

CADERNOS DE PSICOLOXÍA

33

MAIO 2011 | 10 €

TRATAMENTO DA DEPRESIÓN: INTERVENCIÓNS,
CUSTOS, INTERESES E NEGOCIO

OS PSICÓLOGOS NAS CATÁSTROFES
VISTOS A TRAVÉS DA PRENSA ESCRITA

OS INSTRUMENTOS DO CONTRAMOVEMENTO
(«BACKLASH»): A PRETENDIDA SÍNDROME
DE ALIENACIÓN PARENTAL

AS PERSOAS CON TRANSTORNOS
DO ESPECTRO AUTISTA E AS SÚAS
FAMILIAS: QUE MUDOU EN 40 ANOS?

DELINCUENCIA SEXUAL, PSICOPATÍA
E AS MEDIDAS DE INTERVENCIÓN

ENTREVISTAS: AMPARO BELLOCH
FUSTER E XAVIER SARDIÑA AGRAS

XENTE DE AQUÍ: VIQUEIRA (1888)
E O SEU PLAN PARA A PSICOLOXÍA

PORTABERTA: MIQUEL SIGUAN
I SOLER. IN MEMORIAM



CADERNOS DE PSICOLOXÍA

33

MAIO 2011

**CONSELLO EDITORIAL /
XUNTA DO GOBERNO DO COPG:**

Mª Rosa Álvarez Prada

Decana

Hipólito Puente Carracedo

Vicedecano

Concepción Fernández Fernández

Secretaria

Mª Concepción Prado Álvarez

Vicesecretaria

Miguel A. Chouza Ponte

Tesoureiro

José Luis Domínguez Rey

Ana Mª Fieira Nogareda

Antonio González Fernández

Ana Isabel Martínez Arranz

Eva Muíño Gómez

José Manuel Oreiro Blanco

Concepción Rodríguez Pérez

Víctor Manuel Torrado Oubiña

Vogais

CONSELLO DE REDACCIÓN:

Víctor Manuel Torrado Oubiña

Director

Felisa Balboa Cardoso

Rocío García Calvo

Alejandra Garralón Comesaña

José Manuel Oreiro Blanco

José Manuel Sabucedo Cameselle

TRADUCCIÓN

María Gómez Díaz

REDACCIÓN E ADMINISTRACIÓN:

Mª Teresa Santamónica Fernández

Raquel Martínez Mosquera

Eva Blanco Ferreira

Mónica Figueira Rial

DESEÑO E MAQUETACIÓN:

Uqui ||||| Cebra

Imprime:

ISSN: 0213-5973

D.L.: C-900-1997

ORIXINAIS

09. Tratamento da depresión: intervencións, custos, intereses e negocio
José Eduardo Rodríguez Otero
27. Os psicólogos nas catástrofes vistos a través da prensa escrita
Ana Isabel Martínez Arranz
51. Os instrumentos do contramovemento («backlash»):
A pretendida síndrome de alienación parental. **Sonia Vaccaro**
69. As persoas con Transtornos do Espectro Autista e as súas familias:
Que mudou en 40 anos? **Manuel García Fernández, Juan Carlos
Fernández Méndez, Montserrat Durán Bouza e Ana M.^a Martínez Díez**
79. Delincuencia sexual, psicopatía e as medidas de intervención
Vicente Garrido Genovés

ENTREVISTAS

90. Amparo Belloch Fuster, por **Rocío Calvo**
96. Xavier Sardiña Agra, por **Rocío Calvo**

XENTE DE AQUÍ

101. Viqueira (1886-1924) e o seu plan para a psicoloxía
Helio Carpintero

PORTABERTA

113. Miquel Siguan i Soler. In Memoriam. **José Manuel Pazos Riveiro**
117. Normas de publicación



EDITORIAL

A PERCEPCIÓN DA INCERTEZA

SEGURAMENTE NON SORPRENDERÍA A NINGUÉN SE AFIRMASE que estamos en crise. E non só a nivel social e económico, como é obvio e por todos sabido, con todos os adxectivos especificativos posibles: financeira, das pensións, laboral, do estado de benestar... Previamente, vivimos tamén nos últimos anos situacións críticas, conflitivas e cambiantes para a psicoloxía, tanto do punto de vista profesional como colexial. Foi obxecto de crise cuase-cismática o status legal e profesional que confería o título de psicoloxía coa consolidación do novo de psicoloxía clínica, cuxas repercusións continúan a nos afectar hoxe en día. Con respecto á organización colexial, continúa a ser obxecto de debate o nivel e alcance da representación dos diferentes colexios autonómicos no novo Consello Xeral de Colexios Oficiais de Psicólogos, momento que se pode considerar punto de inflexión en canto ao futuro.

Con este vocábulo proveniente do latín *crisis*, por súa vez do grego κρίσις, referímonos principalmente a unha conxuntura de cambios en calquera aspecto dunha realidade organizada mais inestábel. Os cambios críticos sempre teñen algún grao de incerteza, xa sexa con respecto á súa reversibilidade, xa con respecto á súa profundidade e implicacións. Mais se entendemos a crise como cambio e incerteza e recoñecemos que estes aspectos forman parte da existencia humana individual, da historia das civilizacións e até da propia evolución, que ten de diferente precisamente este momento e estas circunstancias? Ou desde outro punto de vista, acaso non estamos sempre en crise? Pois ben, sen rexeitar de todo a hipótese da cotidianidade da crise ou da crise permanente, creo que se intensificou e xeneralizou a **percepción da incerteza** á que aludíamos hai un momento. Con todas as implicacións que esta definición construtivista ten, resulta esencial, pois, sentirse ameazado nalgún aspecto para «estar en crise».

Aínda que este novo número dos *Cadernos* non representa un monográfico, na realidade preséntanse algúns traballos que poderían ser considerados neste contexto conxuntural. Así, nun contexto de crise do sistema sanitario, mentres o gasto farmacéutico parece dispararse sen que nin «os xenéricos» se atrevan a frealo, tratamentos psicolóxicos avalados para a depresión han de competir cos poderosos intereses económicos das compañías farmacéuticas que non sempre van parellas cos intereses dos pacientes nin da sociedade no seu conxunto. José Eduardo Rodríguez aborda con lucidez neste número este espiñoso asunto.

Ana Martínez Arranz revisa a imaxe social reflectida nos medios de comunicación dos psicólogos que se dedican á atención de persoas en situación de emerxencia ou catástrofe.

Outra situación crítica e frecuente reflíctea a ruptura dunha relación de parella, unha de cuxas consecuencias máis lamentábeis é a utilización, (mal)intencionada ou non, dos fillos no conflito. Neste contexto, Sonia Váccaro analiza exhaustivamente o polémico concepto da Síndrome de Alienación Parenteral.

Por outra parte, o diagnóstico de autismo nun fillo ou filla representa un exemplo de cambio na vida dos pais e da familia que se ve tipicamente ameazada. Manuel García e colaboradores, da Universidade da Coruña, constatan a evolución que os pais de nenos e nenas autistas percibiron con respecto á detección precoz e diagnóstico do transtorno e das repercusións na vida diaria das familias.

Por último, Vicente Garrido precisa o concepto de delincuencia sexual e as súas manifestacións, achegándonos os últimos achados da investigación sobre a rehabilitación destes suxeitos segundo as súas diferentes características.

Na sección Porta Aberta, M. Pazos dedica unha breve e merecida reseña *in memoriam* ao mestre e pioneiro Miquel Siguan. Probabelmente non reparemos niso, mais habemos de recoñecer que poucas profesións experimentaron un progreso similar á nosa que, en boa medida, pode cualificarse de vertixinoso. E unha figura chave neste proceso foi Siguan, que co seu compromiso ético e intelectual constitúe todo un referente que axudou a conformar o status actual da psicoloxía en España.

=====

CON ESTE
VOCÁBULO
PROVENIENTE
DO LATÍN 'CRISIS',
REFERÍMONOS
PRINCIPALMENTE
A UNHA
CONXUNTURA
DE CAMBIOS EN
CALQUERA
ASPECTO DUNHA
REALIDADE
ORGANIZADA
MAIS INESTÁBEL

=====

OS CAMBIOS
CRÍTICOS
SEMPRE TEÑEN
ALGÚN GRAO
DE INCERTEZA,
XA SEXA CON
RESPECTO Á SÚA
REVERSIBILI-
DADE, XA CON
RESPECTO Á SÚA
PROFUNDIDADE
E IMPLICACIÓNS

Da mesma maneira, aproveitamos para incluír as entrevistas a Amparo Belloch Fuster e a Javier Sardiña Agra que a nosa compañeira Rocío García Calvo realizou no contexto do importante I Congreso Galego de Psicoloxía Clínica que tivo lugar en Santiago no ano pasado.

En Xente de Aquí, recréase a figura de Xoán Vicente Viqueira, «o primeiro que estivo a punto de ser un verdadeiro psicólogo en España» (en palabras do autor do artigo, Helio Carpinteiro), unha personalidade visionaria e tamén un talento malogrado prematuramente para a nosa disciplina.

Desde o Consello de Redacción dos *Cadernos* esperamos, como sempre, que estes artigos levanten interese e resulten de utilidade, recordando o noso desiderátum inicial de que a revista reúna simultaneamente rigor e participación activa por parte dos profesionais aos que vai dirixida. Este será, con certeza, o empeño do renovado Consello de Redacción que xa conta motores para esta nova andaina que comeza para os *Cadernos*.

Víctor M. Torrado Oubiña
Director de *Cadernos de Psicoloxía*



TRATAMENTO DA DEPRESIÓN: INTERVENCIÓNS, CUSTOS, INTERESES E NEGOCIO

José Eduardo Rodríguez Otero

Unitat de Rehabilitació Hospitalària. Institut Pere Mata
Hospital de Día do Centro Sociosanitario Residencia Monterols
Estrada do Institut Pere Mata s/n. 43206 Reus (Tarragona)
jos_edu_rod@yahoo.es

RESUMO A depresión é un dos transtornos máis prevalentes, investigados, avaliados e tratados no ámbito da saúde mental. As Guías Clínicas sustentan a validez empírica de intervencións psicoterapéuticas e psicofarmacolóxicas para o tratamento da depresión, polo que profesionais e empresas dispensan estes servizos e lúcranse por iso. Os antidepressivos, á cabeza da lista, proporcionan á industria farmacéutica millóns de euros en beneficios e son só unha pequena parte do mercado que explotan estas empresas.

Este artigo estuda os tratamentos validados para a depresión, os seus custos e a implicación que teñen na facturación das grandes empresas farmacéuticas. Así mesmo, estúdanse outros factores que fan que estas empresas estean entre as que lideran a economía mundial.

PALABRAS CHAVE depresión, psicoterapia, psicofarmacoloxía, guías de práctica clínica, industria farmacéutica

ABSTRACT Depression is one of the most prevalent disorders, investigated, evaluated and treated in the field of Mental Health. Clinical guidelines support the empirical validity of psychotherapeutic and psychopharmacological interventions for the treatment of depression, so professionals and companies providing these services and profit by them. Antidepressants, in the lead, providing the pharmaceutical industry millions of euros in profits and they are only a small part of the market that these companies operate.

This article studies validated treatments for depression, their costs and the implication they have on the revenues of the major pharmaceutical companies. Also covers others factors that make these companies are among those leading the world economy.

KEY WORDS: depression, psychotherapy, psychopharmacology, practice guidelines, drug industry

INTRODUCCIÓN

A depresión é un dos transtornos máis estudados no campo da saúde mental. Isto é debido á súa prevalencia e aos custos humanos, sociais e económicos que implica. A Organización Mundial da Saúde (OMS) asegura que na actualidade hai máis de 121 millóns de persoas que sofren este transtorno (só o 25% ten acceso aos denominados tratamentos efectivos para a depresión) e estiman que no ano 2020 será a segunda causa de discapacidade despois das doenzas cardiovasculares (Murray e López, 1997).

Ao sufrimento inherente ao padecemento da depresión, vai unido o impacto que ten nas dinámicas familiares, nos medios laborais (a baixa laboral media dunha persoa con depresión é de 11 días cada seis meses fronte aos 2-3 días doutras doenzas) (Lepine, Gastpar, Mendlewicz e Tylee, 1997) e nos recursos económicos dos afectados e dos provedores de servizos de saúde. Millóns de euros son investidos anualmente en investigar, avaliar e tratar esta doenza con resultados que distan de seren satisfactorios.

Desde os medios sanitarios inténtase dar resposta a este fenómeno a través do estudo

da eficacia que teñen diversos tratamentos na abordaxe deste transtorno. Este artigo estuda os custos destes tratamentos, co convite para unha reflexión sobre o verdadeiro impacto que teñen e os diferentes intereses económicos que se manifestan por tras deles e outros similares na área da saúde mental.

RESUMO DAS PROBAS EMPÍRICAS DISPOÑÍBEIS

As probas empíricas comentadas a continuación, extráense de dúas fontes documentais: a Guía para a depresión do National Institute for Clinical Excellence, NICE (2004), e a *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto* (Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, 2008).

A Guía NICE contempla cinco niveis de recomendación de práctica terapéutica:

- A. Baseado no nivel I de evidencia (meta-análise de ensaios clínicos aleatorizados ou, cando menos, un ensaio clínico aleatorizado).
- B. Baseado nos niveis II ou III de evidencia (estudos clínicos ben feitos mais non alea-

torizados) ou extrapolado desde o nivel I de evidencia.

- C. Baseado no nivel IV de evidencia (informes ou opinións de comités de expertos e/ou a experiencia clínica de autoridades respectábeis).

GPP. Recomendado como boa práctica baseándose na experiencia clínica do Grupo de Desenvolvemento da Guía Clínica.

N. Evidencia extraída da Guía de Avaliación Tecnolóxica NICE.

A Guía NICE para a depresión fai cinco recomendacións: A, 25 B, 74 C, 15 GPP e 9 N. As recomendacións A ou baseadas no nivel I de evidencia son:

- En pacientes cun episodio depresivo maior, moderado ou severo, débese continuar cos antidepressivos, polo menos durante seis meses tras a remisión.
- Débense utilizar antes os Inhibidores Selectivos da Recaptación da Serotonina (ISRS) que os tricíclicos, debido ao seu menor número de efectos secundarios.
- Se se cambia a mirtazapina, débese ter en conta que pode producir sedación e aumento de peso.
- Se se cambia a moclobemida, é necesario retirar totalmente os antidepressivos antes prescritos.
- En depresión crónica, débese ofrecer a combinación de Terapia Cognitivo Condutual (TCC) individual e medicación antidepressiva.

Con excepción da última, na que tamén se inclúe o tratamento psicoterapéutico, todas as recomendacións A fan referencia a los psicofármacos. Estas guías, para alén destas dúas intervencións, tamén estudan outras como a terapia electroconvulsiva (TEC), a auto-axuda guiada, o exercicio físico, a acupuntura e a herba de San Xoán.

Psicoterapia

A psicoterapia para os trastornos depresivos ten, como máximo, un nivel de recomendación B. A psicoterapia de elección para a depresión moderada, grave ou resistente é a cognitivo-condutual realizada por profesionais con experiencia. A terapia interpersonal tamén se mostrou eficaz, aínda que as melloras son máis lentas que co tratamento con antidepressivos. Se as terapias individuais de elección non conseguiron os seus obxectivos e o usuario ten parella estábel, recoméndanse entre 15 e 20 sesións de terapia de parella durante un período de cinco a seis meses.

Da mesma maneira, é recomendábel que unha depresión leve sexa abordada cun tratamento psicolóxico breve específico de seis a oito sesións durante 10-12 semanas, mentres que a depresión moderada-grave precisa tratamento psicolóxico en 16-20 sesións durante cinco meses.

Baseándose en meta-análises ou ensaios clínicos aleatorizados recoméndase a combinación, fronte á intervención por separado, de tratamentos psicolóxicos e farmacolóxicos en depresións graves ou crónicas.

Psicofármacos

O tratamento psicofarmacolóxico é o que maior sustento empírico ten entre os estudados para a depresión. Hai máis investigacións que o amparan, e de mellor calidade.

Os psicofármacos están indicados en depresións moderadas, graves, crónicas e resistentes. Non así para as depresións leves, nas que ofrecen un ratio risco-beneficio pobre.

O uso de fármacos antidepressivos mellora a depresión moderada e grave, polo que representan un tratamento de primeira liña. É importante ter en conta que por volta dun 38% de pacientes non responden ao tratamento con antidepressivos tras 6-12 semanas, e o 54% non chegan nunca á remisión. De todas as manei-

ras, segundo a Guía NICE, en casos de depresión moderada debe ofrecerse intervención farmacolóxica antes que psicoterapéutica. En graves ou crónicas, como se sinalou anteriormente, recoméndase a combinación.

Os fármacos de elección son os ISRS. En segunda liña están os antidepressivos tricíclicos e os antidepressivos de nova xeración.

O risco de recorrencia en depresión maior é alto, a metade dos pacientes teñen un novo episodio despois de sufrir o primeiro, o 70% despois de dous e o 90% despois de tres (Institute for Clinical Systems Improvement ICSI, 2004). Por iso, as guías recomendan manter a pauta de antidepressivos, cando menos, durante seis meses tras a remisión do primeiro episodio. Se fose o segundo episodio, un ano; e se fose o terceiro, dous anos.

Terapia electroconvulsiva

A guía NICE considera que a TEC debe considerarse como unha alternativa terapéutica en pacientes con depresión maior grave do adulto e con depresión resistente. É unha técnica segura e os seus efectos secundarios sobre a memoria son habitualmente leves e transitorios.

En oposición, Greenhalgh, Knight, Hind, Beverly e Walters (2005) aseguran que non se coñecen os efectos cognitivos a longo prazo desta técnica. Ademais, as análises custo-beneficio non lanzan resultados esclarecedores, xa que aínda non se puido relacionar a súa efectividade clínica coas melloras na calidade de vida.

Por iso, a Guía NICE conclúe que, como os riscos e beneficios do TEC non están claramente establecidos, non se recomenda como unha terapia de mantemento en doenzas depresivas.

Auto-axuda guiada

Os expertos (recomendación C ou nivel IV de evidencia) sinalan que para pacientes con

depresión leve, poderíase considerar a auto-axuda baseada en conceptos derivados da TCC durante 6-9 semanas, que incluíría un seguimento por parte dun profesional que revisase os progresos e os resultados. Advirten, porén, que aínda que se trata dunha técnica efectiva á hora de reducir os síntomas da depresión leve-moderada, non se coñece o seu efecto a longo prazo.

Exercicio físico

Os expertos recomendan exercicios estruturados e supervisados, de intensidade moderada, de dúas a tres veces por semana, durante 40-45 minutos e ao longo de 10-12 semanas. Aseguran que o paciente deprimido que realiza un exercicio regular consegue mellorar a súa autoestima e un mellor e maior apoio entre os seus semellantes, o que acaba por favorecer as relacións no seu ambiente.

Acupuntura

As probas científicas dispoñíbeis non permiten recomendar a acupuntura como tratamento da depresión maior.

Herba de San Xoán

Existen incertezas sobre a dose apropiada e poden aparecer problemas pola diversidade da natureza dos preparados existentes e as súas interaccións con outros fármacos. As Guías Clínicas, por iso, non recomendan o uso da Herba de San Xoán para o tratamento da depresión.

CUSTO DOS TRATAMENTOS ESTUDADOS EMPIRICAMENTE

O custo dos tratamentos sinalados anteriormente pode oscilar en función da zona en que se realice, o criterio do terapeuta e os custos

relacionados coa mercadotecnia sanitaria. Nas seguintes liñas farase unha estimación destes, xustificando as fontes sobre as que se calculan.

Psicoterapia

Anualmente, o Diario Oficial de Galicia (DOG) establece as tarifas dos servizos sanitarios prestados nos centros dependentes do Servizo Galego de Saúde e nas fundacións públicas sanitarias (Decreto 164/2008 de 17 xullo). No ano 2008 estipula que o custo dunha primeira consulta de psicoloxía é de 61,40 € e as consultas sucesivas 30,70 €. Segundo as guías clínicas, o tratamento dunha depresión leve consta de seis a oito sesións de psicoterapia, polo que o seu prezo oscila entre 214,9 € e 276,3 €. Son necesarias entre 16 e 20 sesións para intervir nunha depresión moderada-grave, polo que esta intervención custa entre 521,9 € e 644,7 €.

Psicofármacos

O custo dos psicofármacos aparece no Medimecum que se edita cada ano (Varios Autores, 2008). Neste artigo reproducirase o valor dun tratamento con ISRS en 2008. Cada principio activo ten diferentes presentacións comerciais en función do laboratorio que o fabrica e o seu contido en miligramos. Dentro da multitude de presentacións comerciais que teñen os ISRS estudamos o custo dos analizados na *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto* (2008). Igualmente, estudaremos o custo dos tratamentos xenéricos.

SE TEMOS EN CONTA QUE OS FÁRMACOS DEBERÍAN CONSIDERARSE UN BEN NECESARIO, SORPRENDE QUE SEXA O SECTOR QUE MAIOR RENDEMENTO TEN SOBRE AS VENDAS

Os prezos do tratamento en psicofármacos calculouse sobre unha base dunha intervención de cinco meses (co obxectivo de poder comparar o prezo coa psicoterapia) máis os períodos de mantemento que se recomendan na Guía NICE: seis meses para un primeiro episodio depresivo; un ano para o segundo; e dous anos para o terceiro. Desta maneira, o prezo mínimo estímase se se computa o prezo deste fármaco durante este tempo a doses mínimas terapéuticas, mentres que o máximo contempla o mesmo proceso con doses máximas. As táboas 2, 3, 4, 5, 6 e 7 reflicten o custo dos tratamentos para a depresión con citalopram, escitalopram, fluoxetina, paroxetina, sertralina e fluvoxamina respectivamente.

Desta maneira, os tratamentos psicofarmacolóxicos para a depresión máis baratos para o primeiro episodio, en doses máximas, son o

TÁBOA 1. CUSTOS ESTIMADOS PARA A PSICOTERAPIA DA DEPRESIÓN

Gravidade	Sesións	Custo
Leve	6-8	214,9 – 276,3 €
Moderada – Grave	16 – 20	521,9 – 644,7 €

TÁBOA 2. CUSTOS ESTIMADOS DO TRATAMENTO ANTIDEPRESIVO CON CITALOPRAM

Mercado	Laboratorio	Dose	Prezo caixa	Prezo día mín.	Prezo día máx.	Total mín.	Total máx.	Total mín. 1r	Total máx. 1r	Total mín. 2r	Total máx. 2r
Citalopram											
Ratiopharm EFG (comprimidos 20 mg. caixa 14)	Ratiopharm España	20/40/60	8,87 €	0,633	1,899	208,89 €	626,67 €	534,89 €	1.604,66 €	1.091,93 €	3.275,78 €
Citalopram											
Ratiopharm EFG (comprimidos 20 mg. caixa 28)	Ratiopharm España	20/40/60	15,95 €	0,57	1,71	188,10 €	564,30 €	481,65 €	1.444,95 €	983,25 €	2.949,75 €
Prisdal (28 comprimidos 30 mg.)	Almirall	20/40/60	31,85 €	0,758	2,274	250,14 €	750,42 €	640,51 €	1.921,53 €	1.307,55 €	3.922,65 €

TÁBOA 3. CUSTOS ESTIMADOS DO TRATAMENTO ANTIDEPRESIVO CON ESCITALOPRAM

Mercado	Laboratorio	Dose	Prezo caixa	Prezo día mín.	Prezo día máx.	Total mín.	Total máx.	Total mín. 1r	Total máx. 1r	Total mín. 2r	Total máx. 2r
Essertia 10 mg. caixa 28	Almirall	10/20	23,93 €	0,855	1,71	282,15 €	564,30 €	722,48 €	1.444,95 €	1.474,88 €	2.949,75 €
Essertia 15 mg. caixa 28	Almirall	10/20	35,89 €	0,855	1,71	282,15 €	564,30 €	722,48 €	1.444,95 €	1.474,88 €	2.949,75 €
Essertia 20 mg. caixa 28	Almirall	10/20	47,85 €	0,855	1,71	282,15 €	564,30 €	722,48 €	1.444,95 €	1.474,88 €	2.949,75 €

TÁBOA 4. CUSTOS ESTIMADOS DO TRATAMENTO ANTIDEPRESIVO CON FLUOXETINA

Mercado	Laboratorio	Dose	Prezo caixa	Prezo día mín.	Prezo día máx.	Total min.	Total máx.	Total min. 1r	Total máx. 1r	Total min. 2r	Total máx. 2r
Fluoxetina Ratiopharm EFG cápsulas 20 mg. caixa 14	Ratiopharm España	20/80	3,50 €	0,25	1	82,50 €	330,00 €	211,25 €	845,00 €	431,25 €	1.725,00 €
Fluoxetina Ratiopharm EFG cápsulas 20 mg. caixa 28	Ratiopharm España	20/80	6,65 €	0,237	0,948	78,21 €	312,84 €	200,27 €	801,06 €	408,83 €	1.635,30 €
Fluoxetina Ratiopharm EFG comprimidos 20 mg. caixa 14	Ratiopharm España	20/80	8,07 €	0,576	2,304	190,08 €	760,32 €	486,72 €	1.946,88 €	993,60 €	3.974,40 €
Fluoxetina Ratiopharm EFG comprimidos 20 mg. caixa 28	Ratiopharm España	20/80	15,92 €	0,569	2,276	187,77 €	751,08 €	480,81 €	1.923,22 €	981,53 €	3.926,10 €
Prozac comprimidos 20 mg. caixa 14	Dista S. A. E.	20/80	11,35 €	0,811	3,244	267,63 €	1.070,52 €	685,30 €	2.741,18 €	1.398,98 €	5.595,90 €
Prozac comprimidos 20 mg. caixa 28	Dista S. A. E.	20/80	22,71 €	0,811	3,244	267,63 €	1.070,52 €	685,30 €	2.741,18 €	1.398,98 €	5.595,90 €
Prozac sobres 20 mg / 5 ml. caixa 140 ml	Dista S. A. E.	20/80	13,00 €	0,464	1,856	153,12 €	612,48 €	392,08 €	1.568,32 €	800,40 €	3.201,60 €
Prozac cápsulas 20 mg. caixa 28	Dista S. A. E.	20/80	13,00 €	0,464	1,856	153,12 €	612,48 €	392,08 €	1.568,32 €	800,40 €	3.201,60 €
Prozac semanal cápsulas 90 mg. caixa 4	Dista S. A. E.	20/80	20,14 €	0,719	0,719	237,27 €	237,27 €	607,56 €	607,56 €	1.240,28 €	1.240,28 €

TÁBOA 5. CUSTOS ESTIMADOS DO TRATAMENTO ANTIDEPRESIVO CON PAROXETINA

Mercado	Laboratorio	Dose	Prezo caixa	Prezo día mín.	Prezo día máx.	Total mín.	Total máx.	Total mín. 1r	Total máx. 1r	Total mín. 2r	Total máx. 2r
Paroxetina Ratiopharm 20 mg. comprimidos, caixa 14	Ratiopharm España	20/50	11,97 €	0,855	2,1375	282,15 €	705,38 €	722,48 €	1.806,19 €	1.474,88 €	3.687,19 €
Paroxetina Ratiopharm 20 mg. comprimidos, caixa 28	Ratiopharm España	20/50	22,54 €	0,805	2,0125	265,65 €	664,13 €	680,23 €	1.700,56 €	1.388,63 €	3.471,56 €
Paroxetina Ratiopharm 20 mg. comprimidos, caixa 56	Ratiopharm España	20/50	41,21 €	0,736	1,84	242,88 €	607,20 €	621,92 €	1.554,80 €	1.269,60 €	3.174,00 €
Seroxat 20 mg. comprimidos, caixa 14	Glaxo SmithKline	20/50	14,07 €	1,005	2,5125	331,65 €	829,13 €	849,23 €	2.123,06 €	1.733,63 €	4.334,06 €
Seroxat 20 mg. comprimidos, caixa 28	Glaxo SmithKline	20/50	28,13 €	1,005	2,5125	331,65 €	829,13 €	849,23 €	2.123,06 €	1.733,63 €	4.334,06 €
Seroxat 20 mg. comprimidos, caixa 56	Glaxo SmithKline	20/50	56,28 €	1,005	2,5125	331,65 €	829,13 €	849,23 €	2.123,06 €	1.733,63 €	4.334,06 €
Frosinor 20 mg. comprimidos, caixa 14	Novartis	20/50	14,07 €	1,005	2,5125	331,65 €	829,13 €	849,23 €	2.123,06 €	1.733,63 €	4.334,06 €
Frosinor 20 mg. comprimidos, caixa 28	Novartis	20/50	28,13 €	1,005	2,5125	331,65 €	829,13 €	849,23 €	2.123,06 €	1.733,63 €	4.334,06 €
Frosinor 20 mg. comprimidos, caixa 56	Novartis	20/50	56,28 €	1,005	2,5125	331,65 €	829,13 €	849,23 €	2.123,06 €	1.733,63 €	4.334,06 €

TÁBOA 6. CUSTOS ESTIMADOS DO TRATAMENTO ANTIDEPRESIVO CON SERTRALINA										
Mercado	Laboratorio	Dose	Prezo caixa	Prezo día mín.	Prezo día máx.	Total mín.	Total máx.	Total mín. 1r	Total máx. 1r	Total mín. 2r máx. 2r
Besitran comp. 50 mg. caixa 30	Pfizer	50/200	29,40 €	0,98	3,92	323,40 €	1.293,60 €	828,10 €	3.312,40 €	1.690,50 € 6.762,00 €
Besitran comp. 100 mg. caixa 30	Pfizer	50/200	43,80 €	0,73	2,92	240,90 €	963,60 €	616,85 €	2.467,40 €	1.259,25 € 5.037,00 €
Besitran gotas 20mg/ml. frasco 60 ml	Pfizer	50/200	25,40 €	1,058	4,232	349,14 €	1.396,56 €	894,01 €	3.576,04 €	1.825,05 € 7.300,20 €
Sertralina Ratiopharm EFG 50 mg. (30 comp.)	Ratiopharm España	50/200	14,78 €	0,493	1,972	162,69 €	650,76 €	416,59 €	1.666,34 €	850,43 € 3.401,70 €
Sertralina Ratiopharm EFG 100 mg. (30 comp.)	Ratiopharm España	50/200	23,42 €	0,39	1,56	128,70 €	514,80 €	329,55 €	1.318,20 €	672,75 € 2.691,00 €

TÁBOA 7. CUSTOS ESTIMADOS DO TRATAMENTO ANTIDEPRESIVO CON FLUVOXAMINA										
Mercado	Laboratorio	Dose	Prezo caixa	Prezo día mín.	Prezo día máx.	Total mín.	Total máx.	Total mín. 1r	Total máx. 1r	Total mín. 2r máx. 2r
Dumirox 100 mg. 30 comprimidos	Duphar	50/300	14,72 €	0,245	1,47	80,85 €	485,10 €	207,03 €	1.242,15 €	422,63 € 2.535,75 €
Dumirox 50 mg. 30 comprimidos	Duphar	50/300	7,35 €	0,245	1,47	80,85 €	485,10 €	207,03 €	1.242,15 €	422,63 € 2.535,75 €
Fluvoxamina Sandoz 100 mg. 30 comprimidos	Sandoz Farmacéutica	50/300	12,10 €	0,202	1,212	66,66 €	399,96 €	170,69 €	1.024,14 €	348,45 € 2.090,70 €
Fluvoxamina Sandoz 50 mg. 30 comprimidos	Sandoz Farmacéutica	50/300	6,84 €	0,228	1,368	75,24 €	451,44 €	192,66 €	1.155,96 €	393,30 € 2.359,80 €

Prozac semanal cápsulas de 90 mg. (237,27 €), a Fluoxetina Ratiopharm EFG cápsulas de 20 mg., caixa de 28 (312,84 €) e Fluvoxamina Sandoz 100 mg. 10 comprimidos (399,96 €). Mentres que os máis caros son: Besitran gotas 20 mg/ml, frasco de 60 mg. (1.396,56 €); Prozac comprimidos de 20 mg., caixa de 14 (1.070,52 €); e Prozac comprimidos de 20 mg., caixa de 28 (1.070,52 €). O prezo medio destes tratamentos, en dose máximas é de 696,49 €. A estes prezos habería que acrecentarlle o custo das consultas dos especialistas que receitan. En 2008, segundo o DOG, o prezo dunha primeira consulta de psiquiatría era de 129,40 € e as revisións 43,13 €; unha primeira consulta do médico de primaria custa 61,40 € e as seguintes 30,70 €.

Terapia electroconvulsiva

Ackerman, Unutzer, Greenland e Gitlin (2002) aseguran que os custos da terapia electroconvulsiva varían bastante en función do estado e da dispoñibilidade para a súa administración. No entanto, estiman que custa entre 300 e 800 dólares cada sesión, isto inclúe diversos custos hospitalarios e os salarios dos psiquiatras e os anestesistas. Ademais din que son oito o número medio de sesións para intervir sobre unha depresión, polo que o custo final oscila entre 2400 e 6400 dólares (entre 1793,18 € e 4781,64 € co cambio realizado a día 6 de xaneiro de 2009).

Auto-axuda guiada

A auto-axuda é un dos métodos máis accesíbeis economicamente para intervir sobre a depresión. É recomendábel unha intervención entre seis e nove semanas. Se durante este tempo a persoa usuaria le, ao menos, tres libros de auto-axuda, a unha media de 15 € cada un, son 45 €. Se lle sumamos dúas consultas do profesional para monitorizar o progreso do tratamento, o custo total é de 137,1 €.

Exercicio físico

O prezo do exercicio físico é difícil de estimar, xa que as múltiples posibilidades que este ofrece fai que os intervalos posíbeis de prezos sexan tan amplos que non facilitan ningunha información.

Acupuntura

Os prezos do tratamento da acupuntura oscilan entre 25 e 50 euros en función do profesional, e o número de sesións sería entre 5 e 10, en función do problema que se vaia tratar. Polo que o prezo está entre 125 e 500 euros.

Herba de San Xoán

Finalmente, a Herba de San Xoán é un método barato que ten diversas presentacións. Para un tratamento que dura entre catro e seis semanas en formato cápsulas oscila entre 29 e 44,1 euros, mentres que en infusións custa entre 12,39 e 18,58 euros.

Resumo

Como se observa na táboa 8, os tratamentos que teñen menor respaldo empírico (Herba de San Xoán, acupuntura e auto-axuda) son máis baratos, a excepción da TEC que é o método máis caro a pesar de non ser recomendada polas Guías Clínicas. Entre os métodos con

ENTRE OS MÉTODOS CON
MAIOR SOPORTE EMPÍRICO,
A PSICOTERAPIA É MÁIS BARATA
QUE OS PSICOFÁRMACOS

maior soporte empírico, a psicoterapia é máis barata que os psicofármacos.

Nesta mesma liña, Dobson et al. (2008) estudaron o custo comparativo de tres tratamentos para a depresión: activación condutual, terapia cognitiva e medicación antidepressiva. Concluíron que a medicación antidepressiva é máis barata que as outras dúas durante os dez primeiros meses de tratamento. Porén, isto muda a partir dese mes debido a que o custo dos fármacos antidepressivos é constante polas súas altas taxas de recaída mentres que o da activación condutual e a terapia cognitiva estabilízase aos catro meses.

Á vista do anterior podemos asegurar que o tratamento da depresión move grandes cifras de facturación. Tendo en conta as altas taxas de recaídas asociadas cos psicofármacos (a metade dos pacientes teñen un novo episodio despois de sofrer o primeiro, o 70% despois de dous e o 90% despois de tres –Institute for Clinical Systems Improvement ICSI, 2004–), as empresas que os subministran teñen neles unha boa fonte de negocio que, unida á comercialización doutros fármacos para diversas doenzas físicas, as convierten nun sector dos máis puxantes dentro da economía mundial.

SITUACIÓN DAS FARMACÉUTICAS NO PANORAMA ECONÓMICO MUNDIAL

A revista *Fortune* (*Fortune*, 2008) é coñecida pola publicación de ránkings de riqueza, mellores compañías para traballar e todo tipo de estudos relacionados co mundo das finanzas. Publica anualmente a relación das 500 empresas con maior facturación mundial (desde o ano 2004, as 1.000). Para describir a situación das farmacéuticas na realidade económica mundial, analizarase a clasificación realizada pola revista *Fortune* nos anos 2002 e 2008.

No ano 2002, as cinco empresas que máis facturaron (datos en millóns de dólares) foron: Walt-Mart Stores (219.812), Exxon Mobil (191.581), General Motors (177.260), Ford Motor (162.412) e Enron (138.718). A farmacéutica que máis facturou foi Merck (47.715) na posición 24, seguida de Johnson & Johnson (33.004) no 47 e de Pfizer (32.259) no 49. Na táboa 9 pódense ver as posicións destas e doutras empresas do sector farmacéutico nesta clasificación.

En 2008 as empresas con maior facturación foron: Walt-Mart Stores (378.799), Exxon Mobil (372.824), Chevron (210.783), General Motors (182.347) e Conoco Phillips (178.558). A empresa farmacéutica con maior facturación foi Johnson & Johnson (61.095) na posición 35. A táboa 10 reflicte a posición e a facturación das farmacéuticas segundo a clasificación da revista *Fortune*.

O Dr. Pablo García Estévez, profesor da Universidad Complutense de Madrid e do Colegio Universitario de Estudios Financieros (CUNEF), fixo unha análise comentada da clasificación publicada pola revista *Fortune* sobre as 500 empresas con maior facturación en 2002 (Estévez, 2003). Nela, analiza as cifras destas empresas segundo diferentes criterios. Un deles é o rendemento sobre as vendas, a relación entre a cifra de vendas e os beneficios. O sector que maior rendemento ten so-

TÁBOA 8.
PREZO DOS TRATAMENTOS
PARA UN PRIMEIRO EPISODIO
DEPRESIVO

1. Exercicio físico	?
2. Herba de San Xoán	12,39 – 44,1 €
3. Auto-axuda guiada	137,1 €
4. Acupuntura	125 – 500 €
5. Psicoterapia	521,9 – 644,7 €
6. Psicofármacos	696,49 €
7. Terapia	1.793,18 –
Electroconvulsiva	4.781,64 €

bre as vendas é o farmacéutico, situándose tres empresas entre as cinco primeiras do mundo (táboa 11).

Se temos en conta que os fármacos deberían considerarse un ben necesario, sorprende que sexa o sector que maior rendemento ten sobre as vendas. En 2008 as cifras diminúen, sendo o rendemento sobre as vendas dalgunhas das empresas farmacéuticas o seguinte: Wyeth (20,6%), Johnson & Johnson (17,3%), Pfizer (16,8%), Eli Lilly (15,8%), Abbot (13,9%), Merck (13,5%) e Bristol-Myers

(10,8%). O rendemento sobre as vendas de Microsoft en 2008 é do 27,5%, e de Oracle do 23,7%.

En resumo, as empresas farmacéuticas teñen un mercado que non se esgota, máis ben poténciase, por cuestións demográficas, sanitarias, sociais e culturais, converténdose en grandes empresas a nivel mundial tanto en facturación como en beneficios. O elevado rendemento sobre as vendas tamén as sitúa como un dos negocios máis lucrativos na actualidade. Mais, como conseguen esas cifras?

