

90

maig-agost 2007

informació psicològica

deontologia pràctica

**¿una evaluación psicológica sin mediar
aviso?**

temes d'estudi

**dilemas éticos
hospitalización pediátrica**

debat

dopaje

Equip Directiu

Direcció:

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

Subdirecció:

Enrique Cantón Chirivella. Univ. València

Consuelo Claramunt Busó, Gabinet Municipal. Torrent

Àngel Martínez Moreno, PAINA Consultoria Vlc

Equip Editorial:

Responsables de secció:

Gilberto Minaya Lozano, FREMAP. Vlc

Miguel José Perelló del Río, Centre d'Aplicacions Psicològiques. Vlc

Pablo López Fuentes, Consulta privada. Vlc

Maria Cortell Alcocer, Consulta privada. Vlc

Carmel Ortola Pastor, Gabinet Psicoteràpia Gestalt. Vlc

Xavier Maria Pérez Albert, Gabinet Urrutia. Vlc

Comité Editorial:

M. Constanza Aguilar Bustamante, Univ. de Santo Tomás, Colòmbia

Francisco Alcantud Marín, Univ. València

Esther Barberá Heredia, Univ. de València

M. Carmen Barrachina Segura, consulta privada. Vlc.

Francisco Bas Ramallo, Centre de Psicologia Bertrand Russell, Madrid

Luis Benites Morales, Univ. de San Martín de Porras, Perú

Javier Bou Piquer, Associació Sistemàtica de València

Amparo Cabrera Vallet, Consulta privada. Vlc.

Maria José Cantero López, Univ. València

José Cantón Duarte, Univ. Granada

Maite Cortés Tomás, Univ. de València

Maria Victoria del Barrio Gandara, UNED

Edelmira Doménech Llaberia, Univ. Autònoma Barcelona

Begoña Espejo Tort, Univ. València

M. Dolores Ferrando Moncholi, consulta privada. Vlc.

Enrique Garcés de los Fayos Ruiz, Univ. Murcia

Pedro Rafael Gil Monte, Univ. València

Francisco Gotzens Busquets, Ajuntament de València

Francisco Hidalgo Mena, Generalitat Valenciana

Elvira Asunción Jaime Coll. MAR. Psicologia Clínica i Jurídica, Vlc.

Anette Kreuz - Smolinski, Centre de Teràpia Familiar Fàsica. Vlc.

Wilson López López, Pontificia Univ. Javeriana Bogotà i ABA Colòmbia

José Tomás Llopis Giménez, Univ. de València

Fernando Lluich Gutiérrez, Ajuntament de Cullera

Maribel Martínez Benlloch, Univ. València

Carmen Mateu Marques, Univ. València

Manuel Medina Tornero, Univ. de Murcia

Francisco Xavier Méndez Carrillo, Univ. Murcia

Maria Vicenta Mestre Escrivá, Univ. València

Luis Valentín Montoro González, Univ. València

Gonzalo Musitu Ochoa, Univ. València

Maria del Mar Navarro Diaz, Gabinet Municipal Torrent

José Olivares Rodríguez, Univ. de Murcia

Godoleva Rosa Ortiz Viveros, Institut d'Investigacions Psicològiques,

Univ. Veracruzana, Mèxic

José María Peiró Silla, Univ. València

Gema Pons Salvador, Univ. de València

Adriana Rey Anastasi, Institut de Medicina Legal, Vlc.

Juan Sevilla Gascó, Centre de Teràpia de Conducta Vlc.

M. Ángeles Tomás Bolos, Gabinet de Psicologia Clínica i Educativa. Vlc.

Maria Victoria Trianas Torres, Univ. Salamanca

Rosario Valdés Caraveo, Universidad ELPA, Chihuahua, Mèxic

Miguel Ángel Verdugo Alonso, Univ. Salamanca

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

Està inclosa en les següents bases de
dades:

CINDOC, PSYCODOC, LATINDEX I
DIALNET.

sumari

editorial 3

deontologia pràctica 4

- ¿Una evaluación psicológica sin mediar aviso?
Cuestiones sobre el derecho a la información
profesional previa

Vicent Bermejo Frígola 4-11

temes d'estudi 12

- Dilemas éticos relacionados con la confidencialidad

Carmen del Río Sánchez 12-27

- Psicología y prevención de comportamientos de riesgo.
El caso de la tenencia y uso de armas de fuego

Francisco Tortosa Gil i Cristina Civera Mollá 28-35

- La función paterna, más allá de los padres aparentes

Manuel Sides Galán 36-47

- Hospitalización pediátrica: aplicación de los programas
de preparación psicológica

Juan Manuel Ortigosa Quiles, Francisco Xavier Méndez Carrillo
i Antonio Riquelme Marín 48-59

entrevistes 60

- En Sergio Claramunt Busó

per Beatriz Hernansaiz Cañete 60 -64

- Na Marsha Linehan

per Ángeles Berlanga i Elena Aznar 65-68

debat 69

- El dopatge

Enrique Cantón Chirivella, Joaquín Lago Mediodía i
Miguel Ángel López Aranda 69-73

praxi 74

- Time out y retirada de privilegios. Técnicas para controlar
conductas disruptivas, negativistas y agresivas en el aula.
Una experiencia psicopedagógica

Vicente Bellver Cebriá 74-85

- Programa de autoestima dirigido a mujeres desde
un centro de planificación familiar

Maite Redondo Jiménez i Gema Reinante Mariscal 86-90

crítica de llibres 91

- Intervención psicológica y educativa con niños y
adolescentes. Estudios de casos escolares,
Xavier Méndez, José Pedro Espada i Mireia Orgilés
per Jessica Piñero 91

editorial	3
-----------------	---

professional practice and deontology	4
--------------------------------------------	---

- None previous notice for a psychological evaluation?
Questions on the right for prior professional information
Vicent Bermejo Frígola.....4-11

topics of study	12
-----------------------	----

- Ethical dilemmas related to confidentiality
Carmen del Río Sánchez12-27
- Psychology and prevention of harrasement behaviors.
Possession and use of firearms
Francisco Tortosa Gil and Cristina Civera Mollá.....28-35
- The "paternal rol", beyond the "apparent parents"
Manuel Sides Galán.....36-47
- Paediatric hospitalization: applicance of psychological
preparation programmes
Juan Manuel Ortigosa Quiles, Francisco Xavier Méndez Carrillo
and Antonio Riquelme Marín.....48-59

interview	60
-----------------	----

- Mr. Sergio Claramunt Busó
by Beatriz Hernansaiz Cañete60-64
- Mrs. Marsha Linehan
by Ángeles Berlanga and Elena Aznar.....65-68

debate	69
--------------	----

- Doping
Enrique Cantón Chirivella, Joaquín Lago Mediodía and
Miguel Ángel López Aranda69-73

praxis	74
--------------	----

- Time- out and privilege removal: control techniques for
disruptive, negativistic and aggressive conducts in the
classroom. A psychopedagogic experience
Vicente Bellver Cebría74-85
- Program to improve women self-esteem from a family
planning center
Maite Redondo Jiménez and Gema Reinante Mariscal86-90

review of books	91
-----------------------	----

- Intervención psicológica y educativa con niños y
adolescentes. Estudios de casos escolares,
Xavier Méndez, José Pedro Espada i Mireia Orgilés
by Jessica Piñero91

Consell Editor:

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

Secretària de redacció:

Lidia Tena i Espada

Gestora:

Marta Simon Hernández

Disseny:

Susana Aguilar Giner

Tirada: 6.000 exemplars

Impressió i maquetació:

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

Col·legi Oficial de Psicòlegs de la Comunitat Valenciana

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

El nuevo proyecto de código deontológico, presentado en el marco de las XIV Jornadas profesionales del COP en Valencia en marzo del presente, difunde entre sus principios que “está orientado a promover la formación ética amplia de los actuales y futuros profesionales”. Es en esa línea de actuación que nos complace iniciar con este número una nueva sección de la revista llamada *Deontología Práctica* dedicada a ilustrar supuestos actualizados con los que nos encontramos en la práctica profesional y que presumen una disyuntiva de actuación y exigen, por lo tanto, un proceso de toma de decisiones orientado en la búsqueda de soluciones por parte del psicólogo.

En ocasiones, el profesional se sitúa frente a dos opciones éticas y actúa orientado por su propia lógica, intuición y sentido común, o es más, puede ignorar, por desconocimiento, que está entrando en un conflicto de normas. El sentido común -valga la redundancia- tiene sentido, pero necesita ser complementado con la deliberación y los pasos razonables para desembocar en estrategias óptimas. Como expone Vicent Bermejo el nuevo Código Deontológico promueve la aplicación práctica, enfrentando al profesional con la toma de decisiones y la resolución de dilemas y hace necesario el uso del razonamiento lógico deductivo frente a los principios que lo sustentan. Un dilema ético surge -según Carmen del Río- cuando entran en colisión dos deberes de obligado cumplimiento, es decir, cuando la única manera de cumplir con una obligación es infringiendo otra. La autora insiste en recomendar la consulta a compañeros de profesión o al propio Comité de Ética colegial ante las disyuntivas éticas.

Esta sección nace fruto de las conversaciones y colaboración de Vicent Bermejo -en calidad de Presidente de la Comisión Deontológica del COP Valencia- y Carmen del Río -en calidad de Presidenta del Comité de Ética y Deontología del COP Andalucía Occidental- con la revista. Sus conocimientos, investigación y experiencia en la resolución de dilemas éticos queda plasmada en los sendos artículos que nos presentan a continuación, cuya precisión de exposición no tiene parangón. Esperamos los disfrutéis, doten de sentido, clarifiquen y sean de utilidad en vuestra práctica profesional tal y como a los autores les impulsa su divulgación.

Cristina Aguilar Giner
Directora

¿Una evaluación psicológica sin mediar aviso? Cuestiones sobre el derecho a la información profesional previa

Vicent Bermejo Frígola

Presidente de la Comisión Deontológica del Col·legi Oficial de Psicòlegs de la Comunitat Valenciana

La revista *Informació Psicològica* en los últimos meses ha formulado la propuesta de incluir, a partir de esta publicación, cuestiones deontológicas desde un punto de vista práctico mediante alguna casuística concreta. Con la presente colaboración se inicia la respuesta a dicha iniciativa, abierta a la participación de otros colegas expertos en el tema.

En esta sección se pretende suscitar y estimular el interés por estudiar, analizar y reflexionar sobre conflictos y dilemas éticos a partir del caso práctico que se expone o a propósito de las muchas cuestiones que se plantean en el campo de la ética profesional. Esperamos dar satisfacción a la demanda de la comunidad profesional y ser de utilidad.

Esta primera exposición está basada en un supuesto totalmente fabulado aunque se puede corresponder con el perfil de algunas quejas por vulneración de la deontología. Por sí mismo es amplio y, aunque tal como vamos a ver su examen no será exhaustivo, da pie a amplitud de cuestiones y consideraciones.

Supuesto

Un gabinete de servicios psicológicos es contratado por una empresa para efectuar una evaluación dentro de la misma. La finalidad es conocer el grado de adaptación a la misma de un amplio grupo de empleados, conocer también algunos perfiles de estos trabajadores y, conforme a los resultados, efectuar una reorganización de su plantilla en orden a su política de ascensos dentro de un plan de crecimiento y de expansión. Sin mediar otro aviso, el día concertado, la empresa ordena a un grupo de sus empleados que acudan a una sala a efectuar

un examen colectivo donde se encuentran que un profesional psicólogo les administra una batería de tests psicológicos, unos cuestionarios, unos dibujos y les solicita unos textos escritos con contenidos y datos personales. Concluida la recogida de tales datos y materiales psicológicos, pasados unos días, los resultados de la evaluación son entregados a la dirección de la empresa contratante. Tomando en consideración los informes psicológicos que le fueron entregados, la dirección reorganiza la plantilla, aplica su política de ascensos de acuerdo a sus planes de desarrollo en unos casos, desplaza a otros e inicia el despido de los restantes.

Consideraciones éticas

I.

Este modo de proceder, descrito en el supuesto, plantea un gran número de cuestiones e interrogantes desde el punto de vista

de la ética profesional y la deontología de los psicólogos. Aunque lo relatado es hipotéticamente perteneciente al campo de los recursos humanos, las consideraciones que se pueden hacer sobre el mismo podrían aplicarse o desarrollarse sobre casos de otros campos próximos o similares.

