de los que leen, sobre temas de interés para la Psicología Clínica. Cada número se vertebra sobre un tema central, enfocado desde diversos ángulos, incluyendo áreas de conocimiento ajenas a la propia, pero que pueden aportar nuevos mapas.

PERIODICIDAD DE LA PUBLICACIÓN

Publicación de carácter anual.

AUTORES DE LOS ARTÍCULOS DEL MONOGRÁFICO

Los artículos serán solicitados a los autores por parte del Equipo de Redacción del *Anuario*, los textos deben ser originales y el estilo será libre, siguiendo el objetivo general marcado por el Equipo.

La EXTENSIÓN máxima será de 15 folios, letra Times New Roman, tamaño 12, interlineado sencillo.

La ESTRUCTURA del artículo será la siguiente:

- Título
- Autor, lugar de trabajo e e-mail de contacto.
- Resumen (150 palabras) en español o gallego y en inglés.
- Palabras clave: entre 3 y 5, en español o gallego y en inglés.
- Bibliografía estilo APA: mínimo de 5 referencias y máximo de 20.

ANUARIO ABIERTO: CASOS CLÍNICOS

Se incluirán descripciones de uno o más casos clínicos que supongan una aportación al conocimiento de la psicopatología o de la intervención psicoterapéutica.

La EXTENSIÓN máxima del texto será de 6 páginas, letra Times New Roman, tamaño 12, interlineado sencillo.

La ESTRUCTURA del Caso Clínico deberá ser la siguiente:

- Título.
- Nombre y apellidos de los autores, centro de trabajo y un e-mail de contacto.
- Resumen (150 palabras): en gallego o en español, y en inglés.
- Palabras clave: entre 3 e 5, en gallego o en español, y en inglés.
- Introducción.
- Datos sociodemográficos.
- Motivo de consulta.
- Objetivos.
- Intervención.
- Conclusiones.
- Referencias bibliográficas: según la normativa de la APA, con un mínimo de 5 y un máximo de 20 referencias bibliográficas.

ANUARIO ABIERTO: COMUNICACIONES LIBRES

Se incluirán trabajos originales en los que se describan trabajos de investigación o revisiones teóricas de temáticas psicológicas, desde un punto de vista clínico o asistencial.

La EXTENSIÓN máxima del texto será de 15 páginas, letra Times New Roman, tamaño 12, interlineado sencillo.

La ESTRUCTURA de la Comunicación Libre deberá ser la siguiente:

- Título.
- Nombre y apellidos de los autores, centro de trabajo y un e-mail de contacto.
- Resumen (150 palabras): en gallego o español, y en inglés.
- Palabras clave: entre 3 e 5, en gallego o español, y en inglés.
- Introducción.
- Conclusiones.
- Referencias bibliográficas: según la normativa de la APA, con un mínimo de 5 y un máximo de 20 referencias bibliográficas.

**Nº9 Revista Oficial de la
Sección de Psicología
y Salud del COPG**

Colegio Oficial de Psicología de Galicia
Espiñeira, 10 bajo
15706 Santiago de Compostela
Tfno.: 981 534049 Fax: 981 534983
www.copgalicia.es
copgalicia@cop.es