TÁBOA 9. POSICIÓN E FACTURACIÓN NA CLASIFICACIÓN
DA REVISTA *FORTUNE* EN 2002

Nome	Posición	Facturación (en millóns de dólares)
Merck	24	47.715
Johnson & Johnson	47	33.004
Pfizer	49	32.259
Bristol Myers Squibb	96	21.717
Wyeth	157	203,1
Eli Lilly	253	122,3
Abbot Laboratories	320	88,1

TÁBOA 10. POSICIÓN E FACTURACIÓN NA CLASIFICACIÓN
DA REVISTA *FORTUNE* EN 2008

Nome	Posición	Facturación (en millóns de dólares)
Johnson & Johnson	35	61.095
Pfizer	47	48.418
Abbot Laboratories	96	25.914
Merck	101	24.197
Wyeth	113	22.399
Bristol-Myers Squibb	125	19.977
Eli Lilly	133	18.633
Amgen	173	14.771
Schering-Plough	212	12.690

TÁBOA 11. AS CINCO EMPRESAS CON MAIOR RENDEMENTO
■■■■■■■■■■ SOBRE AS VENDAS EN 2002

Nome	Posición	Rendemento sobre as vendas
Microsoft	1	29%
Bristol-Myers Squibb	2	24,2%
Pfizer	3	24,1%
Eli Lilly	4	24,1%
Oracle	5	23,6%

FONTES DE FACTURACIÓN E VÍAS DE CRECIMIENTO. O «DISEASE MONGERING»

A principal fonte de facturación e beneficios das empresas farmacéuticas é a venda de produtos necesarios para a saúde. O desenvolvemento deste campo trouxo innegábeis avances no mundo sanitario, social e cultural, aumentando a esperanza e a calidade de vida. As empresas farmacéuticas promoveron este avance máis alá da elaboración e distribución dos seus produtos; tamén colaboran con centros sanitarios e universitarios na investigación e desenvolvemento de novas tecnoloxías que repercuten directamente na saúde do individuo.

As empresas farmacéuticas incrementan, ademais, as súas fontes de facturación coa venda de produtos non tan necesarios. A mediados da década de 2000, desenvólvese unha corrente crítica de traballos que expresa o seu malestar con respecto ao funcionamento das empresas farmacéuticas e denuncian o negocio que se está a tecer coa saúde das persoas. Á volta do concepto de «disease mongering» (de difícil tradución, entre inventar e esaxerar doenzas), xorden traballos como os de Philippe Pignarre (2005), *El gran secreto de la industria farmacéutica*; o da antiga directora do *New England Journal of Medicine*, Marcia Angell (2006) *La verdad sobre las compañías*

farmacéuticas. *Cómo nos engañan y qué hacer con ello*; Ray Moynihan (2005) *Vendedores de enfermedades*; e Jorg Blëch (2003) *Los inventores de enfermedades*. Da mesma maneira, *PLoS Medicine* publica un monográfico en abril de 2006 sobre esta temática (*PLoS Medicine*, 2006).

O «disease mongering» baséase en que as empresas farmacéuticas, baixo o amparo do concepto de saúde e ciencia, comercialicen produtos que non son estritamente necesarios. Así, estes grandes centros de intereses deseñan doenzas para posteriormente vender os seus remedios. Blëch (2003) e Moynihan e Henry (2006) expoñen diversas maneiras de deseñar unha doenza:

- A venda de procesos normais como procesos médicos.
- A venda de problemas persoais e sociais como problemas médicos.
- A venda de riscos como doenza.
- A venda de síntomas pouco frecuentes como epidemias de extraordinaria propagación.
- A venda de síntomas leves como indicios de doenzas máis graves.

Chegados a este punto, é pertinente acudir á distinción que facían Watzlawick, Weakland e Fisch (1982) entre realidades de primeira e segunda orde ou realidades brandas e duras. Nunha explicación moi esquemática, a reali-

O «DISEASE MONGERING»
 BASÉASE EN QUE AS EMPRESAS
 FARMACÉUTICAS, BAIXO
 O AMPARO DO CONCEPTO
 DE SAÚDE E CIENCIA,
 COMERCIALICEN PRODUTOS
 QUE NON SON ESTRITAMENTE
 NECESARIOS.

dade dura é de amplo consenso, como o feito que teña que haber nubes para que chova ou o resultado dunha multiplicación; mentres que a realidade branda é de baixo consenso, como acordar que ideoloxía política é máis adecuada neste lugar e momento ou que é o éxito. En cuestións de doenzas, tamén hai realidades duras e brandas, situando ambas nos polos dun continuo. Así, unha fractura aberta de peroné, unha hepatite C ou un tumor achéganse ao polo máis duro, mentres que unha depresión leve ou unha amnesia disociativa son máis brandas. Sydenham aseguraba, no século XVII, que «as doenzas se encontran na natureza, independentemente dos espectadores existentes, agardando con impaciencia que un doutor as descubra», sen dúbida referíndose ás máis duras. As doenzas enmarcadas dentro do campo da saúde mental achéganse aos polos máis brandos da realidade. Pérez Álvarez (2008) di que «a interpretación que damos da nosa diabetes non altera o metabolismo da glicosa, mais a interpretación e a explicación cultural e clínica da depresión e a ansiedade inflúe na súa realidade».

Ao deseñar unha doenza, o polo brando da realidade ofrece máis posibilidades. Baixo o amparo das batas brancas e conceptos como ciencia e doenza, pódense elaborar facilmente listaxes de síntomas de difícil obxectivación

que corresponderían a unha síndrome que debería ser tratada. Así xorden novas doenzas como: a síndrome de Sissi, síndrome do tigre engaiolado, depresión no paraíso, transtorno de alegría xeneralizada, síndrome do luns, síndrome post-vacacional ou bulimia das compras. E continuamente xorden outras en medios de comunicación, entrevista incluída a algún profesional, que precisan ser tratadas farmacoloxicamente ou psicoterapeuticamente, ou solucionadas coa lectura do libro do iluminado terapeuta.

Bléch (2003) recolle os resultados dun inquérito realizado polo *British Medical Journal* aos seus lectores, na súa maioría médicos. Neste inquérito preguntábaselles cales eran as non-doenzas tratadas como tales. Algunhas das respostas foron: a vellez, o traballo, a desgana, as bolsas baixo os ollos, a ignorancia, a calvicie, as pencas, as orellas «de soplillo», o cabelo gris ou branco, ser feo, o parto, a alergia ao século XXI, o *jet lag*, ser infeliz, a pel de laranxa, a resaca, o medo ao tamaño do pene / a envexa do pene, a gravidez, a rabia en plena circulación viaria e a soidade. Como se pode observar, alén do terreo da difícil obxectivación do que é un síntoma e cando se cumpre, tamén está o terreo opinábel respecto ao que se considera como unha doenza e o que non.

Unha vez deseñadas as doenzas, a industria farmacéutica encárgase de publicitalas, para iso ten diversas estratexias (Laporte, 2003):

- Publicación de artigos pseudocientíficos en revistas financiadas pola industria farmacéutica.
- Campañas de concienciación da poboación
- Programas de formación médica continua desenvolvidos polas compañías farmacéuticas.
- Congresos médicos.
- Publicidade.
- Recomendacións de expertos e sociedades científicas subvencionadas polas farmacéuticas.

Creada a necesidade, comercialízase o remedio. No proceso de validación do remedio ocúltanse datos que non interesan. Forcades i Vila (2006) asegura que existen casos de fármacos nos que se minimizan ou ocultan os seus efectos secundarios. Comenta que a compañía que comercializa o antidepressivo Zoloft (sertralina) ocultara información sobre os posibles efectos secundarios de agresividade e incremento das posibilidades de suicidio. Christopher Pittman, un neno de 12 anos, comezou a mostrar un comportamento moi agresivo ás dúas semanas de comezar un tratamento con Zoloft, dous días despois de que lle duplicaran a dose, asasinou os seus avós e incendiou a súa casa. Tras este acontecemento, desaconsellouse o seu uso en menores.

Ademais, evítase dar publicidade a estudos que non sustentan a bonanza do fármaco. Kirsch, Deacon, Huedo-Medina, Scoboria, Moore e Johnson (2008) fan unha meta-análise dos estudos realizados para testar a validez de catro antidepressivos: fluoxetina, paroxetina, velanfaxina e nefazodona. Habitualmente as meta-análises que sustentan a validez empírica dos fármacos, e que xustifican a súa incorporación nas guías clínicas, inclúen soamente artigos publicados. Kirsch et al. analizaron tamén aqueles estudos, ben realizados, que non foran publicados. Ao incluír estes estudos nas meta-análises, a eficacia destes depresivos diminúe. De feito, os antidepressivos mencionados no son máis efectivos que o placebo para abordar a depresión. Comeza a haber diferenzas estatisticamente significativas entre os antidepressivos e o placebo en depresións que debutan cunha puntuación superior a 28 (depresión grave) na Hamilton Rating Depression Scale. Esta diferenza non se produce porque o antidepressivo funcione mellor senón porque a influencia do placebo decae nese tipo de depresións.

Deseñados os remedios e liquidados os exames das diferentes comisións avaliadoras dos fármacos, o seguinte paso é publicitalos.

Está prohibida a publicidade, que non estea restrinxida a profesionais, de todos aqueles fármacos que precisen receita (nos Estados Unidos e Nova Zelandia non se contempla esta prohibición). As empresas farmacéuticas, non obstante, teñen os seus recursos (Blëch, 2003). Así, a mediados dos 90, era habitual ver espazos publicitarios nos que o antigo futbolista Pelé mostraba a súa preocupación pola impotencia masculina e exhortaba a quen padecese esta dificultade a consultaren co seu médico.

A publicidade entre profesionais está permitida, aínda que esta publicidade ten a posibilidade de perverter o acto sanitario, enchendo de conflitos de intereses e presións as decisións médicas. Por iso, unha das principais conclusións dun Comité de Expertos do Parlamento Inglés (Forcades i Vila, 2006) foi a recomendación de que «as asociacións profesionais manteñan un rexistro público de todos os obsequios, diñeiro, privilexios e outros beneficios que estas asociacións e cada un dos seus membros reciban de parte das compañías farmacéuticas. Cada membro debería ser responsábel de manter actualizado o rexistro». En España este problema non ten lugar xa que a recepción de dádivas ou presentes por parte dos médicos está prohibida polo artigo 426 do Código Penal (Lei Orgánica 10/1995, de 23 de novembro): «A autoridade ou funcionario público que admitir dádiva ou presente que lle foren ofrecidos en consideración á súa función ou para a consecución dun acto non prohibido legalmente, incurrirá na pena de multa de tres a seis meses».

As empresas farmacéuticas invisten o duplo en márketing que en actividades de I+D (Blëch, 2003; Laporte, 2003). Por exemplo, Pfizer e Johnson & Johnson gastan máis en publicidade que CocaCola ou McDonald's. Calcúlase que cada farmacéutica gasta cada ano entre 8.000 e 13.000 euros por médico.

As compañías farmacéuticas alén de se lucraren coa elaboración de remedios para doenzas con escaso respaldo científico, con-

ségueno con políticas comerciais pouco sociais. A disxuntiva entre a consideración dos fármacos como un ben necesario ou como un de consumo resólvea a Organización Mundial do Comercio (OMC) ao fixalos como calquera ben de consumo, sen merecer ningún estatus especial por seren ferramentas para a saúde. Como tales, están suxeitos ás leis de mercado.

Así xorden desequilibrios como o denominado «fatal» ou «10/90» polos Médicos Sen Fronteiras (Forcades i Vila, 2006). Prodúcese este desequilibrio fatal cando o 10% da investigación mundial está destinada a doenzas que afectan ao 90% da poboación, e viceversa. As doenzas máis estudadas son o insomnio, a impotencia e a obesidade. Outras potencialmente mortais como a Doenza de Chagas-Mazza case non son investigadas.

A consideración dos fármacos como un ben de consumo é a base da explicación para que non se comercialicen en África, ao non ser rendíbeis, os antirretrovirais que non precisan refrixeración. Ou que, tras o imperativo da OMC, en 2005 se modificara a lei de patentes no parlamento hindú que posibilitaba o abastecemento de antirretrovirais a 350.000 persoas en África, a metade das que o tomaban. Tras esta mudanza o tratamento antirretroviral en África por persoa e ano pasou de 150 a 1.500 dólares (Forcades i Vila, 2006).

A venda de produtos evidentemente necesarios para a saúde, outros que levantan máis dúbidas e políticas comerciais comprometidas cos seus accionistas e baixo o amparo da consideración dos fármacos como un ben de consumo pola OMC, potencian, polo tanto, o valor no mercado das empresas farmacéuticas.

CONCLUSIÓNS

Os tratamentos dispoñíbeis para a depresión están nunha fase de desenvolvemento deficiente, teñen pendente demostrar a súa eficacia e ademais son caros e de longa duración. O

incremento da eficiencia dos tratamentos para este transtorno é, polo tanto, unha urxencia.

As bases que sustentarán este avance serán o aumento de capacidade crítica dos profesionais cara os métodos de validación e publicidade dos tratamentos actualmente imperantes, así como os compromisos persoais cara unha mellora obxectiva das intervencións.

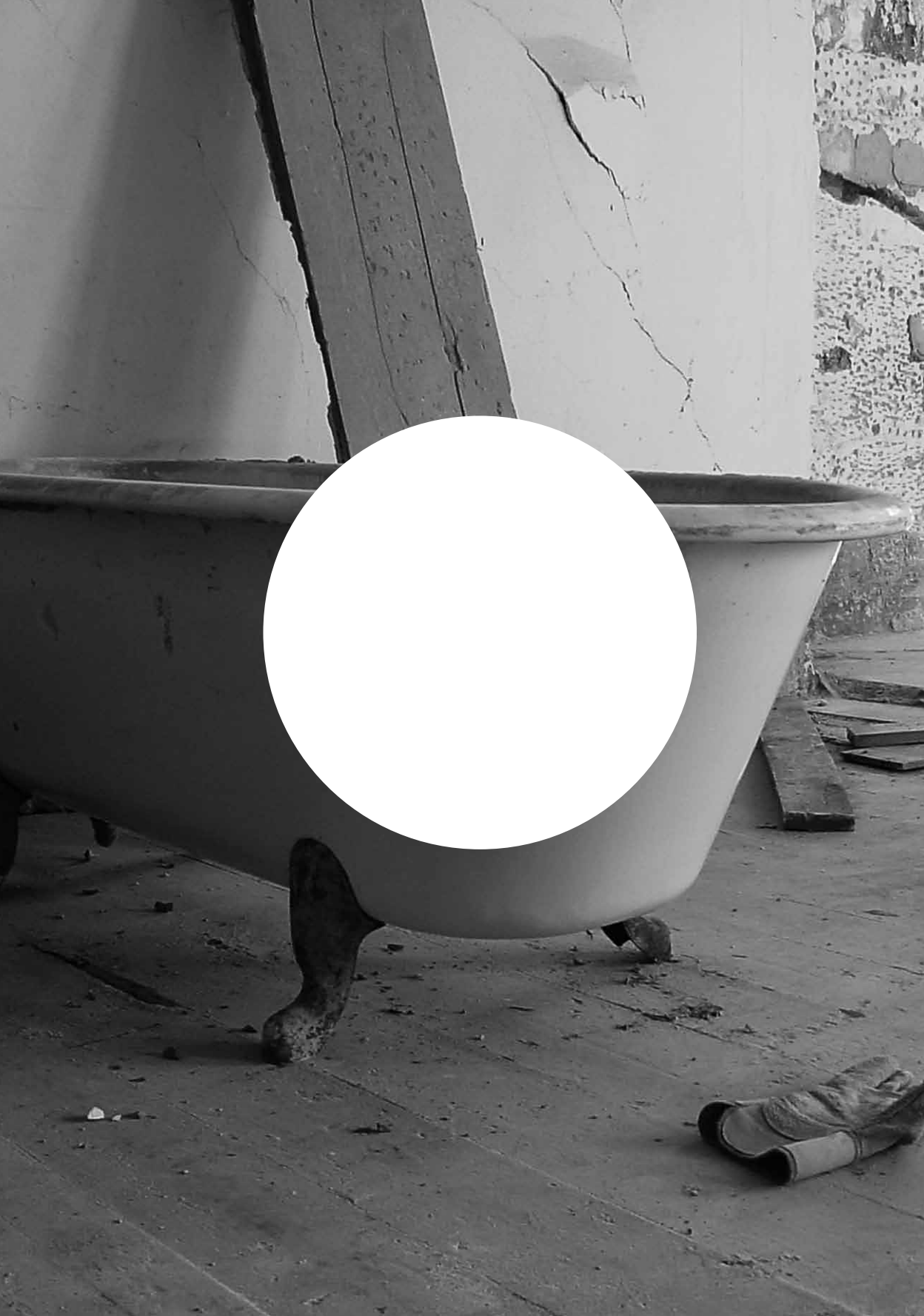
Intervencións políticas farán que os avances no coñecemento e tratamento das doenzas se socialicen. Para iso, é necesario que os fármacos non se consideren un ben de consumo suxeito ás leis do mercado e si que teñan unha consideración especial por ser unha ferramenta para a saúde, e que o mercado económico respecte esa consideración.

A credibilidade da industria farmacéutica está baixo sospeita debido ás múltiples publicacións que denuncian a escasa moralidade das súas prácticas, así como as sentenzas xudiciais que as condenan por publicidade ilícita ou por subornos a médicos. Este descrédito non debe afectar a outras moitas das súas prácticas que teñen un evidente beneficio na tarefa sanitaria cotiá e, por suposto, tampouco debe afectar ao concepto de ciencia e de sistematización dos tratamentos a través das intervencións baseadas na evidencia. Confundir boas e malas prácticas fundíndoas nun todo sería como tirar o gran coa palla.

BIBLIOGRAFÍA

- ACKERMAN, D. L., UNUTZER, J., GREENLAND, S., e GITLIN, M. (2002): «Inpatient treatment of depression and associated hospital charges». *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 11 (3), 219-227.
- ANGELL, M. (2006): *La verdad acerca de la industria farmacéutica. Cómo nos engañan y qué hacer al respecto*. Bogotá: Norma.
- BLĚCH, J. (2003): *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes*. Barcelona: Destino.

- Decreto 164/2008 do 17 de xullo (5 de agosto de 2008): *Diario Oficial de Galicia*, núm. 150, pp. 15060-15074.
- DOBSON, K. S., HOLLON, S. D., DIMIDJIAN, S., SCHMALING, K. B., KOHLENBERG, R. J., GALLOP, R. J., e outros (2008): «Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy and Antidepressant Medication in the Prevention of Relapse and Recurrence of Major Depression». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (3), 468-477.
- ESTÉVEZ, P. (5 de xuño de 2003): *Las 500 mayores empresas del mundo por facturación en el año 2002: Análisis comentado*. Recuperado o 4 de setembro de 2008, do sitio web da Universidade Complutense de Madrid: <http://www.ucm.es/info/jmas/doctor/estevez.pdf>
- FORCADES I VILA, T. (2006): «Los crímenes de las grandes compañías farmacéuticas». *Cuadernos CJ*, 141, 1-40.
- Fortune (4 de setembro de 2008): *CNN Money*. Recuperado o 4 de setembro de 2008, da Revista *Fortune*: <http://money.cnn.com/magazines/fortune/>
- GREENHALGH, J., KNIGHT, C., HIND, D., BEVERLY, C., e WALTERS, S. (2005): «Clinical and cost-effectiveness of electroconvulsive therapy for depressive illness, schizophrenia, catatonia and mania: systematic reviews and economic modelling studies». *Health Technology Assessment*, 9 (9).
- Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto (2008): *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Institute for Clinical Systems Improvement ICSI (2004): *Health care guideline: major depression in adults primary care 9ª Ed.* Bloomington: Institute for Clinical Systems Improvement.
- KIRSCH, I., DEACON, B. J., HUEDO-MEDINA, T. B., SCOBORIA, A., MOORE, T. J., e JOHNSON, B. T. (2008): «Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration». *Plos Medicine*, 5 (2), 260-268.
- LAPORTE, J. R. (2003): *La invención de enfermedades*. Recuperado o 4 de setembro de 2008, do sitio web da Plataforma NO GRACIAS: http://www.nogracias.eu/v_portal/informacion/informacionver.asp?cod=5669&te=2319&idage=9165&vap=0
- LEPINE, J. P., GASTPAR, M., MENDLEWICZ, J., e TYLEE, A. (1997): «A Depression in the community: the firstpan-European study DEPRES (Depression Research in European Society)». *International Clinical Psychopharmacology*, 12 (1), 19-29.
- Lei Orgánica 10/1995, do 23 de novembro, do Código Penal (24 de novembro de 1995). *Boletín Oficial del Estado*, núm. 281, pp. 33987-34058.
- MOYNIHAN, R. (2005): *Vendedores de enfermedades*. Barcelona: Terapias Verdes.
- MOYNIHAN, R., e HENRY, D. (2006): «The fight against disease mongering: generation knowledge for action». *Plos Medicine*, 4, 425-428.
- MURRAY, C. J., e LÓPEZ, A. D. (1997): «Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study». *Lancet*, 349 (9064), 1498-1504.
- National Institute for Clinical Excellence NICE (2004): *Depression: Management of depression in primary and secondary care*. Londres: National Institute for Clinical Excellence.
- PLoS Medicine (11 de Abril de 2006): *A Collection of Articles on Disease Mongering in PLoS Medicine*. Recuperado o 4 de setembro de 2008, do sitio web de PLoS Medicine: <http://collections.plos.org/plosmedicine/diseasemongering-2006.php>
- PÉREZ ÁLVAREZ, M. (2008): «¿Son los trastornos psicológicos enfermedades como otras cualquiera?». *Infocop* (37), 9-11.
- PIGNARRE, P. (2005): *El gran secreto de la industria farmacéutica*. Barcelona: Gedisa.
- VARIOS AUTORES (2008): *Medimecum 2008. Guía de terapia farmacológica*. Madrid: Adis International.
- WALTZLAWICK, P., WEAKLAND, J. H., e FISCH, R. (1982): *Cambio. Formación y solución de problemas humanos*. Barcelona: Herder.



OS PSICÓLOGOS NAS CATÁSTROFES

VISTOS A TRAVÉS DA PRENSA ESCRITA

Ana Isabel Martínez Arranz

Coordinadora do Grupo de Intervención Psicolóxica
en Catástrofes e Emerxencias–GIPCE do COPG
anai.arranz@gmail.com

RESUMO Desde hai 12 anos a área da Psicoloxía de Emerxencias e Catástrofes evolucionou no noso país de forma sorprendente e traumática. Sorprendente porque en tan pouco tempo os profesionais e os grupos de intervención desta área multiplicáronse. Traumática porque o avance foi á custa de grandes catástrofes. Dado que é recente a nosa aparición en escena, interézanos coñecer a transmisión e valoración que se fai sobre o que facemos desde os medios de comunicación, en concreto desde a prensa escrita. Revisaremos a información publicada, tanto en formato papel como en dixital, en dous dos xornais de maior tiraxe nacional, *El País* e *El Mundo*, e no xornal galego de maior difusión, *La Voz de Galicia*. Servirémonos de tres acontecementos significativos, as dúas catástrofes que marcaron un antes e un despois na nosa profesión: a riada do cámping de Biescas no ano 1996 e os atentados do 11-M en Madrid, e a máis recente, o accidente aéreo de Barajas, para o que nos serviremos tamén de máis diarios. Con esta revisión pretendemos tamén convidar á reflexión sobre a nosa responsabilidade en todo este proceso.

PALABRAS CHAVE prensa escrita, psicólogos, transmisión de información, imaxe, emerxencias, catástrofes.

ABSTRACT For 12 years the field of Emergency and Disaster Psychology in our country has evolved in a surprising and traumatic. Surprising because in such a short time professionals and interventions groups in this area have multiplied. Traumatic because progress has been at the expense of major catastrophes. Since our recent appearance on the scene we are interested in the transmission and evaluation made from the media about our job, particularly from the press. We will review the information published in both paper and digital format, in two of the largest national daily newspaper, *El País* and *El Mundo*, and the most widely Galician newspaper, *La Voz de Galicia*. We will use three significant events, the two disasters that have marked a before and after in our profession: the flood of Biescas campsite in 1996 and 11-M bombings in Madrid, and the most recent Barajas air crash, for which we will use more press. This review also seeks to reflect on our responsibility on the whole process.

KEY WORDS: press, psychologists, information transmission, image, emergencies, disasters

BREVE «HISTORIA TRAUMÁTICA» DA INTERVENCIÓN PSICOLÓXICA EN CATÁSTROFES

A evolución desta área foi impulsada por cada un dos feitos traumáticos acaecidos na nosa historia, sobre todo conflitos bélicos e catástrofes, como non podía ser doutra maneira. A revisión de títulos sobre o tema que realizou Barton en 1969 e citada por Crocq (1989) dá-nos unha pista dos seus inicios. Dos 110 títulos que contabilizaron só 20 foran publicados antes de 1942.

Se tivermos en conta o século XIX, encontramos os primeiros estudos científicos sobre os afectados por accidentes de ferrocarril, e tamén termos que nos resultan moi familiares, «neurastenia traumática» (Beard 1869), «neurose traumática» (Oppenheim, 1884), «síndrome do corazón irritable» (Mendes Da Costa, 1871, tras a Guerra Civil dos EE.UU.) ou o de «choc nervoux» de Charcot. Todos

eles describen síntomas observados por estes autores en situacións traumáticas, xeralmente bélicas.

No século XX son exemplo disto os termos «neurose de guerra», cunado na psiquiatría militar e usado moi frecuentemente na Primeira Guerra Mundial, e o termo «síndrome do esforzo», fixado por Levis tras esta contenda. Coa Segunda Guerra Mundial aparece o termo «fatiga de combate», e comezan a considerarse os trastornos psicotraumáticos como reaccións psicolóxicas anormais (pola súa intensidade ou pola súa duración) a vivencias externas catastróficas. Moi importantes son os traballos de Eric Lindemann e os seus colaboradores tras o incendio en 1942 do *Cocanut Grove*, en Boston. Morreron 493 persoas presas das lapas que devastaron este centro nocturno. O informe clínico de Lindemann sobre os síntomas psicolóxicos dos sobreviventes foi a base para posteriores teorías sobre a dó. El pensaba que tanto o clero como outros

traballadores comunitarios poderían ter un papel fundamental na prevención das dificultades psicolóxicas posteriores das persoas en proceso de dó. Para Slaikeu estes traballos constitúen a orixe da moderna intervención en crise. Poucos anos despois, en 1945, Grinker e Spiegel fan as primeiras descrições do que despois será a Síndrome de estrese post-traumático, mais é a preocupación polos efectos da Guerra do Vietnam nos combatentes o que fai que apareza no DSM-III unha nova categoría diagnóstica, o Transtorno por estrese postraumático, ou TEPT.

A partir de 1970 a investigación céntrase en traumas severos non relacionados coa guerra. En Europa a atención céntrase no tipo, frecuencia e duración das consecuencias psicolóxicas, na interacción trauma e personalidade e na eficacia do tratamento e/ou a prevención, mentres que nos Estados Unidos a atención se dirixe aos desastres naturais e aos causados polo ser humano.

Para alén de guerras aparecerán na escena do mundo occidental os atentados terroristas. O atentado do 11 de setembro de 2001 sobre as Torres Xemelgas, en Nova Iorque, foi unha conmoción mundial. Foron moitos os expertos que traballaron na prevención e tratamento dos efectos psicolóxicos na poboación afectada e nos que interviñeran. Aínda non se nos borrarán as imaxes desta traxedia cando España sofre os peores atentados da súa historia, os atentados do 11 de marzo de 2004 en Madrid, no que morren 192 persoas e outras 2.062 resultan feridas. A resposta dos psicólogos foi inmediata e chamativa. O Colexio Oficial de Psicólogos de Madrid (COPM) alertou a 1.415 profesionais dos que interviñeron 948, que foron os que coordinaron. A estes tamén temos que sumar os 320 do SAMUR-Protección Civil, SUMMA 112 e Cruz Vermella así como os psicólogos dos centros de saúde do Concello, dos centros de saúde mental, dos hospitais, da universidade, de diferentes ONGs, das Forzas Armadas e doutras

A PARTIR DE 1970 A
INVESTIGACIÓN CÉNTRASE
EN TRAUMAS SEVEROS NON
RELACIONADOS COA GUERRA.
EN EUROPA A ATENCIÓN
CÉNTRASE NO TIPO, FRECUENCIA
E DURACIÓN DAS CONSECUENCIAS
PSICOLÓXICAS, NA INTERACCIÓN
TRAUMA E PERSONALIDADE
E NA EFICACIA DO TRATAMENTO
E/OU A PREVENCIÓN, MENTRES
QUE NOS ESTADOS UNIDOS
A ATENCIÓN SE DIRIXE AOS
DESASTRES NATURAIS E AOS
CAUSADOS POLO SER HUMANO

organizacións e empresas públicas e privadas procedentes tamén doutros lugares de España. Como foi posíbel semellante resposta?, cales foron os antecedentes no noso país? Sen dúbida, a intervención psicolóxica no 11-M foi a maior que producira a nivel nacional, mais non foi a primeira.

A nosa «historia traumática» comeza en 1983 coa rotura da presa de Tous, a primeira vez no noso país que se recolle a intervención de psicólogos nun desastre. En Galiza encontramos xa en 1989, no n.º 6 dos *Cadernos de Psicología*, un artigo que analiza os factores psicolóxicos dos comportamentos colectivos que se produciron tras a nube tóxica provocada polo incendio e encallamento do buque Casón na costa de Fisterra. No ano 1993 aparece tamén un estudo sobre o efecto dos distintos movementos sísmicos na poboación da provincia de Almería. Nesta investigación detéctase claramente a demanda de intervención psicolóxica, tanto por parte dos afectados como das autoridades. Mais é, sen dúbida, a traxedia acaecida

o 7 de agosto de 1996 no cámping «Las Nieves», en Biescas, a que marca o inicio oficial no noso país da intervención psicolóxica en catástrofes. É a primeira vez que se demanda socialmente a presenza de psicólogos no lugar do desastre. A valoración da resposta que se dá neste sentido é tan positiva, tanto por parte dos afectados como dos medios (Cobo, 1997), que a partir de aquí os psicólogos pasamos a ser un recurso máis nos seguintes desastres, como ben puidemos comprobar. De feito, o Grupo de Traballo de Intervención Psicolóxica en Desastres do COP de España créase un ano despois de Biescas. A partir de aquí nacen a maioría dos grupos en cada unha das delegacións. Nos inicios hai honrosas excepcións como o grupo de Galiza que xa iniciara a súa andadura un ano antes. Así até hoxe en que podemos comprobar como, en cada unha das grandes traxedias recentes, os grupos de intervención psicolóxica son diversos, mostra diso son o 11-M e o accidente de Barajas.

A continuación vamos entrar de cheo na análise das tres traxedias xa mencionadas. Aclarar, en primeiro lugar, que as edicións consultadas foron a través das hemerotecas *web*. Só no caso de Barajas son en papel, así como *La Voz de Galicia* no caso de Biescas. Para o accidente de Barajas tamén consultamos outros xornais alén dos tres mencionados, tanto dixitais como en papel. Intentamos recoller as transcripcións literais dos xornais (en letra cursiva). Canto ás declaracións, estas rexistráremolas entre aspas¹.

A catástrofe de Biescas será tratada como un todo, xa que as referencias son tan escasas que non permiten contrastala en profundidade, aínda que isto en si xa é un dato. As que nos serven máis de referencia no noso propósito son as dos atentados do 11-M e as do accidente de Barajas.

CATÁSTROFE DE BIESCAS

Antes de abordar directamente o tratamento que se deu na prensa lembremos algúns datos de interese, para nos situarmos.

O cámping «Las Nieves», situado na localidade de Biescas, Huesca, ao pé das montañas, tiña 600 persoas aloxadas no momento da catástrofe. A tarde do 7 de agosto de 1996 caeron na zona 170 litros por metro cadrado de chuvia e granizo en 45 minutos. Isto provocou que, sobre as 19:30 h, de forma repentina, se precipitara sobre o cámping unha grande cantidade de auga, pedras e sedimento a grande velocidade. En 10 minutos quedou todo arrasado; instalacións, vehículos e caravanas, pertenzas... O resultado disto foron 86 falecidos, entre eles varios nenos, numerosos feridos e cuantiosas perdas materiais. A maior catástrofe natural do noso país até esa data. Os labores de busca de corpos prolongáronse durante varios días debido á forza da auga, que arrastrou os corpos nalgúns casos ao longo de varios quilómetros, e ao lodo que o cubriu todo.

Este feito provocou unha grande onda de solidariedade da poboación local, que respondeu incluso coa acollida nas súas casas dos afectados, das persoas que estaban de vacacións na zona e tamén doutras comunidades do país. Fixose un chamamento público das autoridades para pedir axuda a todo aquel que puidera prestala. Na prensa só se mencionan, no caso dos profesionais, médicos e enfermeiras, aínda que sabemos que ás poucas horas da catástrofe se presentaron 48 psicólogos voluntarios que estaban de vacacións na zona. Esta resposta solidaria permitiu montar, o mesmo día, os servizos de asistencia psicolóxica. Despois trasladáronse desde Madrid 19 psicólogos, 1 psiquiatra, 1 intérprete e 1 voluntario. Tamén interviñeron profesionais da Cruz Vermella, de Saúde Mental, de Psicólogos sen Fronteiras de Navarra, do concello de Zaragoza, da Deputación de Aragón e de Proxecto Home. O «responsábel» da nosa

[1] N. T.: Mantéñense as citas na lingua orixinal dos xornais.

presenza en Biescas foi Juan Antonio Cobos, director da Clínica Forense de Zaragoza, que era o coordinador xeral da área forense. Todos estes datos non proveñen da prensa senón de diferentes números de *Papeles del Psicólogo*.

Sobre o acontecido en Biescas encontrámonos con que o número de artigos que hai sobre o labor dos psicólogos son un total de 5 nos tres medios, un en *El País*, unha brevísima referencia en *El Mundo* e o resto en *La Voz de Galicia*, dos cales un ocupa unha páxina practicamente enteira. Tendo en conta que foi a maior catástrofe natural no noso país até esa data, parecen un pouco escasas as referencias, sobre todo vendo a avalancha informativa das outras dúas traxedias que analizaremos. O día 12, *El País*, no artigo titulado *22 psicólogos han ayudado a las familias a superar el golpe*, recolle que *La necesidad de su presencia era evidente desde la primera noche. Familias vagando por las calles, rompiendo en sollozos o abrazándose en medio de la histeria*.

Tanto a escaseza de artigos específicos como o feito de non nos nomearen cando se refiren aos profesionais ou aos voluntarios que interveñen, indican a novidade da nosa presenza.

A pesar desta escaseza de información a prensa si apunta que os psicólogos que están a intervir proveñen de diferentes lugares: Servizos Provinciais en Huesca do departamento de Sanidade, Servizos Sociais do Concello de Huesca e 22 ou 25 voluntarios, segundo o xornal, de Madrid, e os escenarios en que interveñen, Jaca (onde estaban os corpos) e Biescas.

Sobre as funcións e tarefas dos psicólogos

No artigo de *La Voz* do día 10, *Obcecados en negar la dolorosa realidad*, fálese cun especialista en Psicoloxía Médica da Clínica Universitaria da Universidade de Navarra e unha psicóloga:

1. (...) *intentan que los afectados asuman con el menor sufrimiento una situación traumática.*

O DÍA 12, 'EL PAÍS', NO
ARTIGO TITULADO
«22 PSICÓLOGOS HAN
AYUDADO A LAS FAMILIAS
A SUPERAR EL GOLPE»,
RECOLLE QUE «LA NECESIDAD
DE SU PRESENCIA ERA
EVIDENTE DESDE LA PRIMERA
NOCHE. FAMILIAS VAGANDO
POR LAS CALLES, ROMPIENDO
EN SOLLOZOS O ABRAZÁNDOSE
EN MEDIO DE LA HISTERIA».

2. (...) *prestar la ayuda emocional que ayude a superar las secuelas de la tragedia que están viviendo cientos de afectados.*
3. *Los esfuerzos de los psicólogos irán dirigidos a que las víctimas intenten que les afecte de la forma menos traumática posible y que tengan los «mínimos índices de sufrimiento».*
4. *«en un principio es necesario que estas personas se sientan acompañadas, que tengan a alguien con quien poder desahogarse». En un segundo momento el apoyo de los profesionales se concentra en aliviar el dolor por la pérdida de sus seres más queridos.*
5. *«Hay que tratar de que se sientan comprendidos por lo que están pasando y en el caso de que la persona se derrumbe se les debe explicar por todos los medios que la vida continúa».*
Do artigo de *El País*, xa mencionado, recollemos:
6. *Los psicólogos repiten una y otra vez que «lo más importante es que nunca estén solas las personas que han vivido la tragedia».* Hay

SOBRE AS CONSECUENCIAS DA CATÁSTROFE ENCONTRÁMONOS CON QUE AS REFERENCIAS SE REPARTEN A PARTES IGUAIS ENTRE OS SÍNTOMAS QUE SE PODEN DESENVOLVER E ENTRE A RECUPERACIÓN DA NORMALIDADE NA MAIORÍA DOS CASOS

que estar con ellas «de forma permanente», explican, «y dejarlas que lloren y que revivan la tragedia, pero sobre todo que no se sientan solas». Aquí non sabemos se se refire a recomendacións ou a que é o que estiveron a facer.

7. *«Hay que evitar la desesperación, pero sin ahogar los sentimientos».*
8. (...) *«los familiares tienen que asumir que han perdido a un ser querido y eso sólo pueden hacerlo ellos»*

Sobre as consecuencias da catástrofe

En xeral, encontrámonos con que as referencias se reparten a partes iguais entre os síntomas que se poden desenvolver e entre a recuperación da normalidade na maioría dos casos. Isto si que vai ser diferente no 11-M, como veremos máis adiante.

No artigo de *La Voz de Galicia* do día 10 encontramos:

1. Baixo a epígrafe, *Los voluntarios también sufren: Los psicólogos advierten también del*

peligro que existe de que los voluntarios que cooperan en las tareas de rescate o recogiendo en sus casas a los afectados sufran secuelas psicológicas por lo sucedido (...).

2. *Los expertos resaltan la importancia de impedir que los familiares sufran fantasías y paranoias. «En muchos casos, las personas se imaginan cómo han muerto las víctimas, si han sufrido, si han tenido una muerte lenta, se da el caso de querer ver el cadáver por morbo y las autoridades tienen que evitarlo».*
 3. (...) *aseguró ayer que la mayoría de las personas afectadas emocionalmente por tragedias como la de Biescas, se recuperan totalmente.* Declaracións do especialista en Psicoloxía Médica da Clínica Universitaria da Universidade de Navarra. Tamén as recolle *El Mundo* na única referencia aos psicólogos, ao igual que *El País* no artigo que dedica aos psicólogos o día 12.
 4. Fálase tamén tanxencialmente do estrese postraumático e dise que os seus síntomas son *insomnio o la aparición de pesadillas, xera ansiedad e que pode desencadear nunha depresión.*
- Do artigo de *El País*:
5. *«Los niños, (...) son los que mejor se recuperan»*
 6. *El riesgo máximo es que los afectados desarrollen un síndrome obsesivo que (...) se puede concretar en incapacidad para volver a un camping o refugiarse de forma permanente en su casa.*

Comentarios de interese

En *El País* do día 9 encontramos a epígrafe *Los voluntarios, decisivos*, con que se louva o funcionamento dos equipos de rescate, mais, pola contra, sobre o servizo de atención aos damnificados e as súas familias dise: *La presencia de numerosos habitantes de Biescas evitó el colapso, ante la descoordinación existente.*

Recóllense tamén as declaracións dun portavoz do Goberno de Aragón que explicou que *«no parece lógico que sean personas de Biescas, sin ninguna especialización, quienes tengan que comunicar el fallecimiento a los familiares»*. En ese sentido, *se solicitaron sacerdotes...* Nada en relación á presenza de psicólogos no lugar da catástrofe. Sobre o labor dos voluntarios di que *«han salvado el operativo»*. Isto si que é común nas tres catástrofes que analizamos.