Ahora bien, con el fin de delimitar el estudio al que se ciñe mi exposición, me limitaré casi exclusivamente al hecho de convocar una recogida de datos y a iniciar una exploración psicológica de modo semejante al antes descrito en el supuesto, es decir, a la tarea previa, a los prolegómenos de la exploración (que dieron comienzo en la misma contratación de servicios) y a los inicios de la misma, dejando aparte la exploración propiamente dicha. La cuestión fundamental para este caso es saber bien las condiciones en las que el profesional tiene que desenvolverse evitando en todo lo posible un mal uso de sus servicios, delimitando todo ello en la misma contratación y, naturalmente, previéndolo.

Para razonar el enfoque ético interesa observar que en el artículo 6 del Código Deontológico del Psicólogo se afirma que la profesión de psicólogo *“se rige por principios comunes a toda deontología profesional”* destacando a continuación el de *“respeto a la persona”* y el de *“protección de los derechos humanos”*. También en el artículo 2 se afirma que *“La actividad del Psicólogo se rige, ante todo, por los principios de convivencia y de legalidad democráticamente establecidos en el Estado Español.”* Finalmente, en el artículo 7 se afirma que el psicólogo *“no realizará por sí mismo, ni contribuirá a prácticas que atenten a la libertad e integridad física y psíquica de las personas”*.

Todo ello nos remite a principios que están contenidos en la misma Constitución

española. En su artículo 10.1 establece que *“La libertad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamentales del orden político y de la paz social”*. También el artículo 9.3 *“garantiza el principio de legalidad”*.

Como vemos, estos derechos fundamentales coinciden con principios de ética profesional muy similares en contenido e, incluso, algunos de ellos son el mismo derecho fundamental y a la vez el principio ético. Constituyen la piedra angular del ordenamiento constitucional, de un lado, y de la ética profesional por otro. Hay que apoyarse en ellos para razonar cualquier supuesto en general y, naturalmente, ante este supuesto concreto.

El respeto a la persona, a sus derechos, el evitar otorgar un trato degradante o el evitar atentar contra la libertad y la integridad psíquica de las personas nos obliga a considerar que *“sin mediar otro aviso”* se *“ordene”* a unas personas que acudan a efectuar un examen psicológico y a facilitar datos personales y psicológicos es una conducta que en principio, tal como está descrita en el supuesto, no es respetuosa con la dignidad de las personas ni es acorde a los anteriores principios éticos ni tampoco es conforme a la ley. Consecuentemente un psicólogo debería rehusar actuar profesionalmente de ese modo.

II.

Indagando más pormenorizadamente este asunto, tiene un gran interés la *Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal*. [Es posterior a nuestro Código y, lógicamente, su regulación va mucho más lejos de lo que

recogió el Código Deontológico del Psicólogo] En su artículo 5 habla del *Derecho de información en la recogida de datos* y dice lo siguiente:

“1. Los interesados a los que se soliciten datos personales deberán ser previamente informados de modo expreso, preciso e inequívoco:

a) De la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información.

b) Del carácter obligatorio o facultativo de su respuesta a las preguntas que les sean planteadas.

c) De las consecuencias de la obtención de los datos o de la negativa a suministrarlos.

d) De la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

e) De la identidad y dirección del responsable del tratamiento o, en su caso, de su representante.

Cuando el responsable del tratamiento no esté establecido en el territorio de la Unión Europea y utilice en el tratamiento de datos medios situados en territorio español, deberá designar, salvo que tales medios se utilicen con fines de tránsito, un representante en España, sin perjuicio de las acciones que pudieran emprenderse contra el propio responsable del tratamiento.

2. Cuando se utilicen cuestionarios u otros impresos para la recogida, figurarán en los mismos, en forma claramente legible, las advertencias a que se refiere el apartado anterior.

3. No será necesaria la información a que se refieren las letras b), c) y d) del apartado 1 si el contenido de ella se deduce clara-

mente de la naturaleza de los datos personales que se solicitan o de las circunstancias en que se recaban.

4. Cuando los datos de carácter personal no hayan sido recabados del interesado, éste deberá ser informado de forma expresa, precisa e inequívoca, por el responsable del fichero o su representante, dentro de los tres meses siguientes al momento del registro de los datos, salvo que ya hubiera sido informado con anterioridad, del contenido del tratamiento, de la procedencia de los datos, así como de lo previsto en las letras a), d) y e) del apartado 1 del presente artículo.

5. No será de aplicación lo dispuesto en el apartado anterior cuando expresamente una Ley lo prevea, cuando el tratamiento tenga fines históricos, estadísticos o científicos, o cuando la información al interesado resulte imposible o exija esfuerzos desproporcionados, a criterio de la Agencia de Protección de Datos o del organismo autonómico equivalente, en consideración al número de interesados, a la antigüedad de los datos y a las posibles medidas compensatorias.

Asimismo, tampoco regirá lo dispuesto en el apartado anterior cuando los datos procedan de fuentes accesibles al público y se destinen a la actividad de publicidad o prospección comercial, en cuyo caso, en cada comunicación que se dirija al interesado se le informará del origen de los datos y de la identidad del responsable del tratamiento así como de los derechos que le asisten.”

Este artículo de la *Ley de Protección de Datos de Carácter Personal* es muy claro cuando sostiene que los candidatos al examen deben ser previamente informados de

modo expreso, preciso e inequívoco. Es decir, es indispensable y obligatorio efectuar una tarea informativa previa en la que cabe la posibilidad de tener que reiterarla por escrito en el caso de *cuestionarios u otros impresos para la recogida* según lo señala el apartado 2 (salvo lo señalado en el apartado 3) Esto es, previamente al inicio de la actividad, el profesional tiene que prever medidas y acuerdos con la empresa que permitan el absoluto respeto por los derechos que establece la ley en relación a la información de los que van a ser examinados. Por el contrario una conducta profesional que inicia una exploración psicológica como la descrita en el supuesto “*sin mediar otro aviso*” o sin otra explicación previa tropieza con la Ley, una ley tajante, y puede dar lugar a un grave incumplimiento de la misma además de ser una vulneración deontológica.

De este modo podrá entenderse mejor el alcance de lo que dice el Código Deontológico del Psicólogo cuando afirma en su artículo 25:

“Al hacerse cargo de una intervención sobre personas, grupos, instituciones o comunidades, el/la Psicólogo/a ofrecerá la información adecuada sobre las características esenciales de la relación establecida, los problemas que está abordando, los objetivos que se propone y el método utilizado. En caso de menores de edad o legalmente incapacitados, se hará saber a sus padres o tutores.

En cualquier caso, se evitará la manipulación de las personas y se tenderá hacia el logro de su desarrollo y autonomía.”

Este artículo 25 nos habla del derecho a la información respecto de la tarea que se tiene previsto efectuar. Dice que la información debe ser *adecuada* pero la ley todavía va más allá y afirma que debe ser

información *expresa, precisa e inequívoca*. Por tanto, no sólo no valdrán medias verdades o informaciones que den lugar al malentendido. Debe haber claridad, precisión y transparencia.

También el artículo 5 1b) de la Ley Orgánica 15/1999 señala que dicha información debe aclarar si la recogida de datos es de *carácter obligatorio o facultativo*.¹ En relación a ello son varios artículos que en nuestro Código defienden el deber de respeto a la libertad de los usuarios, pero puede ser útil aducir que el artículo 27 de este Código aclara que “*Por ninguna razón se restringirá la libertad de abandonar la intervención y acudir a otro psicólogo o profesional (...)*”. Lo que significa que el psicólogo debe garantizar la libertad sin coacciones y sin restricciones siempre en cualquier convocatoria de examen o de exploración psicológica que vaya a iniciar, con la sola excepción de mediar un imperativo judicial. Una orden de la dirección empresarial “*sin mediar aviso*” está en contra de lo que dice este artículo.

Hay que recordar aquí, además, que el artículo 24 de nuestro Código afirma que:

“El/la Psicólogo/a debe rechazar llevar a cabo la prestación de sus servicios cuando haya certeza de que puedan ser mal utilizados o utilizados en contra de los legítimos intereses de las personas, los grupos, las instituciones y las comunidades.”

Lo que significa que un psicólogo tiene que asegurarse que no se va a producir un mal uso de la información que va a proporcionar o que ésta pueda ser manifiestamente lesiva en contra de los afectados.

¹ Salvo que, tal como dice el apartado 3, el contenido de la información se deduzca claramente la naturaleza de los datos personales que se solicitan o de las circunstancias en que se recaban, en ese caso la información no será necesaria.

III.

Si proseguimos en el examen y análisis del supuesto, además de observarse un trato del hipotético profesional psicólogo con los usuarios que no es respetuoso ni considerado, salta también a la vista una ausencia de profesionalidad. Como técnico, o es una persona sin escrúpulos que vulnera la legalidad y el Código Deontológico deliberadamente o, quizás lo más probable, muestra importantes déficits en formación, no aprendió adecuadamente cómo desenvolverse en situaciones similares, en fin, no sabe cómo hay que actuar o qué hay que hacer. En términos de ética profesional y deontología esto se corresponde con una vulneración del principio de competencia. En nuestro Código actual (1987-1993) el principio de competencia está expresamente recogido en el artículo 6, antes citado, en el cual se mencionan los “*principios comunes a toda deontología profesional*” que rigen la profesión de psicólogo. Los tres últimos de estos principios (“*prudencia en la aplicación de instrumentos y técnicas, competencia profesional, solidez de la fundamentación objetiva y científica de sus intervenciones profesionales*”) bien podrían subsumirse en el de *competencia profesional*.

Según dicho principio se exige a los psicólogos que no sólo posean una buena preparación científica (“*solidez de la fundamentación objetiva y científica*”) sino también que conozcan de qué modo deben desenvolverse y actuar (lo que significa no sólo “*prudencia*”, además de “*prudencia*” saber cómo actuar). Es decir, no es suficiente con disponer de buenos conocimientos en la ciencia psicológica, buena preparación académica, buen bagaje documental, buena información y selección de los instrumentos que se van a utilizar, todo eso sin duda es necesario e incluso básico pero no es su-

ficiente. Es necesario además saber cómo proceder conjuntamente con todo ello en las relaciones profesionales con los usuarios. Puede ser de utilidad el ilustrarlo con lo que sucede en el ámbito de la justicia en el que tan importantes son los procedimientos o la formalidad procedimental como los contenidos, los dos son indispensables. Algo similar a cómo se resuelve en derecho hay que decir del ejercicio profesional de la psicología, es decir, hace falta que modos y contenidos o, si prefiere, forma y fondo estén bien equilibrados de los dos lados.

Respecto del principio de competencia, además, el artículo 17 de nuestro Código establece que:

“La autoridad profesional del Psicólogo/a se fundamenta en su capacitación y cualificación para las tareas que desempeña. El/la Psicólogo/a ha de estar profesionalmente preparado y especializado en la utilización de métodos, instrumentos y procedimientos que adopte en su trabajo. Forma parte de su trabajo el esfuerzo continuado de actualización de su competencia profesional. Debe reconocer los límites de su competencia y las limitaciones de sus técnicas.”

Este texto hace mención, en relación a la competencia, a formación teórica y práctica así como a la especialización que se disponga. El profesional psicólogo debe saber bien cómo hay que conducirse ante el caso con el que ha de enfrentar.

El Metacódigo de la EFPA explícitamente habla de *formación y experiencia*. Es necesaria buena preparación y haber conocido suficientes casos o asuntos similares para poder encarar los problemas que pueda presentar el nuevo.

En cuanto al respeto a los límites, al igual que nuestro Código, también el Metacódigo recuerda en varias ocasiones los límites de la competencia. Lo que significa

que hay que cuidar de no traspasarlos. En este aspecto es de destacar que antepone la formación ética como primer eslabón de la competencia o como paso previo y necesario en la formación.

A la vista de esta explicación sobre la competencia puede entenderse bien que el protagonista figurado en nuestro supuesto parece más bien un inexperto que, además de incompetente, exhibe ignorancia y ausencia de conocimientos legales y éticos.

IV.

Volviendo al antes citado artículo 24 de nuestro Código (respecto de ir *en contra de los legítimos intereses de las personas, los grupos, las instituciones y las comunidades*) si estudiamos y analizamos su contenido en relación al supuesto que hemos tomado, hay que considerar a los trabajadores de la empresa ya que cabría el riesgo de ir *en contra de sus legítimos intereses*. Por ello, el profesional psicólogo tiene que asegurarse bien acerca de los límites de la prestación de sus servicios en su acuerdo contractual. Según el supuesto, al disponer de una privilegiada información psicológica proporcionada por unos servicios profesionales, la dirección puede y va a resolver en orden a su propia política empresarial, pongamos por caso, de despidos. Lo que podría constituir un serio problema para el psicólogo.