OS ATENTADOS DO 11-M

A importancia do noso traballo nos atentados do 11-M vémosta claramente reflectida no número de artigos que localizamos nas tres semanas posteriores. Nos tres medios, un total de 75 artigos que fan referencia explícita ao noso labor ou a temas relacionados coa psicoloxía. Destes, 40 son artigos dedicados integramente a temas psicolóxicos. A palma lévaa *El País* con 41 artigos, máis da metade. Este xornal até creou un espazo específico con espírito preventivo, «Madrid en la Mente», no que os lectores podían facer preguntas a tres expertos, dous psiquiatras e un psicólogo. Foron un total de 16 artigos até o día 2 de abril, data na que se publicou o último desta sección.

Lembremos, máis unha vez, que as edicións ás que nos referimos no caso do 11-M son as arquivadas nas hemerotecas *web* dos tres xornais.

Sobre os efectivos psicolóxicos

Nesta ocasión si que vemos como os psicólogos forman xa parte do resto de efectivos, síntoma de que a nosa presenza nestas situacións está normalizada. Isto foi así no 11-M e continuou a selo posteriormente, tamén no accidente de Barajas.

Sobre os diferentes grupos de intervención psicolóxica observamos que a prensa non acostuma facer referencia específica a grupos de

terminados e fábase de voluntarios en xeral. O mesmo acontece coas fotografías, non acostuman aparecer grupos específicos. Si que encontramos moitas referencias ao labor do COPM, máis que a calquera outro grupo; destácase o número de efectivos, o de persoas atendidas e faise referencia tamén á guía de auto-axuda que elaboraron (no caso de *El Mundo* proporcionaban a páxina do colexio onde encontrábalas). Tamén vemos nun artigo en *El País* do día 18 titulado *Los psicólogos han atendido ya 15.000 casos*, que a coordinación sería transferida á Consellería de Sanidade de Madrid, co que dan a entender que a coordinación dos psicólogos foi, nun principio, do COPM.

Un aspecto particular do 11-M que encontramos nos xornais é que a procedencia dos psicólogos era moi dispar; non podía ser doutra maneira se temos en conta que o COPM alertou a todos os seus colexiados e interviñeron unha boa parte deles. Outro exemplo disto foron os voluntarios que estaban nunha feira de educación en Ifema e que xa ficaron para atender aos afectados (*El País*, día 12, *Una legión de psicólogos y psiquiatras*).

UN ASPECTO PARTICULAR
DO 11-M QUE ENCONTRAMOS
NOS XORNAIS É QUE A
PROCEDENCIA DOS
PSICÓLOGOS ERA MOI DISPAR;
NON PODÍA SER DOUTRA
MANEIRA SE TEMOS EN
CONTA QUE O COPM ALERTOU
A TODOS OS SEUS COLEXIADOS
E INTERVIÑERON UNHA BOA
PARTE DELES

Para complicar un pouco máis a situación podemos engadir o seguinte texto recollido na edición dixital de *La Voz de Galicia* do mesmo día dos atentados, nun artigo de portada titulado *El atentado provocará estrés postraumático en los afectados*:

— *La Dirección General de Inmigración, Cooperación al Desarrollo y Voluntariado ha hecho un llamamiento urgente a los ciudadanos para que acudan al Recinto Ferial Juan Carlos I a prestar ayuda psicológica a los familiares de las víctimas, por resultar insuficientes los equipos psicológicos.*

En total, unas tres mil personas, entre heridos y familiares, requerían ayer atención psicológica urgente en el Instituto Ferial de Madrid. El perfil que se solicita es el de adultos con capacidades educativas y, a ser posible, con ciertas nociones psicológicas. Además, se ha habilitado un número de teléfono (...) para que se dirijan a él todas las personas que se ajusten al perfil y deseen colaborar con los afectados.

As declaracións que fai un médico de catástrofes, e ex director do Sercam, para *El País* do día 15, (Titular: *El derrumbe de los psicólogos. Chamada: Los voluntarios que apoyan a las familias han sufrido bajas por la presión que sufren*) sérvennos tamén para sinalar outro aspecto importante:

— *«En la capital, el sistema de emergencias, que debería ser más profesionalizado, tiene su base en los voluntarios, que son un 80% de los efectivos». «Les ha recaído una responsabilidad grandísima y puede que, a veces, no estén preparados mentalmente para autoprotgerse».*

Resultado:

— *«Denunciamos que hubo fallos en la atención inmediata a las víctimas, que se detectó una absoluta descoordinación entre los diferentes servicios de atención, que no se controló en modo alguno el perfil de los profesionales que atendieron a las familias de las víctimas y que,*

en ocasiones, ni siquiera contaban con formación necesaria en situaciones de emergencias».

Declaracións de Pilar Manjón na súa comparecencia perante a Comisión de Investigación do 11-M do Congreso dos Deputados.

Sobre as funcións e tarefas dos psicólogos

De forma aclaratoria, cómpre dicir que o artigo citado e o medio poden figurar tras varios puntos, mais corresponden todos ao mesmo. En ocasións recollemos tamén a chamada que aparece por baixo do título do artigo sempre que teña algún interese. A maior parte dos textos son trascricións literais do publicado nos diarios.

— *recibir a las familias, informarlos de los fallecimientos y acompañarlos a identificar los cadáveres.*

— *«parte de nuestra labor es convencer a los más vulnerables de que no bajen a ver a sus familiares».*

— *«facilitar la expresión de las emociones, y prevenir efectos psicólogos» como el malestar «por no haberse despedido».*

— *Proporcionar la filiación de las personas desaparecidas a las dotaciones de Policía Judicial para la identificación de los cadáveres. El País, día 12. Una legión de psicólogos y psiquiatras. Chamada: 200 profesionales de salud mental, servicios de emergencia y sacerdotes acudieron a Ifema.*

— *«sólo podemos ayudar a que no se sientan solos, a canalizar lo que está pasando. Sobre todo, ofrecerles respeto porque la primera reacción es de rebeldía para negarse a admitir lo ocurrido». La Voz de Galicia, día 12. Miles de personas buscan en el recinto ferial a sus familiares entre cadáveres sin nombre.*

— *los psicólogos trataban de tranquilizar a las personas que esperaban noticias y se agolpaban junto a los ordenadores. El Mundo, día 12, Tres horas de urgencias en el Gregorio Marañón.*

- *atender a familiares de las víctimas por crisis nerviosas. El País, día 13. Multitudinarios funerales en memoria de las víctimas del 11-M.*
- *les van a ayudar en el duro trance de enfrentarse a la tragedia y, más tarde, al difícil trámite de identificar el cadáver de sus respectivos familiares. El Mundo, día 13. Cientos de familiares acuden a Ifema en busca de las víctimas.*
- *Cos inmigrantes: entrar en contacto con alguén que lles poida explicar os pasos a seguir. El Mundo, día 13. «¿Por qué?» «No hay un porqué». Chamada: Lo peor para los psicólogos que atienden a los familiares y amigos de los muertos son las preguntas que no tienen respuesta.*
- *«darles la información de si su familiar ha muerto o no. Así nos los pide la Policía Científica».*
- *Asesoramento a pais sobre como dar a noticia dun falecemento aos fillos.*
- *Pregunta –¿Qué consuelo les suponen ustedes? Respuesta –«Tener a alguien físicamente, porque, sobre todo el primer día, muchos venían solos...». El País, día 14, entrevista: «Habrá problemas de ansiedad y pánico».*
- *colaborar y paliar en la medida de lo posible las graves consecuencias psicológicas que se están produciendo como consecuencias de estos atentados. El Mundo, día 14, El Colegio de Psicólogos ofrece la ayuda de 1.400 voluntarios.*
- *informar y normalizar los síntomas que pueden aparecer.*
- *detectar al personal que puede ser sensible a un tratamiento más individualizado. El País, día 15. Espacios de higiene mental. Chamada: Cruz Roja inicia sus reuniones para atender psicológicamente a sus voluntarios y empleados.*

1-2 SEMANAS DESPOIS
DOS ATENTADOS: O 15% DA
POBOACIÓN MADRILEÑA
SUFRIU SÍNTOMAS DE ESTRESE
AGUDO RELACIONADO
CO 11-M QUE INTERFERÍA
COA SÚA VIDA E UN 17,1%
SÍNTOMAS DEPRESIVOS
(MUÑOZ, VÁZQUEZ ET AL.)

Sobre as consecuencias

Baixo esta sección incluimos o que encontramos en tres puntos diferentes, consecuencias nos afectados, consecuencias na poboación e consecuencias nos profesionais que interviñeron. Especial relevancia teñen as referencias ao TEPT, polo frecuentemente que é nomeado. As comparacións co acontecido no 11-S en Nova Iorque son continuas, e en ocasións isto serve de base nas predicións do que pasará en Madrid.

En cada un dos puntos vamos facer un pequeno cotexo entre algunhas das informacións que se publicaron e datos científicos de diversos estudos.

1. Na poboación xeral

Artigos:

- *Titular: 150.000 madrileños sufrirán trastornos psicológicos leves. Chamada. La Consejería de Sanidad lanza un plan de salud mental para atender a los afectados y a parte de la población general. Se prevé que entre un 3 y un 6% de la población madrileña (entre 90.000 y 180.000) sufrirán alteraciones psicológicas leves, pero que conviene tratar. El País, día 19.*

A metade dos madrileños mostraba síntomas depresivos ou de estrese agudo unha semana despois. Na segunda semana un de cada dous entrevistados tiña síntomas depresivos e o 47% mostraba síntomas de estrese agudo relacionados co atentado. *La Voz de Galicia*, día 31. *Los ataques provocaron estrés agudo en la mitad de los madrileños*. Artigo que comenta os datos do estudo da Universidade Complutense para coñecer os efectos psicolóxicos dos atentados na poboación de Madrid nos días inmediatos.

Estudos científicos posteriores:

- **1-2 semanas despois dos atentados:** o 15% da poboación madrileña sufriu síntomas de estrese agudo relacionado co 11-M que interfería coa súa vida e un 17,1% síntomas depresivos (Muñoz, Vázquez *et al.*).
- **Aos 1-3 meses:** 2,3% de TEPT relacionado co 11-M, un 8% de depresión maior, e un 10,9% de ataques de pánico (Miguel-Tobal *et al.* 2005, 2006).
- **Aos 6-9 meses:** 0,41%; 2,5% e 3,9% respectivamente (Miguel-Tobal *et al.* 2005, 2006).

Outras informacións publicadas:

- «*un impacto brutal que empeora la salud de la población en general*». Declaracións do presidente do consello asesor da Asociación Galega de Psiquiatría para *La Voz de Galicia* do día 11 no artigo «*Después del 11-s llegaron a producirse casos de suicidio*».
- *Una semana después de la masacre de Madrid, 15.000 personas han necesitado asistencia psicológica...* O Colexio Oficial de Psicólogos de Madrid (COPM) preparou unha serie de guías de apoio (cita a *web* do colexio para encontralas) para arontar os atentados, con respostas a cuestións como superar a perda dun ser querido, consellos para pais e actuación sobre nenos sometidos a experiencias traumáticas. *El Mundo*, día 18. *Siete días de marzo*.

— Do artigo de *El País* do día 18 sobre o plan de saúde mental da Consellería de Sanidade: profesionais para este plan a maiores, 35 psiquiatras e 15 psicólogos durante 18 meses. Os colexios tamén poderán solicitar un equipo móbil cun psiquiatra e dous psicólogos para que vaian á escola e dean apoio aos nenos. Ofrecense cursos de formación para os profesores e a Consellería editará unha guía para que os pais aprendan a detectar precozmente as alteracións psicolóxicas dos nenos. 19.

— Fálase do efecto do atentado na poboación en xeral que deixou de asistir a concertos, ao cinema, que non sae tanto e até compra menos. Fálase dun sentimento na poboación de «*desmoralización total por lo ocurrido*», que no xornal denominan «*problemas psicológicos de los madrileños*». Fala de que para combater isto foron editadas varias guías na *web* para afrontar os problemas de estrese e os ataques de angustia. O xefe de Psiquiatría do Hospital Ramón y Cajal di que é normal que a poboación xeral poida desenvolver transtornos como estrese, estados de ansiedade ou pánico e fobias de evitación de lugares concorridos. *El País*, día 21. *Madrid seca sus lágrimas*.

— *Los psicólogos aconsejan no mentir a los niños y dejarles que jueguen con cosas relacionadas con la tragedia*. Fálase do efecto dos atentados nos nenos. Tamén de que o Defensor do Menor da Comunidade de Madrid e o COPM editarán unha guía para axudar aos máis pequenos. *El Mundo*, día 23. «*Mamá, ¿van a venir los terroristas?*».

— Enrique Echeburúa no seu artigo do día 27 publicado por *El País* no espazo «Madrid en la Mente», «*¿Cuándo es necesario el tratamiento?*», fala, entre outras cousas, de cando, en tempo, se debe buscar axuda: a presenza de síntomas até as 4 - 6 semanas é normal, se perduran é mellor buscar axuda.

Entre os artigos que transmiten unha visión normalizadora das reaccións destacamos os seguintes:

- «*la mayoría de los neoyorquinos (...) se han recuperado de las heridas psicológicas que sufrieron. Y casi todos los aspectos de la vida cotidiana de la ciudad han vuelto a regularizarse*». Resaltámolo debido ao paralelismo que se establece nos medios co ocorrido no 11-S. *El País* día 15 de marzo. *Por favor, hablad*. Luis Rojas Marcos.
- Manuel Trujillo, xefe de Psiquiatría do Hospital Bellevue de Nova Iorque, o día 19 marzo en *El País*: *¿Qué hacer si se sufre un estado de estrés y angustia?*, tamén di que no 11-S até o 60% da poboación de Nova Iorque manifestou algún sintoma psicolóxico, aínda que a maioría se resolveu en horas ou en poucos días, e fala de estrese agudo e de reaccións normais a situacións anormais. Cre que en Madrid pasará o mesmo, que a maioría das reaccións se normalizarán en pouco tempo con medidas de hixiene psicolóxica. Sobre estas medidas básicas volve insistir no artigo do día 23, «*Otros lo necesitan más que yo*».
- Carmelo Vázquez, profesor de Psicopatoloxía da Universidade Complutense e de San Diego State University (California), o 30 de marzo en *El País* di que é probábel que os efectos na saúde mental dos madrileños sexan menores do que se pensa. Refírese a estudos realizados na poboación norteamericana tras o 11-S que indican que os efectos clínicos só se circunscriben, case exclusivamente, á poboación directamente afectada polo atentado. Fai referencia tamén a un estudo que fixeron na San Diego State University no que ao cabo dunha semana encontraba nunha poboación de 6000 persoas unha ausencia case absoluta de reaccións psicopatolóxicas e psiquiátricas na poboación xeral. Conclusións de estudos deste estilo: pouco probábel que

A APARICIÓN DE CRISES DE ANSIEDADE PATOLÓXICAS VAI AFECTAR FUNDAMENTALMENTE A UNHA PARTE DOS AFECTADOS DIRECTOS E AS SÚAS FAMILIAS. AÍNDA QUE TAMÉN ADVIRTE QUE OS SÍNTOMAS NESTA POBOACIÓN SÓ PERSISTEN NUNHA TERCEIRA PARTE AOS 3 MESES

haxa unha extensión epidémica de problemas de ansiedade ou estrese nin nos servizos sanitarios madrileños nin no resto do país. A aparición de crises de ansiedade patolóxicas vai afectar fundamentalmente a unha parte dos afectados directos e as súas familias. Aínda que tamén advirte que os síntomas nesta poboación só persisten nunha terceira parte aos 3 meses. 1ª lección: «*la gente común tiene unos formidables mecanismos de resistencia ante la adversidad*». 2ª lección: *los políticos no deberían hacer lecturas sesgadas e interesadas*.

- Manuel Trujillo no artigo *Los rituales colectivos* (*El País*, día 6 abril), refírese ao inquérito da Universidade Complutense e resalta que a maioría da xente volverá á normalidade en días ou semanas. Aínda que tamén haberá novos afectados de estrese postraumático, non só entre as vítimas, senón tamén na poboación máis vulnerábel, nenos, ou en menor medida nos equipos de rescate. As intervencións psiquiátrica e psicolóxica teñen que ser integradas co resto de prestacións médicas e sociais, unha atención preventiva e de fácil acceso. Isto pode facer que se recuperen sen moitas secuelas e cicatrices.

2. Nos afectados

Artigos:

- Titular: *Los psicólogos han atendido ya 15.000 casos. Chamada: El 60% de los familiares, los voluntarios y el personal de emergencia sufrirá estrés postraumático.* El País, día 18.
- *La mayoría de los heridos e incluso muchas de las personas que han participado en el rescate de cuerpos y de heridos de los trenes sufrirá un shock emocional tarde o temprano. Por tragedias anteriores, como la del 11-S, se sabe que dentro de unos meses, cuando todo parezca olvidado, pueden aparecer crisis de ansiedad y depresiones masivas de gente que ha vivido lo atentados muy de cerca. La pérdida de sueño es uno de los síntomas.* La Voz de Galicia, día 13. Buena parte de los heridos sufrirán secuelas médicas toda su vida.

Estudios científicos posteriores:

Cos familiares e achegados de feridos e falecidos:

- **1-3 meses despois dos atentados:** O TEPT podería ter afectado ao 28-34% (Fraguas et al., 2006; Miguel-Tobal et al., 2004; Iruarizaga et al., 2004), o transtorno depresivo maior ao 31,3% e os ataques de pánico ao 45,3% (Miguel-Tobal et al., 2004; Iruarizaga et al., 2004).
- **Aos 6-9 meses:** 15,5% de TEPT, 15,2% de depresión maior e 26,8% de ataques de pánico. (Miguel-Tobal et al., 2004; Iruarizaga et al., 2004).

No caso dos feridos os estudos non mostran moita diferenza de porcentaxes entre as medicións feitas ao mes do atentado e as realizadas aos 6 meses. No estudo de Fraguas et al., (2006) o TEPT pasou do 41,1% ao mes, ao 40,9% seis meses despois dos atentados.

Outras informacións publicadas:

- O mesmo día do atentado *La Voz de Galicia* dixital xa falaba, na portada, das secuelas na

poboación con este titular: *LAS SECUELAS EN LA POBLACIÓN. El atentado provocará estrés postraumático en los afectados.* Entre as cousas que recolle o artigo algunhas son: *La masacre puede crear entre la población sensación de inseguridad e indefensión. El atentado terrorista (...) puede desencadenar estrés postraumático entre las personas que lo vivieron (...) en algunos casos las consecuencias se han manifestado de forma inmediata (...) mientras que en otros pueden aparecer con efectos retardados, de ahí la importancia de ponerse en manos de especialistas, aunque no aparezcan síntomas inmediatos.* También advierte de que es probable que los familiares de las víctimas lleguen a padecer duelos complicados (...)

- En base á experiencia co 11-S: *Los expertos recomiendan a los afectados que busquen ayuda psicológica, incluso si creen –como es común– que no la necesitan. Basta llamar al 112 o al 061.* El País, día 18: *Los psicólogos han atendido ya 15.000 casos.*
- *El trastorno de estrés postraumático afectará a muchas de las víctimas del 11-M. Psiquiatras y psicólogos se preparan para atender las consecuencias de los atentados sufridos en Madrid que, como los de Nueva York, interrumpieron con la muerte y el dolor la vida de estas ciudades.* El Mundo día 21. *Aumentarán los trastornos por estrés postraumático.*
- Datos difundidos polo COPM: máis de 18.000 persoas recibiron asistencia psicolóxica até o momento polos atentados. Dispositivo: máis de 1.400 psicólogos voluntarios que atenderon máis de 5.000 demandas de asistencia directa, 13.540 chamadas telefónicas e 183 asistencias domiciliarias. El Mundo, día 23: *Dos heridos continúan en estado crítico desde el 11-M.*
- Na entrevista que publica *El País* o día 13 a Manuel Trujillo, «Es una reedición del 11-S, con sus luces y sus sombras», de novo normaliza síntomas e fala, de maneira preven-

tiva, dos posíbeis efectos «*Todos los heridos precisan una intervención psicológica ligera, de evaluación y de apoyo, y hay que facilitarles el acceso a la información sobre este trastorno (...) Tienen que entenderlos (los síntomas) como una secuela natural de la tragedia, y no asustarse de sus propias emociones*». «*Los familiares necesitan un acceso fácil a la evaluación psicológica y psiquiátrica durante mucho tiempo*». Fala tamén de que no 11-S el mesmo enviou de oficio a psicólogos aos lugares onde había afectados «*(...) puede ser un consejo interesante para Madrid (...) Como los pacientes de estrés postraumático no suelen ir a las consultas, enviamos a nuestros psicólogos y psiquiatras a los lugares donde recibían algún otro tipo de asistencia, por ejemplo de tipo económico*».

- En *El País* do día 23, no artigo «*Heridas psicológicas*», lanzan esta pregunta: pódese considerar como ferido a quen padece unha afección psicolóxica? O artigo que o acompaña é: 1.110 *extranjeros han pedido regularizar su situación tras el 11-M*. A coordinadora do plan de saúde mental sobre o 11-M explica que «*Los informes psicológicos de los primeros días sólo se refieren a estrés agudo y no sirve para acreditar un trastorno perdurable. Algunas personas sí pueden desarrollar una afección psicológica crónica, como un TEPT perdurable, pero este síndrome sólo puede diagnosticarse entre tres y seis meses después de los atentados*». Non sabemos se esta diferenza lle queda clara ao xornalista xa que no parágrafo seguinte comeza con «*Éste es el caso de Eric...*» e conta que aínda que non foi ferido si ten pesadelos, evita coller o metro etc. «*Pasó una semana y pensé que sería algo normal. Ahora me preocupa, (...) en cuanto me encuentre libre de preocupaciones, no puedo dejar de pensar en la gente que vi muriéndose*». Pasaron 12 días desde o atentado.

3. Nos que interviñeron

Estes son os números dos profesionais que constituíron o dispositivo de axuda: 2.500 policías locais, 1.000 axentes da Policía Nacional, Garda Civil e Policía Militar, 650 bombeiros, 460 sanitarios e traballadores do SAMUR-Protección Civil, 600 sanitarios e traballadores do SUMMA 112, 235 condutores de ambulancias, 150 vehículos funerarios, 200 voluntarios do SAMUR-Protección Civil, 95 forenses, 60 operarios telefónicos do 112 e médicos, enfermeiros e traballadores de 19 hospitais, máis todos os nosos compañeiros psicólogos, máis de 1.400. Segundo *El Mundo* do día 18 máis de 64.000 profesionais interviñeron en total, case o 100% do persoal sanitario. O Conselleiro de Sanidade da Comunidade de Madrid nunha entrevista o día 13 de marzo para *El País* marcou a cifra de 70.000. *El País* o día 14 di que nas primeiras horas máis de 100.00 persoas foron coordinadas pola Comunidade de Madrid.

Artigos:

- Titular: *Médicos, bomberos, policías y familias recibirán ayuda psicológica por el 11-M*. Chamada: *Son colectivos que más están sufriendo el estrés postraumático tras el brutal atentado*. La Voz de Galicia, día 15 de marzo.
- *Más de la mitad de estos profesionales y voluntarios que han vivido muy de cerca el horror padecerán estrés postraumático*. El País, día 18 de marzo, *Los psicólogos han atendido ya 15.000 casos*.

Estudios científicos posteriores:

- **5-12 semanas:** 1,3% de TEPT, 1,3% de depresión maior, 0,7% de agorafobia, 0,7% de ansiedade xeneralizada, 0,7% de pánico (Gabriel *et al.*, 2007).
- **Aos 1-3 meses:** 1,2% de TEPT relacionado co 11-M, 2% de depresión maior e 13,9% de ataques de pánico (Miguel-Tobal *et al.*, 2004, 2005).
- **Aos 6-9 meses:** 0% de TEPT, 0% de depresión maior e 3,8% de ataques de pánico (Miguel-Tobal *et al.*, 2004, 2005).

Este punto ben o podemos relacionar con todo o sinalado na primeira parte, na que falá-bamos dos efectivos.

Informacións que se refiren aos psicólogos:

No artigo de *El País* do día 15 de marzo o titular xa o di todo: *El derrumbe de los psicólogos*.

- Relatan o caso dunha voluntaria que comezou axudando a sacar os corpos dos trens pola mañá e pola tarde foi destinada ao Ifema. Durante 4 horas atendeu e acompañou a unha familia a identificar un corpo en vivo. *Cuando le llegó el relevo, la llevaron a trasladar los cadáveres a los féretros. Allí mientras cargaba con una de las bolsas, comenzó a sonar dentro el móvil del fallecido. Fue la gota que colmó el vaso. No pudo más. Era ya la madrugada del viernes y se quebró.*
- A responsábel dos equipos de atención psicosocial da Cruz Vermella Española explica que tiveron que atender a moitos dos seus compañeiros, derrubados pola presión psicolóxica que sufrían perante o

contacto directo coa morte e as familias das vítimas.

- *Agotamiento y desesperación. Muchos familiares de desaparecidos, psicólogos y voluntarios han pasado más de 20 horas sin dormir, a la espera de identificar a las víctimas.* El País do día 12. *Dolor y consternación entre los afectados a los que se comunica la muerte de sus familiares.*
- Declaracións dunha psicóloga: *«Creo que aquello [o tanatorio do pavillón 6] es horrible, hay brazos, trozos de cuerpos, de todo. Yo misma no sé cómo voy aguantar para poder acompañar a alguien y darle serenidad», decía una psicóloga. Algunos profesionales confesaban haber echado mano de tranquilizantes para afrontar su labor.* El País, día 12. *Una legión de psicólogos y psiquiatras. Chamada: 200 profesionales de salud mental, servicios de emergencia y sacerdotes acudieron a Ifema.*
- Fálase de que se editou unha guía para intentar controlarse individualmente e que se fará un seguimento durante o tempo que faga falta até que a recuperación psicolóxica sexa correcta. La Voz de Galicia o día 15. *Médicos, bomberos, policías y familias recibirán ayuda psicológica por el 11-M.*
- Fálase da Cruz Vermella e do Samur e da utilización do *debriefing* co seu persoal. No caso do Samur comentan que se pon a disposición do persoal unha oficina de atención permanente dirixida a todos os que interviñeron no atentado, ademais de sesións de terapia. Outro titular do mesmo día: *Espacios de higiene mental.* Chamada: Cruz Roja inicia sus reuniones para atender psicológicamente a sus voluntarios y empleados.
- *Los profesionales que trataban de cerca a esos familiares se contagiaban de su ansiedad.* El País, día 21. *El tormento del pabellón ocho.*
- Na entrevista xa mencionada ao Conselleiro de Sanidade de Madrid comenta que hai

SOBRE OS DIFERENTES GRUPOS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓXICA OBSERVAMOS QUE, A DIFERENZA DO 11-M, NO ACCIDENTE DE BARAJAS CANDO SE FALA DE PSICÓLOGOS NORMALMENTE TEÑEN APELIDO, É DICIR, NOMEAN O GRUPO AO QUE PERTENCEN, E O MESMO ACONTECE COAS FOTOGRAFÍAS

que «Seguir la atención psicológica a heridos, familiares y a los propios trabajadores de la sanidad. Han trabajado en condiciones límites». *El País*, día 14.

4. Referencias ao Transtorno de estrese postraumático

Para alén dos artigos recollidos en seccións anteriores, resaltamos estes outros de *El País*, da sección «Madrid en la Mente»:

- Manuel Trujillo, no artigo do día 19 ao que xa fixemos referencia anteriormente, tamén fala de por que se dá o estrese postraumático, en que situacións se activa e os síntomas que as persoas poden experimentar durante certo tempo, do papel dos medios de comunicación no estrese agudo e recomenda limitar a súa visión a persoas vulnerábeis, como nenos ou persoas cunha anterior síndrome de ansiedade ou de estrese postraumático.
- Julio Bobes o día 22, *Después del dolor físico*, dá unha serie de *webs* e referencias bibliográficas nas que a poboación xeral pode encontrar información sobre o TEPT.
- Tamén o día 28, Manuel Trujillo, baixo o titular de *Estrés postraumático complejo*, responde á consulta dunha muller que o día anterior aos atentados perde a unha amiga repentinamente e que ten problemas de hipotiroidismo.
- Julio Bobes, o día 29 no seu artigo *Cómo diferenciar el dolor moral de la patología psiquiátrica*, fala do TEPT, dos síntomas, e recomenda o uso de instrumentos de *screening* que están a disposición da poboación en xeral, suxire a Escala de Trauma de Davidson e a *web* onde encontrala. Se a puntuación é superior a 40 aconsella acudir ao médico de familia ou especialista.
- O día 30, no artigo *Orientación al tratamiento*, fala do prognóstico e dos tratamentos terapéuticos. Aconsella que vaian unidos o tratamento farmacolóxico e o psicolóxico.

O ACCIDENTE DE BARAJAS

As referencias que encontramos sobre o accidente de Barajas loxicamente non son tantas como no 11-M; a súa magnitude non é comparable. Aínda así pódenos servir de referencia coa catástrofe de Biescas. Nesta ocasión son 26 os artigos localizados nos tres medios de referencia, aínda que xa mencionamos que, para este caso, recollemos referencias de máis xornais que nos van servir para completar a visión que se ofrece da nosa profesión nestes casos.

Sobre os efectivos psicolóxicos

Sobre os diferentes grupos de intervención psicolóxica observamos que, a diferenza do 11-M, no accidente de Barajas cando se fala de psicólogos normalmente teñen apelido, é dicir, nomean o grupo ao que pertencen, e o mesmo acontece coas fotografías. O grupo de psicólogos absolutamente protagonista nos xornais foi o da Cruz Vermella. Destacaron en mencións, en número de artigos exclusivos sobre o seu labor e en fotografías, onde aparecen practicamente na maioría, seguidos de perto polos psicólogos do Samur. A boa prensa do COPM durante o 11-M non a encontramos no accidente de Barajas. As referencias nos diferentes xornais son mínimas e temos que esperar a que todo acabe para que o colexio acapare os focos ao pedir un protocolo específico de actuación.

Sobre as funcións e tarefas dos psicólogos

- *Ayudan a las familias a «manejar la información, prepararles para las situaciones que irán viviendo y, sobre todo, acompañarles en estos momentos tan duros»*. *Faro de Vigo*, día 21. «Desorientación y mucho dolor». Chamada: *Los familiares de los pasajeros*

- están siendo atendidos por los psicólogos de la Cruz Roja.
- (...) atender a crisis de ansiedad y desvanecimientos. La Voz de Galicia, día 21. «Psicólogos y forenses trabajaron toda la noche en la morgue del Ifema».
 - «Los psicólogos están tratando en el recinto ferial de Ifema reacciones desmedidas, extrañas, comprensibles por el estado de shock en el que se encuentran los afectados».
 - Comunican ás familias a perda.
 - «quitarle de la cabeza a los afectados el sentimiento de culpabilidad». Público, día 22. Los psicólogos luchan contra la idea de culpa.
 - «nexo entre las familias y las investigaciones y facilitan el duelo».
 - (...) su trabajo como psicóloga muchas veces se limita a transmitir una disponibilidad total para los afectados, más que en actos tangibles.
 - ... sintetiza su labor en un apoyo práctico, que parte de lo más banal, supliendo habilidades que los afectados han perdido a causa del dolor «A lo mejor quieren llamar a alguien, pero por culpa de los nervios no encuentran el teléfono en la agenda, así que se lo buscamos. O están tiritando de frío pero no lo notan, (...) así que les acercamos una manta y unos pañuelos. Esa es la mejor ayuda que les puedes dar».
 - «funcionamos principalmente como canal de información, entre las fuentes oficiales y las familias, ..., para que sientan que tienen a alguien cercano y de confianza». ADN.es, día 22. Un ángel de la guarda por cada familia afectada. Entradilla: psicólogos sirven de nexo entre las familias y las investigaciones y facilitan el duelo mientras aparece el cuerpo que confirme la muerte del familiar.
 - «intentamos conocerlos, escucharlos y darles todo lo que necesitan, desde conversación, hasta un vaso de agua. Les recordamos que tienen que comer, dormir». El País, día 22. Los forenses identifican a 41 de los 153 cadáveres.
 - «(...) se les facilita el proceso de duelo y que el efecto sea menor, si puede ser.» La Voz de Galicia, día 22. – Entrevista.
 - «Intentamos aliviar a las familias, tratamos de que esos primeros síntomas y reacciones normales ante una catástrofe de este tipo sean menores». La Voz de Galicia, día 22. Una larga noche de insomnio y desesperanza. Chamada: El tiempo no lo cura todo, aseguran los psicólogos que atienden a los familiares.
 - (...) sobre todo su labor consiste en «escuchar» a los afectados y «permitir una ventilación emocional adecuada; el dolor en estas situaciones es muy difícil reducirlo, lo que es posible es no permitir que aumente con variables extrañas».
 - Recibir a los familiares, dirigirlos a una sala habilitada y darles información del proceso a seguir y «acompañarles» en el penoso proceso de identificación de los cadáveres.
 - El periódico escribe que acompañan ás familias en todo momento para prestarles a axuda que precisen, inclusive en esos cortos trayectos que se realizan en los autobuses. Faro de Vigo, día 22. El «calvario» psicológico del Ifema. Chamada: Psicólogos, trabajadores sociales y voluntarios asisten a los familiares de las víctimas, en un operativo similar al del 11-M.
 - «(...) Intentamos hacer que coman algo, que descansen y les dejamos claro que estamos para todo lo que necesiten.» Faro de Vigo, día 22. «Hola, me llamo Mikel y vengo a ayudarle». Chamada: Uno de los psicólogos voluntarios en el Ifema relata el drama que se vive en las familias de las víctimas.
 - intentan tranquilizarles para que puedan llevar a cabo los pasos necesarios hasta concluir la identificación de sus parientes. Faro de Vigo, día 23. Psicólogos piden a las familias que no acudan a La Alameda.
 - Tres psicólogas especialistas en urgencias y emergencias (...) han explicado sus experiencias con las familias, recalcando que su

labor era la de estar presentes y disponibles, más que una acción concreta, «queríamos que sintieran que estábamos ahí, (...)».

- «evitar rumores dando información puntual (...)» «ante todo, estábamos por si acaso». ADN.es, día 3 de setembro. «Juntar a las familias y nombrar los superviviente no es la manera de comunicar un fallecimiento».
- El principal quehacer de estos profesionales incluye en todo momento el no invadir la intimidad familiar, y a partir de ahí se inicia su asistencia de acompañamiento. Esta consta, primero, de una escucha activa que permite a los afectados que expresen lo que siente (...). «Nosotros (...) acogemos la rabia y la pena de los familiares para devolverles serenidad». En segundo lugar, conseguir la comunicación más adecuada en la que no existan los rumores.
- Acompañamiento na recollida de mostras de ADN, no recoñecemento e entrega de cadáveres, e na de obxectos persoais, pre- paralos para a colaboración coa policía.
- «el trabajo principal era estar presente, cada familia tenía un psicólogo como referente que en todo momento estaba pendiente por si tenía necesidad de alimentarse, abrigo o necesi- dades». ABC, día 4 de setembro. Los psicólogos piden un protocolo de intervención específico.
- mayor misión: fue respetar la intimidad de las personas y estar para lo que precisaran. «Es- tábamos por si acaso». El Correo Gallego, día 4 de setembro. Mayor coordinación ante desastres.

A continuación recolleamos algúns artigos que resaltan aspectos negativos ou dan unha mala imaxe dos psicólogos. Bo exemplo disto encontrámolo no xornal *El Mundo*, que o fixo até en tres ocasións, os tres primeiros puntos, e en *La Voz de Galicia*, o último. A situación dos artigos, lugares destacados do xornal, portada, editorial, última páxina e opinión respectiva- mente, aumenta a súa repercusión, xa que son as seccións máis lidas.

AS ÚNICAS REFERENCIAS
NESTE SENTIDO RESALTAN
NORMALMENTE O AUMENTO
DO MEDO A VOAR ENTRE
OS VIAXEIROS E OS
TRABALLADORES DAS
COMPAÑÍAS. ISTO VÉN
RECOLLIDO XA O DÍA 21 POR
DIFERENTES MEDIOS

1. O famoso titular que abriu o xornal do día 23, «No queremos psicólogos sino que nos expliquen lo que pasó». A esta noticia dedi- cámoslle un espazo propio máis adiante.
2. Este titular foi completado co editorial do mesmo día en que se dicía: *Con razón se quejaban muchos familiares de los 153 falle- cidos de que el Gobierno ha puesto a su dispo- sición psicólogos para paliar su ansiedad –lo cual consideran de dudosa utilidad–, (...)*
3. E outra perla máis no texto do artigo da últi- ma páxina do xornal do día 21: «Un hom- bre de unos 30 años solloza como un desespe- rado. Le acompaña un psicólogo del Samur que parece más angustiado que él y que no sabe qué hacer para consolarlo».
4. Do artigo de opinión publicado o día 21, *Reflexión de urgencia sobre la tragedia de Barajas:*

Y la muerte, que siempre debe ser un hecho familiar e íntimo –también en los supuestos de accidente– se convierte en un trámite ofi- cial, con lutos absurdamente decretados y con unos psicólogos profesionales especializados en decir con lenguaje técnico lo que mis veci- nas de Forcarei decían –«estaba de Dios», «tñana alí», «de algo hai que morrer– con más dulzura y mejores resultados.

Sobre as consecuencias

1. Na poboación xeral

As únicas referencias neste sentido resaltan normalmente o aumento do medo a voar entre os viaxeiros e os traballadores das compañías. Isto vén recollido xa o día 21 por diferentes medios. En *El Faro de Vigo*, co titular *Repunta la fobia a volar*, destacan que *Los accidentes graves multiplican por diez el miedo a volar, según los psiquiatras* e no artigo de ADN.es do día 22, *Un ángel de la guarda por cada familia afectada*, din: *En ocasiones estos accidentes provocan un miedo generalizado a volar, no sólo en viajeros, sino también en personas que pasan su jornada laboral a miles de metros de altura*. Estes son só dous exemplos mais todos vimos nos medios, xa o mesmo día, noticias relacionadas con isto, e en días posteriores incidentes normais nos voos que de repente saían na prensa. En Biescas pasou algo parecido, noticias doutros cámpings que estaban mal situados e que podían correr a mesma sorte e tamén algunha evacuación preventiva dalgún a causa das chuvias.

Algo diferente, e que vai máis na liña vista no 11-M, é o artigo de opinión que publica *El Mundo* o día 22 baixo o título *Qué podemos hacer después de la tragedia*, no que unha psicóloga fala do *shock postraumático*, dos seus síntomas e de quen o padece.

2. Nos afectados

— Fala un membro do grupo de traballo de urxencias e emerxencias do Colexio de Psicólogos: *Ainda que a inmensa mayoría «consigue adaptar su vida a la nueva situación de pérdida de un ser querido»* outros *«se quedan instalados en el trauma de por vida»* (...) *«en los próximos días habrá cancelaciones de vuelos por parte de personas que tenían un viaje programado y que han decidido anularlo tras este suceso; La atención psicológica a largo plazo para las personas que sufren un acontecimiento de este tipo dependerá en gran medida (...) de la red de apoyo*

social que tenga cada paciente. SERVIMEDIA o día 21, *«Habrá familiares que sufrirán un 'duelo patológico' de por vida, según los psicólogos»*.

— *Es probable que los allegados desarrollen trastornos de estrés postraumático, altos niveles de ansiedad, depresión, evitación de situaciones similares, (...)*. La Razón, o mesmo día. Entrevista a Antonio Cano Vindel, Psicólogo experto en catástrofes.

— Fálase das consecuencias do proceso de identificación: *«crisis de ansiedad y muchas lágrimas»*. Falan tamén de tres puntos críticos: 1) Impacto: shock, os afectados negan o acontecido; 2) Reacción: unha vez asumida a perda pasan aos rituais privados. *«Es un proceso crítico y doloroso si los trámites se alargan»*; 3) Reanimación: proceso de dó de duración entre 2 ou 3 anos. En *La Razón* do día 22, *La peregrinación más amarga*.

— Fálase sobre o proceso de identificación e dos riscos de crear falsas expectativas aos familiares porque pode xerar neles *«un proceso de insatisfacción, frustración y enfado»*. *La Voz de Galicia*, día 25, *Una psicóloga avisa del riesgo de generar falsas expectativas en los afectados*.

Sobre o proceso de identificación conviña aclarar que 4 días despois do accidente aínda quedaban por identificar a maioría dos corpos e houbo informacións contraditorias por parte do Ministro do Interior, tanto de que se resolverían a maioría das identificacións en moi poucos días como despois a insinuación de que poderían quedar cadáveres sen identificar. *La Opinión* do día 23 recolle os temores dos familiares neste titular: *Las familias temen que haya errores de identificación como en el Yak-42*, temor que tamén é recollido por outros xornais como *La Razón*.

3. Nos que interviñeron

«Estaban carbonizados y había multitud de restos humanos», *Los efectivos sanitarios se*

encontraron una estampa desoladora en la pista aérea. Titular e a chamada de *La Razón* o día 21.

- «Perdona si no estoy muy cuerdo pero todavía no he descansado y la cabeza me empieza a fallar». É a declaración do psicólogo co que falan, di o xornal, que levaba un día enteiro a dar apoio psicolóxico a familiares e estaba desbordado. Artigo do día 22 do *Público*, «A mi padre no le dejaron salir del avión».
- *La tensión de los que trabajan en el interior de las salas asistiendo a los familiares es extrema. Posteriormente a las horas o días de trabajo, son necesarias reuniones periódicas de los grupos de trabajo para evaluar la situación y, en algunos casos, incluso terapias personalizadas. La tragedia cobra a todos su peaje.* Pé de foto baixo o título de *Esfuerzo y tensión*. Día 21, *La Razón*.

Sobre o titular de portada

«No queremos psicólogos, sino que nos expliquen lo que pasó».

Contextualizamos brevemente estas declaracións. Dous días despois do accidente os familiares continúan a buscar unhas respostas que ninguén lles dá e continúan á espera dos corpos dos familiares, sen saber o tempo que lles levará recuperalos. O día destas afirmacións é un día tenso, teñen tres reunións, a primeira coa Vicepresidenta do Goberno, a segunda é de todos eles para aclarar as preguntas que farán a *Spanair* pola tarde, a que sería a terceira e última reunión do día. *El País* recolle así a situación de tensión: *Los ánimos se caldean. Dos de los familiares discuten. Casi llegan a las manos. Los psicólogos y los voluntarios intentan tranquilizarles. Tres policías entran y les separan. La tirantez se traslada a la reunión con la aerolínea.*

Aínda que é indubidábel que as declaracións si foron feitas, é significativo o tratamento que se lle dá en cada medio. Está claro que quen decide tratalo dunha maneira ou doutra

O TITULAR DO XORNAL
‘EL MUNDO’ «NO QUEREMOS
PSICÓLOGOS, SINO QUE NOS
EXPLIQUEN LO QUE PASÓ»
DÉBESE CONTEXTUALIZAR

réxese por un criterio previo, e non parece querer dicir nada bo dos psicólogos o titular que estamos a comentar.

Como veremos, o comentario está publicado en dous xornais máis, en *La Voz de Galicia*, onde vén o mesmo mais xa dentro do texto e cun titular que vai noutra dirección, e en *El País*, que aínda que non o recolle como titular si aparece destacado o comentario.

Os titulares dos diferentes medios en relación á mesma noticia son os seguintes:

1. En *La Voz de Galicia*, «¡Nos están engañando todos, no quiero políticos, sino soluciones!».
2. En *El País* titulan, «Hubo una negligencia en el accidente. Sabemos que muchos quisieron bajar», no destacado din «Traíganos técnicos que digan qué pasó. No un psicólogo», protesta un familiar.
3. En *La Razón* os titulares sobre a noticia son dous, o de portada, «Las familias, indignadas, se rebelan contra Spanair», e o de dentro do xornal, «¡Todo es mentira, todo es mentira, nos han engañado!».
- Neste artigo destacan, «No quiero políticos a mi lado, quiero soluciones» demandaba a su salida. Non di nada sobre o comentario recollido por *El Mundo*.
4. *La Opinión*: Las familias temen que haya errores de identificación como en el Yak-42. Non recolle nada sobre o titular de *El Mundo*.
5. No *Faro de Vigo*: El cansancio provoca las primeras tensiones. Tampouco di nada.

OBSERVAMOS UN IMPORTANTE EFECTO SECUNDARIO NO QUE EN PRINCIPIO É ALGO BO (A MOBILIZACIÓN DE TODO TIPO DE GRUPOS E ORGANIZACIÓN), QUE É A «LOITA» POLO PROTAGONISMO, POR SAÍR NOS MEDIOS. CON ISTO NON CRITICAMOS O FEITO DE SAÍR NA PRENSA, TELEVISIÓN OU RADIO, AO CONTRARIO, PENSAMOS QUE É NECESARIO E POSITIVO. CRITICAMOS O OBXECTIVO QUE ÁS VECES O MOVE, CONSEGUIR NOTORIEDADE, E AS SÚAS POSÍBEIS CONSECUCENCIAS, QUE ESQUEZAMOS O REALMENTE IMPORTANTE, OS AFECTADOS

CONCLUSIÓN E REFLEXIÓN

A conclusión máis evidente que podemos extraer do visto neste percurso é que a día de hoxe os psicólogos somos un máis dos profesionais que interveñen nas catástrofes. Vimos perfectamente como evolucionou isto desde Biescas até o accidente de Barajas. A parte positiva, o recoñecemento implícito da importancia de coidar tamén o estado psicolóxico dos afectados, non só o físico. A parte negativa, que ás veces parece que para conseguilo non é necesario ser psicólogo e que calquera con boa vontade e «algo de psicoloxía» pode desempeñar este labor. O mellor exemplo disto encontrámolo no 11-M, no chamamento realizado polas autoridades.

Cada vez son máis as organizacións, ONGs, empresas públicas e privadas, que contan con nós nestes escenarios. A parte positiva, que isto tería que supor a dispoñibilidade dun número suficiente de profesionais coa formación adecuada. As partes negativas, a 1ª, que non sempre é así (como vimos, a formación e a experiencia neste campo poden ser moi variábeis e ás veces claramente insuficientes); 2ª, que en ocasións as organizacións poden tender a unha sobrepresenza para se faceren máis visíbeis e conseguir máis publicidade; 3ª, a dificultade de coordinación de tantos grupos diferentes, con profesionais con formación tan incerta, que se suma á inherente da propia situación.

A inmensa maioría dos profesionais da psicoloxía que interveñen nestas ocasións son voluntarios. É dicir, véenos como importantes, atreveríamonos a dicir que até imprescindíbeis, mais non tanto como para profesionalizar este campo. Como di o refrán, lembrámonos de Santa Bárbara só cando trona.

Observamos un importante efecto secundario no que en principio é algo bo (a mobilización de todo tipo de grupos e organizacións), que é a «loita» polo protagonismo, por saír nos medios. Con isto non criticamos o feito de saír na prensa, televisión ou radio, ao contrario, pensamos que é necesario e positivo. Criticamos o obxectivo que ás veces o move, conseguir notoriedade, e as súas posibles consecuencias, que esquezamos o realmente importante, os afectados.

Non é estraño que en ocasións sexamos utilizados politicamente, especialmente nos casos nos que se pode esixir algunha responsabilidade ou esta non está moi clara, caso do accidente de Barajas. Nestas circunstancias podemos vernos envoltos en situacións cos familiares realmente complicadas, xa que eles mesmos poden identificarnos coas autoridades e percibirnos como un intento destas por calmar as súas ansias de respostas e as súas peticións de asunción de responsabilidades.

Somos moi pouco conscientes da imaxe global que transmitimos da nosa profesión e do papel que nisto xoga a prensa, papel fundamental que non debemos nin esquecer nin descoidar, cousa que facemos sistematicamente.

No referente á imaxe que transmite a prensa sobre a nosa profesión nestes acontecementos cabe dicir que, aínda que en xeral o noso labor é moi apreciado, si que é certo que se detecta en ocasións certa infravaloración, tanto por parte das autoridades, caso do 11-M, como por parte de certos medios. A raíz do accidente de Barajas tivemos a ocasión de ler algúns comentarios claramente negativos. Consideramos que estes feitos, aínda que pouco frecuentes, si que son o suficientemente importantes como para que nos paremos a reflexionar seriamente sobre as posibles causas. Desde aquí convidámosvos a meditar sobre se o dito nos puntos anteriores está deixando ver o seu efecto neste sentido. Tamén vos convidamos a cuestionar a nosa responsabilidade en todo este proceso, é dicir, a cuestionarnos sobre a transmisión que facemos do noso papel, transmisión que consideramos en moitos casos parcial, insuficiente e ás veces claramente prexudicial. Por exemplo, certas declaracións que lemos, e puidemos ver, no accidente de Barajas sobre o que nós mesmos dicimos que facemos: simplemente acompañar, estar aí, ou por se acaso, ou para lembrarlles que teñen que comer, ou para buscarlles un número de teléfono, ou darlles unha manta...

Relacionado co anterior e con o punto seguinte queremos facer unha observación sobre os termos que utilizamos, ben para explicar o que facemos, ben para explicar os posibles efectos nas persoas, co fin de ser máis claros na nosa transmisión de información. No referente ao primeiro, explicar o que facemos, temos que ser coidadosos co uso constante que facemos de palabras que para nós teñen un significado diferente do que teñen para o resto da xente. Por exemplo, termos como escoitar ou acompañar, que son recollidos até

a saciedade en moitos artigos. Se nos referimos a estes, ou a calquera outro que poida inducir a equívoco, deberíamos facer un esforzo para explicar en que consisten. Sobre o segundo, a explicación dos efectos, cabe destacar tamén o constante uso que facemos de terminoloxía psiquiátrica, que a prensa despois reproduce e en casos confunde, caso dos conceptos de estrese postraumático e de estrese agudo. Se o que queremos é ser claros temos que explicar máis os síntomas e as reaccións e non quedar tanto na etiqueta diagnóstica, que só un experto entende.

A visión que ofrece a prensa sobre os efectos dos acontecementos nos afectados, na poboación e no persoal de emerxencias é bastante catastrofista en xeral, especialmente no 11-M. A sensación que temos ao ler as noticias é de que a súa saúde mental futura é bastante negra. Non hai moito espazo para a normalización das reaccións. Téndese a resaltar todo o negativo e, con frecuencia, caemos neste proceder xornalístico, esquecendo a nosa máxima de reaccións normais a situacións anormais. Os

A VISIÓN QUE OFRECE A
PRENSA SOBRE OS EFECTOS
DOS ACONTECEMENTOS NOS
AFECTADOS, NA POBOACIÓN E
NO PERSOAL DE EMERXENCIAS
É BASTANTE CATASTROFISTA
EN XERAL, ESPECIALMENTE NO
11-M. A SENSACIÓN QUE TEMOS
AO LER AS NOTICIAS É DE QUE
A SÚA SAÚDE MENTAL FUTURA
É BASTANTE NEGRA. NON HAI
MOITO ESPAZO PARA A NORMA-
LIZACIÓN DAS REACCIÓNS

PARÉCENOS INCRÍBEL QUE
A ESTAS ALTURAS NON
DISPOÑAMOS DUN PROTOCOLO
ESPECÍFICO PROPIO QUE DEA
UNHA RESPOSTA COLEXIAL
ÚNICA E GLOBAL NESTAS
CIRCUNSTANCIAS. UN
PROTOCOLO QUE AGRUPE
OS RECURSOS DE TODOS OS
GRUPOS DE CATÁSTROFES DOS
DIFERENTES COLEXIOS E QUE
EVITE AS INDIVIDUALIDADES

datos dos estudos indicánnos que nos distintos tipos de catástrofes as persoas afectadas poden ser moitas mais tamén sabemos que, a pesar da gravidade destas situacións, a maioría recupérase normalmente, sen secuelas psicopatolóxicas significativas. Se hai un principio sobre o que existe consenso entre os especialistas en atención psicolóxica en catástrofes é no de agardar pola recuperación normal tras o incidente. «A suposición de que haberá transitorios clinicamente significativos en fases precoces tras un incidente é inapropiada, excepto en individuos con certas circunstancias preexistentes» (Instituto Nacional de Saúde Mental dos EE.UU., NIMH, 2002). Polo tanto, aquí temos outro punto para a reflexión, a nosa responsabilidade na «alarma» creada. Agrádecese ver o esforzo, neste sentido, que fixo o xornal *El País* nos atentados do 11-M. Todos os artigos normalizadores que encontramos están neste diario.

Finalmente, gustaríanos acabar este artigo cun apuntamento e unha reflexión sobre o labor e o funcionamento dos COPS neste tipo de situacións:

A nivel de apuntamento cómpre dicir que observamos, a través da revisión de artigos

realizada, a boa prensa do COPM durante o 11-M, non así no accidente de Barajas. Neste último as referencias nos distintos periódicos son mínimas, só consegue certo protagonismo cando acabou todo, ao pedir un protocolo de actuación.

Resúltanos difícil entender o chamamento que se fixo na prensa no 11-M ao solicitaren persoas da rúa para dar apoio psicolóxico porque non había suficientes profesionais. Na nosa última reflexión queremos comentar precisamente isto, a falta de profesionais. Os diferentes COPS, na súa maioría, dispuñan xa, e dispoñen, de grupos específicos de intervención en catástrofes, con profesionais formados e con experiencia, que non foron mobilizados a nivel xeral, nin se mobilizan a día de hoxe, nestas situacións de catástrofe. Normalmente óptase pola autoxestión e recórrese aos propios colexiados e ao seu grupo de catástrofes, se é que se dispón del. Como moito, o colexio da comunidade autónoma directamente implicada pide axuda aos grupos de colexios das comunidades con máis afectados. Polo menos iso é o que se fixo nas situacións que vimos comentando, 11-M e Barajas. Parécenos incríbel que a estas alturas non dispoñamos dun protocolo específico propio que dea unha resposta colexial única e global nestas circunstancias. Un protocolo que agrupe os recursos de todos os grupos de catástrofes dos diferentes colexios e que evite as individualidades. A súa carencia, lamentabelmente, di moito do funcionamento destes e implica unha falta total de aproveitamento dos recursos especializados de que se dispón, co conseguinte detrimento da nosa eficacia e da nosa imaxe como profesionais, tanto a nivel xeral en calidade de colectivo, como a nivel particular en calidade de organismo. Desde aquí avogamos pola creación dun protocolo específico propio para estes casos, un protocolo que permita a acción conxunta, que reúna os diferentes grupos e colexios e que nos habilite para actuar como un só.

BIBLIOGRAFÍA

Libros

- FERNÁNDEZ MILLÁN, Juan M. (2007): *Apoyo psicológico en situaciones de emergencia*. Editorial Pirámide.
- GARCÍA-VERA, M^a Paz; LABRADOR, FRANCISCO J.; e LARROY, Cristina (2008): *Ayuda psicológica a las víctimas de atentados y catástrofes*. Editorial Complutense.
- GUTIÉRREZ GUTIÉRREZ, Luz e VERA NAVASCUES, Isabel: *El papel del psicólogo en los desastres*. Dirección Xeral de Protección Civil.
- NICOLÁS, L. et. al. (2000): *Intervención psicológica en situaciones de emergencia y desastres*. Servicio Central de Publicacións do Goberno Vasco.
- RAMOS ÁLVAREZ, Rodolfo; GARCÍA MARTÍN, Alejandro; Parada Torres, Martín (2006): *Psicología aplicada a crisis, desastres y catástrofes*. Editorial UNED Melilla.
- ROBLES SÁNCHEZ, José Ignacio e MEDINA AMOR, José Luis (2002): *Intervención Psicológica en las catástrofes*. Editorial Síntesis.
- SLAIKEU, KART A. (2000): *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. Editorial Manual Moderno.

Artigos

- ARANDA ROMERO, José Antonio (1997): «Intervención Psicológica Inmediata con Víctimas de una Catástrofe Natural». *Papeles del Psicólogo*, n.º 68: 20-29.
- BERMEJO FRÍVOLA, Vicent (1983): «La rotura de la presa de Tous y la asistencia psicológica en una catástrofe colectiva». *Papeles del Psicólogo*, n.º 8: 12-17.
- GARCÍA ÁLVAREZ, Miguel Anxo (1989): «Informe sobre os factores psicolóxicos presentes nos comportamentos colectivos producidos tralo embarrancamento do Casón». *Cadernos de Psicoloxía*, n.º 6, febreiro de 1989: 38-42.
- GARCÍA-RENEO, Mónica e GIL BELTRÁN, José M. (2005): «El papel del profesional de la psicología en los desastres. *Rev. de Psicol. Gral. y Aplic.*, 58 (2): 207-222.
- GIMÉNEZ TORRALBA, Bernardino (1996): «Coordinar la asistencia psicológica». *Papeles del Psicólogo*, n.º 65: 28-30.
- LILLO DELA CRUZ, A.; MUÑOZ PRIETO, F.A.; PARADA TORRES, E.; PUERTA TORRES, A.; RAMOS MARTÍN, M.; PEREIRA DÁVILA, M.; DEL VAL ESPINOSA, M. S.; e GUIJARRO OLIVARES, A. (2004): «Intervención psicológica tras los atentados del 11 de marzo en Madrid». *Clínica y Salud*, n.º 15 (monografía profesional): 7-88.
- PORTELLANO, José A. (1996): Entrevista. *Papeles del Psicólogo*, n.º 65: 30.
- RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, Manuel (1997): «Intervención psicológica en desastres. Un proyecto de trabajo». *Papeles del Psicólogo*, n.º 68: 3-6.



OS INSTRUMENTOS DO CONTRAMOVEMENTO («BACKLASH»):

A PRETENDIDA SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL

Sonia Vaccaro

Psicóloga clínica – Especialista en Violencia baseada no xénero

Comisión para a Investigación de Malos Tratos a Mulleres

Correspondencia a: soniavaccaro@soniavaccaro.com

RESUMO A pretendida síndrome de alineación parental, SAP (ou PAS, segundo as súas siglas en inglés), fixo a súa aparición en España nos últimos cinco anos en concordancia coa sanción da Lei integral de medidas de protección contra a Violencia de Xénero (Lei Orgánica 1/2004, de 28 de decembro). Esta pretendida síndrome de uso psicoxurídico xa fora utilizada nos EE.UU (onde foi creada en 1985) e en certos países de fala hispana como México, Arxentina, Colombia, O Salvador e Costa Rica. En todos estes países a súa aparición e uso deuse de maneira paralela a medida que se avanzaba en Dereitos Humanos das mulleres, as nenas e os nenos. Este constructo falaz foi urdido para ser utilizado *ad hoc* na xustiza contra as nais e as/os fillas/os e, en especial, para invalidar os avances de Dereito, como a aplicación dunha Lei Integral contra a Violencia de Xénero. Este artigo comeza cunha descrición da SAP, a súa construción

e a súa aplicación habitual nos litixios pola custodia dos fillos e as fillas. A continuación descríbese como a SAP se introduciu nos tribunais de familia e de Violencia de Xénero en España e ofrécese evidencias acerca da condición de instrumento do *backlash*, ou *contramovemento* dirixido a impedir os avances alcanzados a favor da igualdade de dereitos entre homes e mulleres. Para iso, realizouse unha análise da natureza falaz desta pretendida síndrome, unha análise do contexto social onde xorde, os grupos que o introducen, apoian e utilizan e os obxectivos que se perseguen a través da súa aplicación/crenza no marco da xustiza. Tendo como referencias, entre outras, as principais investigacións realizadas nos EE.UU. Desde 1985, que dan conta disto.

PALABRAS CHAVE violencia de xénero, «síndrome de alienación parental», backlash, xustiza, contramovemento, neomachismo, posmachismo, maltrato, violencia doméstica.

ABSTRACT The alleged «parental alienation syndrome» (PAS) (or SAP according to its acronym in Spanish), made its appearance in Spain in the last five years in agreement with the passing of a comprehensive law which included protective measures against Gender Violence (Ley Orgánica 1 / 2004 December 28). This alleged syndrome has already been used psycho-legally in the USA (where it was created in 1985) and in Spanish –speaking countries like Mexico, Argentina, Colombia, El Salvador and Costa Rica. In all these countries its appearance and use progressed parallel to that of human rights for women and children. This fallacious idea was contrived to be used *ad hoc* in legal proceedings against mothers and children, expressly, to interfere with the progress of laws, such as, the implementation of a comprehensive law against Gender Violence. This article begins with a description of PAS, its creation and its regular use in litigations over custody of children. Next it describes how PAS was introduced in family courts and Gender Violence courts in Spain and gives evidence concerning the quality of *backlash* or *countermovement*, as an instrument, aimed to prevent all progress made towards equal rights between men and women. To that end, follows an analysis of the invalidity of this alleged syndrome, the social context in which it arises, those groups who introduced the idea, support it and use it and the intentions pursued through its application / belief within the legal system.. Stating as references, among others, main research developed in the USA since 1985, substantiating these claims.

KEYWORDS gender violence, «parental alienation syndrome», backlash, justice, Countermovement, neomachism, postmachism, abuse, domestic violence.

1. INTRODUCCIÓN

No ano 1985, un médico estadounidense, Richard Gardner, con especialidade en Psicanálise, inventa unha «*síndrome diagnóstica psicoxurídica*» á que denomina «*síndrome de alienación parental*», definíndoa como:

«A síndrome de alienación parental (SAP) é un 'lavado de cerebro' ao que un dos pais –polo xeral a nai–, somete ao fillo, en contra do outro proxenitor –polo xeral o pai– logrando desta maneira alienar, afastar ese pai da vida do fillo, para facelo desaparecer, podendo chegar o neno incluso a crer que o seu pai abusou sexualmente del».¹ (Gardner, R. 1987)

R. Gardner, retrata o «proxenitor preferido –xeralmente a nai– (sic)», como «*un malvado alienador*», dicindo que é:

«a única responsábel de provocar nun neno vulnerábel, condutas de rexeitamento cara o outro proxenitor –xeralmente o pai–». (Ibíd.)

Este suposto transtorno infantil, segundo R. Gardner, xorde exclusivamente no contexto de disputas pola custodia dos nenos e no marco da xustiza.

Esta primeira definición, vén dada en novembro de 1989, nun exemplar da revista *American Fatherhood, The Voice of Responsible and Dedicated Fatherhood*. F.A.I.R. The National Fathers' Organization (1989), da Organización Nacional de Pais, da cidade de Camden, Delaware. Nese número, aparece publicado un artigo asinado por Richard Gardner: «*Parental Alienation Syndrome*», en cuxo subtítulo interroga: «*Por que algunhas nais exercen todo o seu poder para expropiar o neno ao pai? Que se pode facer?*».

Dous anos antes, en 1987, Gardner publicara a través da súa propia editora, Creative Therapeutics, *The Parental Alienation Syndrome and the Differentiation Between Fabricated and Genuine Child Sex Abuse*², situando esta suposta síndrome na xustiza e no marco do litixio por divorcio. Facía mención ás denuncias

–sempre no ámbito xudicial– de acusacións de incesto³ cara un dos proxenitores, dicindo que «case sempre a denunciante é a nai, e quen é denunciado/acusado é o pai». E apuntaba que a maioría destas denuncias serían *falsas*. Neste momento, R. Gardner introduce o concepto de «*falsas denuncias*» facendo que a primeira sospeita recaía sobre quen denuncia, ou sexa, en quen intenta protexer a vítima.

En 1991, R. Gardner acrecenta á súa argumentación anterior:

«... Isto resulta [a SAP] da combinación dunha programación (lavado de cerebro) de adoutramento parental e das propias contribucións do neno para a humillación do pai (...). Cando os nenos alegan o maltrato nunha batalla pola custodia é, polo xeral, porque eles sofren os efectos da SAP, un transtorno mental que sobre todo afecta a nais rancorosas que lavaron o cerebro aos seus nenos para a fabricación de acusacións contra os pais».⁴

Este novo contributo de R. Gardner apunta directamente ao neno/a, ou sexa, sobre a vítima, dicindo que non sería *inocente* a súa acusación, ou campaña de denigración cara o pai a quen rexeita, que non é «só porque a súa nai o/a influenciou» senón que el mesmo –o neno ou a nena–, participa activamente e sería tamén responsábel. Desta maneira, R. Gardner reforza no imaxinario colectivo, o concepto previamente introducido de «*falsa denun-*

[1] Gardner, R. A. (1987) *The Parental Alienation Syndrome and the Differentiation Between Fabricated and Genuine Child Sex Abuse*. Creskill, NJ: Creative Therapeutics.

[2] Gardner, R. (1987) *The Parental Alienation Syndrome and the Differentiation Between Fabricated and Genuine Child Sex Abuse*. Creskill, NJ: Creative Therapeutics.

[3] N. da Autora: Consideramos importante diferenciar o incesto do abuso sexual, xa que os efectos sobre a psique dunha vítima, agrávanse cando o asalto sexual o produce unha persoa de quen se depende afectivamente e para a sobrevivencia, e de quen se espera protección e coidados.

[4] En Grieco vs. Scott, Citado en Barea Payueta, C. e Vaccaro, S. (2009). *El pretendido síndrome de alienación parental*. Madrid: Desclee de Brower.

R. GARDNER PARTE
DUNHAS PREMISAS QUE SON
AFIRMACIÓNS DOGMÁTICAS,
E CHEGA A CONCLUSIÓNS QUE
ASEVERAN ESTAS AFIRMACIÓNS
PREVIAS, FACENDO USO DUN
SILOXISMO CIRCULAR, DANDO
POR CERTOS TODOS OS SEUS
RESULTADOS, FACENDO QUE
OS QUE PUIDESEN «DUBIDAR»
OU «RESISTIRSE» (SIC) A ACEP-
TAR ESTA FALSA SAP PASASEN A
FORMAR PARTE DA CONCAUSA
QUE ORIXINABA A SÍNDROME

cia» e inverte a carga da proba culpando á vítima, orientando entón a necesidade de «castigo» para ambas partes: nai e fillo/a.

Richard Gardner consideraba que a SAP era unha desorde psiquiátrica. No escenario da SAP vese o neno ou a nena como un/ha doente psiquiátrico/a e o proxenitor protector –«alienador»– (por exemplo, a nai que mostra a súa preocupación polos abusos que poida estar a sufrir) como a causante desta doenza ou transtorno.

R. Gardner parte dunhas premisas que son afirmacións dogmáticas, e chega a conclusións que aseveran estas afirmacións previas, facendo uso dun siloxismo circular, dando por certos todos os seus resultados, facendo que os que puidesen «dubidar» ou «resistirse» (sic) a aceptar esta falsa SAP pasasen a formar parte da concausa que orixinaba a *síndrome*:

«...as nais da SAP teñen unha maneira para encontrar terapeutas, case sempre mulleres, que se asocian a elas na súa campaña

de denigración do pai (...) [as cales] nalgúns casos chegan a asociarse ao sistema ilusorio paranoide da nai. (...) Cando os nenos alegan o maltrato nunha batalla pola custodia é, polo xeral, porque eles sofren os efectos da SAP, un transtorno mental que sobre todo afecta a nais rancorosas que lavaron o cerebro aos seus nenos para a fabricación de acusacións contra os pais».⁵

Avanzando na construción desta suposta síndrome, no ano 1992, R. Gardner toma o modelo clínico e enuncia oito «*índices diagnósticos*»:

1. Unha campaña de denigración, onde o neno profesa continuamente odio ao pai ausente.
 2. O neno ou a nena dan como argumento racionalizacións débiles, absurdas, frívolas ou provistas por el/a para desacreditar o pai.
 3. O neno ou a nena utilizan termos, frases ou situacións que non reflicten a súa propia experiencia ou son conceptos que non son apropiados para un neno.
 4. O neno/nena, afirma que a decisión de rexeitar o pai é propia.
 5. Apoio incondicional do neno/nena para o proxenitor amado ou «*proxenitor alienador*» e repudio extremo ao proxenitor rexeitado. Ausencia de ambivalencia.
 6. Ausencia de culpa en relación cos sentimentos do pai rexeitado.
 7. Presenza de escenarios prestados (por exemplo, o neno/a pode afirmar que «a amiga do papá é unha puta»).
- E, por último,
8. Extensión da recusa á familia extensa do proxenitor rexeitado, por exemplo: os avós, primos, tíos... (Gardner, R. 1992).
-

[5] Ibid.

Nótese a falta de precisión e de obxectividade para definir os «criterios diagnósticos», até o punto de ser apreciacións subxectivas de quen entrevista, criterios que nunha ciencia médica estarían invalidados.

En función da cantidade de «criterios» que reúna o neno ou a nena, R. Gardner clasificaba a SAP en tres categorías: baixa, media e severa; o grao de severidade sería directamente proporcional á aplicación da «terapia» que el, de forma arbitraria, apuntou para o «tratamento» desta pretendida síndrome: a «*threat therapy*» (*terapia da ameaza*), tal como a denominou. Da mesma maneira que cos postulados da SAP, R. Gardner xamais xustificou por que propuxo esta terapia e non outra, a partir de que premisas a enunciou e en que baseaba esta modalidade de tratamento. Non existe en todos os seus escritos nin sequer un só argumento que xustifique esta modalidade de terapia coactiva. Subxectivamente, considerouna «a máis adecuada» de forma única, xa que tampouco abre alternativas ou variantes dela.

2. TERAPIA DA AMEAZA (*THREAT THERAPY*)

Cando un ou unha profesional xulgaba que un/ha neno/a «padecía SAP», e se encontraba na categoría «severa», o Dr. Gardner recomendaba inmediatamente conceder a custodia exclusiva ao outro proxenitor –aquele que o/a menor afirmaba que estaría a abusar del/a– e que para iso debía ter todo o apoio da xustiza:

«... Estes nenos precisan coacción para ver o seu pai. Se eles están obrigados a visitalo, entón, con maior probabilidade relaxaranse xunto a el (...). A pena para o incumprimento deberían ser sancións forzadas polo tribunal contra a nai...»⁶

Desta maneira, a *cura* principal do/a menor para esta suposta doenza mental sería poñelo/a máis tempo nas mans do presunto

CANDO UN OU UNHA
PROFESIONAL XULGABA QUE
UN/HA NENO/A «PADECÍA
SAP», E SE ENCONTRABA NA
CATEGORÍA «SEVERA», O
DR. GARDNER RECOMENDABA
INMEDIATAMENTE CONCEDER
A CUSTODIA EXCLUSIVA AO
OUTRO PROXENITOR

agresor mentres se reduce ou interrompe por completo calquera contacto deste/a menor co proxenitor protector.

Este principio, que rompe toda a lóxica do sentido común, é aplicado e tomado ao pé da letra hoxe en día en moitos xulgados de España, por parte de maxistrados, psicólogos, médicos, traballadores sociais e avogados que fixeron da SAP e os seus sucedáneos⁷ un instrumento válido para retirar a custodia ás nais, en especial en casos con antecedentes de violencia e/ou con sospeitas de incesto. Independentemente dos diversos nomes cos que se retire a custodia, a metodoloxía aplicada é a mesma proposta pola SAP: a Terapia da ameaza, que non é outra cousa máis que coacción xudicial.

[6] Citado en Barea Payueta, C. e Vaccaro, S. (2009): *El pretendido síndrome de alienación parental* Madrid: Desclee de Brower

[7] Co tempo, e fronte ás críticas fundamentadas contra esta falsa síndrome, denominouse con termos sucedáneos: «*conflicto de lealdades*», «*interferencias parentais*», «*obstrucción do vínculo*», «*interferencias familiares*» etc.

En España, ao igual que en todos os países onde se aplica esta SAP, emitíronse ditames xudiciais que fixeron ingresar ás criaturas en centros de menores, por negárense a ver o pai e permanecer con el. Hai ditames xudiciais que obrigan a nenas e nenos a vivir co seu pai abusador, impedindo todo contacto coa nai e o ambiente materno: avós, tíos, primos, amizades próximas á súa casa... Todo feito dun día para o outro, pola forza e sen preparación nin adaptación das criaturas.

Richard Gardner, nunca presentou investigacións fiábeis que avalaran a SAP, nin logrou que a comunidade científica o aceptara ou admitira nalgún sentido. A OMS e o DSM-IV, non o consideran válido, e a pesar de todas as xestións que fixo o propio Gardner, antes de se suicidar no ano 2003, para a súa incorporación nas revisións do DSM⁸, non lle foi recoñecida lexitimidade ningunha, xa que nunca se terían dado a coñecer os casos que dixo ter observado para formulalo, nin estudos pertinentes que desen conta do que afirmaba como criterios diagnósticos, prognósticos e de tratamento.

A pesar destas deficiencias, a SAP gañou apoio nos tribunais de familia e de Violencia de Xénero ao longo de todo o territorio español.

2.1. Contexto histórico

O debate acerca desta denominada *síndrome*, comeza nos EE.UU a finais dos anos 90. Nese momento, os profesionais e as asociacións profesionais que traballaban no tema do maltrato e abuso cara a infancia, publicaron bibliografía que fundamentaba a importancia de non validala, non só polos erros metodolóxicos e de criterio que incluía esta suposta «*síndrome*» –por exemplo, a American Medical Association (AMA) e a American Psychological Association (APA) inhabilitábana para configurar unha síndrome, no sentido estrito do termo–, senón tamén por cal era o *marco teórico* sobre o que Richard Gardner, a erixira para darlle fundamento⁹.

Ese momento, nos EE.UU, é coincidente cos avances do feminismo e a súa loita polos dereitos das mulleres. A periodista, Susan Faludi, publicara o seu best seller: *Backlash*¹⁰: *a guerra non declarada contra a muller moderna*¹¹ (1992), apuntando de que maneira o «*backlash*», o contramovemento, quería impedir os avances de dereitos, creándolle obstáculos e resistencias a estes. Este contramovemento, estivo representado nos EE.UU polos mesmos sectores que en España: grupos de pais, na súa maioría acusados de malos tratos e violencia, que se consideraron «discriminados» pola aplicación de políticas públicas que intentaron solucionar a fisura de desigualdade a través dunha discriminación positiva, tal como é a Lei Integral de Medidas de Protección contra a Violencia de Xénero sancionada en España. Estes grupos, polo xeral, van acompañados por profesionais do Dereito, a Psicoloxía e a Psiquiatría sintónicos con esa mesma ideoloxía.

A Escala «SAL»

Logo da formulación da SAP e continuación coa construción da súa «*síndrome*», Richard Gardner inventa unha «*escala de me-*

[8] A SAP foi rexeitada sistematicamente nas tres revisións que se fixeron do DSM desde o ano 1986 en que R. A. Gardner pretendeu que se admitira para a súa inclusión. Non obstante, as persoas que utilizan a SAP, insisten cada ano en propoñelo como «proposta externa» e afirman «que esta vez estase a estudar...». Na actualidade, un grupo externo propuxo á Asociación de Psiquiatría Americana, na súa revisión do DSM-V, que incluía a «*Desorde de alienación parental*» (denominación coa que os grupos prosop solicitaron a súa inclusión no manual). Esta xestión non significa que se estea a debater nalgunha Comisión de revisión do DSM-V.

[9] Ver na sección «Desde a Ética».

[10] Segundo a definición do Harvard University Dictionary, o *backlash* sería un contragolpe, unha reacción negativa extrema contra algo que ha gañado renome, prominencia ou influencia. Como un contragolpe da «vella garda» contra algo novo que implica un avance.

[11] Faludi, S. (1992); *Backlash: The Undeclared War Against American Women*, New York: Crown editions.

dición do abuso sexual», á que denomina SAL e a través da que pretendía dar sustento ao diagnóstico de SAP. A través dela dicía avaliar entre verdadeiras e falsas acusacións de incesto ou de abuso sexual infantil. Reforzaba, desta maneira, a idea central de «falsas denuncias», idea-forza que utilizan os grupos que lideran o contramovemento.

A mencionada escala, non tivo nin sequer os mínimos requiridos para ser un instrumento de medición fiable. As críticas foron tan rotundas, que o propio R. Gardner abandonou a súa aplicación. Nos seus libros posteriores a 1990 xa non a menciona.

Non obstante, en España, houbo tentativas de utilizala e, a día de hoxe, hai profesionais adscritos á SAP que a aplican.

Desta escala, e da propia SAP, Lucy Berliner e Jon Robert Conte¹², expertos forenses en casos de abuso sexual infantil, escriben:

«A Escala SAL adoece de moitos problemas metodolóxicos, nos seus parámetros e nas súas puntuacións os cales miden un único enfoque. Isto é: está baseada enteiramente na observación persoal do autor, dun descoñecido número de casos observados nunha práctica forense. Aínda que as referencias aluden a estudos levados a cabo 'entre 1982 e 1987' estes non foron publicados, non foron reportados e son de validez descoñecida. Non existen estudos que determinaran se a escala pode ser confiadamente codificábel. Moitos dos seus criterios están deficientemente definidos. Foron feitas probas non-científicas para medir que esta escala SAL teña aptitude para poder discernir estes casos. Non hai probas de que as puntuacións numéricas teñan unha significación real. Certamente, ao noso criterio, a escala íntegra e a Parental Alienation Syndrome sobre a cal se basea, nunca foron sometidas a ningunha clase de mirada examinadora ou teste empírico. En suma, non hai competentes demostracións desta escala para facer prognósticos válidos baseados nos criterios identificados» (1993, p. 114).

LOGO DA FORMULACIÓN DA SAP E CONTINUANDO COA CONSTRUCCIÓN DA SÚA SÍNDROME, RICHARD GARDNER INVENTA UNHA ESCALA DE MEDICIÓN DO ABUSO SEXUAL, Á QUE DENOMINA SAL E A TRAVÉS DA QUE PRETENDÍA DAR SUSTENTO AO DIAGNÓSTICO DE SAP

3. ANÁLISE CRÍTICA

A denominada síndrome de alienación parental, SAP¹³, ten múltiples e graves deficiencias médico-psicolóxicas, xurídicas, metodolóxicas e éticas, que intentarei explicitar de forma sintética partindo das análises científicas que se realizaron nos EE.UU e das que destaco a de Jennifer Hoult¹⁴. O seu traballo de investigación *A Admisibilidade da Síndrome de Alienación Parental como Evidencia: Ciencia, Lei e Política* (2006), é un dos máis rigorosos e mellor documentados. Nel, J. Hoult conclúe:

[12] Berliner, L. e Conte J. R. (1993): «Sex Abuse Evaluations: Conceptual and Empirical Obstacles», *Child Abuse & Neglect*, New York: Springer.

[13] PAS polas súas siglas en inglés.

[14] Hoult, J. (2006): «The Evidentiary Admissibility of Parental Alienation Syndrome: Science, Law, and Policy» en *Children's Legal Rights Journal*, Volume 26, n.º 1
Jennifer Hoult, J.D. é *Law Guardian* en Kings County, N.Y. Un *Law Guardian* nos EE.UU é quen representa ao neno na xustiza, intentando protexer o seu maior interese.

NOS EE.UU, VARIOS ESTADOS LOGO DE 20 ANOS DE DEBATES E ALGÚNS CASOS DOCUMENTADOS CON DESENLADE TRÁXICO (ENTRE OUTROS: O SUICIDIO DE VARIOS NENOS OBRIGADOS A CONVIVIR CO PROXENITOR AO CAL REXEITABAN), CONCLUÍRON DE XEITO EXPLÍCITO QUE O SAP NON DEBE SER ADMITIDO COMO PROBA NA XUSTIZA

Aínda que as patoloxías observadas de etiología descoñecida poden ser detectadas antes da súa verificación científica, as síndromes médicas só se recoñecen como tales despois de ter sido cientificamente verificadas. A designación como unha síndrome médica no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), é un equivalente da verificación científica. A afirmación de Warshak¹⁵ –«o DSM non é unha proba de se un transtorno existe ou non»– é enganosa, porque confunde a observación de alienación infantil coa verificación científica e o recoñecemento resultante dunha síndrome médica¹⁶.