Ante este riesgo, puede ser de utilidad conocer que asuntos como la *Movilidad funcional* de los trabajadores o como la *Modificación sustancial de las condiciones de trabajo*, entre otros, están regulados en la *Ley 8/1980 del Estatuto de los Trabajadores* y en tales casos la empresa debe contar con los representantes legales de los trabajadores. En tal caso, el psicólogo puede encontrarse con el deber (que probablemente le puede ser exigido) de *informar a los*

representantes legales de los trabajadores sobre todos los extremos de la actividad que va a desarrollar antes de iniciarla.

En consecuencia, una exploración psicológica a empleados de una empresa “*sin mediar aviso*” por orden de su dirección y sin dar más explicaciones podría ir en contra de lo dispuesto en el *Estatuto de los Trabajadores* ya que el psicólogo está interviniendo sobre espacios que están regulados. Por tanto, además de prever lo dicho en los anteriores apartados, si su intervención alcanza un encargo similar al descrito en el supuesto, debe asegurar bien el uso y el destino de las informaciones que va a proporcionar al negociar su contratación. Pues en un caso así tiene que contar que deberá ofrecer a los representantes legales de los trabajadores garantías suficientes de respeto a la ley y a las normas que fueran de obligado cumplimiento en la ejecución de dicho encargo, además de proporcionarles la información a la que tienen derecho. Pues de no ser así, aparte de que la *movilidad funcional* y la *modificación sustancial de las condiciones de trabajo* puede tener otras vías, no tendría sentido que una intervención profesional que buscaba soluciones más operativas (en teoría técnicamente mejores) tanto para la dirección empresarial como para los empleados, en lugar de evitar conflictos resulte que añada nuevos y mayores a los problemas y dificultades existentes.

V.

Para cerrar este examen del supuesto propuesto, interesa hacer alusión a un concepto que ha tomado una gran relevancia en el campo de la ética profesional actual. Me refiero al concepto de consentimiento informado. Dicho concepto surgió históricamente como lógica consecuencia ante la relevancia que tomó a su vez el principio de autonomía sobre las personas. Todo ello fue la respuesta a autoritarismos, tiranías,

abusos de poder efectuados sobre personas, a ausencia de libertad, ante actuaciones o abusos paternalistas.

Más arriba he citado al artículo 7 de nuestro Código el cual afirma que el psicólogo *“no realizará por sí mismo, ni contribuirá a prácticas que atenten a la libertad e integridad física y psíquica de las personas”*. También el artículo 24 que afirma que los psicólogos deben *“rechazar llevar a cabo la prestación de sus servicios cuando haya certeza de que puedan ser mal utilizados o utilizados en contra de los legítimos intereses de las personas, los grupos, las instituciones y las comunidades.”* Por último, también se ha mencionado el artículo 25 el cual sostiene en el último punto que *“En cualquier caso, se evitará la manipulación de las personas y se tenderá hacia el logro de su desarrollo y autonomía.”* Este último artículo alude más directamente al principio de autonomía al mencionarla.

A los artículos anteriores, en relación a este principio de autonomía, hay que añadir el 27 el cual dice que (respecto la posibilidad de restringir *“la libertad de abandonar la intervención y acudir a otro psicólogo o profesional”*) *“antes bien, se favorecerá al máximo la capacidad de decisión bien informada del cliente.”* Finalmente, el 29 señala que el psicólogo *“no se prestará a situaciones confusas en las que su papel y función sean equívocos o ambiguos.”*

En resumen, nuestro Código explicita o implícitamente incluye como principio la autonomía de la persona y señala que los psicólogos tienen que favorecerla, evitando cualquier restricción de libertad o forma de manipulación y evitando equívocos o conductas no claras que puedan dar pie a malentendidos en cualquier sentido.

El Metacódigo de la EFPA, posterior a nuestro Código, fue más explícito al establecer el deber de que:

“Los psicólogos deberán aclarar y discutir de forma permanente las distintas acciones y procedimientos profesionales así como las probables consecuencias de tales acciones con el objeto de asegurar que el cliente proporcione consentimiento informado antes y durante la intervención psicológica.”

De acuerdo a esta clara y precisa norma, los psicólogos deben obtener un *consentir* libre de los afectados con la información previa que haga falta a lo largo de todo el proceso de intervención.

En resumen, el psicólogo ante la propuesta de una actividad profesional tiene que obtener el acuerdo por parte de todos los usuarios en su respectivo grado de responsabilidad. Para lograr este acuerdo o consentimiento, debe mediar previamente una información o proceso informativo de modo que la acción o intervención permita ser acordada con suficiente libertad. Pues sin esa información adecuada previa no puede producirse la acción de aceptar o acuerdo libre que más técnicamente se llama *consentimiento*.

Volviendo al supuesto expuesto, la figura del psicólogo no ha hecho el más mínimo amago de informar y de cuidar el derecho a la información de los trabajadores que van a ser sometidos a una exploración psicológica. Contrariamente a tales deberes, se ha dejado llevar por una conducta aparentemente autoritaria o, cuando menos, muy paternalista por parte de la dirección empresarial sin establecer sus propias diferencias o sin hacer ver sus propios límites de ejercicio de su profesión. De nuevo nuestro protagonista hace exhibición de una ignorancia manifiesta en el asunto examinado o

de una ausencia de ética y de conocimiento de la ética profesional.

En conclusión

Como se ha visto, aun limitando el estudio y análisis ético del supuesto, este mismo caso plantea otras cuestiones sobre las que no he entrado y, como he advertido, dejaba abiertas. No quiero concluir sin destacar entre todo ello que este supuesto es un conjunto de vulneraciones éticas que culminan con la entrega de los informes o resultados de las evaluaciones a la dirección de la empresa contratante sin otra precaución. Sobre eso, nuestro Código es tajante al establecer que no sólo los interesados tienen el derecho de ser informados sino que los psicólogos tienen el deber de facilitar ese derecho. También es tajante acerca de que, si supuestamente se informa a terceros sin el consentimiento de los propios interesados, además se vulneraría la confidencialidad. Es decir, no se habría ni tomado en consideración el deber de sigilo o secreto, columna vertebral de la deontología tradicional.

Para terminar esta exposición hay que destacar algunas conclusiones. Al aceptar el encargo de una prestación de servicios a terceros tales como una evaluación psicológica grupal o colectiva, el psicólogo debe tomar algunas precauciones antes de iniciar su tarea, esto es, en el momento de la contratación y/o en el acuerdo no sólo sobre el comienzo o la ejecución de los mismos sino también sobre la tarea previa, sin prejuicio de todo el proceso evaluador posterior y la devolución de sus conclusiones. Pues debe garantizar una información previa expresa, precisa e inequívoca a los examinandos, la cual debe incluir el tratamiento de los datos, la finalidad de la evaluación psicológica, de las consecuencias de efectuarlo o no, su uso y los destinatarios de la misma, asegurando la libertad sin restricciones o

coacciones de tales examinandos así como el ejercicio de sus legítimos restantes derechos en orden al tratamiento de los datos de carácter personal. Entre estos deberes y derechos destaca el haber logrado no sólo consentimiento informado sobre la exploración y recogida de datos y el uso y destino de las respuestas a las pruebas psicológicas sino también sobre el consentimiento expreso respecto de la acción de entregar la información obtenida. En fin, una tarea en la que hay que ponderar muchos elementos como sucede a menudo en el enfoque ético y deontológico y que para alcanzar todo ello es necesario un acuerdo o una contratación que contemple todos estos extremos integrándolos adecuadamente.

Bibliografía

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

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

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

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

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

Ley 8/1980, de 10 de marzo, del Estatuto de los Trabajadores. Texto inicial y texto vigente en:

<http://www.mtas.es/publica/estatuto06/Ap1y2Estatuto.pdf> y http://www.mtas.es/publica/estatuto06/Ap3_4EstatutoTrabActualiz.pdf

Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE 14 diciembre 1999.

Simón, P. (2000) El consentimiento informado. Madrid: Triacastela.

Fecha de recepción 30/07/2007

Fecha de aceptación 13/09/2007

Dilemas éticos relacionados con la confidencialidad

Carmen del Río Sánchez

Presidenta del Comité de Ética y Deontología del Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental y
Profesora Titular de la Universidad de Sevilla
E-mail: cdelrio@us.es

resumen/abstract:

Un dilema ético surge cuando entran en colisión dos deberes de obligado cumplimiento o, dicho de otra manera, cuando la única forma de cumplir con una obligación sea infringiendo otra. Se entiende por *secreto profesional* la obligación por parte de quienes ejercen ciertas profesiones de no revelar datos conocidos en el ejercicio de su profesión. Este deber, está protegido por la Ley y por los Códigos deontológicos y sólo podremos ser liberados de él, por imperativo legal o para evitar un daño a terceras personas, al paciente, o al mismo psicólogo. En situaciones de conflicto relacionadas con el deber de *confidencialidad*, no se pueden establecer reglas fijas sino que habría que valorar y ponderar las circunstancias de cada caso concreto de acuerdo a las normas legales y éticas y haciendo, con prudencia, un balance de la magnitud del daño (mayor o menor) y la probabilidad de que éste se produzca (alta o baja). Es importante que informemos a nuestros usuarios al inicio de la relación profesional, en el proceso de *consentimiento informado*, de los límites, según la Ley, del mantenimiento de la *confidencialidad*.

An ethical dilemma arises when two duties of mandatory fulfilment enter collision or when the only way of fulfilling an obligation is transgressing another one. Professional confidentiality is the duty of those with certain professions of not revealing information known in their professional practice. It is protected by Law and by Ethical Codes and exceptions to it will only apply to legal imperatives or to avoid harming to third people, to the patient or to the same psychologist. Fixed rules cannot be established in conflictive situations related to the duty of confidentiality. According to the legislation and the ethical principles and standards, we would have to evaluate and to consider each individual circumstance working with prudence a balance between: 1) magnitude of harm (major or minor) and 2) probability of it taking place (high or low). According to the Law, it is important to inform our users at the beginning of the professional relationship in the process of the informed consent and the limits about the maintenance of the confidentiality.

palabras clave/keywords:

Dilemas éticos, Proceso de toma de decisiones éticas, Confidencialidad, Consentimiento informado, Legislación

Ethical dilemmas, Ethical Decision-Making Process, Confidentiality, Informed consent, Legislation

Los psicólogos a menudo nos enfrentamos con situaciones que suponen dilemas éticos sin tener una orientación clara sobre cuál es la decisión más adecuada que deberíamos tomar. A pesar de los Códigos éticos y de las diferentes directrices o guías que han sido elaboradas por las distintas organizaciones profesionales, las nuevas tec-

nologías de investigación, los cambios legislativos y la creciente preocupación de la comunidad en cuanto a la protección de los derechos individuales, presentan continuamente nuevos y complejos dilemas éticos. Esto nos lleva a que, a veces, no podamos acogernos a una norma específica, bien porque realmente no exista una para ese caso

concreto o porque entren en conflicto dos o más normas. Por tanto, los dilemas pueden plantearse por conflictos entre principios o reglas morales o incluso entre distintas leyes. Dicho de otra manera, cuando la única forma de cumplir con una obligación sea infringiendo otra. Beauchamp y Childress (1999) proponen un procedimiento de reflexión moral para la resolución de conflictos éticos: la *deliberación*. Se trata de analizar el repertorio completo de los cursos de acción posibles a fin de ponderar las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos y optar por el que maximice los valores en juego, es decir, por el que se considere mejor. Los propios Beauchamp y Childress, ante las críticas realizadas a este modelo derivadas del papel desempeñado por la *intuición* y la *subjetividad* a la hora de tomar decisiones, consideran que: “... no lo descalifica. Podemos reflexionar sobre problemas morales importantes, aunque los valores plurales que han entrado en conflicto hagan las comparaciones difíciles. La existencia de una pluralidad de valores y juicios no impide la deliberación, la ponderación, la justificación y la toma razonable de decisiones” (p. 33) De cualquier forma es obvio que, utilizando este modelo, no se puede asegurar que al final de todo el proceso todos los profesionales opten por la misma solución o crean que un determinado curso de acción sea el más correcto. De hecho, esto puede suceder algunas veces, aunque no siempre, ni quizá en la mayoría de ellas. Sería algo parecido a lo que puede suceder en la clínica cuando dos profesionales, ponderando los factores que concurren en un paciente concreto, optan razonadamente por estrategias distintas en el abordaje del caso sin que podamos decir que una de ellas sea incorrecta.

En situaciones de ese tipo, en las que finalmente nos vemos obligados a tomar decisiones apoyándonos en nuestras propias interpretaciones del “espíritu” de los principios éticos contenidos en los Códigos, debemos cuidar al máximo que esa interpretación sea el resultado de un adecuado proceso de *deliberación* y *ponderación* basado en el conocimiento y análisis de la legislación, de los principios éticos generales y de la normativa que sea de aplicación y el resultado, además, debe poder soportar el escrutinio público. En ese caso, la decisión que finalmente tomemos seguramente será coherente y, llegado el caso, podrá ser avalada por los organismos colegiales y por las instancias legales en el caso de que se presentara una queja o denuncia ante los mismos. Una recomendación de interés es que siempre que nos veamos involucrados en situaciones que impliquen dilemas éticos, registremos todas nuestras argumentaciones y los pasos que hemos seguido, con el objeto de que, en caso de que fuera necesario, seamos capaces de proporcionar una razonada explicación de la ejecución de nuestra conducta profesional a lo largo de todo el proceso. También es recomendable que consultemos con otros colegas y/o con el Comité de Ética de nuestro colegio, sobre todo, cuando preveamos que tales personas o instancias pudieran añadir información y/o objetividad al proceso de toma de decisiones. A pesar de que la responsabilidad de la decisión por el curso de acción o estrategia seleccionada nos concierne sólo a nosotros (profesional que toma la decisión), la búsqueda y la consideración de dicha ayuda refleja, sin duda, un abordaje ético en dicho proceso de búsqueda de soluciones (del Río, 2005)

El proceso de toma de decisiones éticas

En la mayoría de las ocasiones el proceso de toma de decisiones éticas se tiene que producir muy rápidamente y, por tanto, es necesario que contemos con las suficientes estrategias para una fácil resolución del dilema. En las situaciones para las que existen orientaciones y normas claras y en las que no hay conflicto entre principios, se pueden tomar de forma casi inmediata, sin embargo, cuando dos o más principios entran en colisión, el dilema no es tan fácil de resolver y se requieren deliberaciones que pueden consumir mucho tiempo.

El Código de Ética de la Asociación Canadiense de Psicólogos (CPA, 2000) incluye un interesante modelo de toma de decisiones con el objetivo de que sus asociados lo sigan cuando se encuentren en situaciones que impliquen un dilema ético y que nos puede ser de utilidad a todos los psicólogos. Hadjistavropoulos y Malloy (2000) han realizado un análisis teórico de este modelo estableciendo, entre otras conclusiones, la necesidad de una investigación empírica que ponga a prueba su eficacia. Si ésta confirmara su utilidad, recomendarían que todos los Códigos de los colegios profesionales incorporen modelos de toma de decisiones similares. Hasta el momento, que conozcamos, el modelo propuesto por la Asociación canadiense ha sido adoptado por la Asociación de Psicólogos Portugueses (APPORT) en su Código de 1995 (actualmente, en proceso de revisión)

Según el modelo del Código de la CPA, para un adecuado abordaje de un conflicto ético, se deberían contemplar 10 pasos (ampliando los 7 propuestos en la versión anterior de su Código de 1991) Son los siguientes:

1. Identificar la situación ética problemática, los individuos o grupos potencialmente afectados por la decisión.
2. Identificar los aspectos éticamente relevantes y prácticas, incluyendo los intereses, derechos, y cualquier característica relevante de los individuos y grupos involucrados y del sistema o circunstancias en las cuales el problema ético surgió.
3. Considerar cómo sesgos personales, estrés o intereses propios podrían influir en el desarrollo o en la elección de una opción concreta de entre todos los distintos cursos de acción.
4. Desarrollar estrategias alternativas o distintos cursos de acción.
5. Analizar los posibles riesgos, tanto a corto como a largo plazo, los beneficios que cada una de esas estrategias podría producir en el individuo/s o grupos/s implicado/s probablemente afectado/s (el cliente, la familia o empleados de los clientes, la institución empleadora, los estudiantes, los participantes de una investigación, los colegas, la disciplina, la sociedad y el propio profesional)
6. Elegir la/s estrategia/s óptima/s después de una aplicación concienzuda de los principios y directrices éticas disponibles en armonía con la legislación vigente.
7. Actuar, con el compromiso de asumir las responsabilidades por las consecuencias de dicha acción.
8. Evaluar los resultados de la aplicación de la estrategia/s seleccionada/s.
9. Asumir la responsabilidad por las consecuencias de la actuación, incluyendo la corrección de las consecuencias negativas, si las hubiera, o implicándose nuevamente en el proceso de toma de decisiones si la cuestión ética no se hubiera resuelto.

10. Realizar las acciones apropiadas, si fuera factible y como garantía para prevenir en el futuro ocurrencias del dilema (por ejemplo, consulta y solución del problema con colegas, modificaciones en los procedimientos y prácticas que hubiéramos adoptado, etc.)

En nuestra práctica profesional pueden producirse muchas situaciones que impliquen dilemas éticos. Existen instrumentos como el Cuestionario sobre conductas éticas (Pope, Tabachnick y Keith-Spiegel, 1987) que recoge 83 posibles conductas profesionales que podrían plantear problemas en nuestro trabajo. Este cuestionario ha sido utilizado por nosotros en una investigación con estudiantes a punto de finalizar sus estudios de Psicología (del Río, Borda y Torres, 2003) También Haas, Malouf y Mayerson (1999) elaboraron un instrumento en el que presentaban diversos problemas que tenían por lo menos dos posibles soluciones alternativas y una serie de razones para llevar a cabo cada una de esas soluciones. Además, aprovecharon para evaluar la utilidad percibida de las diversas fuentes de formación en aspectos éticos. El instrumento consta de 10 viñetas, cada una describe un dilema ético relacionado con diferentes problemas (*confidencialidad*, consentimiento informado, conflictos de lealtad y explotación, informes, etc.). Para cada viñeta se presentan formas alternativas de respuesta de entre las cuales los evaluados deben elegir una de ellas, aunque en algunos casos se reducen a dos: actuar o no actuar. Después de las alternativas se presentan ocho posibles razones que justifican su elección: mantener la ley, mantener el código de ética, proteger los intereses de la sociedad, proteger los intereses del cliente, mantener normas personales, salvaguardar

el proceso terapéutico, consideraciones financieras, y “otros”. Los evaluados tienen que indicar su respuesta preferida para cada uno de los dilemas y la razón más importante por la cual han tomado esa decisión. Por otro lado, Pope y Vetter (1999) realizaron una encuesta a 679 profesionales miembros de la APA para comprobar cuáles eran los dilemas que con más frecuencia se encontraban en su práctica profesional llegando a la conclusión, al igual que en el estudio citado de Haas, Malouf y Mayerson (1999), de que los dilemas descritos con mayor frecuencia implicaban temas relacionados con la *confidencialidad*. De estos incidentes problemáticos, la mayoría tenían que ver con riesgos reales o potenciales a terceras personas, sobre abuso infantil, individuos infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o que ya sufrían el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), amenazas con la realización de actos violentos o información de haberlos cometido, etc. En la mayoría de estos casos los participantes informaron que se debatían con cuestiones sobre si la información confidencial debería ser revelada y, en caso de ser así, a quién debería proporcionarse esta información. En nuestro estudio (del Río, Borda y Torres, 2003) también los ítems relacionados con los límites de la *confidencialidad* implicaron “juicios difíciles” para los participantes, algo lógico puesto que en nuestro Código no hay ningún artículo que informe claramente de esas cuestiones (aspecto que se ha corregido en el proyecto de nuevo Código, aún en fase de revisión) Por tanto, ante la evidencia de que tales problemas son los que más dudas suelen plantear en los profesionales en la mayoría de los estudios realizados y, por otro lado, la imposibilidad de tratar en este espacio todos los posibles dilemas que pudieran presen-

tarse en nuestro trabajo, hemos optado por centrarnos en dilemas en los que el deber de mantenimiento de la *confidencialidad* entra en colisión con otro.

Dilemas éticos que afectan a la *confidencialidad*

Conceptos de privacidad y *confidencialidad*

El respeto a las personas exige, a su vez, el respeto a la *intimidad*, es decir, a aquella parcela particular vinculada a la propia identidad que a su vez es inherente a la dignidad de la persona. El término *privacidad* puede tomarse como sinónimo de *intimidad* y se refiere al derecho de los ciudadanos a limitar el acceso de otros a ciertos aspectos que pertenecen a la esfera más personal. La *confidencialidad* hace referencia tanto al derecho del paciente a que no sean reveladas las informaciones confiadas a otras personas, como al deber de sigilo que compromete a quien o quienes reciben la confidencia.

La *privacidad* y la *confidencialidad* son características esenciales de la relación profesional de los psicólogos. Cuando ésta se inicia, el usuario deja de lado la *privacidad* de sus propios pensamientos, sentimientos, creencias, *etc.*, a cambio de la posibilidad de un entendimiento y ayuda. Una vez que la información privada se ha revelado a los profesionales con la expectativa de que no será transmitida a terceras personas se convierte en *confidencial*. Por tanto, es necesario proporcionar al profesional una información *privada* para que se establezca la relación *confidencial*. El *privilegio* es un concepto legal que se aplica en algunos países (no en el estado español) y que se refiere al derecho que tiene todo psicólogo

o psiquiatra a que no se le sancione si se niega a revelar a la Justicia las confidencias que un usuario le haya hecho en el transcurso de una relación profesional. Es el equivalente al llamado “secreto de confesión” de los sacerdotes, al privilegio de los abogados defensores, de los miembros de una pareja cuando uno es obligado a declarar contra otro, *etc.*

Todos los psicólogos independientemente de que trabajemos en ámbitos públicos o privados, debemos saber que tenemos responsabilidad frente a la protección de la información que nos ha sido revelada en el contexto de una relación profesional. Sin embargo, como indica Bersoff (1999-a) no existe un deber ético más malinterpretado o que haya recibido más atención producto de su violación que de su cumplimiento.

Marco jurídico español

Se entiende por *secreto profesional* la obligación por parte de quienes ejercen ciertas profesiones, de no revelar los hechos conocidos en el ejercicio de su profesión. El fundamento ético de esta exigencia se encuentra en la dignidad como valor fundamental e inviolable y en el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar, y a la propia imagen; sancionados todos ellos en el Título I de nuestra *Constitución* (artículos 10.1 y 18.1) y remitiendo la regulación del *secreto profesional* a una ley específica, todavía no desarrollada, en su artículo 20.1. Por tanto, el derecho a la *intimidad* deriva de la dignidad de la persona e implica la existencia de un ámbito propio y reservado frente a la acción y el conocimiento de los demás. Este derecho está regulado más extensamente en la *Ley Orgánica de Protección Civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar*, que en su artículo 7.4 considera

intromisión ilegítima, catalogada como falta grave, la revelación de datos privados de una persona o familia conocidos a través de la actividad profesional y oficial de quien lo revela, imponiendo la obligación de indemnizar el daño causado. También, la *Ley General de Sanidad* señala en su artículo 10 respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias, que los ciudadanos tienen derecho al ... *“respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical”*.

El *derecho a la intimidad* está también protegido por el vigente *Código Penal*, en su artículo 199.2, que hace referencia a la vulneración del secreto por parte del profesional. Así lo expresa el texto: *“El profesional que, con incumplimiento de sus obligaciones de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años”*.

Más recientemente, la *Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica* (que deroga prácticamente los artículos 10 y 11 de la *Ley General de Sanidad* de 1986 y el conocido artículo 61) en su artículo 7 regula el *derecho a la intimidad* en sus apartados 1 y 2:

1. *“Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.*

2. *Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los dere-*

chos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes”.

Tienen también importancia, en relación con el tema que nos ocupa, los artículos que regulan el uso y acceso a la historia clínica (artículos 16, 18 y 19)

Por su parte, la *Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal*, califica a los datos relativos a la salud de los ciudadanos como especialmente protegidos, estableciendo un régimen singularmente riguroso para su obtención, custodia y eventual cesión.

A pesar de lo indicado anteriormente, en nuestra legislación existen algunas excepciones al deber de mantenimiento de la *confidencialidad* que son de aplicación en el contexto de la intervención psicológica. Por ejemplo ¿qué debemos hacer si en el curso de una actuación profesional nos enteramos de que un usuario ha cometido o va a cometer un delito contra terceras personas o un daño contra sí mismo?

La *Ley de Enjuiciamiento Criminal*, en su artículo 262 establece: *“Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente. Si la omisión en dar parte fuere de un Profesor en Medicina, Cirugía o Farmacia y tuviese relación con el ejercicio de sus actividades profesionales, la multa”* ... Por tanto los psicólogos estamos obligados a denunciar los hechos ya que nuestra legislación expresamente sólo exime a los abogados y procuradores *“respecto de las instrucciones o explicaciones que reciben de sus clientes”* y a los eclesiásticos y

ministros de culto “*respeto de las noticias que le hubieren revelado en el ejercicio de las funciones de su ministerio*”.