Esta suposta síndrome, ten a peculiaridade –entre outras– de xurdir só nos litixios xudiciais entre cónxuxes. Quen a utilizou –e utiliza– pretende polo seu medio, dar unha resposta simple a un tema complexo: a recusa dun/ha neno/a cara un dos proxenitores no marco dun conflito de parella, e en especial cando xorden denuncias por incesto e/ou malos tratos.

Neste marco, a SAP non só outorga un fundamento *ad hoc* para argumentar, senón que instala perigosamente a sospeita sobre a viti-

ma: os nenos e as nenas, desvalorizando a súa palabra e creando a sospeita sobre o testemuño infantil, cando, na maioría dos abusos sexuais, esta é a única proba para iniciar unha investigación.

Nos EE.UU, varios estados logo de 20 anos de debates e algúns casos documentados con desenlace trágico (entre outros: o suicidio de varios nenos obrigados a convivir co proxenitor ao cal rexeitaban)¹⁷, concluíron de xeito explícito que o SAP non debe ser admitido como proba na xustiza.

En España, o Consello Xeral do Poder Xudicial (CJPG), na súa *Guía de criterios de actuación xudicial fronte á violencia de xénero*, editada en novembro de 2008, alerta acerca do uso fraudulento que se está a facer desta suposta síndrome na xustiza e, en setembro de 2009, o Observatorio da Violencia de Xénero do mesmo CJPG, alerta acerca do perigo da utilización deste instrumento (SAP) na xustiza. En adición, a Comisión de Igualdade do Congreso, no seu debate acerca das reformas necesarias á Lei Integral de Medidas de Protección contra a Violencia de Xénero, concluíu a finais de 2009, a falta de validez da SAP, recomendando a súa non utilización na xustiza.

Non obstante, a ausencia de datos empíricos que apoien as premisas da SAP como unha síndrome diagnóstica, nalgúns xulgados do estado español o debate mantense a través dalgúns xuíces e xuízas acompañados por profesionais que afirman que «o SAP existe», como se fose unha cuestión de crenzas, e con-

[15] O Doutor Warshack, é un médico estadounidense que comprou o dominio da páxina web de R. Gardner despois da súa morte; é quen xestiona na actualidade todos os seus contidos e continúa a reafirmar a teoría de R. Gardner.

[16] Citado en Barea Payueta, C. e Vaccaro, S. (2009): *El pretendido síndrome de alienación parental* Madrid: Desclee de Brower,

[17] Caso Nathan Grieco, citado Ibid.

fundindo o auditorio entre o «que se observa» como escena das disputas por divorcio e o que se demostra cientificamente e tería forza diagnóstica.

4. FUNDAMENTOS

Síndrome –Definición:

«Do grego *syndromé* (concurso), formado con ‘syn-’ –v. ‘SIN-’– e a raíz de ‘édramon’, correr; v. ‘DROM-’. Masc.; medicina. Conxunto de ‘síntomas dunha afección’». Dicionario de María Moliner.

«Do gr. συνδρομή, (concurso). 1. m. Conxunto de síntomas característicos dunha doenza». Dicionario da Real Academia Española.

As ciencias da saúde designan con esta palabra un grupo de síntomas e signos **constantemente relacionados entre si**, que expresan unha situación patolóxica. É necesario distinguir entre os sinais (ou signos), como manifestacións que o/a profesional pode verificar dunha maneira obxectiva, e os síntomas, como sensacións subxectivas de dor ou molestia que manifesta o/a paciente.

Segundo a Organización Mundial da Saúde, un conxunto de signos e de síntomas, conforman unha **síndrome** cando se corrobora, a través dun número considerábel de casos e durante un tempo prolongado, a concorrencia –**concurso**– dos signos e síntomas que o conforman. Cando, á súa vez, se ratificou a metodoloxía utilizada e cando se expuxeron os estudos e probas á consideración da comunidade científica, para que calquera profesional do sector poida facilmente verificalo de maneira obxectiva se se repetiren os mesmos signos e síntomas.

Partindo desta definición, a SAP non cumpre cos criterios mínimos nin para ser considerada **síndrome diagnóstica con entidade clínica**, tal como Richard A. Gardner e quen o aplica o quen lexitar, nin para xustificar ningunha conduta observábel. Menos aínda

para avalar prognósticos ou tratamentos no seu nome.

Desde o epistemolóxico, na clínica, as síndromes poden dividirse en síndromes diagnósticas e síndromes descritivas. Unha síndrome descritiva, tal e como o seu nome indica, só describe unha serie de fenómenos observábeis, mais a través dela non se pretende diagnosticar nin indicar tratamento algún. Non denomina ningunha entidade diagnóstica. Nesta categoría estarían a «síndrome de Estocolmo» e «síndrome da muller maltratada», por exemplo.

Unha síndrome diagnóstica é algo máis, e constitúe unha entidade clínica que debe ser ratificada pola comunidade científica e os seus signos e síntomas observados durante un período de tempo, e en cantidades suficientes, como para enunciar que conclúen sempre nun determinado fenómeno. Isto é algo que R. A. Gardner xamais puido facer coa súa pretendida síndrome, e tampouco quen a día de hoxe o sustenta e utiliza.

SEGUNDO A ORGANIZACIÓN
MUNDIAL DA SAÚDE, UN
CONXUNTO DE SIGNOS E DE
SÍNTOMAS, CONFORMAN
UNHA SÍNDROME CANDO
SE CORROBORA, A TRAVÉS
DUN NÚMERO CONSIDERÁBEL
DE CASOS E DURANTE UN
TEMPO PROLONGADO, A
CONCORRENCIA –CONCURSO–
DOS SIGNOS E SÍNTOMAS QUE
O CONFORMAN

4.1 Desde a Psicoloxía Evolutiva

1. A SAP parte de verdades relativas e convérteas en verdades dogmáticas absolutas: «Todas as criaturas que non queren ver o seu pai, foron manipuladas pola súa nai para rexeitalo».

A través desta premisa dada por certa, bóntanse por terra os postulados básicos da Psicoloxía evolutiva: a SAP **elimina as diferenzas evolutivas** das condutas dos nenos e nenas, proclamando un único patrón de conduta e de resposta, sen importar a súa idade nin a etapa evolutiva pola que atravesan. Nalgunhas causas xudiciais, chegouse a afirmar que un bebé de 10 meses «*padecía SAP*».

2. **Nega a subxectividade nos nenos e as nenas**, dando por suposto que un neno ou nena pode repetir, sen subxectividade nin sentido crítico, calquera argumento que se lle pretenda inculcar.

3. Converte a totalidade dos signos e síntomas que a Psicoloxía infantil describiu en signos de maltrato e/ou abuso sexual, en favor desta suposta síndrome SAP (por exemplo: «*moi reticente a divulgar o abuso ou negarse a estar con quen di que abusou del*»).

4. **Non considera a comprensión da linguaxe do neno desde a súa etapa evolutiva**, pola contra, deposita sobre el interpretacións subxectivas con intencionalidades e significados do psiquismo da idade adulta («*o neno é un psicópata*», «*o neno contribúe á campaña de denigración do proxenitor rexeitado*», «*o neno é cruel e non lle importa o sufrimento do pai rexeitado*»).

5. Diagnostica a nai do neno sen instrumentos que o ratifiquen, en moitos casos sen entrevista e só polos ditos de quen se «*sente afectado*». Hai profesionais que afirman con categoría diagnóstica que unha muller é «*alienadora*», sen a ter visto nunca nin ter ningún contacto con ela.

6. Na formulación da SAP, fálanse de «*lavado de cerebro*» no sentido estrito do termo. Os

mecanismos e procedementos psicolóxicos que se producen naquilo que se considera un «*lavado de cerebro*», sen entrar a describilos neste texto, non se realizan de maneira simple nin «*lixeiramente*», senón que requiren de coñecementos precisos e un certo grao de «*pericia*» por parte de quen o realiza. Inclúe, entre outros efectos, a anulación de todo sentido crítico na vítima, motivo polo que, de levarse a cabo nun neno ou en nena, deixaría secuelas psicolóxicas evidentes e previamente detectábeis por profesionais con experiencia clínica. Secuelas que serían de maior magnitude que «*un enfado ou unha negativa a estar con alguén*». Neste sentido, a bibliografía relata desde signos de trastornos limítrofes de personalidade e estados patolóxicos do pensamento, até a verdadeira alienación¹⁸. É esperábel entón, que antes de diagnosticar a «*pretendida síndrome*», o/a perito psicólogo/a **tería que detectar outros síntomas máis evidentes e visíbeis que padecería o neno/a** se o estamos a supor como *vítima dun «lavado de cerebro»*. A clínica describe casos de psicoses en nenos que foron sometidos a algún método que podería considerarse un «*lavado de cerebro*». Un neno a quen se lle impide a análise crítica e que é forzado a «*borrar*» e/ou desvirtuar a realidade que el mesmo percibiu (como pode ser o coidado amoroso dun pai), enlouquecería sen máis, ou sexa, perdería todo principio coa realidade, tería un discurso delirante, e outra sintomatoloxía psiquiátrica.

Ademais, daríase por suposto que as mulleres, á hora do divorcio, se converten en espe-

[18] Tomando esta palabra, «alienación» no seu significado en castelán e de acordo á definición da Real Academia Española (como *enajenación mental, pérdida del juicio*), xa que en inglés *alienation* significa nunha primeira acepción: *sentimiento de extrañamiento, desconocimiento*. R. A. Gardner, bautiza con este nome a SAP, facendo uso desta dupla acepción do termo en inglés. [N.da T.: A definición que dá a Real Academia Galega para o termo «alienación» é coincidente coa da RAE].

NOS CASOS DE DIVORCIOS
CONTENCIOSOS, OU CON
ANTECEDENTES DE EPISODIOS
DE VIOLENCIA, É MOI COMÚN
OBSERVAR NOS FILLOS/AS,
AMBIVALENCIA AFECTIVA CARA
UN DOS SEUS PAIS. OS NENOS
MÓSTRANSE RETICENTES A IR
CO PROXENITOR CO QUE NON
CONVIVEN E ATÉ MOSTRAN O
SEU REXEITAMENTO.

cialistas en técnicas de programación e lavado cerebral.

7. Nos casos de divorcios contenciosos, ou con antecedentes de episodios de violencia, é moi común observar nos fillos/as, ambivalencia afectiva cara un dos seus pais. Os nenos móstranse reticentes a ir co proxenitor co que non conviven e até mostran o seu rexeitamento. Conduta que a casuística en Psicoloxía infantil considera como signo frecuente. Isto, desde a hipótese da SAP, é considerado como «*proba irrefutábel desta síndrome*». Lonxe de indagar as causas que poderían orixinar esta conduta, a afirmación da SAP non considera a individualidade e particularidade de cada situación, tales como o grao de ansiedade do neno, a súa etapa evolutiva, a historia e dinámica familiar previa ao divorcio, as circunstancias que se viviron durante a convivencia e se realmente houbo malos tratos cara el, cara terceiros e/ou se o neno foi testemuña deles.

8. A SAP, na súa formulación, subverte toda lóxica e impón unha volta atrás con conceptos erradicados pola evolución da cultura, tales

como que «*os nenos poden ser facilmente programábeis*», que «*inventan cousas que non lle aconteceron só para danar a un proxenitor*», e aquelas que por período evolutivo non poderían coñecer (por exemplo: cando o neno describe órganos en erección e o líquido seminal).

Todos os argumentos citados son só algúns dos moitos que poderían argumentarse desde a Psicoloxía en xeral, e desde a Psicoloxía infantil en especial. De todas as maneiras, manter como válida a mencionada síndrome, é retroceder nun tramo moi importante da produción teórica da Psicoloxía Evolutiva en canto ao psiquismo infantil, a súa linguaxe e a necesidade de comprender a infancia e interpretala desde as súas particulares cualidades¹⁹.

4.2 Desde o Xurídico

Nun documento emitido polo **American Prosecutors Research Institute (APRI)**²⁰: «*Síndrome de Alienación parental: o que os Profesionais precisan saber*» (2003), por Erika Rivera Ragland e Hope Fields, conclúese:

«A SAP está baseada principalmente en dúas nocións, ningunha delas ten unha base empírica.

1. A SAP presupón unha elevada porcentaxe de acusacións falsas en casos de custodia.
2. A SAP constitúe unha desvantaxe para as mulleres nas resolucións sobre a custodia dos fillos.»

Ambas premisas, son as mesmas que se introducion e se manteñen na xustiza española para a utilización e validación da SAP: refórzase o mito das «falsas denuncias» e utilízase a SAP para cambiar de maneira inmediata a custodia.

[19] Ferenczi, Sándor (1984): *Confusión de lenguas entre los adultos y el niño. El lenguaje de la ternura y de la pasión*. Obras completas. Volume IV. Madrid: Editorial Espasa-Calpe. (Orix. 1932).

[20] É un centro interdisciplinar de recursos para a investigación e o desenvolvemento, a asistencia técnica, o adestramento e a creación de publicacións e das mellores prácticas da profesión de fiscal, a nivel de todos os EE.UU.

Ademais, a utilización da SAP na xustiza, inverte a carga da proba, partindo da suposición de fraude na palabra do neno e da/o denunciante, transformando a/s vítima/s en verdugo/s. Revictimiza, partindo da sospeita cara a vítima. Confunde o rol do xuíz e o do perito, outorgando a este último categoría de *xuíz* que sentencia e dirixe a causa indicando o que facer (indicacións como «*cambiar a custodia*», «*impedir o contacto coa nai por tres meses*», entre outras, son indicacións comúns nos informes dos/as profesionais *prosap*). Estas indicacións do perito experto, aseméllanse máis a unha sentenza que a unha evidencia, que é o que apunta a lexislación para a función do perito. Non atende ao «*interese superior do neno*», violando o principio constitucional dos Dereitos dos nenos e as nenas.

Na última revisión, do ano 2006, da *Navigating Custody and Visitation Evaluations in Cases with Domestic Violence: A Judge's Guide*, publicada por The National Council of Juvenile and Family Court Judges²¹, inclúese unha sección na que se condena vigorosamente o recurso da SAP cualificándoa como:

...unha síndrome desacreditada que favorece os agresores das criaturas nos litixios pola custodia...

John E. B. Myers, profesor de Dereito da University of the Pacific McGeorge School of Law (Sacramento, California) publicou un artigo²² onde afirma:

A «Parental Alienation Syndrome» non está recoñecida como unha síndrome médica válida desde a AMA –Asociación Médica Americana– e a Asociación de Psicoloxía Americana. O traballo de Richard Gardner nunca foi revisado nin re-examinado. Logrou posicionar este tema a través da publicación dos seus propios traballos na súa propia editora, Creative Therapeutics; foi o seu propio editor nos máis de 30 libros que publicou desde entón, incluíndo *Parental Alienation Syndrome*. A PAS está baseada exclusivamente na súa única observación e non conta, ao meu entender, con estudos empíricos que a sustentan, investigación, ou testes. Tampouco, ao meu entender,

ten que ser esta síndrome editada en publicacións médicas ou científicas sen ser re-examinada. Por outra parte, na miña opinión, moitos dos escritos de Gardner, incluíndo o seu *Parental Alienation Syndrome*, son discriminatorios e prexudiciais contra a muller. Esta parcialidade de xénero «infecta» a síndrome e logra unha poderosa ferramenta para menoscarar a credibilidade das mulleres que denuncian abuso sexual infantil.

4.3 Desde o Metodolóxico

Unha teoría, para ser considerada científica, debe explicitar, entre outras cousas, un marco teórico coherente sobre o que se asenta. A teoría que mantén á SAP é inexistente. Polo tanto, o único debate posíbel referente á SAP podería darse exclusivamente no marco da subxectividade ideolóxica. Aceptar e dar como certa a validez da SAP pertence ao campo da subxectividade e da ideoloxía, xa que require admitir presupostos que non coinciden coa lóxica de ningunha ciencia coñecida.

O suposto *marco teórico* que mantén á chamada SAP, é un territorio saturado de afirmacións dogmáticas onde se confunden aseveracións –con aparencia científica– con complexos postulados de parcialidade infinita con graves desviacións de xénero.

A formulación da SAP parte de falsas premisas ás que lle outorga rigor de verdades dogmáticas, por exemplo:

— Que as nenas e os nenos carecen de subxectividade e sentido crítico acerca do que viven, en sentimento e en pensamento.

[21] Guía para xuíces editada nos Estados Unidos polo Consello Nacional dos Xulgados de Familia e Xuventude («Traballando coas avaliacións pertinentes da custodia e réxime de visitas nos casos de violencia doméstica»).

[22] «Que é a Síndrome de Alienación Parental (PAS) e por que ela mesmo é frecuentemente utilizada contra as nais?» en: Myers, John E. B. (1997): *A Mother's Nightmare - Incest: A Practical Legal Guide for Parents and Professionals*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Que un neno ou unha nena poden repetir sen sentido crítico, manter e recordar no tempo, coma se foran bonecos, calquera argumento que se lles queira inculcar.
- Que un neno ou unha nena poden ser sometidos a un *lavado de cerebro* da mesma maneira que a un adulto e sen consecuencias colaterais graves sobre a súa cordura.
- Que todas as nais involucradas nun litixio xudicial pola custodia dos seus fillos, son expertas en técnicas de «desprogramación e lavado de cerebro» e someten os seus fillos e fillas a elas.

A partir destes postulados dogmáticos, R. Gardner –e quen se adscribe ao SAP– explican, defenden e pretenden diagnosticar situacións disfuncionais preexistentes na maioría dos procesos de divorcio, como por exemplo casos de violencia e maltrato. Unifican todos os casos de conduta de rexeitamento –ou adversa– das criaturas cara un dos proxenitores, atribuíndo a todas estas condutas unha única causa: o suposto «*mecanismo alienador das nais que producirá que os fillos, rexeiten o pai*». Argumentos que xorden da subxectividade de quen o enuncia e que non poderían ser probados con rigor científico.

4.4. Desde a Ética

O suposto «marco teórico» de Richard Gardner.

Richard Gardner expón o seu marco ideolóxico no seu libro *True and False Accusations of Child Sex Abuse*²³, «A Theory about the variety of Human Sexual Behavior» (páx. 1-39 «Unha teoría sobre a variedade do comportamento sexual humano» (1992). Aquí mesmo, comeza o capítulo, dicindo que está en desacordo con termos como «natural» ou «antinatural» en cuestións de conduta sexual humana e afirma que o natural ou antinatural «*teñen que ver co que un determinado grupo social acepte en conformidade cos propósitos de Deus ou da natureza*». A partir de aquí, comeza a explicitar os seus fundamentos acerca da súa teoría da

A PARTIR DESTES POSTULADOS DOGMÁTICOS, R. GARDNER –E QUEN SE ADSCRIBE AO SAP– EXPLICAN, DEFENDEN E PRETENDEN DIAGNOSTICAR SITUACIÓNS DISFUNCIONAIS PREEXISTENTES NA MAIORÍA DOS PROCESOS DE DIVORCIO, COMO POR EXEMPLO CASOS DE VIOLENCIA E MALTRATO

sexualidade humana: o sexo como «*máquina de procreación*» e a importancia de que canto antes sexa «exercitada» [esta máquina] máis e mellor será o seu rendemento. Xustifica todas as parafilias –incluíndo a pedofilia– en dirección a esta idea central. Son suficientes algunhas citas como mostra:

«Pertinente a esta, a miña teoría é que a pederastia tamén serve a obxectivos procreativos. Obviamente, non serve a tales obxectivos no nivel inmediato dado que os nenos non poden estar grávidos e tampouco eles poden engravidar a outros. No entanto, o neno que se inclina cara encontros sexuais nunha idade precoz probablemente se sinta altamente sexualizado e ansiará ter experiencias sexuais durante os anos da prepuberdade. Desta maneira, un 'neno cargado' transmitirá máis probablemente, polo tanto, os seus xenes á súa proxenie a unha idade precoz. (Direi máis acerca da pedofilia no capítulo seguinte debido a que a súa importancia é central neste libro).» (1992)²⁴

[23] Gardner, R. A. MD, (1992): *True and False Accusations of Child Sex Abuse*. Cresskill, NJ: Creative Therapeutics

[24] Gardner, R. A (1992). *True and False Accusations of Child Sex Abuse*. Cresskill, NJ: Creative Therapeutics, p. 24.

A SAP PARTE DA SOSPEITA
DA «FALSA DENUNCIA» DAS
NAIS E O «FALSO TESTEMUÑO»
DAS NENAS E NENOS.
AS PERSOAS QUE SE ADSCRIBEN
AO SAP SON INCAPACES DE
APLICAR O BENEFICIO DA
DÚBIDA SOBRE AS CRIATURAS,
NEGÁNDOLLES A POSIBILIDADE
DE QUE POIDA EXISTIR
UNHA CAUSA VÁLIDA
QUE LLES PROVOCA O
REXEITAMENTO DO PAI

Máis adiante, no mesmo texto, asevera:

«Os nenos sofren pola reacción esaxerada á pedofilia por parte da sociedade.» (1992) ²⁵

Noutro dos seus libros, *Child Custody litigation: A guide for parents and mental health professionals*²⁶, R. Gardner afirma:

«Na actualidade, o neno sexualmente abusado é xeralmente considerado como a vítima, a pesar de que o neno poida iniciar encontros sexuais «seducindo» o adulto (...). Se a relación sexual é descuberta, o neno probabelmente fabricará [un argumento] de maneira que o adulto sexa culpado pola súa iniciación.» (1986)

Richard Gardner traballou xunto co psicólogo Ralph Underwager, compartindo os mesmos principios propedofílicos, expostos na súa teoría da conduta sexual humana. Ambos consideraban que a pedofilia era unha orientación sexual normal, tal como podía selo a homosexualidade. R. Gardner, indicaba o Instituto do seu amigo e colega, Underwager, como referente case exclusivo para que fosen derivados os nenos e nenas «afectados de

SAP» para a súa recuperación e tratamento. Ralph Underwager foi, ademais, o inventor da «Síndrome de Falsa Memoria» –orientada a desacreditar o testemuño de mulleres adultas que lembran abusos sexuais na súa infancia–, argumento mediante o que Underwager se tería defendido pola acusación que lle fixo a súa propia filla de abuso sexual incestuoso. Sobre esta base, R. Gardner constrúe a SAP, instalando a sospeita sobre a palabra dos nenos e das nenas e culpando de especulativa á actitude de protección que quixera exercer a nai.

5. CONCLUSIÓNS

A SAP parte da sospeita da «falsa denuncia» das nais e o «falso testemuño» das nenas e nenos. As persoas que se adscriben ao SAP son incapaces de aplicar o beneficio da dúbida sobre as criaturas, negándolles a posibilidade de que poida existir unha causa válida que lles provoca o rexeitamento do pai, sen ter analizado este proxenitor e dando por certas as palabras e a actitude *complacente* coa que estes proxenitores se presentan.

A utilización da SAP estaría ao servizo de invisibilizar o incesto, o abuso e a violencia. Cando nunha causa xudicial pola custodia dos fillos/as, se utiliza a figura da SAP ou os seus sucedáneos, como son o «*friendly parent*», «*a alienación parental*», «*as interferencias parentais*» ou o «*conflicto de lealdades*», desvíase a atención, ocúltase e négase toda violencia previa porque, a partir dese momento, no expediente xudicial non existirá nada máis que SAP, e todo o que pase e non pase será atribuído a el.

En criminoloxía, xa non se admiten postulados lombrosianos que aludan á morfoloxía

[25] Ibid. pp. 594-595

[26] Gardner, Richard A. (1986): *Child Custody litigation. A guide for parents and mental health professionals*. Cresskill, NJ: Creative Therapeutics, p. 93

dos asasinados e delinquentes; reconécese que os estudos posteriores lexitimaron que isto era un prexuízo do seu autor: Lombroso.

Frente ao SAP quedan sen resposta moitos interrogantes, por exemplo:

Por que en Psicoloxía evolutiva se pode varrer con todo o descuberto desde a segunda metade do século pasado en relación á Psicoloxía infantil?

Ademais: que entidade clínica sería a SAP, que só xorde no marco do xudicial? Ou se xa, que se o conflito se desxudicializase *curarían* todas as persoas implicadas? E que entidade clínica sería a SAP, que só «aparece» en nenos e nenas menores de idade?, só se dá durante os litixios por custodia? Isto é, cando os fillos e fillas alcanzan a maioría de idade xa non existiría a SAP? Curan? Non lles lavan máis o cerebro? Por que ningún pai denuncia SAP cando os seus fillos chegan á maioría de idade? Xa non lles importa se o seu fillo foi danado?

É de supor que un proxenitor que quere os seus fillos, máis aló dos dereitos legais que teña sobre eles, se coñece a súa situación de vítima de algún dano, denunciaría os feitos ou pretendería que se investigase para protexelo.

Aínda que é certo que, por veces, durante os litixios por divorcio, un pai e/ou unha nai poden querer manipular os fillos ao seu favor e en contra do outro cónxuxe, isto non é algo moi fácil de lograr (só temos que intentar convencer un neno de algo que non quere e comprobaremos canto tempo e esforzo nos leva, se é que o logramos), e menos fácil é aínda se a outra persoa, contra a cal se quere posicionar o neno, foi amábel, cordial e nutritiva con el.

De todas as maneiras, isto sería unha manipulación e **non unha síndrome clínica** nin un «*lavado de cerebro*». Son cousas que pasan, son fenómenos que se poden describir, comprender e actuar terapéuticamente sobre eles para disolvelos. Mais non se pode coaccionar nin xudicializar nin facer disto unha patoloxía. Debería poder probarse se así for, e non dar

algo por suposto só cunha entrevista psicolóxica (ás veces dun traballador social ou dun avogado) pondo unha «etiqueta» a partir da cal parte todo profesional que entrevista a esa persoa, dándoa por certa.

Cada caso merece unha análise particular: buscar acerca das orixes, indagar na dinámica e a historia familiar e tratar de reverter a situación mediante o respecto ao neno ou á nena que rexeita ao seu proxenitor, tratando que entenda que tal vez a súa postura non é a máis favorábel –para si mesmo/a– nin acertada.

Darlle un espazo á SAP significa aceptar todo o que a SAP nega e torna invisíbel; é participar dun universo de negacións e dun imaxinario colectivo patriarcal que quere continuar a manter os mitos de «*maldade interesada das mulleres*» nos divorcios. Ademais, implica instalar outra vez a dúbida sobre a palabra das nenas e os nenos. Non existe delito onde se instale de maneira metódica este manto de dúbidas sobre quen denuncia. Por que sobre as mulleres e as vítimas infantís si? Isto é, ao meu entender, un dos graves prexuízos que produce

AÍNDA QUE É CERTO QUE,
POR VECES, DURANTE OS
LITIXIOS POR DIVORCIO, UN
PAI E/OU UNHA NAI PODEN
QUERER MANIPULAR OS FILLOS
AO SEU FAVOR E EN CONTRA
DO OUTRO CÓNXUXE, ISTO
NON É ALGO MOI FÁCIL DE
LOGRAR. (...) DE TODAS AS
MANEIRAS, ISTO SERÍA
UNHA MANIPULACIÓN E
NON UNHA SÍNDROME CLÍNICA
NIN UN «LAVADO DE CEREBRO»

esta falacia: SAP. Coa análise da cantidade de erros evidentes que posúe o enunciado e formulación da SAP, considero que quen o apoia e utiliza –ou lle dá lugar a «manifestarse»–, pertence a este universo de negacións. Algúns farano por conveniencia persoal e outros por ignorancia colectiva.

6. SÍNTESE

- A SAP nega a subxectividade nas nenas e os nenos.
- Desestima a capacidade –e característica evolutiva– de autocritica na infancia, o que impediría nun neno repetir –e recordar no tempo– falsos argumentos que se lle inculquen.
- Non prevé que serían visíbeis e notorios danos psicolóxicos maiores, se un neno fose sometido a un «lavado de cerebro».
- Unifica criterios e condutas descoñecendo as variacións nas diferentes etapas evolutivas dos nenos.
- Descarta a importancia que ten en Psicoloxía da palabra e a *conditio sine qua non* de avaliar e interpretar *en praesentia*, omitindo en moitos casos, entrevistar a quen despois «diagnostica» (por exemplo, o proxenitor convivinte).
- Falta de status científico como síndrome psicoclínica, que se erixe en instrumento diagnóstico e propón un tratamento a aplicar.
- Non se presentaron probas nin casos observábeis á comunidade científica para a súa validación.
- Non é unha síndrome diagnóstica no sentido médico-clínico xa que non cumpre co requisito básico de concausa necesario para esta categoría.
- A SAP describe unha conduta observábel (non avaliada nin medida), diagnosticándoa como consecuencia dunha «doenza»

da nai (alienación), atribuíndolle unha causa subxectiva e arbitraria (o desexo de eliminar o pai da vida do neno) que non pode demostrar obxectivamente en todo o seu enunciado. Metodoloxía que non responde a mínimos criterios epistemolóxicos na ciencia médico-clínica para dar entidade a unha síndrome diagnóstica.

- Parte de premisas subxectivas e transfórmaas en hipóteses verdadeiras.
- Converte verdades relativas –«algúns nenos poderían ser manipulados polos seus pais»– dándolles categoría de verdade absoluta –«todos os nenos que se negan a ver o seu pai están manipulados pola súa nai»–.
- Converte unha suposta *síndrome descritiva* en síndrome diagnóstica con capacidade de indicar un tratamento.
- Propón unha *terapia* arbitraria sen que medien causas nin xustificativos para que sexa ese e só ese o *tratamento* proposto.
- Propón unha resposta simple a un problema complexo, obviando a especificidade de cada caso e a necesidade de indagación pertinente.
- Inverte o siloxismo lóxico, enunciando as consecuencias dun cadro clínico como concausas da SAP encamiñadas a xustificar a hipótese proposta.
- Inclínacións misóxinas e discriminatorias contra as mulleres.
- Non se xustificou a mostra de casos que R. Gardner enuncia como fundamento da SAP e sobre a cal dixo basearse para o seu enunciado.
- A etioloxía da SAP só se sustenta en enunciados de interpretacións subxectivas do entrevistador.
- Non *peer review*.²⁷

[27] Análise de pares en publicacións científicas; publicacións imprescindíbeis á hora de ratificar un enunciado ou unha obra/descubrimento como certo.

BIBLIOGRAFÍA

- BAREA PAYUETA, C.; VACCARO, S. (2009): *El pretendido síndrome de alienación parental*. Madrid: Ed. Desclée de Brouwer.
- BERLINER, L e CONTE J. R.: «Sex Abuse Evaluations: Conceptual and Empirical Obstacles». *Child Abuse & Neglect*. New York: Springer.
- BOWLBY, J. (1969): *Attachment and Loss*, Vol. 1: *Attachment*. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- (1976) *La separación afectiva*. Buenos Aires: Paidós. (Orix. 1973)
- (1986) *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Ediciones Morata. (Orix. 1979).
- FALUDI, SUSAN (1991): *Backlash: The Undeclared War Against American Women*. New York: Crown editions.
- FERENCZI, SÁNDOR (1984): *Confusión de lenguas entre los adultos y el niño. El lenguaje de la ternura y de la pasión*. Obras completas. Volume IV. Madrid: Ed. Espasa-Calpe. (Orix. 1932).
- GARDNER, R. A. (1992): *True and false accusations of child sex abuse*, «A Theory about the variety of Human Sexual Behavior». Creskill, NJ: Creative Therapeutics.
- GARDNER, R. A. (1987) *The Parental Alienation Syndrome and the Differentiation Between Fabricated and Genuine Child Sex Abuse*. Creskill, NJ: Creative Therapeutics.
- (1986) *Child Custody litigation. A guide for parents and mental health professionals*. Creskill, NJ: Creative Therapeutics.
- HOULT, J. (2006): «The Evidentiary Admissibility of Parental Alienation Syndrome: Science, Law, and Policy». En *Children's Legal Rights Journal*. Volume 26, n.º 1.
- MYERS, JOHN E. B. (1997): *A Mother's Nightmare-Incest: A Practical Legal Guide for Parents and Professionals*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Navigating Custody and Visitation Evaluations in Cases with Domestic Violence: A Judge's Guide* (2006): publicada por The National Council of Juvenile and Family Court Judges.
- SPITZ R. (1945): «Hospitalism: an enquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood». *Psychoanal. Stud. of the Child* 1:53-74.
- SPITZ, R. (1965): *The first year of life*. NY: International Universities Press.
- WALKER, LENORE E. A.; BRANTLEY, KRISTI L.; e RIGSBEE, JUSTIN A. (2004): «A Critical Analysis of Parental Alienation Syndrome and Its Admissibility in the Family Court». *Journal of Child Custody*, 1: 2, 47-74



AS PERSOAS CON TRANSTORNOS DO ESPECTRO AUTISTA E AS SÚAS FAMILIAS: QUE MUDOU EN 40 ANOS?

Manuel García Fernández

Departamento de Psicoloxía Evolutiva e da Educación.
Universidade da Coruña

Juan Carlos Fernández Méndez

Montserrat Durán Bouza

Departamento de Psicoloxía. Universidade da Coruña

Ana M.^a Martínez Díez

ASPANAES A Coruña

RESUMO Neste traballo analízanse as mudanzas que se produciron nos últimos 40 anos na detección precoz, o diagnóstico e as implicacións que ten a convivencia cunha persoa con TEA a partir da información ofrecida por 75 familias con fillos nados entre 1967-2006. Os resultados indican que son os membros da familia (principalmente a nai) os primeiros en sospeitar a existencia de problemas no desenvolvemento, sendo residual a participación de pediatras e educadores; a idade á que se consulta por sospeita de alteracións no desenvolvemento (principalmente por problemas de comunicación) non cambiou e sitúase á volta dos 24 meses, aínda que si se reduciu significativamente a demora entre esta primeira consulta e a realización definitiva do diagnóstico. Tamén se encontraron cambios significativos no perfil do profesional que realiza o diagnóstico. Por último, non se encontraron diferenzas ao longo deste tempo na percepción dos pais sobre as consecuencias de convivir cun fillo con TEA.

PALABRAS CHAVE TEA, detección precoz, demora no diagnóstico, implicacións familiares.

ABSTRACT In this paper we analyze the changes that have occurred over the past 40 years in the early detection, diagnosis and the implications of living with a person with ASD from the information provided by 75 families with children born between 1967 - 2006. The results indicate that members of the family (mainly the mother) are the first to suspect the existence of problems in development, with residual involvement of pediatricians and educators, the age at which they are consulted on suspicion of developmental disturbances (mainly due to communication problems) has not changed and is around 24 months, although it has been significantly reduced the delay between the first consultation and the completion of the diagnosis. We also found significant changes in the type of professional who made the diagnosis. Finally, no differences were found along this time on the perception of parents about the consequences of living with a child with ASD.

KEYWORDS ASD, early detection, delayed diagnosis, implications for the family

O obxectivo deste traballo foi analizar o tipo de mudanzas que se produciron nos últimos 40 anos na situación das persoas con transtornos do espectro autista e as súas familias, en aspectos relacionados coa detección precoz, o diagnóstico e as repercusións do transtorno sobre o sistema familiar.

O autismo, e outros Transtornos Xeneralizados do Desenvolvemento (TXD), caracterízase pola existencia de alteracións cualitativas no desenvolvemento de funcións cognitivas, comunicativas e sociais. Non obstante, a variabilidade existente tanto nas alteracións patognomónicas coma noutras asociadas a nivel cognitivo (i.e., minusvalía intelectual), condutual (i.e., condutas autolesivas), e/ou emocional (i.e., axitación ou ansiedade) determina que as persoas afectadas formen un grupo moi heteroxéneo, o cal se fai evidente tanto se se considera o autismo desde un punto de vista categorial, é dicir, as súas distintas formas clínicas recollidas nos sistemas internacionais de clasificación diagnóstica (DSM-IV-TR ou CIE-10), ou como un continuo (Transtornos do Espectro Autista, TEA).

Perante a ausencia de biomarcadores específicos, o proceso de diagnóstico dos TEA continúa a ser un diagnóstico clínico baseado na observación, recollida de información e aplicación de probas estandarizadas (Hernández e cols., 2005; Martos e Llorente, 2005). É un proceso complexo que esixe un coñecemento detallado non só do transtorno, senón tamén dos principais marcos do desenvolvemento humano para poder realizar un xuízo clínico informado. Por iso un dos obxectivos foi analizar o perfil formativo dos profesionais que realizan o diagnóstico.

Para alén do complexo que resulta o procedemento diagnóstico, os profesionais implicados coinciden en sinalar que este é tecnicamente difícil. De feito, a alta porcentaxe de casos diagnosticados como «TXD Non Especificado» é un reflexo das dificultades que teñen os profesionais para a identificación diagnóstica das persoas con TEA (Belinchón, 2001) e da ausencia dunha definición precisa e rigorosa destes transtornos (Martos e Llorente, 2005). Para Martos e Llorente (2005) aínda que o concepto «TXD Non Especificado» ten

un grande valor informativo, na práctica clínica estase a producir «unha especie de abuso» dun termo tan amplo, o cal dificulta tanto a investigación coma o deseño de programas específicos para cada individuo. Neste sentido, pode resultar informativo saber se na actualidade esta situación é igualmente aplicábel ao uso do termo aínda máis amplo de TEA.

Un dos elementos chave para a intervención é a detección precoz destes transtornos debido á repercusión que ten no acceso a (e a implementación de) os apoios e axudas necesarias ás persoas con TEA e as súas familias. Na opinión de Martos e Llorente (2005), a divulgación do coñecemento sobre o transtorno a través de diversos medios de difusión (medios de comunicación, xornadas científicas etc.) está a permitir unha maior comprensión e coñecemento do transtorno entre a poboación, observándose unha clara diminución na idade na que os nenos, perante a preocupación dos pais, son valorados por profesionais especializados, o que facilita a detección precoz. Nesta fase do proceso xogan un papel esencial non só as propias familias, senón tamén os profesionais da saúde e da educación que manteñen un contacto frecuente cos nenos. No informe elaborado polo Grupo de Estudo dos TEA IIER/ISCIII (sen data) indicábase que no 82,4% dos casos é a familia, e principalmente a nai, quen primeiro detecta que as cousas non parecen marchar como deberían, sendo residual o papel xogado polos profesionais do ámbito sanitario e educativo (4,9% e 8,4%, respectivamente). Neste sentido, Belinchón (2001) apuntaba como unha das causas principais que afectan negativamente á detección precoz e á elaboración do diagnóstico a inexistencia de instrumentos de cribado específicos que puideran ser utilizados por estes profesionais. Porén, coa aparición de instrumentos de detección, como o CHAT –Checklist for Autism in Toddlers– (Baron-Cohen, Allen e Gillberg, 1992) e o M-CHAT –Modified Checklist for Autism in Toddlers– (Robins, Fein, Barton e

NO INFORME ELABORADO
POLO GRUPO DE ESTUDO DOS
TEA IIER/ISCIII (SEN DATA)
INDICÁBASE QUE NO 82,4%
DOS CASOS É A FAMILIA, E
PRINCIPALMENTE A NAI, QUEN
PRIMEIRO DETECTA QUE AS
COUSAS NON PARECEN
MARCHAR COMO DEBERÍAN,
SENDO RESIDUAL O PAPEL
XOGADO POLOS PROFESIONAIS
DO ÁMBITO SANITARIO
E EDUCATIVO (4,9% E 8,4%,
RESPECTIVAMENTE)

Green, 2001), sería de esperar: (1) unha maior presenza destes como axentes activos na sospeita dunha desviación no desenvolvemento, (2) unha detección máis precoz, e (3) unha menor demora na elaboración do diagnóstico.