En el mismo sentido este “deber de denunciar”, queda recogido, para ciertas circunstancias, en el artículo 450 del vigente *Código Penal*: “*El que, pudiendo hacerlo con su intervención inmediata y sin riesgo propio o ajeno, no impidiere la comisión de un delito que afecte a las personas en su vida, integridad o salud, libertad o libertad sexual, será castigado con la pena de prisión de seis meses a dos años si el delito fuera contra la vida, y la de multa de seis a veinticuatro meses en los demás casos... En las mismas penas incurrirá quien, pudiendo hacerlo, no acuda a la autoridad o a sus agentes para que impidan un delito de los previstos en el apartado anterior y de cuya próxima o actual comisión tenga noticias*”.

Por otro lado, cualquier ciudadano (especialmente si se trata de un profesional en el ejercicio de su profesión) que tenga conocimiento de algún tipo de abuso sexual o cualquier otro tipo de maltrato en un menor, tiene obligación clara de denunciar. La *Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor* (LO 1/96), concretamente en su artículo 13.1, establece claramente: “*que toda persona tiene obligación de notificar a la autoridad la comisión de un delito contra un menor, especialmente si se trata de un profesional que mantiene una relación directa con ese niño*”.

Marco ético y deontológico

Nuestro Código, en el artículo 39, se refiere al concepto de *intimidad* (o *privacidad*), indicando : “*En el ejercicio de su profesión, el/la Psicólogo/a mostrará un respeto escrupuloso del derecho de su cliente a la*

propia intimidad. Únicamente recabará la información estrictamente necesaria para el desempeño de las tareas para las que ha sido requerido, y siempre con la autorización del cliente” (En el código de la EFPA (2005) también se regula este aspecto: “*Los psicólogos restringirán la búsqueda y difusión de información a aquella que sea estrictamente necesaria para el propósito profesional*”).

En cuanto a la *confidencialidad*, en el artículo 40 de nuestro Código se dispone : “*Toda la información que el/la Psicólogo/a recoge en el ejercicio de su profesión, sea en manifestaciones verbales expresas de sus clientes, sea en datos psicotécnicos o en otras observaciones profesionales practicadas, está sujeta a un deber y a un derecho de secreto profesional, del que, sólo podría ser eximido por el consentimiento expreso del cliente. El/la Psicólogo/a velará porque sus eventuales colaboradores se atengan a este secreto profesional*”.

Consecuentemente, es meridianamente claro que no podemos recabar más información de la estrictamente necesaria para el propósito profesional y que ésta no podemos revelarla a terceros sin la expresa autorización del usuario, salvo que sea por imperativo legal. No obstante, existen algunas otras circunstancias en las que romper la *confidencialidad* no es contrario a la ética. Según el criterio de Holmes (2001) hay dos situaciones, la primera hace referencia a la necesidad “científica” de los profesionales de comunicarnos con nuestros colegas para mejorar el conocimiento y las técnicas, quizás en beneficio de futuros pacientes y la segunda, cuando el mantenimiento de la *confidencialidad* pudiera comprometer el bienestar de una persona, o incluso su vida. En el Código de la APA (2002) se añaden

otras situaciones tales como aquellas en las que la revelación sea precisa para proporcionar los servicios psicológicos necesarios, proteger al cliente, al psicólogo o a otros de algún daño, obtener el pago de los servicios proporcionados o bien, por una orden judicial, indicando que, en todos esos casos, los psicólogos sólo podremos revelar la información que sea imprescindible para satisfacer tales objetivos.

En cuanto a la primera situación de las descritas por Holmes, nuestro Código, en su artículo 45, dispone que: *“La exposición oral, impresa, audiovisual u otra, de casos clínicos o ilustrativos con fines didácticos o de comunicación o divulgación científica, debe hacerse de modo que no sea posible la identificación de la persona, grupo o institución de que se trata. En el caso de que el medio usado para tales exposiciones conlleve la posibilidad de identificación del sujeto, será necesario su consentimiento previo explícito”*.

Sin embargo respecto a la segunda situación, nuestro Código actual no es claro ya que no existe un artículo que aborde los límites de la *confidencialidad* en aquellos casos en los que los profesionales, en el ejercicio de nuestra profesión, pudiéramos tener conocimiento de situaciones que pudieran poner en riesgo al mismo usuario (e.g. por una amenaza de suicidio) a terceras personas (e.g. por amenazas de agresión u homicidio, estar sometiendo a menores a situaciones de abusos sexual o físicos, etc.) o al propio profesional (e.g. si hemos recibido amenazas por parte del cliente) Estas cuestiones suelen plantearnos importantes dudas y en ocasiones no sabemos cómo abordar la situación. De hecho, la mayor frecuencia de consultas que se reciben por parte de los profesionales en el seno de

las Comisiones Deontológicas colegiales, se refieren a situaciones de ese tipo. En el citado artículo 40 de nuestro Código la única excepción para la ruptura de la *confidencialidad* hemos visto que es el “consentimiento expreso del cliente” aunque, por otro lado, en el artículo 8 se establece: *“Todo/a Psicólogo/a debe informar, al menos a los organismos colegiales, acerca de violaciones de los derechos humanos, malos tratos o condiciones de reclusión crueles, inhumanas o degradantes de que sea víctima cualquier persona y de los que tuviere conocimiento en el ejercicio de su profesión”*, por tanto, en estos casos especiales, estamos obligados a informar. Este artículo es el único que se refiere en cierto modo a posibles límites de la *confidencialidad*, aunque está claro que nuestro ordenamiento jurídico, como hemos indicado anteriormente, establece otros y que en caso de conflicto entre normas deontológicas y legales, prevalecen estas últimas.

A la hora de justificar la revelación de una información conocida bajo *secreto profesional* para evitar un daño a terceras personas, al usuario o a nosotros mismos, tendríamos que valorar las circunstancias haciendo, con prudencia, un balance de la magnitud del daño y la probabilidad de que se produzca. En principio, la posibilidad bien fundada de que pudiera perjudicarse seriamente a una tercera o terceras personas concretas constituiría la justificación ética más importante para divulgar información confidencial. Beauchamp y Childress (1999) indican que, independientemente de las razones esgrimidas para fundamentar el deber de secreto, las reglas de la *confidencialidad* se consideran “*prima facie*”, esto es, no absolutas, tanto para la ética como para la ley, ya que son de obli-

gado cumplimiento siempre y cuando no entren en conflicto con otros principios y normas también de obligado cumplimiento. Para evaluar si determinados riesgos para terceros están por encima del deber de secreto y del derecho del paciente a la *confidencialidad*, tendríamos que ponderar la probabilidad de que el daño se materialice y la magnitud de ese daño, por lo que Beauchamp y Childress proponen utilizar una tabla de contingencia 2x2 entre la probabilidad del daño (alta o baja) y la magnitud del daño (mayor o menor). Así, cuando el profesional considera que es altamente probable que se produzca una situación muy dañina, el peso de la obligación de no mantener la *confidencialidad* es máximo. Cuando la magnitud del daño es pequeña y la probabilidad de que se produzca también, obviamente, no habría justificación alguna para no respetar el deber de secreto. Los problemas surgen cuando estamos ante situaciones intermedias, es decir, cuando la magnitud estimada del daño se considera menos grave, aunque sea muy probable que se produzca o cuando el riesgo se considere muy grave, pero la probabilidad de que se produzca sea baja. En estos casos, Beauchamp y Childress consideran que el análisis de las circunstancias o particularidades del caso serán las determinantes de la decisión de mantener o no la *confidencialidad*.

Por tanto, los dilemas éticos relacionados con la *confidencialidad* no se traducen normalmente en obligaciones que no admiten excepciones, sino que las decisiones van a estar orientadas según los principios de *autonomía*, de *beneficencia* y de *justicia*, predominando más unos u otros dependiendo del caso en concreto. Estos principios, como sabemos, obligan siempre, pero en caso de conflicto, se jerarquizan a la vista de la situación concreta; no hay re-

glas que den prioridad a un principio sobre otro. Además, desde el punto de vista legal, según el artículo 20.5 del *Código Penal*, cuando entran en conflicto dos deberes, y la única manera de resolverlo es infringir uno de los dos (conflicto absoluto), en virtud del principio del interés preponderante (mal menor), el deber de rango inferior tiene que retroceder ante el de mayor valor. Por tanto, como ya hemos indicado anteriormente, el conflicto deberá resolverse por la vía de la interpretación y de la prudencia. Según expone Echeburúa (2002, citando a Subijana), en general, debe prevalecer el *secreto profesional* (derecho a la *intimidad* del ciudadano), puesto que el deber de denuncia es un deber genérico, salvo que entre en conflicto con bienes superiores (la vida o derechos fundamentales de otra persona)

Un tema polémico, al menos en EEUU, es el derivado del “caso Tarasoff”¹, es decir, la posible responsabilidad de los profesionales frente a terceras personas que no son nuestros usuarios y a quienes quizás ni siquiera conocemos en aquellos casos en los que un usuario nos revela una información creíble respecto a amenazas serias de daño a tales personas. Por el momento nuestro ordenamiento jurídico nos obliga a denunciar en los supuestos que hemos indicado anteriormente, pero no a advertir a las terceras personas que podrían ser potencialmente perjudicadas. Evidentemente, si esta situación acabara planteándose en nuestro entorno, es seguro que generaría posiciones encontradas, ya que nos otorgaría a los profesionales nuevos y discutibles roles: el de protectores o el de “policías”, como ha sugerido Bersoff (1999-b)

¹ Véase Beauchamp y Childress (1999), del Río (2005), o Everstine, Sullivan, Heiymann, True, Frey, Jonson y Seiden (1999)

Algunos profesionales discrepan de esa opinión mayoritaria respecto a que el carácter confidencial de las comunicaciones con sus usuarios deba ceder en la medida de que la revelación sea esencial para evitar el daño al propio usuario o a otros y, consecuentemente, son reacios a violar ese deber. Fundamentan su opinión en que la *confidencialidad* es esencial para tratar con eficacia a sus usuarios y que, en el caso de violarla, se podría perjudicar gravemente el tratamiento. Entre otros aspectos, siguiendo la exposición de Beauchamp y Childress (1999) sobre estas opiniones discrepantes, porque muchas personas, potencialmente violentas, pero susceptibles de tratamiento, se negarían a buscarlo; otros se sentirían inhibidos para realizar las revelaciones necesarias para un tratamiento efectivo y, además, porque forzar al profesional a violar la confianza del paciente destruiría la relación interpersonal mediante la cual el tratamiento se realiza.

Ante la duda de si denunciar o no, salvo que sea un caso de extrema urgencia, una medida de precaución, como hemos indicado anteriormente, sería la consulta con otros colegas o con la Comisión Deontológica del colegio profesional valorando en cualquier caso todas las circunstancias, la legislación y toda la documentación deontológica aplicable². En estos casos, podríamos acogernos al artículo 65: “*Cuando un Psicólogo se vea en el conflicto de normas adversas, incompatibles, ya legales, ya de este Código Deontológico, que entran en colisión para un caso concreto, resolverá en conciencia, informando a las distintas partes interesadas y a la Comisión Deontológica Colegial.*” No obstante, acogernos a este artículo no nos eximirá de la posi-

ble responsabilidad legal en la que, en un caso determinado, pudiéramos incurrir. De cualquier forma, nuestra decisión probablemente será valorada y tenida en cuenta por el tribunal si somos capaces de argumentar sólidamente las razones que nos llevaron a tomarla.

Obviamente, la justificación del establecimiento de límites para la *confidencialidad* es uno de los temas que precisaba urgente modificación en nuestro Código, ya que, en este tema, necesita ser puesto en consonancia con la actual legislación y con las normas éticas establecidas para el marco europeo (Meta-Código de la EFPA, 2005). En el Meta-Código sí se contempla la obligación de revelar información cuando así lo exija la Ley y para proteger al cliente o a terceras personas, aunque hace referencia a la obligación de proporcionar sólo aquella información que sea relevante para el asunto en cuestión, manteniendo la *confidencialidad* de cualquier otra información. En esa misma línea se encuentra lo hasta ahora dispuesto en el Proyecto de nuevo Código.

Información a los usuarios sobre los límites de la Confidencialidad

Ya hemos expuesto que no podemos garantizar la *confidencialidad* absoluta a los que son usuarios de nuestros servicios. Obviamente, esta circunstancia debe ser comunicada a éstos al inicio de la relación. Como indican Joseph y Onek (2001) es comprensible que los profesionales sean reacios a comenzar una consulta con una conversación sobre los límites de la *confidencialidad*, pero si se retrasa esa conversación aunque sólo sea por un breve periodo de tiempo, puede ocurrir que se nos confíe una información que, posteriormente, nos veamos obligados a revelar y que resulte perjudicial

² Véase Bermejo, del Río, Díaz et al. (2004)

para el usuario. Evidentemente, una vez que éste conoce los límites de la *confidencialidad* según la Ley, es libre de proporcionar o no determinadas informaciones pero, en el caso de que se decida a contarnos algún hecho o situación de ese tipo (v.g., que está abusando sexualmente de un menor, está haciendo planes para asesinar a su pareja, etc.), tendrá conocimiento de antemano de que estaremos obligados a notificarlo ante las instancias legales oportunas. Por tanto, es conveniente que informemos a los usuarios en el proceso de *consentimiento informado*. Hare-Mustin *et al.* (1999), sugieren que el momento óptimo para proporcionar esa información es al final de la primera entrevista, salvo que éstos hayan acudido en una situación de crisis o estén profundamente alterados. En estos casos, debemos sopesar la necesidad de apoyo inmediato y alivio. Sin embargo, aunque la información se posponga por varias sesiones, en cuanto el usuario esté condiciones de recibirla, se deberá proporcionar.

Algunos dilemas

Dilema 1

Una alumna de 16 años entra en el despacho del psicólogo de su instituto con una enorme angustia, se pone a llorar, y lo primero que dice es que *"no quiero que nadie se entere de lo que me pasa, y menos en mi casa"*. Después de un período de tanteo se decide a hablar y comenta que tiene miedo de estar embarazada pues tiene un retraso de diez días en su menstruación y *"si estoy embarazada voy abortar como sea"*. A lo largo de la entrevista se conoce que mantiene relaciones sexuales de riesgo, pues ni ella ni su pareja usan ningún método anticonceptivo, aunque tampoco mantienen relaciones sexuales con otras personas.

Adaptado de Lozano (2002)

Obviamente, con el objeto de animar una comunicación abierta y fomentar la confianza durante la intervención, los psicólogos solemos asegurar a nuestros usuarios adolescentes que mantendremos la *confidencialidad*. No obstante debemos informarles también de los límites a pesar del temor de que, a partir de ese momento, el adolescente no revele u oculte información durante la intervención, incluso que la abandone o que ésta situación sea causa de un posterior rechazo a buscar cualquier otro tipo de ayuda psicológica. Por otro lado, al mismo tiempo que nos debatimos entre la necesidad de mantener la relación terapéutica (respetando los deseos de *confidencialidad* del menor) o de informar de una situación de riesgo de la que pudiéramos haber tenido conocimiento, podemos estar siendo presionados por parte de los padres para que les revelemos todo lo que su hijo/a nos ha manifestado. Estos problemas nos conducen a que debemos plantear una discusión franca y completa sobre los *límites de la confidencialidad* al inicio de la relación profesional, durante el proceso de *consentimiento informado* (Melton, Ehrenreich y Lyons, 2001; França-

Tarragó, 2001; Sullivan *et al.*, 2002) Los psicólogos debemos establecer previamente qué conductas específicas garantizarían la ruptura de la *confidencialidad* en un proceso de discusión en el que estuviesen involucrados el usuario adolescente y sus padres (si es menor de 16 años) debiendo asegurarnos de que todos hayan comprendido los *límites de la confidencialidad*. Incluir esta información en el formulario de *consentimiento informado* que será firmado por los padres y el adolescente puede servir también para evitar malos entendidos posteriores (Rae, 2001)

En el caso expuesto, el primer paso es identificar el dilema que se nos plantea, en este caso, la colisión del deber de mantenimiento de la *confidencialidad* con una menor “madura” de 16 años cumplidos frente a la obligación de evitar situaciones que puedan suponer un riesgo para la menor (aborto clandestino)

Para poder resolver este dilema es necesario que conozcamos, además de la legislación general expuesta anteriormente, algunos aspectos específicos. La *Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, en su artículo 9 sobre los límites del *consentimiento informado* y el *consentimiento por representación*, en su apartado 3, es rotunda al afirmar que “*Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente*”. Además en su

apartado 4, indica que “*La interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación*”. Consecuentemente, esta Ley otorga a los menores a partir de los 16 años capacidad plena para consentir, excepto en los tres supuestos indicados, entre ellos, el tema que nos ocupa: la interrupción voluntaria del embarazo. Esto es de vital importancia ya que en el caso de esta chica, si se confirma el embarazo y mantiene su empeño en abortar sin comunicárselo a sus padres, tendría que ser necesariamente un aborto clandestino, ya que un aborto legal sólo sería posible a partir de los 18 años cumplidos o con la autorización de sus padres o representantes legales. El aborto clandestino, obviamente, supone un riesgo para la salud por lo que nos coloca en una complicada situación ante el deber ético y legal de mantenimiento de la *confidencialidad* (más aún cuando, en este caso, la chica ha expresado de forma explícita su deseo de no informar a los padres)

¿Qué deberíamos hacer?³ En primer lugar, parece prudente que no realicemos acciones encaminadas a resolver el problema principal hasta que no se confirme el embarazo, pero mientras tanto, y aún en el caso de que éste no se confirmara, podremos ejercitar algunas actividades compatibles con la situación conocida, es decir, con las relaciones sexuales de riesgo que mantiene

³ Para este caso exponemos las conclusiones definitivas a las que llegaron los alumnos tras seguir el proceso completo de toma de decisiones éticas en un Curso sobre ética profesional impartido en la Universidad de Sevilla (por motivos de espacio, no exponemos los cursos de acción que se desecharon por considerarse inadecuados en el análisis de los posibles riesgos tanto a corto como a largo plazo).

la chica con su pareja, todo ello teniendo en cuenta que en el artículo 162.1 del Código Civil, se limita la representación legal de los padres en “*Los actos relativos a derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las Leyes y con sus condiciones de madurez, pueda realizar por sí mismo*”. Es decir, los derechos de personalidad (entre ellos el derecho a la salud, el derecho al ejercicio y el uso de la sexualidad) tratándose de un menor maduro, no pueden ser objeto de patria potestad. Consecuentemente, no estamos obligados a informar a los padres sobre las relaciones sexuales de la hija pero sí podemos -y debemos-, trabajar con ella sobre las relaciones de riesgo bien nosotros mismos, si tenemos la competencia suficiente para ello, o bien derivándola a un Centro de Planificación Familiar donde podrían informarles (a la chica y su pareja) sobre prácticas sexuales seguras, su situación legal y los riesgos de

un aborto clandestino. Los demás cursos de acción seleccionados, una vez confirmado el embarazo, van encaminados a conseguir que sea la propia menor quien informe a los padres o nos autorice para que podamos hacerlo nosotros (en ese caso no tendríamos que violar nuestro deber de mantenimiento de la *confidencialidad*) Las alternativas de comunicación viables pueden ser variadas, dependiendo del caso, por ejemplo, utilizar alguna persona de confianza de la menor que actuase como mediadora entre ella y los padres, informar en primer lugar a la madre o a una hermana, etc. y luego con ella abordar la comunicación al padre, hacerlo en una situación entrenada previamente en nuestra consulta, etc. Únicamente, en el caso de que la chica no aceptara ninguna de las alternativas propuestas y estuviera considerando seriamente la alternativa del aborto clandestino, y en orden de evitar un previsible riesgo para su salud, tendríamos que informar a los padres.

Dilema 2

El señor A pidió ver a un terapeuta en una Clínica de Enfermedades de Transmisión Sexual después de recibir resultados positivos en la prueba de VIH. No presenta síntomas.

El terapeuta informó al señor A sobre la probabilidad de desarrollar la enfermedad en los siguientes 5 años, el curso típico de la enfermedad, y su probable resultado. Posteriormente le explicó que él podía contagiar a otros a través del contacto sexual, compartiendo agujas, o donando sangre. El terapeuta le informó al señor A sobre el “sexo seguro” y sobre lo que podía hacer para proteger a sus compañeros sexuales frente a un posible contagio.

En ese punto el señor A le confesó al terapeuta que era bisexual y que creía que había contraído el virus durante uno de sus contactos homosexuales. Prosiguió diciendo que había tomado la decisión de discontinuar sus actividades homosexuales y que recientemente se había comprometido. El terapeuta le aconsejó al señor A. que informara a su prometida sobre su diagnóstico y nuevamente le advirtió sobre el riesgo de transmitir el virus. El señor A se negó a hacerlo, diciendo que esto destrozaría sus planes de matrimonio.

Adaptado de Morrison (1999)

En este caso proporcionado por Morrison (1999), el terapeuta también se encuentra ante un dilema ético ya que su responsabilidad de mantener la *confidencialidad* está poniendo en un grave riesgo a una tercera persona, la novia del paciente. Este problema, al igual que otros de índole parecida, no tiene una solución fácil. Según sugiere Morrison (1999): *“La situación ideal sería que el terapeuta fuera capaz, en un corto tiempo, de persuadir al señor A para que informe a su novia sobre los resultados de sus pruebas. Al fallar este intento, el terapeuta debería convencer a su cliente de practicar “sexo seguro” mientras considera la posibilidad de revelar su estado de VIH a su novia. Finalmente, debería consultar el tema con colegas, con médicos y con consejeros legales antes de tomar cualquier medida”* (pp. 210-211)

Al hilo de este caso, comentaremos otra situación que puede plantear conflictos. Se trata de cuando se produce el fallecimiento de un paciente y el profesional es conocedor de alguna información que podría suponer un posible riesgo para sus familiares o allegados. Por ejemplo, consideremos que el señor A (del caso referido anteriormente), fallece repentinamente a consecuencia de un accidente, ¿estaríamos obligados a advertir a la novia de la condición de seropositivo del fallecido? Nuestra legislación, concretamente, en el apartado 4 del artículo 18 de la Ley 41/2002, *Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica* establece: *“Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el*

fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. En cualquier caso el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros”.

Teniendo en cuenta lo establecido en el artículo mencionado, la necesidad de incluir en el proceso de *consentimiento informado* la cuestión de si el cliente desea, en el hipotético caso de que se produzca su fallecimiento, que sus familiares tengan acceso a su Historia Clínica (y su respuesta quede debidamente acreditada), parece que tendrá que convertirse en una realidad. Lo dispuesto en nuestro Código, en su artículo 49: *“El fallecimiento del cliente, o su desaparición –en el caso de instituciones públicas o privadas- no libera al psicólogo de las obligaciones del secreto profesional”* tendrá que ser ajustado, aunque el comentado artículo 18.4, prescribe claramente que *“En cualquier caso el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes”*.

Finalmente comentaremos otro de los dilemas éticos cuya resolución requiere extrema prudencia y delicadeza. Se trata de determinar una respuesta apropiada frente al conocimiento de la intención de suicidarse de un usuario. Como indica Morrison (1999), los profesionales de la salud mental tradicionalmente han aceptado la responsabilidad ética y legal frente a la prevención de un suicidio. Generalmente se utilizan medidas preventivas que van desde la persuasión hasta la hospitalización involuntaria del paciente en un centro psiquiátrico,

poniendo sobre aviso a los familiares para tomen las medidas oportunas en orden a proteger su vida. Sobre este tema se ha originado una fuerte controversia, fundamentalmente en torno a lo que Szasz (1986) ha llamado “intervenciones coercitivas”, en las que no se obtiene el consentimiento del paciente para revelar esa información y, por tanto, el terapeuta rompe la *confidencialidad* unilateralmente. La cuestión central en este tema está en la consideración de la capacidad del individuo para tomar una decisión “racional y competente” frente a suicidarse, actitud defendida por algunos profesionales.

No obstante, los psicólogos debemos considerar las obligaciones legales respecto a la necesidad de impedir daños contra las personas aunque, en este caso, el daño sea autoinfringido. Por otro lado, aunque un profesional vea el suicidio como una elección “racional” del cliente, ayudarlo a morir (aunque esté en una situación de enfermedad terminal), no está permitido por nuestro ordenamiento jurídico y habría poca discusión respecto a las responsabilidades legales que este hecho implicaría para el profesional.