Outro dos factores que dificultan a detección precoz ten a ver co propio carácter evolutivo do transtorno (Belinchón, 2001); é dicir, que as manifestacións e síntomas resultan máis evidentes a medida que avanza o desenvolvemento. Neste sentido, e como sinalan Hernández e cols. (2005), existen barreiras específicas nas canles de detección que dificultan o recoñecemento precoz do transtorno. No caso dos pais (xa sexan novatos ou expertos), a dificultade radica principalmente en detectar os síntomas das alteracións patognomónicas dos TEA nunha fase precoz do desenvolvemento. No caso dos profesionais da saúde e da educación, as dificultades para recoñecer as condutas alteradas poden deberse

a un problema de información/formación, o que os levaría á consideración errónea de que o que presenta o neno é un problema leve e transitorio no seu desenvolvemento. En calquera caso, sería interesante comprobar cales son os indicadores condutuais que lles serven de sinal de alerta e que motivan a detección e o inicio do proceso diagnóstico.

Por último, na actualidade a Atención Precoz non se concibe sen a participación da familia (Grupo de Atención Temprana, 2000). As asociacións de pais favoreceron a súa vinculación ao tratamento dos seus fillos (Belinchón, 2001), sendo esencial en todo iso o traballo colaborador como estratexia de intervención (Louzán Torres e Cañete Torralbo, 2004). Nesta estratexia xoga un papel importante o coñecemento sobre cales son as implicacións que ten para a familia o feito de que un dos seus membros presente un TEA. Os estudos indican que os niveis de estrese, depresión e ansiedade é maior nestas familias que naquelas nas que hai un membro con Síndrome de Down ou outra minusvalía cognitiva (p. ex., Cuxart, 1997; Olsson e Hwang, 2001), unha doenza crónica (p. ex., fibrose quística; Bouma e Schweitzer, 1990), ou calquera outro atraso no desenvolvemento (Estes e cols., 2009). Ademais, as maiores capacidades cognitivas dos nenos con autismo de alto funcionamento non parecen amortecer os niveis de estrese parental asociados á súa crianza (Raio e Beidel, 2009).

Mais, para alén dos niveis de estrese, tamén é importante coñecer como perciben os pais as consecuencias que ten a convivencia cunha persoa con TEA sobre a vida diaria das familias. Neste sentido, entre as conclusións que se recollen no estudo de Belinchón (2001) a partir da análise dos contidos das entrevistas e grupos de discusión con pais e nais cabería destacar, entre outras, as dificultades que teñen os pais para o control das rutinas e a negociación permanente das actividades, os problemas de conduta, como afrontar algun-

has situacións normais do desenvolvemento e a preocupación polo futuro. Polo tanto, o último obxectivo deste traballo foi analizar, cunha metodoloxía diferente, como valoran os pais as repercusións do transtorno sobre a vida familiar en tres aspectos: o clima familiar, a crianza e educación do fillo e a percepción do futuro.

MÉTODOL

Participantes

No estudo participaron 75 familias da provincia de A Coruña cun membro con TEA. Canto á estrutura familiar, o 77% son familias biparentais. O rango de idade das nais foi de 29-71 anos (media de 41,6 anos) e dos pais de 31-74 (media de 48,6 anos). Canto ao nivel de estudos alcanzado, a distribución foi a seguinte: Graduado escolar/primaria: 31% nais, 28% pais; EXB/ESO: 12% e 8%, respectivamente; Bacharelato: 29% e 40%; e estudos universitarios: 28% e 24%.

En relación aos fillos con TEA, o 67,6% son varóns. O rango de idade da mostra é de 2-43 anos (media de 15,6 anos). No 28% das familias trátase de fillos únicos, no 48% as persoas con TEA teñen un irmán e no 24% teñen dous ou máis.

A mostra dividiuse en 4 grupos en función da idade do fillo, quedando distribuído da seguinte forma (ver Táboa 1):

TÁBOA 1. DISTRIBUCIÓN DA MOSTRA POR GRUPOS DE IDADE

Grupo de idade (anos)	Porcentaxe
0-6	13,5
7-12	36,5
13-18	16,2
+ 19	33,8

Instrumentos

Tendo en conta os obxectivos do estudo, elaborouse un breve cuestionario con 15 ítems (6 sobre aspectos socio-demográficos, 6 relacionados co transtorno e 3 sobre as repercusións percibidas sobre o clima familiar). Para a súa elaboración tiveronse en conta algúns ítems do M-CHAT (Robins e cols., 2001) así como as recomendacións do Departamento de Saúde do Estado de Nova Iorque (1999).

Procedemento

Para ter acceso ás familias solicitouse a colaboración da Asociación de Pais de Persoas con Transtorno do Espectro Autista de A Coruña (ASPANAES). No momento do estudo daba atención directa a 171 usuarios. As copias do cuestionario foron repartidas por persoal da asociación entre os diferentes centros con que conta na provincia. Os cuestionarios foron cubertos de forma anónima polos pais e enviados de novo á asociación. O número de cuestionarios válidos foi de 75, o cal representa o 43,8% dos cuestionarios enviados aos socios.

RESULTADOS

Detección precoz

Canles de detección

Os membros da familia (82,6%) foron os primeiros en detectar que algo non ía ben no desenvolvemento do neno, sobre todo a nai (77,4%). Pola contra, tanto os servizos de saúde como os educativos xogaron un papel residual neste proceso (8% e 9,3% respectivamente).

Idade de consulta por sospeita

Realizouse un ANOVA para comprobar se a maior difusión do coñecemento existente sobre o transtorno se traduce nunha consulta máis precoz por parte dos pais aos servizos de

A IDADE Á QUE OS PAIS CONSULTAN O PEDIATRA POR PROBLEMAS OBSERVADOS NO DESENVOLVEMENTO DO SEU FILLO É DE 23,93 MESES (RANGO 6-60 MESES). NON SE ENCONTRARON DIFERENZAS ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS ENTRE OS GRUPOS ($F_{(3,71)}=0.17$, $P>0.05$).

saúde. A idade á que os pais consultan o pediatra por problemas observados no desenvolvemento do seu fillo é de 23,93 meses (rango 6-60 meses). Na Táboa 2 recóllese a idade (media e desviación típica) desta primeira consulta segundo o grupo de idade. Non se encontraron diferenzas estatisticamente significativas entre os grupos ($F_{(3,71)}=0.17$, $p>0.05$).

TÁBOA 2. IDADE DE CONSULTA (MEDIA E DESVIACIÓN TÍPICA)

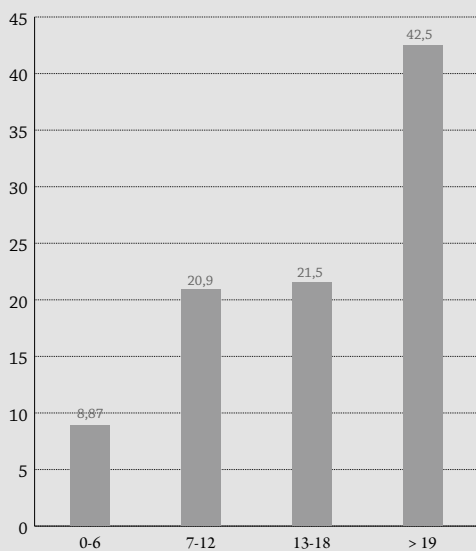
Grupo	Idade de consulta (meses)
0-6 anos	21,44 (7,02)
7-12	24,59 (13,05)
13-18	23,18 (16,16)
+ 19	24,44 (11,00)

Idade de diagnóstico

Para comprobar se hai diferenzas na idade á que se establece o diagnóstico definitivo do transtorno, realizouse un ANOVA cuxos resultados indican unha redución significativa na demora do diagnóstico ($F_{(3,68)}=5.31$, $p<0.01$).

COMO SE PODE OBSERVAR, A DEMORA EN ESTABLERSE O DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DO GRUPO DE NENOS DE 0-6 ANOS É SIGNIFICATIVAMENTE MÁIS PEQUENA QUE NO RESTO DOS GRUPOS

FIGURA 1. DEMORA (MESES) NA REALIZACIÓN DO DIAGNÓSTICO



Na Figura 1 represéntase a demora (en meses) na realización do diagnóstico para cada grupo de idade. Como se pode observar, a demora do grupo de nenos de 0-6 anos é significativamente máis pequena que no resto dos grupos. Ademais, se compararmos co grupo de adultos, a demora no diagnóstico tamén é significativamente menor tanto nos nenos que actualmente teñen entre 7-12 anos como nos que son adolescentes, non existindo diferenzas significativas entre eles.

Recoñecemento do transtorno (sinais de alerta)

Polo que respecta ao recoñecemento do transtorno, os resultados indican que tanto os pais como os educadores e pediatras utilizan esencialmente os mesmos sinais de alerta, aínda que existen diferenzas na frecuencia con que son utilizados por uns e outros (ver Táboa 3).

Perfil do profesional que realizou o diagnóstico

Para analizar o perfil formativo do profesional que realizou o dito diagnóstico, realizouse unha análise de chi-cadrado cuxos resultados se recollen na Táboa 4 e que revela a existencia dunha asociación significativa entre o perfil profesional e o grupo de idade da persoa con TEA ($\chi^2_{(9,86)}=18,90, p<0.05$); é dicir, aínda que tradicionalmente foi o psicólogo o profe-

TÁBOA 3. PRINCIPAIS SINAIS DE ALERTA UTILIZADOS POLOS PAIS E POLOS PROFESIONAIS

Pais		Persoal sanitario/educativo	
Sinais de alerta	%	Sinais de alerta	%
1. Atraso/ausencia da fala	19,2	1. Desinterese polos iguais	19,0
2. Falta de atención a outras persoas	12,2	2. Atraso/ausencia da fala	16,7
3. Desinterese polos iguais	11,0	3. Falta de atención a outras persoas	11,9
4 Estereotipias/maneirismos	11,0	4. Ausencia de iniciativa en actividades/xogo social;Estereotipias/maneirismos	10,7

TÁBOA 4. PERFIL DO PROFESIONAL QUE REALIZOU O DIAGNÓSTICO

	Grupo de idade			
	0-6 anos	7-12	13-18	+ 19
Psicólogo	23,1%	45,2%	53,3%	44,4%
Pediatra	23,1%	3,2%	13,3%	22,2%
Psiquiatra	,0%	16,1%	6,7%	25,9%
Neurólogo	53,8%	35,5%	26,7%	7,4%

TÁBOA 5. CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS

Diagnóstico	%
Autismo	43,2
Rett	2,7
TDI (Transtorno Desintegrativo Infantil)	4,1
TXD NE (Transtorno Xeneralizado do Desenvolvemento Non Especificado)	24,3
TEA	25,7

TÁBOA 6. CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS (PORCENTAXES) SEGUNDO O GRUPO DE IDADE DAS PERSOAS CON TEA

Diagnóstico	Grupo de idade				Total
	0-6	7-12	13-18	+19	
Específico	50,0	40,7	33,3	68,0	50,0
TXD NE	30,0	22,2	41,7	16,0	24,3
TEA	20,0	37,0	25,0	16,0	25,7

sional que maioritariamente realizaba o diagnóstico, nos últimos anos destaca a participación doutros profesionais como o pediatra e o neurólogo.

ÁINDA QUE TRADICIONALMENTE FOI O PSICÓLOGO O PROFESIONAL QUE MAIORITARIAMENTE REALIZABA O DIAGNÓSTICO, NOS ÚLTIMOS ANOS DESTACA A PARTICIPACIÓN DOUTROS PROFESIONAIS COMO O PEDIATRA E O NEURÓLOGO

Especificidade do diagnóstico

Polo que respecta ao diagnóstico, a distribución por categorías foi a seguinte (ver Táboa 5):

Como se pode observar, a metade da mostra recibiu un diagnóstico específico (ie., autismo, Rett ou TDI). A análise de χ^2 3 (diagnóstico específico, TXD NE, TEA) x 4 (Grupo de idade) realizado (ver Táboa 6) amosa que non hai asociación entre ambas variábeis ($\chi^2_{(6,74)}=7.52$, $p>0.05$).

Convivencia

O último obxectivo deste traballo foi analizar como valoran os pais as repercusións do transtorno sobre a vida familiar en tres aspectos: o clima familiar, a crianza e educación do fillo e a percepción do futuro (ver Táboa 7).

Para realizar unha análise de χ^2 e comprobar se estas percepcións son diferentes en función

O ÚLTIMO OBXECTIVO DESTE TRABALLO FOI ANALIZAR COMO VALORAN OS PAIS AS REPERCUSIÓNS DO TRANSTORNO SOBRE A VIDA FAMILIAR EN TRES ASPECTOS: O CLIMA, A CRIANZA DO FILLO E A PERCEPCIÓN DO FUTURO

do grupo de idade do fillo con TEA, tivéronse que agrupar as categorías de resposta dado que algunhas contan cun número insuficiente de suxeitos. Os resultados indican que non existen diferenzas significativas en función da idade do fillo nin do clima familiar ($\chi^2_{(3,73)} = 0.60, p > 0.05$), nin das dificultades para a educación/crianza ($\chi^2_{(3,73)} = 5.08, p > 0.05$) nin das perspectivas de futuro ($\chi^2_{(3,73)} = 1.75, p > 0.05$).

TÁBOA 7. IMPLICACIÓNS SOBRE A VIDA FAMILIAR

Dimensión	Resposta	%
Clima Familiar	Nada	5,5
	Pouco	19,2
	Bastante	43,8
	Mucho	31,5
Educación/crianza	Fácil	2,7
	Normal	12,3
	Difícil	63,0
	Moi difícil	21,9
Futuro	Nada complicado	0,0
	Pouco complicado	13,9
	Bastante complicado	52,8
	Moi complicado	33,3

Polo tanto, a maioría dos pais perciben maioritariamente que o impacto sobre o clima familiar foi considerábel, que educación/crianza é/foi difícil-moi difícil e prevén maioritariamente o complicado que se lles presenta o futuro aos seus fillos con TEA.

DISCUSIÓN E CONCLUSIÓNS

O propósito deste traballo foi o de documentar as mudanzas que se produciron ao longo do tempo en aspectos tan importantes para as persoas con TEA e as súas familias como son a detección precoz do transtorno, o diagnóstico e a percepción dos efectos que ten a convivencia cunha persoa con TEA sobre a vida diaria das familias. Para iso contouse coa participación de 75 familias con fillos nados entre 1967 e 2006.

Polo que respecta á detección precoz, os nosos resultados coinciden con outros estudos comentados anteriormente ao constatare que son os pais (especialmente a nai) as primeiras persoas en dar a alerta perante a sospeita de problemas no desenvolvemento do seu fillo. Da mesma maneira que noutros estudos, os nosos resultados indican que a idade á que acostuman consultar co pediatra sobre a existencia de posíbeis problemas non se alterou co paso do tempo e sitúase á volta dos dous anos, sendo o atraso/ausencia da fala o indicador que con maior frecuencia motiva a consulta. Canto á participación, pediatras e educadores, como axentes activos na sospeita dunha desviación no desenvolvemento infantil, pensábase que a existencia de probas específicas de cribado redundaría nun incremento da presenza destes profesionais na detección de casos positivos. Porén, as cifras marxinais que se recollen no noso estudo coinciden coas de Belinchón (2001) e coas do Grupo de Estudo dos TEA IIER/ISCIII (sen data). Os nosos datos non poden revelar se a baixa presenza destes profesionais se debe

a un problema de información e/ou de formación. En futuras investigacións deberíase dar resposta a este interrogante analizando, por exemplo, a cantidade de falsos positivos e falsos negativos que resultan nas derivacións ás consultas especializadas. A corrección desta posíbel deficiencia do sistema redundará en beneficios para a poboación infantil e as súas familias.

A realización do diagnóstico dos TEA é un proceso complexo que esixe un coñecemento detallado non só do transtorno, senón tamén dos principais fitos do desenvolvemento humano para poder realizar un xuízo clínico informado. A consideración dos TEA como unha condición neuroevolutiva propiciou, seguramente, que nos últimos anos estes sexan abordados realmente de forma interdisciplinaria, tanto no que se refire ás estratexias de intervención, como tamén en cuestións diagnósticas. Ademais, os resultados do noso estudo sobre a utilización de categorías diagnósticas, ás veces amplas (TEA), ás veces pouco específicas (TGD-NE), reflicten máis, na nosa opinión, a propia natureza evolutiva do transtorno que un abuso de ditos termos por parte dos profesionais. Ademais, coincidimos con Lozano Torres e Cañete Torralbo (2004), cando sinalan que as dificultades para a detección precoz e para a elaboración do diagnóstico non son só de tipo técnico (asociadas, polo tanto, ás características propias do transtorno, a súa definición e clasificación) senón tamén de tipo socio-comunitario (v.g., o descoñecemento dos profesionais da saúde e atención precoz e a escaseza de recursos comunitarios para a orientación e asesoramento) e familiar (é dicir, o rexeitamento da confirmación da sospeita do transtorno, o descoñecemento do desenvolvemento normal e a súa posíbel alteración, e o descoñecemento dos servizos dispoñíbeis).

Por último, os resultados sobre a demora no diagnóstico reflicten como no transcurso de poucos anos se produciu unha mellora significativa. Isto é importante non só polas

NOUTROS ESTUDOS, OS NÓSOS RESULTADOS INDICAN QUE A IDADE Á QUE ACOSTUMAN CONSULTAR CO PEDIATRA SOBRE A EXISTENCIA DE POSÍBEIS PROBLEMAS NON SE ALTEROU CO PASO DO TEMPO E SITUÁSE Á VOLTA DOS DOUS ANOS, SENDO O ATRASO/AUSENCIA DA FALA O INDICADOR QUE CON MAIOR FRECUENCIA MOTIVA A CONSULTA

repercusións que ten sobre o acceso e implementación dos apoios e axudas necesarias, senón porque ao se reducir o período desde que se sospeita que algo non vai ben no desenvolvemento do neno até o diagnóstico, mitígame notabelmente o estrese e o sufrimento asociados á incerteza e desorientación que acostuman experimentar os pais (Hernández e cols., 2005).

O último aspecto analizado neste estudo foi a maneira que teñen os pais de valorar os efectos que ten a convivencia cunha persoa con TEA sobre a vida familiar. Como era de esperar, as respostas dos pais reflicten que os TEA son unha fonte moi importante de angustia e estrese para o sistema familiar non só pola propia natureza do transtorno, senón tamén polos cambios e axustes que teñen que se producir no sistema familiar para acomodárense e afrontar as situacións comúns da vida diaria. Será, polo tanto, necesario seguir mellorando e optimizando os recursos dispoñíbeis, tanto públicos como privados, para mellorar a calidade de vida das persoas con TEA e dos seus coidadores principais.

REFERENCIAS

- BARON-COHEN, S., ALLEN, J., e GILLBERG, C. (1992): «Can autism be detected at 18 months? the needle, the haystack, and the CHAT». *British Journal of Psychiatry*, 161, 839-843. doi:10.1192/bjp.161.6.839
- BELINCHÓN, M. (Dir.) (2001): *Situación y necesidades de las personas con trastornos del espectro autista en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Martín & Macías.
- BOUMA, R., e SCHWEITZER, R. (1990): «The impact of chronic childhood illness on family stress: A comparison between autism and cystic fibrosis». *Journal of clinical psychology*, 46(6), 722-730.
- CUXART, F. (1997): «La familia del niño con autismo y el apoyo terapéutico a las familias». En A. Riviere e J. Martos (Eds.), *El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas* (pp. 173-188). Madrid: IMSERSO
- ESTES, A., MUNSON, J., DAWSON, G., KOEHLER, E., ZHOU, X., e ABBOTT, R. (2009): «Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay». *Autism*, 13(4), 375-387.
- Grupo de Atención Temprana (2000). *Libro blanco de la atención temprana. Documentos 55/2000*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Grupo de Estudio dos TEA IIER/ISCIII (s.f.). *Encuesta realizada a familiares de personas con autismo en España: Informe sobre el proceso diagnóstico (2002-2003)*. Recuperado o 1 de febreiro de 2010, de http://iier.isciii.es/autismo/pdf/aut_getea.pdf
- HERNÁNDEZ, J. M., ARTIGAS-PALLARES, J., MARTOS-PÉREZ, J., PALACIOS-ANTÓN, S., FUENTES-BIGGI, J., BELINCHÓN-CARMONA, M., CANAL-BEDIA, R., DÍEZ-CUERVO, A., FERRARI-ARROYO, M. J., HERVAS-ZUNIGA, A., IDIAZABAL-ALECHA, M. A., MULAS, F., MUÑOZ-YUNTA, J. A., TAMARIT, J., VALDIZAN, J. R., POSADA-DE LA PAZ, M., e Grupo de Estudio dos Trastornos do Espectro Autista do Instituto de Salud Carlos III (2005): «Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista». *Revista de Neurología*, 41(4), 237-245.
- LOZANO TORRES, P. e CAÑETE TORRALBO, F. (2004): «Atención temprana en los trastornos generalizados del desarrollo». En J. Pérez-López e A. G. Brito de la Nuez (coords.), *Manual de atención temprana* (pp. 293-309). Madrid: Pirámide.
- MARTOS, J. e LLORENTE, M.^a (2005): «Trastornos generalizados del desarrollo». En M.^a Gracia Millá e F. Mulas (Coords.), *Atención temprana. Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención* (pp. 709-724). Valencia: Promolibro.
- New York State Department of Health (1999): *Clinical practice guideline, report of the recommendations, autism/pervasive developmental disorders, assessment and intervention for young children (age 0-3 years)*. New York: New York State Department of Health.
- OLSSON, M. B., e HWANG, C. P. (2001): «Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability». *Journal of Intellectual Disability Research. Special Issue: Mental health and intellectual disability: IX*, 45(6), 535-543.
- RAO, P. A., e BEIDEL, D. C. (2009): «The impact of children with high-functioning autism on parental stress, sibling adjustment, and family functioning». *Behavior modification*, 33(4), 437-451.
- ROBINS, D. L., FEIN, D., BARTON, M. L., e GREEN, J. A. (2001): «The modified checklist for autism in toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders». *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(2), 131-144. doi:10.1023/A:1010738829569

DELINCUENCIA SEXUAL, PSICOPATÍA E AS MEDIDAS DE INTERVENCIÓN

Vicente Garrido Genovés

Universidade de Valencia

RESUMO Os delinquentes sexuais representan unha categoría ampla e heteroxénea. Neste artigo revisaremos os datos de reincidencia deste grupo de delinquentes e os factores de risco de recaída máis importantes con atención especial al diagnóstico de psicopatía. Asimismo, ofreceremos unha análise sobre a eficacia nos delinquentes excarcelados das políticas de registro oficial e outras políticas penitenciarias. Nuestras conclusiones sinalan a importancia da evaluación sistemática e individualizada do risco de reincidencia y la constatación de programas de tratamento cognitivo-conductuales que funcionan.

PALABRAS CHAVE delincuencia sexual, psicopatía, recaída, tratamento psicolóxico, criminoloxía.

ABSTRACT Sexual offenders represent a wide and heterogeneous category. In this paper, we will review both recidivism rates of this criminal group and the more important recidivism risk factors, with a special attention to the diagnosis of psychopathy. In the other hand, we offer an analysis on effectiveness of registered sex offenders and others criminal justice policies in prisoners released. Our conclusions emphasizes the importance of a systematic and individualized assessment of recidivism risk and the existence of cognitive-behavioral treatment programs that work.

KEY-WORDS: sexual offenders, psychopathy, recidivism, psychological treatment, criminology.

1. INTRODUCCIÓN

O delincuente sexual é, perante todo, un concepto popular (aquele que comete delitos sexuais) que é recollido pola lexislación («delitos contra a liberdade sexual»), mais de ningunha maneira recolle unha categoría homoxénea, xa que son moitos os tipos de delinquentes sexuais que existen. É, naturalmente, imposíbel dicir que un suxeito que realiza tocamientos nun autobús aproveitando a aglomeración ten a mesma psicoloxía que un violador sádico, ou un homicida en serie de mulleres.

Porén, os casos que aparecen nos medios correspóndense con asuntos moi graves: homicidas de nenos ou psicópatas sexuais e, así, cando se fala da «ameaza do delincuente sexual» déixase fóra á maior parte dos suxeitos que transgreden a lei por unha motivación sexual que, sen dúbida algunha, non se corresponden con ese perfil tan extremo.

Agora ben, non cabe dúbida que vivimos nunha época onde a sociedade pide unha lexislación moi dura contra os delinquentes sexuais, levada pola indignación que producen os episodios de grande violencia e desdobraemento mediático: fai uns anos o caso de Marc Dutroux sacudiu toda Bélxica, e en España temos ben recente o asasinato da pequena Mari Luz e o duplo crime das policía en prácticas de Barcelona a mans do violador reincidente Pedro Jiménez.

A resposta perante esa reivindicación ten diferentes perfís, segundo nos fixemos en Norteamérica, os países de lingua inglesa (Reino Unido, Australia, Sudáfrica) ou a Europa continental. Mentres que nos Estados Unidos triunfou unha política moi represiva (o que paradoxalmente non exclúe a existencia de programas de tratamento especializados), exacerbada pola forza que alí teñen os movementos das vítimas, na Europa continental ese maior punitivismo foi temperado pola crenza na necesidade de rehabilitar e reintegrar os agreso-

res sexuais mediante beneficios penitenciarios e unha perspectiva médica sobre a natureza desta desviación (herdanza quizá da tradición criminolóxica baseada na defensa social e o positivismo). O Reino Unido situárase nunha posición intermedia, aínda que ha recolleu nos últimos anos algunhas das iniciativas xurdidas nos Estados Unidos, como a creación dun rexistro oficial e a notificación á comunidade da presenza dun ex-convicto sexual no seu seo (Petrunick e Deutschmann, 2008).

Así pois, esta introdución ha de servir para sinalar un feito obvio aínda que moitas veces omitido: algúns delinquentes sexuais son moi perigosos, e merecen toda a nosa atención, mais faríamos mal en entender que todo delincente sexual, polo feito de selo, é tal ameaza. De feito, como explicamos a continuación, as súas taxas de reincidencia (aínda recoñecendo a existencia da cifra obscura ou delitos non detectados) son máis ben modestas. Outra cuestión é o delincente sexual psicópata, sen dúbida o que maior risco ten de reincidencia e o que presenta os obstáculos máis graves para un adecuado tratamento, como se discutirá máis adiante.

2. A REINCIDENCIA DOS DELINCUENTES SEXUAIS

Até a data, a investigación revelou que os delinquentes sexuais reinciden menos que os outros tipos de delinquentes. Ademais, cando os delinquentes sexuais reinciden, os seus delitos acostuman ser de natureza non sexual. Así, cando Langan e Levin (2002) examinaron a reincidencia de 9.691 delinquentes sexuais liberados da prisión en 1994, e que estiveran nunha media de tres anos en liberdade, acharon que só un 12% volveran cometer un delito sexual. No recente estudo de Schumuker e Lösel (2008) deuse cunha taxa de reincidencia para delinquentes non suxeitos a programas de tratamento do 17,5 %. Agora ben, a pesar destes

datos, que sinalan claramente que os agresores sexuais tenden a reincidir menos que os outros delinquentes, cabe dicir que son eles os que maior tendencia mostran a cometer un novo delito sexual (Duwe et al., 2008).

Por outra parte, ao menos o 75% das reincidencias por delito sexual lévanse a cabo en persoas que os agresores coñecían previamente (Duwe et al., 2008).

Cales son os mellores predictores da reincidencia sexual? Non todos os factores inflúen por igual en todos os delinquentes sexuais, mais a investigación actual apunta para os seguintes como os máis relevantes (Hanson e Morton-Bourgon, 2005):

1. Ter un historial delitivo previo
2. Diagnóstico de psicopatía
3. Unha orientación sexual desviada (parafilia; obsesión sexual)
4. Vítimas previas descoñecidas
5. Relacións íntimas conflitivas
6. Identificación emocional con nenos

7. Historia previa de delitos sexuais que non implican contacto físico (p.ex., exhibicionismo).

Contrariamente, os delinquentes sexuais tenderán a reincidir *menos* cando agridan na casa (incesto), sexan primarios, maiores de 50 anos, e que procuren vítimas *nenas* en vez de nenos. Isto lévanos a concluír que *non todos os delinquentes sexuais deberían ser tratados da mesma maneira*. Actualmente hai un certo consenso á hora de sinalar que son os agresores de nenos extrafamiliares os que presentan maiores taxas de reincidencia (é dicir, pedófilos homosexuais).

3. A POLÍTICA DO REXISTRO OFICIAL E AS RESTRICIÓN DE RESIDENCIA

Durante os últimos 15 anos, algúns países do ámbito anglosaxón como os Estados Unidos e Inglaterra introduciron leis que esixen o rexistro oficial dos delinquentes sexuais. Tal rexistro implica presentar á policía o lugar onde se vai vivir para que tomen nota do seu nome, enderezo, tipo de condena cumprida e deixar unha foto recente. Posteriormente esa información faise pública entre os residentes da zona mediante páxinas de internet locais ou a exposición dos rexistros en lugares públicos como bibliotecas ou as propias comisaría de policía. Xunto con isto, algúns estados de Norteamérica impoñen restricións no lugar onde os delinquentes sexuais poden chegar a vivir, particularmente os pedófilos. Finalmente, tamén se emprega, de forma crecente, a figura de oficiais de liberdade condicional especializados nestes delinquentes, así como o arresto domiciliario con supervisión electrónica, establecéndose a permanencia obrigada na casa con excepción da asistencia ao traballo, centro formativo e saídas ocasionais ao supermercado ou á igrexa.

OS CASOS QUE APARECEN NOS MEDIOS CORRESPÓNDENSE CON ASUNTOS MOI GRAVES: HOMICIDAS DE NENOS OU PSICÓPATAS SEXUAIS E, ASÍ, CANDO SE FALA DA «AMEAZA DO DELINCUENTE SEXUAL» DÉIXASE FÓRA Á MAIOR PARTE DOS SUXEITOS QUE TRANSGRIDEN A LEI POR UNHA MOTIVACIÓN SEXUAL QUE NON SE CORRESPONDEN CON ESE PERFIL TAN EXTREMO

Estas medidas son obxecto de discusión, xa que podería pensarse que, lonxe de diminuír a reincidencia, a incrementan. A razón sería a seguinte: se a reintegración esixe ser aceptado nunha comunidade e cumprir coas obrigacións cidadás, tales medidas poderían supor un incremento notábel das dificultades para conseguir a meta, ao estigmatizar a súa presenza no barrio e imporlle unhas regras que limitan drasticamente a súa capacidade de relación e interacción social.

Este argumento ten en conta o clásico concepto en Criminoloxía de *control social informal*, e o máis moderno de *capital social*. Este último, aínda que definido de diversas maneiras, pode entenderse, no esencial, como o recurso que deriva e é facilitado polos vínculos sociais (Coleman, 1988). Isto é, *o capital social é a información e axuda que se prestan entre si os residentes dun lugar*. Neste tipo de comunidades

existe unha estabilidade económica, os nenos acostuman ser fortemente supervisados e as rúas son máis seguras (Putnam, 2001), todo o contrario dos lugares onde existe déficit en capital social, onde o deterioro económico vai parello ao social.

Os estudos de rehabilitación de expresos mostran que a desistencia no delito garda unha profunda relación co acceso a un traballo digno e coa relación frecuente con familiares e amigos que os apoian nese esforzo por abandonar uns valores e hábitos antisociais, o que implica que están ao seu alcance oportunidades para vivir sen recorrer ás formas tradicionais do delito. Por conseguinte, os delincentes sexuais poderían encontrarse con diferentes barreiras na reintegración como consecuencia da política de rexistro oficial e outras medidas acrecentadas, como é a restrición de morada e o control electrónico. A táboa 1 mostra algúns

TÁBOA 1. BARREIRAS PARA A REINTEGRACIÓN DOS
DELINCENTES SEXUAIS

Os delincentes sexuais poden experimentar Barreiras na reintegración (exclusión do capital social),	<i>A súa retirada voluntaria da vida comunitaria:</i> a existencia dun estigma promovido polos casos «estrela» dos Medios acentúan o desexo dos delincentes sexuais por afastárense da vida pública. O rexistro aumenta o seu sentimento de illamento e vergoña, e o seu afastamento da vida relacional, o cal repercute na súa vida laboral, social e emocional.
como consecuencia de...	<i>A mobilización do control social informal:</i> este, definido como a vontade dos residentes locais por tomar responsabilidade da calidade da vida en común e para traballar conxuntamente de cara a evitar problemas, podería dirixirse en contra dos delincentes sexuais.
	<i>A falta de capital social dos lugares de residencia:</i> á saída da prisión, moitos delincentes sexuais vense relegados a comunidades cunha alta desorganización social (poucos empregos, baixa economía), algo que podería ser aumentado pola política de restrición de residencia. Iso implicaría unha poboación flutuante elevada, e poucas opcións para crear vínculos positivos.
	<i>O uso de medidas de supervisión moi estritas:</i> o uso da supervisión intensiva e o control electrónico poderían diminuír gravemente a relación dos delincentes sexuais cos seus familiares, amigos e veciños.

dos problemas e efectos que tales leis poderían ter sobre o capital social.

Burchfield e Mingus (2008) levaron a cabo unha entrevista en profundidade con 23 delincentes sexuais liberados sometidos a estas medidas intimidatorias, e concluíron que «esas entrevistas revelan que esta política ten efectos prexudiciais, particularmente polo que respecta ao mantemento de relacións, encontrar emprego e aloxamento, e facer fronte o estigma de ser un delincente sexual» (p. 371). Tales achádegos foron coincidentes cos resultados doutros estudos, que tamén apuntaron os efectos negativos do rexistro oficial (por exemplo, Meloy, 2005). Non obstante, só cinco dos 23 delincentes sexuais avaliados informaron sobre o sufrimento de accións de asedio ou fustigamento por parte de residentes do seu barrio, algo que era especialmente temido por moitos. De feito, os entrevistados encontraron moito máis negativo o feito de ter que soportar os rigores do arresto domiciliario e da supervisión electrónica que o ostracismo ou hostilidade dos antigos amigos, familiares e veciños. De acordo coas súas opinións, a imposición tan estrita de movementos impedíalles facer unha vida minimamente normal.

Por outra parte, como consecuencia da política de restrición da residencia, os delincentes sexuais son, xeralmente, relegados a vivir en lugares con poucos recursos e desorganización social, algo que se ve agravado porque esta política obriga a moitos deles a abandonar as súas moradas, ao impor a sentenza a necesidade de gardaren unha distancia (polo xeral de 1000 pés: 6 pés = 1,80 metros) dos lugares onde os nenos acostuman agruparse (escolas, parques etc.). Estas restricións no lugar para vivir implica un illamento persoal, unha menor estabilidade e, moitas veces, problemas financeiros. Todo o que sabemos agora indica que a política de restrición de residencia acrecenta penalidades ás xa coñecidas do rexistro oficial de delincentes sexuais.

OS ENTREVISTADOS
ENCONTRARON MOITO MÁIS
NEGATIVO O FEITO DE TER
QUE SOPORTAR OS RIGORES
DO ARRESTO DOMICILIARIO E
DA SUPERVISIÓN ELECTRÓNICA
QUE O OSTRACISMO OU HOSTI-
LIDADE DOS ANTIGOS AMIGOS,
FAMILIARES E VECIÑOS. DE
ACORDO COAS SÚAS OPINIÓNS,
A IMPOSICIÓN TAN ESTRITA
DE MOVEMENTOS IMPEDÍA-
LLES FACER UNHA VIDA
MINIMAMENTE NORMAL

4. PSICÓPATAS SEXUAIS

Sen dúbida, entre os agresores sexuais que presentan maior risco dunha reincidencia xeral violenta e unha sexual específica están os agresores cun diagnóstico de psicopatía. Non en van, os delincentes sexuais psicópatas son os que teñen unha maior prevalencia na comisión de agresións sádicas.

Eles, en efecto, son responsábeis dunha cantidade desproporcionada de crimes, actos violentos e condutas que causan ansiedade e un profundo malestar social (Harris, Rice e Lalumière, 2001), o que levou a afirmar a estes últimos autores que «con respecto á persistencia, frecuencia e gravidade dos feitos cometidos, os psicópatas varóns constitúen os suxeitos máis violentos dos que se ten noticia» (p. 406).

Robert Hare (1998), caracterizando o psicópata, escribe o seguinte: «Descríbín o psicópata como un depredador da súa propia especie que utiliza o encanto persoal, a mani-

pulación, a intimidación e a violencia para controlar os demais e para satisfacer as súas propias necesidades egoístas. Ao faltarlle a consciencia e os sentimentos que o relacionan cos demais, ten a liberdade de apropiarse do que desexa e de facer a súa vontade sen reparar nos medios e sen sentir o menor indicio de culpa ou arrepentimento» (p. 196).

Na actualidade existen dous sistemas de diagnóstico da psicopatía. O primeiro é o do DSM-IV, ou *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais* (publicado pola American Psychiatric Association en 1994), que inclúe na categoría de «transtorno antisocial da personalidade» aos psicópatas –ou, mellor dito, fai sinónimo este diagnóstico co de psicopatía–. Na táboa 2 aparecen os criterios diagnósticos do Transtorno Antisocial da Personalidade (TAP).

Hare (1998) expón a crítica de que «os criterios de diagnóstico do TAP identifican realmente aos suxeitos que son delinquentes persistentes, a maioría dos cales non son psicópatas». Desta maneira, «a validez predictiva da psicopatía, tal e como se avalía mediante a PCL-R é abrumadora, mais ten pouca relevancia con relación ao transtorno antisocial de personalidade» (p. 191).

Cando Robert Hare publica o *Psychopathy Checklist Revised* («A Escala revisada de valoración da psicopatía», ou PCL-R; Hare, 1991) axústase á esencia do transtorno de personalidade definido de maneira clásica por Cleckley na súa obra *The Mask of sanity*, e desa maneira parece describir unha persoa que é «algo máis» e «diferente» do que aparece no DSM-IV e o seu diagnóstico de personalidade antisocial (ver táboa 3).

A correlación entre a PCL-R e o TAP acostuma ser alta, por volta de .55/.65, porén, a prevalencia da desorde entre pacientes forenses usando a PCL-R é moito máis baixa que se empregarmos o criterio do TAP (15-30% vs. 50-80%, respectivamente), de aí a crítica no sentido de que o TAP é unha categoría que

TÁBOA 2. O DIAGNÓSTICO DO TAP
SEGUNDO O DSM-IV

A. Un patrón xeral de desprezo e violación dos dereitos dos demais que se presenta desde a idade de 15 anos, como indican tres (ou máis) dos seguintes ítems:

1. fracaso para adaptarse ás normas sociais no que respecta o comportamento legal, como o indica o feito de perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención

2. deshonestidade, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a outros para obter un beneficio persoal ou por pracer

3. impulsividade ou incapacidade para planificar o futuro

4. irritabilidade e agresividade, indicados por pelexas físicas repetidas ou agresións

5. despreocupación imprudente pola súa seguridade ou a dos demais

6. irresponsabilidade persistente, indicada pola incapacidade de manter un traballo con constancia ou de facerse cargo de obrigacións económicas

7. falta de remordementos, como o indica a indiferenza ou a xustificación do feito de ter danado, maltratado ou roubado a outros.

B. O suxeito ten, ao menos, 18 anos.

C. Existen probas dun transtorno disocial que comeza antes da idade de 15 anos.

D. O comportamento antisocial non aparece exclusivamente no transcurso dunha esquizofrenia ou un episodio maníaco.

describe pouco máis que a delincuencia xeral persistente e grave (Hare, 1998). Na táboa 3 figuran os ítems da PCL-R, con dous factores. O factor 1 mide os aspectos da personalidade clásica do psicópata: encanto superficial, sen remordementos, manipulador, emocionalmente insensíbel... Mide *elementos do mundo*

TÁBOA 3. OS ÍTEMS DA PCL-R DE ROBERT HARE (1991)

Factor 1.

Encanto superficial e locuacidade

Sentimento de grandiosidade persoal

Mentira patolóxica

Manipulación

Falta de sentimentos de culpa e de arrepentimento

Emocións superficiais

Insensibilidade / falta de empatía

Incapacidade de recoñecer a responsabilidade dos seus actos

Factor 2.

Procura de sensacións

Estilo de vida parásito

Falta de autocontrol

Problemas de conduta precoces

Ausencia de metas realistas

Impulsividade

Irresponsabilidade

Delincuencia xuvenil

Anulación da liberdade condicional

E hai tres ítems adicionais:

Conduta sexual promiscua

Moitas relacións maritais breves

Versatilidade delitiva

emocional e interpersonal do suxeito. O factor 2 mide a conduta antisocial e a impulsividade, e é a que correlaciona sobre todo co TAP. Por iso a escola de Robert Hare se queixa de que chamar «psicópata» ao diagnosticado dun TAP é inadecuado, porque a maioría dos que teñen este diagnóstico de transtorno antisocial da

personalidade non son psicópatas; simplemente son delinquentes reincidentes ou crónicos.

Ademais, unha das características moi común entre os psicópatas é a busca de sensacións, trazo de personalidade que se define pola necesidade de experimentar sensacións e experiencias novas, variadas e complexas e a predisposición para aventurarse en situacións que supoñen un risco para a integridade física e para o mantemento de relacións satisfactorias cos demais.

Hai unha importante investigación que apunta que a PCL-R é un instrumento eficaz na predición da reincidencia xeral e violenta, e non só en delinquentes encarcerados senón tamén en pacientes internados en hospitais psiquiátricos xudiciais e civís.

Os delinquentes sexuais son unha po-boación reticente ao tratamento, mais os psicópatas sexuais teñen unha maior probabilidade de reincidir antes e en maior frecuencia. Os estudos máis recentes apuntan que os pedófilos *con alta psicopatía e baixa intelixencia* teñen un risco maior de reincidencia, algo que pode ser predito de forma significativa pola PCL-R (Beggs e Grace, 2008)

Por outra parte, un elemento que ilustra a importancia de detectar a psicopatía nos delinquentes sexuais é que os delinquentes psicópatas son tanto capaces de mostrar unha violencia reactiva ou impulsiva, como premeditada ou controlada, o que sen dúbida acarreta maiores riscos e posibilidades con respecto á capacidade de levar a cabo a agresión.

Así pois, despréndese do anterior que a personalidade antisocial, tal e como é avaliada pola PCL-R, é un valioso indicador da reincidencia sexual (mais non se o diagnóstico é realizado mediante o TAP, tal e como á avaliado polo DSM-IV). Isto ten importantes implicacións forenses: os peritos deberían especificar se, cando usan o termo de psicópata, este obedece a un diagnóstico realizado mediante os criterios do TAP ou, pola contra, se foi realizado mediante a PCL-R.

5. O TRATAMENTO DOS DELINCUENTES SEXUAIS

A boa noticia é que existen traballos sólidos que demostran que o tratamento dos delinquentes sexuais non é unha perda de tempo. Hai dous traballos recentes moi importantes que avalan esta conclusión. O primeiro é o de Hanson et al. (2002), os cales revisaron 43 estudos de tratamento con estes delinquentes (mediante a comparación de máis de 5.000 suxeitos tratados con máis de 4.000 non tratados), e descubriron que mentres os non tratados reincidían nun novo delito sexual cunha taxa do 16,8%, os tratados reincidían nun 12,3%. Os resultados foron parecidos cando se comparou a reincidencia noutros delitos.

Un estudo máis moderno, o de Schumucker e Lösel (2008), levou a cabo, tras un estudo exhaustivo da literatura especializada, 80

comparacións independentes entre grupos de delinquentes sexuais tratados e non tratados (cun número total de 22.181 suxeitos). A maioría dos estudos mostraron un efecto positivo. En conxunto, os delinquentes tratados reincidiron o 11,1%, mentres que os non tratados chegaron ao 17,5%. Os achádegos en reincidencia violenta e non violenta foron parecidos.

Cales son os métodos máis efectivos? Deixando á parte a castración cirúrxica por motivos éticos (mais que parece ser efectiva!), as estratexias máis prometedoras son de natureza psicolóxica, na orientación denominada cognitivo-condutual, que consiste en ensinar ao suxeito a controlar o seu impulso desviado, a evitar situacións de alto risco e a non servirse de xustificacións para cometer os delitos. De maneira máis específica, os métodos de tratamento cognitivo-condutuais para delinquentes sexuais caracterízanse por ensinar aos suxeitos tratados novas formas de pensar (restruturación cognitiva), de percibir e interpretar emocións (como a empatía) e de actuar (autocontrol do impulso sexual violento). É unha re-aprendizaxe na súa forma de achegarse e vivir a sexualidade, xunto con outros apoios terapéuticos que son relevantes para outros delinquentes (como a integración laboral, o abuso do alcol etc.). A táboa 1 mostra o contido do programa de tratamentos sexuais realizado na prisión de Brians, desenrolado por Garrido e Beneyto (1995). O gráfico 2 mostra os resultados da intervención, cos índices de reincidencia dos grupos control e experimental (Redondo e Garrido, 2008). Pode verse como, dentro do nivel de reincidencia modesto dos suxeitos, os delinquentes sexuais tratados reincidiron de forma claramente menor que os delinquentes control. Os datos tamén mostraron que a gravidade dos delitos cometidos polos reincidentes era menor que a dos delitos do grupo control.

Que pasa coa –mal chamada– castración química? (moito mellor a expresión «trata-

DE MANEIRA MÁIS ESPECÍFICA,
OS MÉTODOS DE TRATAMENTO
COGNITIVO-CONDUTUAIS
PARA DELINCUENTES SEXUAIS
CARACTERÍZANSE POR
ENSINAR AOS SUXEITOS
TRATADOS NOVAS FORMAS
DE PENSAR (RESTRUTURACIÓN
COGNITIVA), DE PERCIBIR
E INTERPRETAR EMOCIÓN
(COMO A EMPATÍA) E DE
ACTUAR (AUTOCONTROL DO
IMPULSO SEXUAL VIOLENTO).
É UNHA RE-APRENDIZAXE NA
SÚA FORMA DE ACHEGARSE E
VIVIR A SEXUALIDADE

mento farmacolóxico»). En esencia, trátase de administrar substancias por vía oral ou intramuscular que influencian a produción e os efectos dos andróxenos (testosterona), que son esenciais para a conduta sexual do varón, e reducen a testosterona mediante diferentes mecanismos. A consecuencia do tratamento é a diminución do desexo sexual. Os fármacos habituais son o acetato de medroxiproxestero-na, o acetato de ciproterona e outros, entre os que destacan os inhibidores da recaptación da serotonina (os delinquentes sexuais tenden a preferir estes antes que os antiandróxenos polos seus menores efectos secundarios).

É claro que este tratamento inhibe o desexo sexual mentres se está a administrar; é temporal nos seus efectos, a diferenza da cas-

tración cirúrxica. Até a data comprobouse en varias ocasións que se reducen de maneira importante as fantasías sexuais desviadas, as obsesións e o desexo sexual (Bourget e Bradford, 2008), mais, *por si só* este tratamento non demostrou ser efectivo. O veredicto da investigación, na actualidade, é que pode ser un valioso complemento coa terapia psicolóxica adecuada.

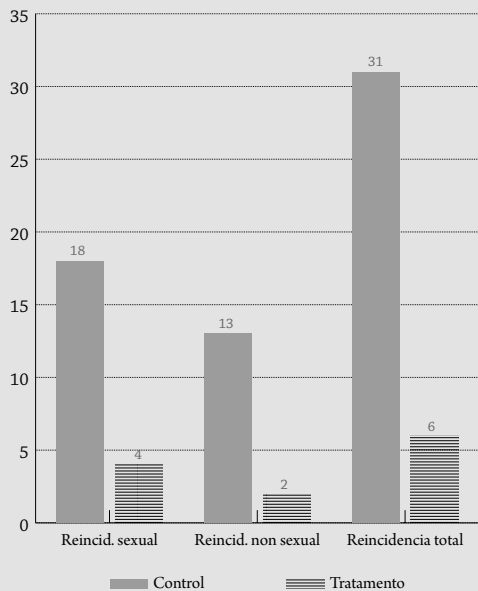
6. CONCLUSIÓN

Do meu punto de vista é prioritario tomar diferentes accións para reducir a ameaza dos delinquentes sexuais que realmente son unha ameaza.

TÁBOA 4. O PROGRAMA DE TRATAMENTO
EN BRIANS

Módulos ou ingredientes	Fundamentos	Obxectivos
1. Distorsións cognitivas (restruturación) (44 se.)	TC de Beck e outras contribucións sobre pensamentos automáticos e errados e sobre restruturación	Restruturar a percepción e distorsións do suxeito sobre o feito delitivo, os seus propios desexos e a súa percepción das mulleres, nenos, violencia etc.
2. Mecanismos de defensa (15 se.)	Técnicas de neutralización de Matza e Terapia de realidade de Glasser	Erradicar o uso de xustificacións e promover a responsabilización da súa conduta
3. Consciencia emocional (18 se.)	Educación en autoexploración emocional	Aumentar a consciencia e o repertorio emocional do suxeito
4. Empatía coa vítima (27 se.)	Traballo de Marshall sobre sensibilización cara a dor e emocións alleas; técnica <i>role taking</i> de Platt et al.	Ensinar a recoñecer emocións e sentimentos doutras persoas (vítimas), e aumentar a súa capacidade de empatía
5. Prevención de recaídas (17 se.)	Pithers e Laws a partir de Marlat e Gordon (en alcólicos)	Mellorar a capacidade para anticipar e romper as cadeas de precursores (cognitivos, fisiolóxicos, emocionais, condutuais e ambientais) dos seus delitos
6. Estilo de vida positivo (17 se.)	Técnicas psicoeducativas, modelado estruturado de Goldstein	Mellorar a súa planificación de vida e os seus hábitos e rutinas diarias

GRÁFICO 1. OS RESULTADOS DO PROGRAMA DE TRATAMENTO EN BRIANS



En primeiro lugar, debe terse en conta o risco de reincidencia dunha forma sistemática. Na actualidade existen métodos para predicir ese risco, métodos que de maneira razoábel permiten seleccionar os suxeitos que poden desfrutar de beneficios penitenciarios ou dunha medida alternativa. Aquí terá que terse en conta o que coñecemos sobre os factores de risco, en particular a presenza do transtorno da psicopatía e dunha desviación sexual ou parafilia: que dúbida cabe que canalizar *exclusivamente* a enerxía sexual cara os nenos é algo difícil de controlar se non se recibe axuda e, igualmente, a propensión a unir sexo con violencia e control, algo tan querido polos delinquentes sádicos.

A segunda acción ten que ver cos programas de tratamento. En contra da opinión popular, hai «tratamentos que funcionan».

Na importante revisión sobre tratamento de Schumucker e Lösel púidose constatar que o tratamento fóra das prisións, realizado con suxeitos de risco baixo ou moderado, alcanza uns resultados –cando menos– igual de bo que o levado a cabo nas prisións. O que si que resulta apropiado é que o programa ofrecido sexa especificamente deseñado para esta poboación, así como que se conclúa na súa íntegra, e que sexa aceptado de forma voluntaria.

Que podemos dicir sobre a supervisión na comunidade? Creo que os resultados sinalan que tal supervisión ha de ser facilitadora da integración, e non un obstáculo á mesma. Debe terse en conta que o control e a axuda non son incompatíbeis: cando alguén especializado está pendente de axudar a outra persoa tamén coñece o seu deambular. As experiencias que temos até a data, con medidas de control na comunidade de índole restritiva e facilitadora do supervisionismo, non demostraron empiricamente ser efectivas.

Quizá a chave sexa, de novo, discriminar. *Algúns delinquentes sexuais son moi perigosos.* Non creo que sexa inconveniente retelos longo tempo na prisión. Mais moitos non o son, e pódense ver beneficiados por uns programas que contemplan unha supervisión razoabelmente próxima na comunidade que vaia unida a un apoio no seu proceso de reintegración.

REFERENCIAS

- BEGGS, S., e GRACE, R. (2008): «Psychopathy, intelligence and recidivism in child molesters». *Criminal Justice and Behavior*, 35, 683-695.
- BOURGET, D., e BRADFORD, J. (2008): «Evidential basis for the assessment and treatment of sex offenders». *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 8, 130-146.
- BURCHFIELD, K. e MINGUS, W. (2008): «Not in my neighborhood. Assessing registered sex offenders' experiences with local social capital».

- and social control». *Criminal Justice and Behavior*, 35, 356-374.
- COLEMAN, J.S. (1988): «Social capital in the creation of human capital». *American Journal of Sociology*, 94, 95-120.
- DUWE, G., DONNAY, W., e TEWKSBURY, R. (2008): «Does residential proximity matter? A geographic analysis of sex offense recidivism». *Criminal Justice and Behavior*, 35, 484-504.
- HANSON, R. K., GORDON, A., HARRIS, A. J. R., MARQUES, J. K., MURPHY, W. D., QUINSEY, V. L., et al. (2002): «First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders». *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14(2), 169-194.
- HANSON, R. K., e MORTON-BOURGON, K. E. (2005): «The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1154-1163.
- HARE, R.D. (1998): «Psychopaths and their nature: Implications for the mental health and criminal justice systems». En Theodore Millon, E. Simonsen, M. Birketsmith e R. D. Davis (Eds.), *Psychopathy. Antisocial, criminal and violent behavior* (pp. 188-212). N.Y.: The Guilford Press.
- HARRIS, G.T., RICE, M.E., e LALUMIÈRE, L. (2001): «Criminal Violence. The roles of psychopathy, neurodevelopmental insults and antisocial parenting». *Criminal Justice & Behavior*, 28, 402-426
- LANGAN, P., LEVIN, D. (2002): *Recidivism of prisoners released in 1994*. Washington: US Department of Justice.
- MELOY, M.L. (2005): «The sex offender next door: An analysis of recidivism, risk factors and deterrence of sex offenders on probation». *Criminal Justice Policy Review*, 16, 211-236.
- PETRUNIK, M., e DEUTSCHMANN, L. (2008): «The exclusion-inclusion spectrum in State and Community response to sex offenders in Anglo-American and European jurisdictions». *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 52, 499-519.
- PUTNAM, R. (2001): *Bowling alone*. New York: Simon & Schuster.
- REDONDO, S. e GARRIDO, V. (2008): «Efficacy of a psychological treatment for sex offenders». *Psicothema*, 20, 4-9.
- SCHMUCKER, M. e LÖSEL, F. (2008): «Does Sexual Offender Treatment Work?» *Psicothema*, 20, 10-19.

AMPARO BELLOCH FUSTER



«A PSICOLOXÍA
CLÍNICA, COMO
CIENCIA E COMO
PROFESIÓN, AVANZOU
DE FORMA EXPONENCIAL NOS
ÚLTIMOS 30 ANOS»

Rocío Calvo

Consello de Redacción

En maio de 2009 celebrouse o I Congreso Galego de Psicoloxía Clínica na cidade de Vigo. Con motivo deste evento realizamos naqueles días entrevistas a dúas persoas que pola súa implicación neste congreso, ademais da súa traxectoria profesional, puideran aportarnos algunhas das súas reflexións sobre a situación da Psicoloxía Clínica, tanto en Galicia (Xavier Sardiña) como a nivel estatal (Amparo Belloch).

Desde *Cadernos de Psicoloxía* agradecemos a ámbolos dous a súa amabilidade e a dedicación do seu tempo. A continuación presentámoslos brevemente.

AMPARO BELLOCH FUSTER é profesora desde 1976 na Facultade de Psicoloxía da Universidade de Valencia. Catedrática de Psicopatoloxía da dita Universidade desde 1987. Autora de numerosas investigacións e publicacións científicas sobre Psicoloxía Clínica e Psicoloxía da Saúde. Na actualidade preside a Comisión Nacional da Especialidade de Psicoloxía Clínica e a Asociación Española de Psicoloxía Clínica e Psicopatoloxía.

ROCÍO CALVO O título da túa conferencia inaugural alenta a curiosidade: «Psicoloxía Clínica na encrucillada: cara a onde vai a investigación?» Que reflexións fixeches tras este título?

AMPARO BELLOCH A idea fundamental que quería transmitir é que a Psicoloxía Clínica, como ciencia e como profesión, avanzou de forma exponencial nos últimos 30 anos, tendo en conta que «oficialmente» aterrou no escenario científico e profesional a comezos do século pasado. Mais que este enorme desenvolvemento, e todo o que iso implica na contribución á mellora da saúde mental da sociedade, pode levarnos a morrer de éxito de non mantermos unha actitude auto-crítica sobre o que facemos e como melloralo, que debería servir de guía a calquera actividade humana, especialmente se dela derivan consecuencias para os demais. Poñía como exemplo tres aspectos que a min me preocupan especialmente: por un lado, a desvinculación que en moitos casos se observa entre a investigación en psicopatoloxía e en psicoterapias, como se unhas se puidesen abordar sen a outra. Por outro, os riscos de tomar como referentes da investigación e a práctica (que para min van unidas) os modelos médico-psiquiátricos tipo DSM ou CIE, ancorados nunha concepción decimonónica da doenza e o sufrimento humano que, desde logo, non se produce noutras especialidades médicas (comparemos, por exemplo, os esforzos que se dedican á clasificación das doenzas mentais, e os que se dedican á clasificación das doenzas dixestivas, por dicir algo). Paréceme incríbel que non nos deamos conta dos intereses que están por tras de todo iso, intereses que nada teñen que ver coa nosa profesión nin, desde logo, coa nosa disciplina desde unha perspectiva conceptual. O terceiro exemplo era o tratamento cognitivo da depresión, considerado como necesario, só ou en combinación, en calquera das guías de tratamento eficaz dos organismos internacionais que se dedican a analizar estes aspectos. O propio Beck, nun magnífico artigo publicado en 2008 no *American Journal of Psychiatry* falaba da necesidade de reformularse o modelo cognitivo da Depresión, incluíndo, naturalmente, o seu tratamento. En definitiva, na conferencia pretendía que reflexionásenos dunha maneira crítica sobre o moito que aínda nos falta por percorrer e o perigo que, do meu punto de vista, supón o feito de quedarmos extasiados perante os éxitos logrados, como se fosen absolutos, o que, desde logo, non é certo: as taxas de eficacia dos nosos tratamentos non son as óptimas, aínda que sexan moi boas en moitos casos. O outro grande risco é cegarmos cos éxitos doutros (aparentes moitas veces), por exemplo, os da xenética ou a neuroloxía, e esquecer os nosos marcos propios de referencia, é dicir, os que nos proporciona a investigación básica psicolóxica.

R.C. En que etapa dirías que se encontra a Psicoloxía Clínica? Podemos considerala sólida e madura?

A.B. A psicoloxía clínica realizou unha inmensa achega ao coñecemento dos trastornos mentais, propiciando ferramentas novas non só para o seu estudo senón tamén para o seu tratamento, e está comezando a superar o que, parafraseando a Khun, se podería cualificar como a «etapa pre-paradigmática». Quero dicir, que até non fai moito a adscrición a unha escola ou modelo concretos de psicopatoloxía era sinónimo de exclusión doutros (e, por suposto, defensa «aguerrida» e sen tregua do propio). Actualmente sabemos que as adscricións ríxidas e excluentes non só non serven para facer avanzar o coñecemento, senón que tampouco son útiles para o que debería ser a súa finalidade última: a mellora da atención ás persoas con trastornos mentais. Creo que este é un avance importante: recoñecer que ningún modelo ou teoría ten as respostas para todos os problemas. E, ao mesmo tempo, ese recoñecemento leva consigo unha actitude moi sa de crítica perante calquera formulación, teoría, modelo, etc., que non demostre ser útil (no seu sentido máis amplo de eficacia e eficiencia) para resolver os problemas reais da xente.

AS ADSCRICIÓNS
RÍXIDAS E
EXCLUENTES
A UNHA ESCOLA
OU MODELO
NON SÓ NON
SERVEN PARA
FACER AVANZAR
O COÑECEMEN-
TO, SENÓN QUE
TAMPOUCO SON
ÚTILES PARA O
QUE DEBERÍA
SER A SÚA
FINALIDADE
ÚLTIMA: A
MELLORA DA
ATENCIÓN ÁS
PERSOAS CON
TRANSTORNOS
MENTAIS

Todo isto traduciuse na participación activa e co máximo nivel de competencia e independencia profesional da psicoloxía clínica na elaboración de guías clínicas para a intervención eficaz da maior parte dos trastornos mentais: por pormos só un par de exemplos, nas guías e recomendacións que publican institucións internacionais de moito prestixio, como a Cochrane Library, a American Psychiatric Association ou o National Institute for Clinical Excellence británico, algúns tratamentos psicolóxicos son considerados como o tratamento de elección, isto é, o primeiro tratamento a aplicar, para os trastornos mentais máis prevalentes, ademais de constituír compoñentes necesarios e imprescindíbeis para o tratamento eficaz e eficiente doutros tan graves e incapacitadores como as esquizofrenias ou os trastornos bipolares. Así que cando leo que en España o maior gasto farmacéutico recae nos psicofármacos, e entre eles, os que se acostuman utilizar para aliviar ansiedades e depresións, quedo estupefacta.

Desde a perspectiva do traballo clínico, creo que o maior avance foi o recoñecemento social e profesional por parte dos responsábeis da sanidade española da psicoloxía clínica como profesión capaz de dar respostas útiles e viábeis ao sufrimento mental. En todo isto creo que foi decisivo o enclave dos psicólogos clínicos en equipos multidisciplinares e comunitarios, e co mesmo nivel de competencia e independencia profesional ao dos psiquiatras, que até agora

eran os máximos responsábeis da atención sanitaria aos doentes mentais.

R.C. Quedan aspectos por resolver na especialidade de Psicoloxía Clínica? E limitacións externas á túa vontade como a creación de máis prazas no sistema de saúde, por exemplo?

A.B. Ese é un dos principais obstáculos, desde logo. Son necesarias moitas máis prazas de psicoloxía clínica das que existen, xa que na inmensa maioría dos casos as ratio poboación/psicólogo clínico están moi por baixo do que sería razoábel. Ademais, o feito de que haxa tan poucas prazas crea unha serie de problemas en cadea, que lastran o desenvolvemento da profesión. Mencionarei só os catro que me parecen máis incitantes: o primeiro é a saturación asistencial que experimentan estes compañeiros no Sistema. A cantidade de demanda que deben atender é moi grande e iso dificulta enormemente cousas tan básicas como, por exemplo, que se poidan aplicar programas de tratamento que sabemos que teñen unha secuencia e un tempo determinados para que se poidan considerar útiles. En segundo lugar, a falta de profesionais a causa da escaseza de prazas para a formación PIR: hai que ter en conta que só con que haxa unha praza de PIR por ano, ao cabo de 3 anos son 3 prazas e, agora, co novo programa de 4 anos, 4 PIR á vez baixo a titoría dunha mesma persoa que, ademais, ten que atender os seus pacientes cunha demanda que vai en aumento. En terceiro lugar, as dificultades para manterse ao día como profesionais, algo que a calquera que sexa minimamente responsábel, lle preocupa enormemente. O cuarto problema é a diversidade da demanda á que se debe atender, e que desde logo non se produce en ningunha outra especialidade sanitaria con responsabilidades a nivel de facultativo. Simplemente pensemos nun servizo de cardioloxía, ou de medicina dixestiva, ou de calquera outra especialidade. Aínda que todos os especialistas saben de todo, o certo (e lóxico) é que se crean grupos de subespecialistas e que, polo tanto, hai algúns que se centran nunha doenza ou grupo de doenzas concretas. En Psicoloxía Clínica iso non acontece: tense que saber (e poder) tratar igual de ben tanto un transtorno de ansiedade, como unha depresión, como unha esquizofrenia etc. E esa é unha carencia que nos está a pasar factura día a día e que non hai forma de solucionar mentres non aumente de xeito substancial o número de especialistas.

R.C. A Psicoloxía Clínica está considerada como unha prestación sanitaria básica. Dirías que a sociedade ten basicamente (valla a redundancia), cuberto este dereito?

A.B. Á luz do que acabo de comentar, a resposta non pode ser positiva en termos absolutos. Sobre o papel, o dereito está cuberto, na medida

=====

A DEMANDA
DIFICULTA
ENORMEMENTE
QUE SE POIDAN
APLICAR
PROGRAMAS DE
TRATAMENTO
QUE TEÑEN
UNHA SECUENCIA
DETERMINADA
PARA QUE
SE POIDAN
CONSIDERAR
ÚTILES

=====

en que hai especialistas no Sistema que proporcionan esa prestación. Mais se falarmos en termos de calidade da prestación, que para min (e seguro que para todos) está indisolubelmente unida ao feito mesmo de que exista a prestación en si, pois lamento ter que dicir que non está garantida. Non é de recibo que un paciente teña que esperar meses para ser atendido (as listas de espera son un problema moi grave), e que cando por fin consegue ser atendido por un especialista en psicoloxía clínica, non poida ter acceso ao mellor tratamento dispoñíbel. E non porque ese profesional non estea capacitado para iso, que si o está, senón porque as condicións nas que debe desenvolver o seu traballo como especialista non permiten proporcionar a prestación nas mellores condicións. Así que cando, a pesar de todas as dificultades, o especialista en psicoloxía clínica consegue facer ben o seu traballo (e moitos conségueno), creo que habería que darlles unha medalla ao mérito e o esforzo ou algo así. Coñezo moitos e moitas que merecen esa medalla.

- R.C.** Se o cidadán, actual ou futuro paciente ou usuario do sistema sanitario público, fose realmente consciente deste dereito e da limitación de acceder a el, pensas que a súa reivindicación colectiva axudaría a que as Administracións Públicas tivesen máis disposición cara ao aumento de prazas?
- A.B.** A verdade é que si, creo que iso axudaría. E tamén axudaría o feito de que, como colectivo, tanto os psicólogos clínicos como o resto de profesionais da psicoloxía, fósemos xuntos nesa dirección.
- R.C.** A sociedade coñece a Psicoloxía Clínica como unha especialidade comparábel a calquera outra (traumatoloxía, pediatría...) ou aínda é descoñecida como tal?
- A.B.** Supoño que te refires á sociedade española. Eu creo que cada vez se coñece máis, mais queda moito camiño por percorrer. Moitas veces, a xente non distingue entre a psicoloxía e a psicoloxía clínica, e iso é natural. Quero dicir que non é a sociedade quen ten que saber diferenciar, senón que somos nós mesmos, como psicólogos, os que temos que saber transmitir á sociedade que a Psicoloxía ten moitas vertentes profesionais (o que na miña opinión é extremadamente positivo e dunha enorme riqueza) e que unha delas é a psicoloxía clínica, para a cal é precisa unha preparación especial e específica. Neste sentido, creo sinceramente que os discursos maximalistas aos que asistimos nos últimos tempos, non contribuíron precisamente a aclarar as cousas, senón máis ben a enmarañalas e confundilas. Ás veces dáme a impresión de que os que non sabemos en realidade que é a psicoloxía clínica, como profesión psicolóxica diferente doutras actividades profesionais da

Psicoloxía, somos nós mesmos, o colectivo de psicólogos. E, claro, así é difícil que a sociedade nos entenda.

R.C. Que retos futuros quedan? Cara a onde se orienta a Psicoloxía Clínica?

A.B. Quedan, afortunadamente, moitos. Desde a perspectiva da nosa actividade diaria como profesionais en España, apuntaría catro: primeiro, ir cara a un modelo unificado de traballar en psicoloxía clínica, no que os debates entre escolas dean paso á busca das mellores respostas (as máis eficaces, as máis viábeis) para os problemas que formula a abordaxe psicolóxica dos transtornos mentais e do comportamento; segundo, estar disposto ao cambio e a contrastar calquera das nosas afirmacións; terceiro, aumentar a nosa credibilidade como profesionais, implantando sistemas de avaliación da calidade da asistencia que prestamos, re-acreditación etc.; e cuarto, ter moi presente que non hai boa práctica sen unha investigación de calidade e, á vez, que a investigación non pode ser boa se non vai acompañada dunha práctica de calidade.

Desde unha perspectiva máis global, quizais o reto máis importante sexa a necesidade de lograr sintetizar, nun marco conceptual coherente, a diversidade e acumulación de estudos e datos sobre os aspectos psicolóxicos dos transtornos mentais e do comportamento. Paréceme que ese é o primeiro paso para dar o salto desde unha concepción «monoloxista» da ciencia psicolóxica (é dicir, de debater internamente cal é o mellor modelo, o dato máis substantivo, ou o mellor tratamento), a un modelo de ciencia baseado na noción de redes complexas de interacción, segundo a cal as relacións entre os distintos elementos que configuran a realidade seguen unha dinámica non linear. Este é, segundo os expertos en teoría científica, o modelo do futuro. E xa se está a aplicar con éxito en campos tan diversos como a obesidade, o cambio climático ou a predición de terremotos. Aplicado ao noso ámbito trátase, por exemplo, de coñecer cales son as relacións entre os diversos elementos psicolóxicos e os procedentes doutros ámbitos (xenéticos, neurofisiolóxicos, ambientais, sociais) que contribúen á vulnerabilidade dos transtornos mentais, ao seu desenvolvemento, e ao seu mantemento, de tal maneira que se consiga unha formulación comprensiva deses transtornos. Esta é unha tarefa que nin sequera comezamos a desenvolver de xeito sistemático, a pesar de que como psicólogos que somos, estamos en mellores condicións que outros (pola nosa propia evolución) para facelo. Mais estou convencida de que nun futuro moi próximo comezaremos a ver algúns froitos.

R.C. Moitas grazas.



XAVIER SARDIÑA AGRA

«A IDEA ERA A DE FACER UN CONGRESO DE ‘NÓS PARA NÓS’»

Rocío Calvo
Consello de Redacción

XAVIER SARDIÑA AGRA é psicólogo clínico no Complexo Hospitalario Universitario da Coruña, Máster en Neuropsicoloxía Clínica pola Universidade de Santiago de Compostela. Presidente da Sección de Psicoloxía Clínica do Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia. Secretario do Comité Organizador e do Comité Científico do I Congreso Galego de Psicoloxía Clínica.

ROCÍO CALVO Cando e como se pensa no I Congreso Galego de Psicoloxía Clínica?

XAVIER SARDIÑA A proposta realízaa Miguel Anxo García Álvarez na Asemblea de socios da Sección de Clínica que celebramos en Ferrol en novembro de 2004. Despois do visto bo da Asemblea para esta proposta, a xunta directiva da Sección, un mes máis tarde, pon en marcha a creación dun grupo de traballo coa encomenda de facer un primeiro deseño de contidos e estrutura para un Congreso no ano 2009. É durante o ano 2005 cando se configuran os comités científico e organizador, e cando se determina que a estrutura do Congreso «pivotará» sobre dúas Presentacións principais, unha máis clínica e a outra máis centrada na realidade profesional, e arredor das presentacións artellaríanse uns dez simposios.

R.C. O obxectivo principal co que se organizou e realizou viuse satisfeito?

X.S. Non houbo un único obxectivo principal, senón varios e todos eles importantes.

Temos que recordar que nos encontrábamnos nun momento onde primeiro o Real Decreto de Centros Sanitarios (outubro de 2003), e despois a LOPS (novembro de 2003) tiñan provocado toda unha convulsión no colectivo da Psicoloxía Clínica, dando lugar a importantes enfrontamentos dentro do noso colectivo. Un primeiro obxectivo deste Congreso foi a proposta dun traballo en común e colectivo que permitira contrarrestar a tendencia á disgregación provocada principalmente polas inquietudes de quen vía en perigo o seu traballo ou o futuro da Psicoloxía Clínica. Esa foi a idea aprobada nesa Asemblea do ano 2004.

O feito de propor a idea da «construción» dun Congreso a cinco anos vista, tiña por obxectivo, pois, ademais de xeración e estruturación de coñecementos específicos, xerar tamén dinámicas entre diferentes ámbitos de actuación, que permitisen unha maior cohesión nos ámbitos de investigación, formación, asistencial, organizativo e persoal.

Outro obxectivo era realizar un acto que permitira certificar a madurez e o asentamento social da Psicoloxía Clínica galega. Desexábamnos que durante os días que durase o Congreso nos contásenos a nós mesmos o que facíamos no noso traballar día a día. Ao mesmo tempo queríamos ter representadas todas as diferentes áreas da Psicoloxía Clínica, polo que se fixeron encargos concretos para levar a cabo os diferentes simposios.

E por último, a celebración do Congreso tiña, como todos os congresos, os obxectivos de intercambio de coñecemento, divulgación científica e proxección profesional á sociedade.

R.C. A quen foi dirixido fundamentalmente?

X.S. A idea era a de facer un Congreso de «nós para nós». Tiñamos claro que non poderíamos ofertar unha novidade científica a nivel internacional, mais si reflexionar sobre como debe ser o exercicio do/a psicólogo/a clínico/a na actualidade, buscando aumentar a calidade e rigor da práctica profesional dos/as psicólogos/as clínicos/as.

R.C. A participación e implicación dos/as psicólogos/as galegos/as foi a esperada?

X.S. A participación estivo moi por cima das nosas mellores expectativas. Tendo en conta que o número de asistentes andou por volta os 500, cando neste momento estaban colexiados no COPG preto

=====

A PARTICIPACIÓN
ESTIVO MOI
POR CIMA DAS
NOSAS MELLORES
EXPECTATIVAS.
A IDEA ERA
A DE FACER UN
CONGRESO DE
«NÓS PARA NÓS»

=====

de 2.200 psicólogos, penso que logramos, cando menos, bastante interese entre as nosas e os nosos compañeiros.

En canto á implicación e traballo, teño que dicir que unhas 200 persoas das 500 que asistimos ao Congreso, estivemos implicadas ou ben na súa organización ou ben na elaboración de contidos. E moitas desas 200 persoas, estiveron durante dous ou tres anos xuntándose, facendo traballos de investigación e pondo do seu esforzo, dunha forma totalmente altruísta, o cal é reflexo da implicación do noso colectivo polo noso propio desenvolvemento. Tamén penso que isto nos fai optimistas co futuro, e recalca que nos unen moitas máis cousas das que nos poden separar, xa sexa en termos de orientación terapéutica ou campo de traballo.

R.C. Canto aos temas tratados, pensas que cubriron as expectativas das persoas asistentes?

X.S. Desde o comité científico tentouse abordar as principais áreas de traballo da Psicoloxía Clínica, entre presentacións e simposios. Ademais, contando coa grande cantidade de comunicacións que se tiveron que agrupar en cinco mesas, máis os pósters, creo que se cubriu tanto o ámbito de investigación como o ámbito práctico. Outra fonte que indica o interese suscitado foi o nivel dos debates, que nalgún momento chegou a ser moi intenso, mais que é comprensíbel entre profesionais implicados co desenvolvemento do seu campo.

Da análise das follas de avaliación tamén puidemos constatar que se cubriron as expectativas.

R.C. Das conclusións extraídas de todo tratado no Congreso, cales destacarías e por que?

X.S. A madurez do colectivo. A firmeza das estruturas organizativas da Psicoloxía Clínica, en especial da Sección de Psicoloxía Clínica do COPG, que foi quen de dar amparo a todo este proxecto.

O nivel de competencia profesional que teñen os/as psicólogos/as clínicos/as galegos/as. A seguranza no traballo que realizan, a análise das dificultades con que se encontran, e o feito de poder chegar a compartir cos compañeiros e compañeiras esas dificultades técnicas e organizativas, penso que son características do noso colectivo.

R.C. Na túa opinión e como Presidente da Sección, que necesidades apuntarías que ten a Psicoloxía Clínica Galega e, polo tanto, cales poderían ser os proxectos a desenvolver?

X.S. Afianzar a posición da Psicoloxía Clínica como parte insubstituíbel do Sistema Sanitario, tanto no ámbito público como privado. Esta-

ESTAMOS NUN
MOMENTO
NO QUE SE
SUMA A CRISE
ECONÓMICA
COA CRISE DO
CONCEPTO
BIO-PSICO-
SOCIAL DA SAÚDE

mos nun momento no que se suma a crise económica coa crise do concepto bio-psico-social da saúde, e se está a dar unha énfase desmesurada a un enfoque bioloxicista da saúde, tratando de trasladar e igualar o «psico» co ámbito do «social». Isto é claro cando vemos que para moitos trastornos mentais, en guías como a Guía NICE, se indican como tratamentos de elección os tratamentos psicolóxicos, e no día a día as institucións sanitarias parece que están a amparar respostas farmacolóxicas para os mesmos casos.

Apoiar os compañeiros e compañeiras que veñen traballar na psicoloxía clínica no ámbito privado, en canto non se teña garantido, «branco sobre negro», o dereito de traballar neste campo (resolución do recurso do decreto de centros sanitarios).

Traballar para que os responsábeis políticos deseñen unha sanidade pública onde se garanta aos cidadáns unha atención psicolóxica clínica, mellorando os ratios de psicólogos clínicos en relación á poboación total. E aumentando o número de prazas PIR que se ofertan en Galicia.

Durante estes anos nos que estivemos a traballar na organización do Congreso démonos conta de eivas importantes, como a nula valoración por parte das institucións públicas da Presentación sobre Psicoterapias. Teremos que dar un pulo á investigación en psicoloxía clínica en Galicia, favorecendo as canles entre Facultade de Psicoloxía e psicólogos clínicos.

Outra necesidade é manter unha formación de calidade. Por unha banda temos que mellorar a relación coa formación universitaria da psicoloxía no campo da Psicoloxía Clínica, implicármonos na formación do prácticum (tanto no grao como no máster) para que sexan realmente prácticas profesionais. Por outra banda debemos manter o apoio á formación PIR, e tamén ofrecer, desde o COPG, formación continuada de calidade e accesíbel a todos/as os/as colexiados/as.

R.C. Moitas grazas.



VIQUEIRA (1886-1924)

E O SEU PLAN PARA A PSICOLOXÍA

Helio Carpintero

Cal tería sido o destino da nosa tradición psicolóxica, se Xoán Vicente Viqueira non tivese sido marcado desde moi novo por unha doenza que limitou a súa vida e a levou ao seu termo antes de facer corenta anos? E se tivese, ademais, logrado a cátedra universitaria de Psicoloxía, na Universidade Central de Madrid, cando opositou a ela en 1924? Ou, aínda máis fácil, que tería acontecido se conseguise que o escoitaran cando propuxo un plan para organizar a psicoloxía en España, xa en 1916?

Isto non son cuestións imaxinarias, nin simples futuríbeis. A nosa historia da Psicoloxía, en varios puntos, sufriu recortes e eventualidades que frustraron posibilidades efectivas e condicionaron o seu correcto desenvolvemento. A Guerra Civil foi un, e moi importante. Mais tamén esta historia de infortunio que recaeu sobre o psicólogo galego deixou pegadas perceptíbeis no noso pasado.

Aínda que a súa figura é notoria, e o seu peso na cultura galega é moi considerábel, aos psicólogos interésanos recordar algún dos proxectos que o animaron cando, como novo psicólogo, comezou a situarse no noso mundo institucional, e tratou de promover a psicoloxía, en que lograra unha singular preparación.

A psicoloxía comezou sendo impulsada por persoas que procedían de campos científicos próximos –a medicina, a fisioloxía, a educación, a filosofía e incluso a enxeñaría–. Primeiro existiu

a psicoloxía e, logo, co tempo, chegou a haber psicólogos que se especializaron e se dedicaron a esa ciencia e ás súas posibilidades prácticas. En España, moi posibelmente, o primeiro que estivo a punto de ser un verdadeiro psicólogo foi, do meu punto de vista, Xoán Vicente Viqueira. A súa natureza, e refírome á súa natureza biolóxica, ao seu organismo, impediulle selo. Mais o seu proxecto estaba claro.