Bibliografía

- American Psychological Association (APA) (2002) Ethical principles of psychologists and code of conduct. <http://www.apa.org/ethics>
- Associação dos Psicólogos portugueses (APPORT) (1995) Principios Éticos. http://www.snp.pt/osindicato/documentos_files/030301principdeont.htm
- Beauchamp, T. L. y Childress, J. F. (1999) Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson.
- Bermejo, V., del Río, C., Díaz, R. et al. (2004) Ética y deontología para psicólogos. Madrid: COP
- Bersoff, D. N. (1999-a) Confidentiality, privilege, and privacy (pp. 149-150) En D. Bersoff (Ed.) Ethical conflicts in Psychology. Washington: APA.
- Bersoff, D. N. (1999-b) Therapists as protectors and policemen: New roles as a result of Tarasoff (pp. 165-167) En D. Bersoff (Ed.) Ethical conflicts in Psychology. Washington: APA.
- Bloch, S., Chodoff, P. y Green, S. (2001) La ética en psiquiatría. Madrid: Triacastela.
- Canadian Psychological Association (2000) Canadian Code of Ethics for Psychologists. <http://www.cpa.ca/code2.html#conflits>
- Código Penal (LO 10/1995 de 23 de noviembre)
- Colegio Oficial de Psicólogos (COP) (1987) Código Deontológico del Psicólogo. <http://www.cop.es>
- Constitución Española de 27 Diciembre 1978 (B.O.E. nº 311, de 29 diciembre, 1978)
- Del Río, C. (2005) Guía de ética profesional en psicología clínica. Madrid: Pirámide.
- Del Río, C., Borda, M. y Torres, I. (2003) Valoración de los estudiantes de Psicología sobre la ética de algunas prácticas de los terapeutas. Psicología Conductual, 11, 261-281.
- Echeburúa, E. (2002) El secreto profesional en la práctica de la Psicología clínica y forense: alcance y límites de la confidencialidad. Análisis y Modificación de Conducta, 28, 498-504.
- European Federation of Psychologists Associations - EFPA- (1995) Metha Code of Ethics. <http://www.efpa.be> (versión en castellano en: Alcalde, M. J. y del Río, C. (2001). “Metacódigo de ética de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA): Traducción y adaptación al castellano”. Infocop, 80, 36-39) y en Bermejo, V., del Río, C., Díaz, R. et al. (2004) Ética y deontología para psicólogos. Madrid: COP)
- European Federation of Psychologists Associations - EFPA- (2005) Metha Code of Ethics. <http://www.efpa.be>
- Everstine, L., Everstine, D. S., Heiyman, G.M., True, R.H., Frey, D.H., Jonson, H.G. y Seiden, R.H. (1999) Privacy and confidentiality in psychotherapy (pp. 162- 164) En D. Bersoff (Ed.) Ethical conflicts in Psychology. Washington: APA.
- França-Tarragó, O. (2001) Ética para psicólogos (3ª ed) Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gustafson, K. E. y McNamara, R. (1999) Confidentiality with minor clients: Issues and guidelines for therapists (pp. 200-204) En D.M., Bersoff: Ethical conflicts in psychology. (2nd Ed.; pp. 521-524) Washington, D.C: APA.
- Haas, Malouf y Mayerson (1999) Ethical dilemmas in psychological practice: results of a national survey. En

- D.M., Bersoff: Ethical conflicts in psychology. Washington, D.C: APA.
- Hadjistavropoulos, T. y Malloy, D. C. (2000) Making Ethical Choices: A Comprehensive Decision-Making Model for Canadian Psychologists. *Canadian Psychology*, 41, 104-115.
- Hare-Mustin, R. T., Maracek, J., Kaplan, A.G. y Liss Levinson, N. (1999) Rights of clients, responsibilities of therapists (pp. 341-345) En D.N. Bersoff (Ed) Ethical conflicts in Psychology. Washington: APA.
- Holmes (2001) Aspectos éticos de las Psicoterapias. En S. Bloch, P. Chodoff y S.A. Green (Ed.) La ética en psiquiatría. Madrid: Triascatela.
- Joseph, D.I. y Onek, J. (2001) La confidencialidad en Psiquiatría. En S. Bloch, P. Chodoff y S.A.Green (Eds.) La ética en Psiquiatría. Madrid: Triascatela.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, modificada en lo que al tema que nos ocupa por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley Orgánica (LO) 1/1982 de Protección Civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen de 2 de mayo 1982.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- Ley Orgánica 1/1996, de Protección Jurídica del Menor.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.
- Ley de Enjuiciamiento Criminal.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.
- Lozano, L. (2002) Dilemas éticos en el trabajo con menores. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis*, 24, 41-57.
- Melton, G. B., Ehrenreich, N. S. y Lyons, P. M. (2001) Ethical and legal issues in mental health services for children. En C. E. Walker y M. C. Roberts (Eds.) Handbook of clinical child psychology (3rd ed., pp. 1074—1093) New York: Wiley.
- Morrison, C.F. (1999) AIDS: Ethical implications for psychological intervention (pp. 209-212) En D. Bersoff (Ed.) Ethical conflicts in Psychology. Washington: APA.
- Pope, K. D., Tabachnick, B. G. y Keith-Spiegel, P. (1987) Ethics of Practice: The Beliefs and Behaviors of Psychologists as therapists. *American Psychologist*, 42, 993-1006.
- Pope, K. S. y Vetter, V. A. (1992) Ethical Dilemmas encountered by members of the American Psychological Association: A National Survey. *American Psychologist*, 47, 397-411.
- Rae, W. A. (2001) Common teen-parent problems. En C. E. Walker y M. C. Roberts (Eds.) Handbook of clinical child psychology (3rd ed., pp. 621—637) New York: Wiley.
- Sullivan, T., Martín, W. L. y Handelsman, M. (1993) Practical benefits of an informed-consent procedure: An empirical investigation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 160-164.
- Sullivan, J. R., Ramirez, E., Rae, W. A., Peña, N. y George, C. A. (2002) Factors Contributing to Breaking Confidentiality With Adolescent Clients. A Survey of Pediatric Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 396-401.
- Szasz, T. (1986) The case against suicide prevention. *American Psychologist*, 41, 806-812.

Fecha de recepción: 29/07/2007
 Fecha de aceptación: 30/08/2007

Psicología y prevención de comportamientos de riesgo. El caso de la tenencia y uso de armas de fuego

Francisco Tortosa Gil y Cristina Civera Mollá

Cátedra MM-UVeG de Prevención de Riesgos en los Comportamientos Viales

resumen/abstract:

Desde los años 20 existe una tradición española en la aplicación de los conocimientos psicológicos a la prevención de conductas de riesgo. De hecho, una de sus dimensiones, la selección de conductores profesionales, define el primer rol profesional de intervención psicológica legalmente regulado en España. Desde la década de los años 30, sin ninguna interrupción y con independencia de los diferentes regímenes políticos, ha habido un modelo preventivo. Los protagonistas de la historia fueron, primero, los psicotécnicos en centros públicos, y luego los psicólogos en centros privados, la selección ha sido el hilo conector de lo que ha dado en llamarse el "Modelo Español" de Evaluación Preventiva. Su desarrollo en los últimos años ha sido espectacular, y áreas tan diversas como la selección de conductores, la acreditación de la aptitud psicofísica necesaria para tener y usar armas de fuego y para prestar servicios de seguridad privada, la acreditación de la aptitud psicofísica para el personal de vuelo y pilotos, o de las requeridas para obtener o renovar las titulaciones para el gobierno de embarcaciones de recreo, e incluso se ha llegado, en algunas autonomías, hasta los reconocimientos deportivos o el de la regulación de la tenencia de animales potencialmente peligrosos. El desarrollo del modelo coincide en una gran parte con el *boom* de la Ciencia Psicológica. Se justifican las razones que avalan el modelo, las dimensiones del problema y su utilidad para detectar problemas de salud en la población general.

Ever since the 1920s, Spain has traditionally applied psychological knowledge to the prevention of harassment. In fact, one of its dimensions –professional driver selection– defined the first legally regulated professional role of psychological intervention in Spain. It became a formal practice before an actual epistemic discipline even existed in the psychological scene. The story first featured psychotechnicians in public centres and then psychologists working in the private sector.

Its selection has been the link all along in the so-called "Spanish Model" of Preventive Assessment. To a great extent, the development of the model comes with the boom of Psychological Science in Spain. Current regulations on psycho-physical accreditation for firearm and use possession or for private security guards oblige all candidates to go to approved Private Centres for their psychological and physical check-up. This paper describes the basics of the model, its main features and dimensions, as well as the instruments accredited for assessment.

palabras clave/keywords:

Evaluación psicológica, rol profesional, modelo español de prevención, psicología de la seguridad, representación social, selección de usuarios de armas de fuego, control de armas

Psychological Assessment, professional profiles, firearms control, preventive Spanish model, tests, psychological safety, social roles

Introducción

Se cumplen nueve años de la publicación del Real Decreto 2487/98 por el que se regula la acreditación de la aptitud psicofísica

necesaria para tener y usar armas de fuego y para prestar servicios de seguridad privada. En aquel momento se consideró necesario actualizar el cuadro de enfermedades o

defectos que son causa de denegación de licencias y permisos de armas; el Real Decreto 2283/85, entonces vigente, tenía ya una antigüedad de 13 años, sin haber sido modificado ni revisado.

Desde entonces, en los Centros de Reconocimiento autorizados, se han venido aplicando estos criterios de aptitud. La experiencia acumulada hace ver que es necesaria una nueva actualización del cuadro de enfermedades e indicadores de riesgo, que deben ser evaluadas por los profesionales de la salud que trabajan en los Centros de Reconocimiento, así como de los procedimientos y tecnologías utilizadas en el proceso de exploración. Los continuos avances en la investigación (más general que específica) científico-tecnológica hacen necesario actualizar no sólo las causas de denegación de los permisos, sino también las causas restrictivas de los mismos.

La legislación que todavía está por venir no debería seguir siendo una mera generalización de la normativa de exploración de conductores, modelo desde el que nació cuando se reguló por primera vez, hace ya más de 20 años, las variables y criterios que habrían de tomarse en consideración para elaborar los preceptivos informes de aptitud psicofísica necesaria para tener y usar armas y para prestar servicios de seguridad privada. Deberá profundizarse en el planteamiento iniciado hace 10 años cuando se introdujeron cambios, entonces anclados en un primer programa de investigación específico que se desarrolló, financiado desde el Ministerio del Interior (Tortosa y cols., 1993-1995, 1994; 1997; Tortosa y Durán, 1996) en los años previos al desarrollo normativo.

Hoy, además, existe un acalorado debate público en el que se plasman estereotipos,

intereses económicos, ideologías y miedos respecto de la conveniencia de la posesión (y utilización) de armas de fuego. Es un deporte (incluso un deporte adaptado), es una práctica de coleccionismo, define un importante sector económico (España es un país exportador de armas y municiones), rellenan buena parte de las actividades de tiempo libre y ocio de muchas personas, incluso definen un conjunto de profesiones, y muchos las consideran garantes y salvaguarda de seguridad personal y familiar, de la ley y el orden, o de la integridad territorial. Pero, también los hay que piensan que su fácil posesión y su número no hacen sino favorecer la comisión de acciones que pueden entrañar riesgo, e incrementar la posibilidad de hacer daño (llegando a causar la muerte) a otras personas o a uno mismo. Y sin duda, como en tantas otras ocasiones, todos tienen razón. Para controlar el fenómeno y prevenir posibles excesos nació la normativa a la que hacíamos referencias más arriba.

El fenómeno tiene niveles de implantación y magnitud nacionales muy diferentes, pero, es prácticamente universal el sentimiento social de que la morbilidad y la mortalidad derivadas de su mal uso constituye uno de los grandes retos de salud social que han de afrontar las modernas civilizaciones, que tienen, por cierto, modelos violentos convertidos en héroes. No lo olvidemos, las armas, como los coches, son instrumentos de gran precisión y seguridad que utilizadas adecuadamente pueden producir placer o evitar delitos, pueden salvar vidas, pero, mal o descuidadamente guardadas, mantenidas y/o empleadas también pueden quitarlas.

Aquí encontramos la justificación última de esa normativa que obliga a cualquier

aspirante particular a la tenencia de armas a superar una exploración psicológica de sus aptitudes psicofísicas. Esa faceta del rol profesional del psicólogo vino a unirse a otras también regladas de la (hoy) llamada “Psicología de la Seguridad” (Hoyos, 1992) ayudando a conformar el hoy denominado “modelo español” de Prevención de Comportamientos que entrañan riesgos.

¿De qué estamos hablando?

Estamos hablando de una problemática que tiene unas magnitudes preocupantes. Pero, esencialmente, nos preocupa el problema personal, familiar y social derivado del erróneo, descuidado o malintencionado uso de las armas de fuego.