Viqueira naceu en Madrid no seo dunha familia galega, en 1886, e creceu e educouse na Coruña e en Madrid. Era compañeiro de xeración de figuras como Novoa Santos, Marañón, Ortega, Rodríguez Lafora, Sacristán ou o P.^e Barbado, persoas que se interesaron pola psicoloxía desde as súas propias especialidades –a medicina e a filosofía–. Tivo, ademais, unha relación familiar e cálida coas grandes figuras da Institución Libre de Enseñanza. Unha das súas tías casara con don Manuel Bartolomé Cossío, o grande discípulo e colaborador de Giner de los Ríos, e el mesmo casaría cunha filla de Rubén Landa, outro dos nomes do núcleo da Institución. Giner e Cossío visitaban con frecuencia as terras dos Viqueira, nas proximidades de Betanzos.

En 1911 licenciouse en Filosofía na Universidade de Madrid. Alí seguiu os cursos de psicoloxía de Luis Simarro na Facultade de Ciencias, e precisamente debémolle a Viqueira moito do noso coñecemento sobre seu mestre, porque soubo recoller con enorme detalle e precisión un dos seus cursos, ao que el asistira (Viqueira, 1930, 55). Pouco despois obtivo unha bolsa da «Junta para la Ampliación de Estudios» para ir estudar a Alemaña, onde aproveitou con acerto as posibilidades que se lle ofreceron. Viqueira é un dos contados españois que seguiu cursos con figuras de tan alto nome como Bergson, Cassirer, Husserl, Stumpf ou G.E. Müller. E ese coñecemento animouno a ocuparse da psicoloxía, que a entendía en estreita relación coa filosofía.

Un sinal inequívoco do seu fervor psicolóxico é o feito ter sido o primeiro investigador español que publicou un traballo experimental sobre memoria nunha das revistas básicas da psicoloxía alemá, *Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane*, en 1915. As datas mostran claramente como a Guerra Mundial tamén incidiu sobre a súa carreira investigadora. Aínda así aproveitara o seu tempo, e nos anos seguintes publica traballos sobre psicoloxía da música e sobre memoria, iniciando unha verdadeira traxectoria de investigador.

A necesidade de encontrar unha base sobre a que asentar a súa vida e a súa familia conduciuno cara ao ensino medio. Foi catedrático de Psicoloxía, Lóxica e Ética no Instituto Xeral e Técnico de Santiago de Compostela, en abril de 1917; mais conseguiu o

VIQUEIRA É UN
DOS CONTADOS
ESPAÑOIS QUE
SEGUIU CURSOS
CON FIGURAS DE
TAN ALTO NOME
COMO BERGSON,
CASSIRER,
HUSSLERL,
STUMPF OU
G.E. MÜLLER.

HABERÍA QUE
VOLVER LER CON
MÁIS COIDADADO
AS PÁXINAS QUE
VIQUEIRA ES-
CRIBIU SOBRE
O ENSINO DA
PSICOLOXÍA EN
ALEMAÑA, NAS
CALES DESEÑOU
O SEU PROXECTO
OU PLAN DE DES-
ENVOLVEMENTO
DESTA CIENCIA
ENTRE NÓS

traslado por permuta ao da Coruña, en decembro daquel mesmo ano, e alí acabou os seus días en 1924.

Non parece ter sido un profesor rutineiro. Por un lado, mantivo viva unha inquietude intelectual que se traduciu en ensaios e manuais de filosofía, en artigos de reivindicación da lingua e a cultura galega, mesmo co cultivo da poesía –recórdese o seu volume póstumo *Ensaos e poesías* (1974), obra dun verdadeiro intelectual–. Publicou en 1919 un breve volume, moi ben documentado, titulado *Introducción a la psicología pedagógica* (Viqueira, 1919), e deixou escrito, de aparición póstuma, o seu libro de historia da psicoloxía *La psicología contemporánea*, un estudo competente, documentado, e pioneiro entre nós, que aínda hoxe debe consultado para ter informacións de primeira man sobre moitos dos autores clásicos alemáns, franceses e, como antes indiquei, tamén españois. Tamén tratou, sen éxito, de ocupar unha cátedra universitaria, a pesar de que os seus méritos, no campo psicolóxico –e con criterios avaliadores hoxe xa habituais entre nós, mais que entón non o eran–, sen dúbida poñíanlo á cabeza dos demais aspirantes. E, en fin, consérvase entre os papeis relativos á súa persoa algún testemuño entrañábel, en que o pai dun dos seus alumnos agradece efusivamente que fose un verdadeiro ‘mestre’ para o seu fillo. Todo iso debuxa un perfil de personalidade ben notábel. Moitas cousas son xa ben coñecidas da súa vida e a súa obra. Comentárono e recordárono moitas plumas de nota: Ramón Carande, X.L. Méndez Ferrín, Florentino Blanco, M.^a Vicenta Mestre, Manuel Rivas, R. Regueira, Domingo García Sabell, X. Torres Regueiro... Eu mesmo elaborei tamén unha síntese da súa obra psicolóxica nun manual sobre a historia da psicoloxía en España (Carpintero, 2004). Porén, creo que habería que volver ler con máis coidadado as páxinas que Viqueira escribiu sobre o ensino da psicoloxía en Alemaña, ao regreso da súa estadía alí, e nas cales deseñou o seu proxecto ou plan de desenvolvemento desta ciencia entre nós. Foi un plan que non encontrou eco; quedou nas páxinas que o contiñan. Mais aínda hoxe incorpora valores e suxestións que poden ser útiles, e que é preciso aproveitar.

O PLAN DE VIQUEIRA

Como memoria da súa bolsa da JAE, redactou unhas páxinas co título «La enseñanza de la psicología en las universidades alemanas». O traballo publicouse nos *Anales de la Junta para la Ampliación de Estudios*, en 1916 (Viqueira, 1916). É un informe que pretende impulsar a consolidación da psicoloxía no noso país.

Busca non só resumir a súa experiencia senón «pór de relevo aquilo que nos poida ser útil» (Id., 8).

O seu autor é consciente da distancia que separa España de Alemaña, polo menos en materia de psicoloxía. Mentres que neste último país esa ciencia se encontra «extraordinariamente adiantada» (Id., 7), aquí recibe «escasa importancia» e, situada na Facultade de Filosofía, «faltan, non só os medios materiais, senón... xente para utilizalos» (Id., 8).

Recollamos primeiro o cadro xeral que traza do mundo alemán, e despois consideraremos, nestas páxinas, as propostas que facía para o noso mundo académico.

A psicoloxía alemá de que fala é a psicoloxía experimental. Esta é «a reinante hoxe en día», mentres que a psicoloxía introspectiva quedou reducida ao labor dos seminarios de filosofía. Aquela é unha disciplina universitaria e, nese país, a universidade ten como tema capital facer «ciencia» e «formar especialistas» (Id., 9). Trátase dunha disciplina, predominantemente teórica, feita en laboratorios nos que se investiga e se forman investigadores, aínda que non deixa de haber algúns contributos ao mundo práctico, pois os seus temas atraen a mozos estudantes de diferentes carreiras, especialmente de dereito e medicina (Id. 10), e tamén de maxisterio.

A situación académica que describe é interesante. Informa de que existen cinco institutos de psicoloxía (Leipzig, Berlín, Gotinga, Bonn e Munich) e apunta, ademais, que coñece directamente os tres primeiros. Viqueira, en efecto, estivo con Wundt en Leipzig, con Stumpf en Berlín e con G.E. Müller en Gotinga. Recordamos que hai laboratorios «na maior parte das outras Universidades na Facultade de Filosofía» (Id., 11), e que, en centros de fóra da universidade, tamén se estuda esa ciencia, como no instituto de Frankfurt (Köhler), ou de Hamburgo (con Meumann, onde se fai pedagogía experimental), e no Instituto de Psicoloxía Aplicada de Berlín, con Stern e Heismann. Ao instituto de Leipzig, dirixido por Wundt, e onde tamén traballa Hering, dedícalle algunhas liñas describindo a súa actual organización con «doce habitacións» (Id., 12). Despois ocúpase do laboratorio de Berlín, en especial das súas instalacións para investigación acústica e o arquivo fonográfico que detalla e compara con outros análogos de Francia, Inglaterra e os Estados Unidos (é preciso recordar que Viqueira estaba moi interesado na psicoloxía da música, seguramente baixo o influxo do seu mestre Stumpf, e que escribiu sobre ela). E no de Gotinga, dirixido por G.E. Müller, destaca as investigacións sobre a cor e sobre o espazo feitas por Katz e por Jaensch. Menciona con eloxio o de Munich, dirixido por Külpe, que considera que é «un dos máis luxosos laboratorios de Alemaña» (Id., 14).

VIQUEIRA,
EN EFECTO,
ESTIVO CON
WUNDT EN
LEIPZIG, CON
STUMPF EN
BERLÍN E CON
G.E. MÜLLER
EN GOTINGA.

En canto á súa organización, o psicólogo galego apunta que non hai abundancia de materiais nin tampouco moitos fondos e que, en grande medida, o traballo depende do esforzo do profesor director e da persoa axudante ou asistente (que é privatdozent), axudados usualmente por un mecánico e un mozo de laboratorio.

É de interese o que conta sobre o ensino que alí se leva a cabo. Apunta que hai:

1. Un curso de tipo xeral, con moitos asistentes, con leccións que van acompañadas de demostracións na aula con aparatos.
2. Un curso de introdución ao traballo de laboratorio. Serve de iniciación nos «métodos da psicoloxía experimental».
3. Un segundo curso de introdución, para ir preparando o tema de traballo que o alumnado terá que realizar, e que en ocasións se substitúe por un «coloquio psicolóxico», onde se vai facendo unha revisión de bibliografía sobre temas concretos –por exemplo, sobre percepción do espazo (Jaensch) ou psicoloxía dos pintores (Katz)–.
4. A iso súmanse algúns «cursos especiais», por exemplo sobre psicoloxía infantil, ou psicofísica, ou psicoloxía aplicada... Hai poucos de historia da psicoloxía, e algúns máis de historia da filosofía.
5. Con todo iso, o estudante pode, finalmente, ser admitido para facer un traballo persoal de investigación, ao tempo que fai de suxeito experimental noutros estudos.

O máis interesante, con todo, é o relativo á formación que alí se dá ao psicólogo. O autor comeza por advertir que o feito de adquirir unha ciencia esixe, sobre todo, apropiarse dos métodos de investigación. «Todo resultado da ciencia –engade– carece de valor e resulta incomprensíbel sen o coñecemento do método» (Id., 7). Este é un punto chave que marca a diverxencia entre a Universidade alemá e a española. Aquí fáltanos a preparación metódica. Alí non se busca repetir nin exercitarse en habilidades operativas, senón que se trata «de producir» (Id., 20), e de investigar o que se pide, incluso sendo forzado en ocasións a realizar traballos detallistas en extremo.

Explica como o absolutismo é o réxime que alí domina, e o investigador está sometido a unha «absoluta subordinación» e «está sempre disposto a ser útil» (Id., 22), como está sometido a un réxime de secreto e non pode falar do seu traballo se non é co seu director. En compensación, o profesor dedica moito tempo aos seus problemas, trátalo con intimidade, e segue diariamente as súas pesquisas.

=====

O AUTOR
COMEZA POR
ADVERTIR QUE
O FEITO DE
ADQUIRIR UNHA
CIENCIA ESIXE,
SOBRE TODO,
APROPIARSE DOS
MÉTODOS DE
INVESTIGACIÓN.
«TODO RESULTA-
DO DA CIENCIA
CARECE DE
VALOR E RESULTA
INCOMPREN-
SÍBEL SEN O
COÑECEMENTO
DO MÉTODO»

=====

Mais, repite Viqueira, dándolle a maior solemnidade, «o que é típico e radical para a produción científica alemá é a importancia suprema dada ao método, ao dominio absoluto deste» (Id., 21). En relación con este punto, introduce unhas cantas reflexións á volta da situación do estudante español en canto á súa formación para a ciencia, que non debemos pasar por alto.

Di, entre outras cousas, que o estudante alemán ten un ensino medio sólido e profundo, que o pon por cima «de calquera licenciado español» (Id., 23). Recorda, tamén, que por esa falta de preparación, os nosos bolseiros teñen dificultade para ser admitidos na vida científica do país ao que se trasladan para ampliar a súa formación e, no caso da psicoloxía, «encontran unha grande dificultade para ser admitidos en laboratorios etc.» (Id., 7). Efectivamente, no mundo alemán, os estudantes que se inclinan pola psicoloxía teñen que ter unha base de coñecementos científicos –de matemáticas, física, química, fisioloxía–, seguen cursos de tratamento matemático das ciencias naturais, e tamén fundamentos anatómicos e fisiolóxicos da psicoloxía. Todo iso admite que parecerá «estranho» no noso país. El mesmo recorda o asombro que lle produciu o consello dun neurólogo alemán, M. Lewandowsky, quen o advertiu de que «sen as matemáticas non podía dar un paso na Psicoloxía» (Id., 24). E reitera que na actualidade esta disciplina é unha ciencia que é vista como ciencia natural e que «traballa cos métodos da ciencia natural» (Id., 25). A este propósito recolle a tese de Husserl, mantida no seu famoso traballo *A filosofía como ciencia estrita*, que a psicoloxía é unha ciencia de feitos, mentres que a fenomenoloxía sería «unha psicoloxía a priori». Non en van, como xa se dixo, foi Viqueira alumno de Husserl durante un tempo, e semellante doutrina vén aquí moi oportunamente citada, en sustento da opinión que a Memoria defende.

A discusión sobre a posición da ciencia psicolóxica en Alemaña serve de feito para pór de manifesto, por contraste, a particular forma que tiña de cultivarse esa ciencia entre nós, e as súas limitacións.

A NECESIDADE DE CAMBIO

Durante os días en que se escribiu esta Memoria, a psicoloxía mantiña unha dupla posición no noso mundo académico. Había unha materia, usualmente coñecida como *Psicoloxía Superior*, nas facultades de filosofía –fundamentalmente Madrid e Barcelona–, e unha cátedra dedicada á psicoloxía experimental, na Facultade de Ciencias da universidade madrileña. Desde 1900, ambas

=====

A NOVA CIENCIA
PSICOLÓXICA
ÍA INQUIETAR AS
PERSOAS DESTA
MENTALIDADE
CONSERVADORA,
QUE DEDICARÍAN
OS SEUS ESFOR-
ZOS A MANTER A
PUREZA DAS SÚAS
CONVICCIÓNS Á
VOLTA UN SABER
TRADICIONAL
ACERCA DA ALMA

=====

liñas de pensamento mantivéronse en equilibrio institucional na universidade. Ocupaba a cátedra experimental unha figura de mentalidade cientificista ben notoria, o doutor Luis Simarro, influenciado polo monismo e o evolucionismo, mentres que na filosofía se deu cabida a un pensamento moito máis ligado a unha metafísica espiritualista, de forma que unha serie de profesores destas materias fóronse ocupando de aquela disciplina. Ese acordo, como fixo notar J. Quintana (Quintana, 2004), introduciu unha situación de pacto entre as forzas máis radicais e as máis conservadoras, que cortaba coas loitas entre os defensores de cada un deses bandos e, á vez, permitía e consolidaba a abertura cara as ideas experimentalistas e naturalistas.

Mentres Simarro explicaba unha psicoloxía de corte evolucionista e funcionalista, un filósofo escolástico, Antonio Hernández Fajarnés, explicaba unha disciplina que aínda formaba parte das ensinanzas de metafísica, e cuxa orientación era esencialmente espiritualista. A súa declaración de principios, nun dos seus libros de texto, non deixaba lugar a dúbidas:

“Superior pola súa natureza e esencia, a substancia real do principio da vida enteira do home á orde puramente sensíbel, sería o descoñecemento máis absoluto ou a violación máis sistemática de aquelas naturezas e esencias encerraren exclusivamente o seu estudo nos límites da experimentación física, do determinismo fisiolóxico, ou das xeneralidades dunha zooloxía e bioloxía máis ou menos comparada» (Fajarnés, 1889, 6).

A nova ciencia psicolóxica ía, por forza, inquietar as persoas desta mentalidade conservadora, que dedicarían os seus mellores esforzos a manter a pureza das súas convicciós á volta dun saber tradicional acerca da alma.

Esa tensión xa se manifestou desde os días da Revolución de 1868 e a constitución da Primeira República. Esta foi a época de incorporación social das novas ideas de ciencia, naturalismo, republicanismo e democracia. Entón é cando se fai da psicoloxía unha cuestión debatida, porque se ve nela unha vía de penetración das novas ideas científicas sobre o ser humano e a sociedade, sentidas como unha ameaza á concepción conservadora tradicional (Núñez, 1975).

Estas pinceladas son suficientes para entender o empeño de Viqueira ao redactar estas páxinas. El mesmo sufrira en propia carne o atraso e grande distanciamento entre o nivel do noso país con e o de Alemaña, país que daquela ocupaba o primeiro lugar no campo das ciencias e a técnica. Os bolseiros españois da JAE, enviados por esta para estudar psicoloxía a aquel país, encontrábase tan desprovisto de preparación que se vía enfrendado a «unha grande dificul-

tade» para entrar nos laboratorios e centros de traballo xermanos. E é que na nosa Facultade de Filosofía non se lle daba importancia ao ensino desta materia, nin había xente preparada (1916, 8) e por iso o noso horizonte estaba limitado: «Non pode dar máis do que dá...: traballos literarios, mellores ou peores, mais, á fin, literarios». E engade: «para abordar os problemas da Psicoloxía non hai preparación» (Id. 26).

UN EUROPEÍSTA

Repetiuse en moitas ocasións que a xeración de 1886, á que Viqueira, como xa dixemos, pertence, houbo de facer do europeísmo o eixo das súas aspiracións. Ortega, coetáneo seu, dixo nalgúns dos seus artigos de xuventude, de maneira lapidaria e referíndose criticamente ao noso país, que «España era o problema e Europa a solución»; e engadía que, para el, Europa era igual a «ciencia» (Marías, 1983). O atraso intelectual e científico, a pesar dos esforzos hercúleos dalgunhas personalidades das xeracións anteriores, en especial a de «sabios» nados cara a 1850 –Cajal, Simarro etc.–, era non un simple saber intelectual, senón que traducía unha experiencia vital, cotiá, de frustración e falta de competencia e de formación, que se tornaba insoportábel ao entrar en contacto co mundo cultural do exterior.

Viqueira expresa, aquí, en forma persoal, o atraso intelectual da nosa sociedade no campo das ciencias e, máis precisamente, no da psicoloxía, e, á vez, procura dar os primeiros pasos para a súa superación e restablecemento da normalidade, que é xustamente o argumento desta Memoria. En efecto, o que aquí se conta é como el mesmo chegara a traspasar aquela barreira que nos segregaba do núcleo europeo creativo e investigador.

García Sabell referiuse a el como «un europeo estremado» (Viqueira, 1974). Consciente do problema que afectaba ao campo da psicoloxía, xunto coa súa presentación non dubidou o investigador galego en propor unha vía de solución.

A PROPOSTA DE VIQUEIRA. O INSTITUTO

É suficiente cunhas poucas liñas para condensar a súa proposta de solución. É unha típica fórmula do europeísmo da súa xeración. Perante o atraso científico que padecíamos en psicoloxía, o que se propón ás autoridades académicas da JAE é que se faga un esforzo e se establezan as condicións necesarias para que comece a existir

=====

VIQUEIRA
EXPRESA O
ATRASO
INTELLECTUAL DA
NOSA SOCIEDADE
NO CAMPO DAS
CIENCIAS E, MÁIS
PRECISAMENTE,
NO DA PSICO-
LOXÍA, E, Á VEZ,
PROCURA DAR OS
PRIMEIROS PASOS
PARA A SÚA
SUPERACIÓN

=====

unha ciencia propia, o que quere dicir que comece a 'facerse' esa ciencia de xeito creador. Isto materializábase na idea de creación dun Instituto, «dun pequeno e modesto Instituto de Psicoloxía» (1916, 8).

O noso autor non gardaba esperanzas a ese respecto. Sabía sen dúbida que calquera proposta que representara gastos, compromisos, organización dun mecanismo administrativo, decisións e ordenamentos nas páxinas da Gaceta ou do Boletín Oficial, tería moitos detractores. Esforzábase en presentar a idea minimizando as esixencias e tratando de diluír os requisitos que implicaba. O obxectivo era crear un instituto co que botar a andar. E engade:

«Esixiría unha modestísima base económica, dado que xa existe algún material de laboratorio. Este Instituto tería como misión, non só preparar o estudantado que ha de saír como bolseiro, senón tamén permitir que continúen a traballar os que regresan unha vez finalizada a súa estadía, e ofrecer aos que en España se interesen pola Psicoloxía, todos os medios que nos sexa posíbel para o seu estudo. Só así se chegará no noso país a saber o que son estes problemas...» (Ibid.). E acaba con esta advertencia: «só así, con este centro onde poder continuar a traballar unha vez regresados ao país, conseguiríamos que as bolsas para este fin non foran estériles» (Ibid.).

A política de europeización e de abertura á ciencia da época, que levou a cabo a «Junta para Ampliación de Estudios e Investigaciones», representou un singular e admirábel esforzo por facer posíbel a creación dunha ciencia natural experimental no noso país, con laboratorios onde algúns talentos encontraron medios para ir construíndo unha obra consistente. Os laboratorios da Residencia de Estudiantes de Madrid, creados entre 1916 e 1919, representaron un paso adiante. Neles puideron investigar figuras relevantes da fisioloxía, a química e a histoloxía como Pío del Río Hortega, Juan Negrín, Gonzalo R. Lafora, J. M. Sacristán e A. Madinaveitia, entre outros. Mais é preciso lembrar, pola contra, a difícil posta en marcha do Instituto Cajal, iniciado en 1921, e inacabado aínda dez anos máis tarde, a pesar de ser Cajal a enorme figura mundial que era, e recibir de todos palabras eloxiosas que despois non eran acompañadas de recursos e construcións. Lafora escribiu en 1931 un artigo ben significativo que titulou «El Instituto Cajal no se acaba nunca», e no seu propio discurso de ingreso na Academia de Medicina, formulou unha amarga queixa: «España está a investir sumas enormes na creación de predios para un magnífico centro universitario, mais non gasta case nada en preparar e soste os homes de ciencia que han de vivificar aquel espléndido conglomerado de predios e laboratorios... Non son os

predios, senón os homes e a maneira de seleccionalos o que eleva o ton científico dunha Universidade» (Lafora, 1933, 9). E, en fin, Simarro, o mestre de Viqueira, pasou máis de dez anos loitando para ter un laboratorio na súa cátedra de psicoloxía, e morreu sen o ver produtivo e florecente.

Viqueira non tivo máis sorte que estes outros científicos xa consagrados. En realidade, a súa idea do Instituto non pasou do papel desta Memoria a ningún outro lugar. E, non obstante, non pedía moito: nin suntuosos predios, nin cátedras, nin revistas, nin sequera un equipamento novo de laboratorio. O que quería era que os investigadores que lograban formarse en centros estranxeiros puideran, ao voltar, encontrar algunha vía na que verter as súas novas capacidades, os seus novos saberes, as súas ilusións e conceptos innovadores.

Non tivo eco a súa petición de Instituto. E xa dixemos que tampouco tivo despois sorte nas súas oposicións a cátedra de universidade. A saúde non o acompañaba. Retirouse á súa amada Galicia, e a dar pábulo aos soños dun país máis xusto e máis humano.

É verdade que uns anos máis tarde, en 1919, Emilio Mira logrou en Barcelona pór en marcha un centro de psicoloxía aplicada, o «Institut d'Orientació Professional», que alcanzaría axiña fama internacional. E en Madrid, un grupo de médicos e enxeñeiros organizaron o «Instituto de Reeducación de Inválidos del Trabajo», en 1922, centro que requiriría da colaboración de algúns psicólogos para levar a cabo a súa misión. Pouco a pouco foise dando unha base institucional á nova psicoloxía, aínda que a idea dun Instituto destinado á investigación experimental, nesa forma pura e nítida con que Viqueira a pensou, non chegou a callar. Só cando a psicoloxía chegou plenamente á universidade, se fixo por fin posíbel un verdadeiro espazo para a creación e a investigación.

Viqueira, psicólogo, home da xeración europeísta de 1886, deu expresión terminante e precoz ás necesidades do noso país cando a psicoloxía ía rapidamente progresando no mundo ocidental. O tempo, ao cabo, acabou por darlle a razón, aínda que, como noutros casos, o profeta non puido entrar persoalmente na terra soñada. Mais viviuna con claridade, e a súa visión non debe permanecer esquecida.

VIQUEIRA
QUERÍA QUE OS
INVESTIGADORES
QUE LOGRABAN
FORMARSE EN
CENTROS
ESTRANXEIROS
PUIDERAN,
AO VOLTAR,
ENCONTRAR
ALGUNHA VÍA
NA QUE VERTER
AS SÚAS NOVAS
CAPACIDADES

REFERENCIAS

- CARPINTERO, H. (2004): *Historia de la psicología en España*. Madrid: Pirámide.
- HERNÁNDEZ FAJARNÉS, A. (1889): *Principios de Metafísica. Psicología*. Zaragoza: Lib. E. Gasca.
- MARÍAS, J. (1983): *Ortega. Circunstancia y vocación*. Madrid: Alianza.
- NÚÑEZ, D. (1975): *La mentalidad positiva en España: Desarrollo y crisis*. Madrid: Tucur Eds.
- QUINTANA, J. (2004): «La institucionalización de la psicología en la Universidad española», *Revista de Historia de la Psicología*, 25(2-3), 17-423.
- REGUEIRA, R. (1992): *X.V. Viqueira: Teoría e praxe*. Iria Flavia: Novo Século.
- RODRÍGUEZ LAFORA, G. (1933): *La fisiología y patología del sueño*. Discurso de ingreso en la Academia Nacional de Medicina, Madrid.
- VIQUEIRA, X.V. (1916): «La enseñanza de la psicología en las universidades alemanas», *Anales de la Junta para Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas*, XVI, 1, 6-28.
- VIQUEIRA, X.V. (1919): *Introducción a la psicología pedagógica*. Madrid: Beltrán.
- VIQUEIRA, X.V. (1930): *La psicología contemporánea*. Barcelona: Labor.
- VIQUEIRA, X.V. (1974): *Ensaio e poesías*, 2 ed. Prol. de D. García Sabell, Vigo: Galaxia (1.^a ed. 1930).



MIQUEL SIGUAN I SOLER

IN MEMORIAM



Foto de Josep Maria Subirá¹

José Manuel Pazos Riveiro

Sección de Psicología Educativa do COPG

A morte colleuno traballando. Faleceu nun hospital de Barcelona o 8 de maio de 2010, aos 92 anos. Dous días antes, no seu gabinete, diante do ordenador, escribía o seu último texto. Un derrame cerebral secou, finalmente, a árbore da súa vida. Un xigante, non só polo seu porte físico senón pola súa grandeza intelectual, científica e comprometida cos seus semellantes.

PAIXÓN POLO ENSINO

A tarefa docente é unha obra colectiva, un servizo á sociedade da que formamos parte e tamén unha continuidade que vai ao longo do tempo. Sempre tiven a impresión de que, ensinando, continuaba o labor dos homes que foron os meus mestres e de que, ensinando, pagaba a débeda dos que me precederan, abrindo o viero aos que virían despois. (Siguan 1987).

[1] Último retrato en vida de Siguan

Foi ensinante desde o momento da súa concepción, seu pai era mestre e el non abandonou nunca esa profesión. Remata o Bacharelato e aos dezaioito, co estouro estarrecedor da nosa guerra incivil, anda polas trincheiras da fronte de Teruel atarefado en aprender aos seus compañeiros dos batallóns anarquistas a ler, escribir e as «catro régoas». Atopámolo, despois, catedrático de Filosofía, ensinando nun instituto de Santander. Continúa ese labor xunguándoo coa súa

PAIXÓN POLA PSICOLOXÍA

Entre os desastres da guerra hai que apuntar a morte ou o exilio dos máis significativos profesionais da Psicoloxía. Fica algún grillón perdido, un deles é José Germain, o doutor Germain, fundador do Instituto Psicotécnico de Madrid, a quen o «novo réxime» lle encomenda a dirección do Departamento de Psicoloxía do Consello Superior de Investigacións Científicas, CSIC. **Alí coinciden, ano 1951, Miquel Siguan, José Luis Pinillos e Mariano Yela, os tres persoeiros que pasan por ser os pais da Psicoloxía en España e abofé que é así, porque son eles os que se xuramentan e concitan para facer a esta disciplina científica alcanzar categoría universitaria.**

Mariano Yela vén de traballar con Albert Michotte, na Universidade de Lovaina, sobre aspectos da percepción humana, despois de facelo en Chicago con L. L. Thurstone (o enxeñeiro e psicólogo que desenvolveu técnicas de análise factorial e as aplicou aos tests psicométricos). **José Luis Pinillos** seguiu, en Alemaña, os traballos experimentais dos psicólogos da Gestalt e chega do Maudsley Hospital de Londres onde colabora e aprende de Hans Eysenck. **Miquel Siguan** acaba de rematar os seus estudos de Psicoloxía Industrial na London School of Economics; alí, desde 1947, esforzase en procurarlle a esta especialidade un enfoque máis sensíbel á Psicoloxía Social do Traballo que supere os cegos e estreitos camiños da Psicotécnica e as mecánicas relacións do home coa máquina.

Todos tres están, polo tanto, nas mellores condicións para acometer a empresa da (re)-fundación da Psicoloxía Española; teñen a experiencia doutras latitudes en que a Psicoloxía é unha profesión independente, asentada sobre firmes coñecementos teóricos, datos empíricos contrastados e esixente formación universitaria. Pola conquista dese grial batallarán con esforzo estes tres cabaleiros ao longo de tres décadas. No ano 1983 ven cumpridos os seus soños. Polo que respecta ao noso Miquel Siguan, na Universidade

FOI ENSINANTE
DESDE O
MOMENTO DA SÚA
CONCEPCIÓN,
SEU PAI ERA
MESTRE E EL NON
ABANDONOU
NUNCA ESA
PROFESIÓN

=====

INVESTIGA
SOBRE O TEMA
DA ADQUISICIÓN
DE DÚAS LINGUAS
EN SITUACIÓN DE
BILINGÜISMO
FAMILIAR E
DIFERENCIA OS
MECANISMOS
PSICOLIN-
GÜÍSTICOS DE
ADQUISICIÓN
DE DÚAS LINGUAS
FRONTE AOS
DE ADQUISICIÓN
DUNHA SOA
LINGUA

=====

de Barcelona, a Sección de Psicoloxía da Facultade de Filosofía e Letras pasa a se converter en Facultade de Psicoloxía. Podería botarse a descansar, mais para este incansábel tecedor de soños nunca estará concluída a túnica das súas inquietudes.

PAIXÓN POLA LINGUA

Cales son as razóns que moven a Siguan a potenciar e desenvolver as áreas da Psicoloxía Evolutiva e da Educación na nova Facultade de Psicoloxía da Universidade de Barcelona (UB)? A súa ascendencia xenética de mestre, fillo de mestre? A súa recoñecida capacidade diplomática e pragmatismo institucional, de que sempre fixo gala para non entrar en confrontacións clínicas coa todopoderosa clase médica catalá? A necesidade perentoria de atender aos conflitos da república independente da súa casa, onde se entende en francés coa súa dona alemá, arbitrando medidas que permitan o equilibrio da comunidade bilingüe catalá-castelá na que educa os seus fillos que naceron en Madrid? É todo ese «contexto» o que o fai investigar sobre do tema da adquisición de dúas linguas en situación de bilingüismo familiar e diferenciar os mecanismos psicolingüísticos de adquisición de dúas linguas fronte aos de adquisición dunha soa lingua. (Siguan 1980, 1984; Siguan e Vila 1991).

Esa onda que axitou o ámbito familiar, a señora, despois, áreas educativas e escolares e Siguan atópase dirixindo unha mancha de estudos sobre os procesos de instrución na adquisición de competencias comunicativas e lingüísticas en alumnos escolarizados en programas de educación bilingüe. Por fin, investiga no campo do uso e comprensión das linguas en situación de contacto lingüístico. (Siguan 1999).

SIGUAN E GALICIA

Reproduzo, co permiso do noso colega Miguel Pérez Pereira un parágrafo da súa «Lembranza de Miquel Siguan» que aparece na revista *Grial*:

Miquel Siguan deixou unha importante pegada no noso país, que visitou en múltiples ocasións. Deu varios cursos nas Facultades de Psicoloxía e de Filoloxía da USC sobre temas relacionados co uso das linguas no Estado español ou aspectos psicolóxicos e sociais da linguaxe a fins dos 90 e principios do século XXI. Moitos alumnos tiveron a ocasión de escoitar as súas excelentes clases. Foi conferenciante invitado en va-

rios congresos, como no VII Congreso Español de Psicología, Santiago 1982, no I Encontro Internacional sobre da Adquisición das Linguas do Estado, Santiago 1995, na VII Conferencia Internacional de Linguas Minoritarias, Santiago 2001 e no II Simposio Internacional sobre Bilingüismo, Vigo 2002.

En varias ocasións actuou como consultor da Xunta de Galicia en relación a temas do ensino das linguas.

Mágoa que os «imbéciles e escuros» que hoxe teñen na man o leme do País «nono entendan, non». Só «os férridos e duros» aos que se refire Pondal poden arremeter contra a LINGUA DO POVO, sen se decataren de que ese produto que o pobo –cada pobo– constrúe, amorosa e paseniñamente ao longo da súa longa historia, é a propia alma. Pobres «ignorantes»!, péchanlle a boca á LINGUA e cegan as fontes da comprensión da realidade!

AO MESTRE

Pecho os ollos e vexo o home, figura lizgaira, cabeleira branca abondosa e desordenada, faciana en paz, sempre afábel e nun sorriso enunciado. Pecho os ollos e sento cabo de min ao mestre que guía coa sapiencia da súa tolerancia a impaciencia da nosa ignorancia.

Entendo o título da súa tese de doutoramento como un enunciado doado da súa vida e obra: «El tema del amor en los místicos del siglo XII» ... Ese amor fondal e místico á Psicología non sería máis que amor ao ser humano, que con ela tentou desvelar.

Estamos obrigados a administrar o seu legado, ao servizo da sociedade como el deixou dito e fixo.

BIBLIOGRAFÍA

- MARTÍ, E. (2010): *En recuerdo de Miguel Siguán. Infancia y Aprendizaje*, 33/3, 293-299.
- PÉREZ PEREIRA, M. (2010): «Lembranza de Miquel Siguán». *Grial*, 186, 14-17
- SIGUAN, M. (1980): «Bilinguisme et identité personnelle», en P. Trapp (ed.), *Identités collectives el changements sociaux*. Toulouse: Privat.
- SIGUAN, M. (1984): *Adquisición precoz de una segunda lengua*. Barcelona: Ed. da Universidade de Barcelona.
- SIGUAN, M. & Vila, I. (1991): «Bilingüismo», en J. Mayor & J. L. Pinillos (eds.) *Tratado de Psicología General VI. Comunicación y Lenguaje* (pp.739-765). Madrid: Alhambra.
- SIGUAN, M. (1992): *La España plurilingüe*. Madrid: Alianza Universidad.
- SIGUAN, M. (1996): *La Europa de las lenguas*. Madrid: Alianza Editorial.
- SIGUAN, M. (1999): *Conocimiento y uso de las lenguas*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- SIGUAN, M. (2001): *Bilingüismo y lenguas en contacto*. Madrid: Alianza Editorial.

1. Cadernos de Psicoloxía publica artigos en galego de carácter empírico ou de natureza teórica que supoñan unha contribución ao progreso de calquera ámbito da Psicoloxía.
2. Os traballos deberán ser inéditos, é dicir, nin publicados nin en proceso de publicación. Dáse por suposto que todas as persoas que figuran como autores/as deron a súa conformidade e ceden os dereitos sobre o mesmo en caso de ser aceptado para a súa publicación.
3. Os traballos, elaborados en formato Word, terán unha extensión máxima de 30 folios a unha cara (25 liñas por páxina) incluíndo título, resumo, referencias, figuras, táboas, apéndices e ilustracións). Na primeira páxina incluírase o título do artigo en galego e inglés, os nomes dos/as autores/as, a institución á que pertencen, o enderezo do/a autor/a co que se manterá correspondencia e os posíbeis agradecementos. A segunda páxina incluírá de novo o título, un resumo (máximo 200 palabras) e as palabras-chave (4-5) en galego e inglés. O resumo reflectirá o obxectivo do estudo, o método e os principios resultados ou conclusións. As figuras e táboas incluíranse ao final do manuscrito, unha en cada páxina. Deberanse compor polas/os autoras/es no modo definitivo (tal como desexen que aparezan) e estar numeradas correlativamente, indicándose a súa ubicación no texto.
4. A redacción dos manuscritos deberá seguir as normas de publicación da APA (Publication Manual of the American Psychological Association, 2005, 6ª edición). As máis importantes resúmenase a continuación.

As citas bibliográficas no texto faranse co apelido do/a autor/a e o ano de publicación (ambos entre paréntese e separados por unha coma). Se o/a autor/a forma parte da narración, ponse entre parénteses só o ano. Se se trata de dous/dúas autores/as, sempre se citan ambos/as. Cando o traballo ten máis de dous e menos de seis autoras/es, cítanse todas/os a primeira vez e nas seguintes citas ponse só o apelido do/a primeiro/a seguido de «et al.» e máis o ano. Para máis de seis autoras/es, cítase o/a primeiro/a seguido de «et al.» e en caso de confusión engádense as/os autoras/es subsequentes até resultaren ben identificadas/os. En calquera caso, a referencia na listaxe bibliográfica deberá ser completa. Cando se citan diferentes/as autores/as dentro da mesma paréntese, ordénanse alfabeticamente. Para citar traballos do/a mesmo/a autor/a ou autores/as coa mesma

data, engádense ao ano as letras a, b, c, até onde for necesario, repetindo o ano.

As referencias bibliográficas irán alfabeticamente ordenadas ao final e atendendo á seguinte normativa:

§ **Para libros:** Autor/a (apelido, coma, iniciais de nome e punto; se hai varias/os autoras/es, sepáranse con coma colocando antes do último un «e»); ano (entre parénteses) e punto; título completo en cursiva e punto; cidade de edición, dous puntos e editora. No caso de tratarse dun libro traducido con posterioridade á publicación orixinal, engádesse no fin «orix.» e o ano. Exemplo:

Eysenck, H. J. (1957) *Usos y abusos de la psicología*. Madrid: Biblioteca Nueva (Orix. 1953).

§ **Para capítulos de libros:** Autor(es); ano; título do traballo que se cita e, a continuación, introducido con «En», o/a ou os/as directores/as, editores/as ou compiladores/as (iniciais do nome e apelido) seguido entre parénteses de Dir., Ed. ou Comp., engadindo un «s» no caso do plural; o título do libro en cursiva e, entre parénteses, a paxinación do capítulo citado; a cidade e a editora. Exemplo:

Cantón, J. e Cortés, M. (2006). Sintomatología, evaluación y tratamiento del abuso sexual infantil. En V. E. Caballo e M. A. Simón (Dirs.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente* (pp. 293-312). Madrid: Pirámide.

§ **Para revistas:** Autor(es); ano; título do artigo; nome completo da revista en cursiva; vol. en cursiva; e páxina inicial e final. Exemplo:

Botella, C., Guillén, V. e Martínez, P. (1997). Avaliação e tratamento psicológico da hipocondría. *Cadernos de Psicoloxía*, 28, 40-58.

§ **Para outra casuística** acúdase ao manual citado da APA (2005).

5. Os traballos serán enviados preferentemente en versión electrónica ao e-mail do COPG (copgalicia@cop.es) ou ao seu enderezo de correo postal (Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia, Rúa Espiñeira 10, baixo, 15706 Santiago de Compostela) á atención do Director de Cadernos de Psicoloxía. A súa recepción acusarase de inmediato e no prazo máis breve posíbel informarase acerca da súa aceptación. A responsabilidade da decisión de publicar ou non un orixinal, así como a de determinar a data en que isto se levará a cabo correspóndelle colexiadamente ao Consello de Redacción e, en última instancia, ao Director.