Y es que, la presencia y, en consecuencia, el fácil acceso a las armas de fuego incrementa el riesgo de su mala utilización, por lo que la revisión preventiva de quienes disponen del permiso para tenerlas (y utilizarlas) parece necesario. Estudios internacionales recientes muestran que tener un arma de fuego en el hogar aumenta el riesgo general de que algún miembro de la familia sea asesinado en un 40 por ciento; y en el caso de las mujeres en concreto este riesgo casi se triplica (Campbell y cols., 2003). Los datos parecen mostrar que la disponibilidad de armas de fuego, el conocido “efecto arma” (Berkowitz y LePage, 1967) hace mucho más probable su intervención, y ésta, a su vez, hace mucho más probable que una posible agresión tenga consecuencias mortales, o cuanto menos muy graves.

Hablamos, pues, de un riesgo común que acontece en todos los países, pero que se intenta atajar o, al menos, controlar, de maneras muy distintas. En la Unión Europea no se alcanzan cifras tan espectaculares como las de EEUU o algunos países ibero-

americanos, africanos o asiáticos, pero los datos ponen cada vez más de manifiesto la importancia de la mortalidad relacionada con las armas.

Actualmente (Fuente: Intervención Central de Armas y Explosivos, en Anuario Estadístico, Ministerio del Interior) el número de licencias, y el de armas de fuego que éstas amparan, no mantiene un equilibrio. El número de armas de fuego, y en su caso de licencias, comenzó a crecer de forma considerable y prácticamente interrumpida en España desde los años 80. Esas tendencias paralelas se desequilibraron a mediados de los años 90, el número de armas siguió creciendo, mientras el número de licencias disminuía, salvo en el tipo D (arma larga rayada, caza mayor) y un repunte muy reciente del B (arma corta particular, defensa personal). Hoy, el arsenal (controlado) que está en manos particulares (Tipos B, C, D, E y F) excluyendo el Tipo A (Ejército y FFAA., Policía y Personal de Aduanas) supera los tres millones.

Si abandonamos las magnitudes y nos centramos en las consecuencias negativas, se puede apreciar que, en España, durante el periodo 1990-2005 (Fuente INE, 2007) 5.587 personas han perdido la vida, accidental o intencionadamente, por lesiones infligidas por armas de fuego; un promedio de 349 personas/año (estimación, por cierto, muy conservadora). Entre ellos un absoluto predominio de hombres, especialmente jóvenes, sobre mujeres en todas las categorías de causas de muerte con arma de fuego, y ello pese a que la población española es mayoritariamente femenina.

Cuando hablamos de “accidentes”, los grupos con mayor incidencia son los de “jóvenes” y “adultos jóvenes” seguidos por los adultos entre 45 y 55 años. En lo referente

a “suicidios”, de nuevo la frecuencia más alta la presentan los jóvenes entre 20 y 24 años, seguidos por los adultos entre 40 y 44 años y los mayores de 60 años. Si, por el contrario, atendemos a los “homicidios” es el grupo entre 30 y 35 años el que presenta mayor número de defunciones, seguido por los grupos de edad de 40-44 y 50-54.

Aunque el problema de mortalidad por armas de fuego no alcanza la magnitud de otras problemáticas como puedan ser los accidentes de tráfico, los datos presentados, en especial los que hacen referencia al alto riesgo de defunción por esta causa de los segmentos de población más jóvenes (con el elevado índice de APVP que ello implica) así como ese angustiante promedio de defunciones por año, son suficiente para justificar la necesidad de incrementar y mejorar el control sobre los tenentes y usuarios particulares de armas.

El “modelo español” de Prevención de Comportamientos que entrañan riesgos

El Anexo I del Real Decreto 2283/85, por el que se regulaba la emisión de los informes de aptitud necesarios para la obtención de licencias, permisos y tarjetas de armas, establecía las causas de restricción y/o denegación. Entre aquellas causas había algunas que afectaban a lo que podría denominarse “Estado Mental” (fundamentalmente psicopatologías) pero también otras de orden más aptitudinal, incluso se abría una puerta genérica a la consideración del especialista cuando se afirmaba que cualquier “enfermedad, lesión o secuela no incluida entre las anteriores, por su gravedad actual, evolución o pronóstico previsible durante el periodo de validez, aconsejen la denegación de la licencia o del permiso de uso de armas de fuego”.

La ambigüedad propia de la redacción del RD original no fue eliminada por los primeros desarrollos normativos. Es cierto que aparecieron otros dos Reales Decretos, el 137/1993 por el que se aprobaba el reglamento de Armas, y el 2364/1994 que hacía lo propio con el Reglamento de Seguridad Privada. De hecho, esa ambigüedad provenía de la inexistencia de un modelo previo, lo que había llevado a adaptar, sin investigación propia, el probado y sexagenario modelo de conductores (Tortosa y cols., 1989, 1993, 1995; Ozcoidi, 2001; Tortosa y Montoro, 2002, Serra y Tortosa, 2003) y ello en todas las áreas de actuación profesional.

Hubo carencias importantes de investigación específica que abordara y sustentara la intervención de los psicólogos en esta área, situación que pronto comenzó a cambiar. El Ministerio del Interior, responsable de las competencias relativas a la obtención de licencias y tarjetas de armas así como de regular los temas de seguridad privada, en colaboración con la Asociación Nacional de Centros de Reconocimientos Médico Psicológicos Privados y el Colegio Oficial de Psicólogos (Junta Estatal) encargó a un grupo de investigadores de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia, bajo la dirección del profesor Tortosa, el Proyecto “Determinación de las variables y criterios psicológicos para la obtención del permiso de armas” (Tortosa y cols., 1993-1995, 1994; 1997; Tortosa y Durán, 1996) con el objetivo de evaluarlo posteriormente y, en su caso, legislar a partir de sus resultados. El proyecto se llevó a acabo entre 1993 y 1996, fue evaluado en 1997, y se produjo un importante cambio normativo en 1998 (Real Decreto 2487/1998, de 20 de noviembre)¹.

¹ Le siguió un período de investigación psicotecnológica del que surgieron dos nuevas pruebas adaptadas a la nueva normativa: La Escala de personalidad EAE (Durán y cols., 2001) y la Batería TDA-01, que recogía nuevas

Aquel desarrollo legal, basado por primera vez en una investigación específica, es el actualmente vigente. Establece que deben someterse al examen médico-psicológico todos aquellos que pretendan obtener o renovar cualquier licencia o autorización de tenencia y uso de armas, así como quienes aspiren a obtener la habilitación necesaria para prestar servicios de seguridad privada o para continuar su prestación, como vigilantes de seguridad o como guardas particulares del campo en sus distintas modalidades.

Las pruebas serán practicadas por un Centro de Reconocimiento debidamente autorizado, radicado en la provincia de domicilio del solicitante, aplicando el cuadro de enfermedades y deficiencias contenido en los apartados XIII y XIV del Anexo del RD 2487/1998 de 20 de noviembre, que serán causa de denegación o de adaptaciones, restricciones y otras limitaciones en la obtención o prórroga del permiso o licencia para tener o usar armas, o para prestar servicios de seguridad privada.

El artículo 3 señalaba que las pruebas de aptitud psicofísica tendrían por objeto comprobar que no existe enfermedad o deficiencia alguna que pueda suponer incapacidad para tener o usar armas, o para prestar servicios de seguridad privada, asociada con: la capacidad visual o auditiva, el sistema locomotor, el sistema cardiovascular, trastornos hematológicos, sistema renal, enfermedades ginecológicas, sistema respiratorio, sistema endocrino, sistema neurológico, infecciones, problemas dermatológicos, trastornos mentales y de conducta, dificultades perceptivo-motoras, de toma de decisiones y problemas de personalidad; así como “cualquier otra afección, trastor-

no o problema, no comprendidos en los párrafos anteriores, que puedan suponer una incapacidad para tener o usar armas o para prestar servicios de seguridad privada.”

La normativa vigente relativa a la prevención de comportamientos de riesgo que, además, se había venido ampliando, delimitaba legalmente los perfiles de un auténtico rol profesional (Toledo, Montoro y Civera, 2005) y así, el Colegio Oficial de Psicólogos aquel mismo año definió, junto a otros roles, el perfil profesional en “Psicología del Tráfico y de la Seguridad” (COP, 1998)

¿Es válido el modelo?

Creemos que sí, si la intervención se ajusta a la legalidad y al protocolo de actuación básico. Estamos hablando de una intervención profesional en la que pueden distinguirse dos niveles de actuación, uno básico y otro específico. En este punto, nadie debe olvidar que la exploración básica sigue las directrices que distinguen a los métodos de despistaje o *screening*, ya que se aplica a muchas de personas, su protocolo de aplicación descansa sobre una ejecución sencilla y ágil, con un costo económico libre (pero bajo) y reproducible, con los profesionales y el instrumental apropiado, en cualquier lugar y momento.

Si ninguno de los profesionales encuentra indicio alguno de patologías o deficiencias restrictivas en ese primer nivel del reconocimiento, se podrá emitir el informe definitivo, en este caso de “Apto”. Si, por el contrario, cualquiera de los profesionales detecta o descubre indicios que hacen sospechar la “simulación” o la presencia de patologías o deficiencias que puedan limitar la capacidad de mantener y/o utilizar armas de fuego, se deberá pasar a un segundo

pruebas de aptitud psicológica para tenencia y uso de armas de fuego y seguridad privada (Montoro y cols., 1999, 2000)

nivel de intervención, una exploración específica. En este caso, la evaluación es más compleja y profunda, incluso en ocasiones puede ser necesario recurrir a fuentes de información externas al Centro de Reconocimiento. Los resultados de la evaluación específica, junto con los datos externos si se hubieren requerido, permitirán al profesional o profesionales realizar una nueva valoración, y en base a ella emitir un informe final.

El modelo define perfectamente la actuación de los profesionales, y el protocolo está claro y viene funcionando con normalidad. Los estudios de satisfacción entre usuarios muestran unos niveles más que aceptables (Serra, 2003) y los Gobiernos continúan apostando por trabajar, fundamentalmente de manera preventiva, sobre eso que genéricamente se llama “factor humano”. Y, pese a todo esto, continuamente, sobre todo en los medios, se manifiestan dudas sobre la eficacia del modelo.

Sin entrar en casos concretos, denunciados por la Administración a partir de su legítima acción de inspección, creemos que hay razones de peso que avalan el modelo. Entre ellas las siguientes:

- (1) Más de 100 años de ciencia y práctica psicológica rigurosa y eficaz, tanto fuera de España, donde se define una auténtica tradición europea (Tortosa, Barjonet, Civera y Montoro, 2003) como dentro de España (Carpintero, 2004)
- (2) Casi 100 años de existencia como modelo, superando casi todos los modos posibles de gobierno (Tortosa y cols., 2001)
- (3) Subyace a las actuaciones profesionales una buena formación curricular de base (Santolaya, Berdullas y Fernández-Hermida, 2002)

(4) Existe ya un perfil profesional social y laboralmente reconocido, el de “Psicólogo del Tráfico y de la Seguridad” (COP 1998)

(5) Se han desarrollado pruebas específicas tanto de Toma de Decisiones, como de personalidad.

(6) En las revisiones aparece una destacable investigación (no siempre conocida y/o tenida en cuenta) científica y (psico)tecnológica en Seguridad (Prieto, Fernández-Ballesteros y Carpintero, 1994; Fernández, 2002)

(7) La magnitud de las cifras expuestas más arriba define un auténtico problema de salud pública, y como tal exige un modelo sanitario como el vigente, que va desde la educación para la salud, la prevención primordial, hacia una cultura de la seguridad y la salud.

¿Detecta problemas de salud?

La evolución de la normativa no ha hecho sino potenciar el papel de los Centros de Reconocimiento como unidades preventivas de problemas de salud, ya que anualmente *chequean* a más de tres millones de españolas y españoles que aspiran a realizar conductas que entrañan riesgos. Es más, la obligada periodicidad de la renovación de los permisos y licencias, lleva a que toda la población que ha tenido o tiene en vigor (además de a los que a ello han aspirado) un permiso de conducir y/o una licencia de armas haya debido efectuar algún reconocimiento, en muchos casos varios de ellos, en alguno de los centros existentes. Esa acción preventiva sin duda les ha llevado a contribuir decididamente en el nivel de bienestar social general.

Nuestro propios datos lo avalan. Hemos podido investigar en varios centros vinculados

a la CREME (Federación de Asociaciones de Centros de Reconocimientos Médicos)² accediendo a una muestra de 3.484 personas aspirantes a la obtención o renovación de permisos y licencias de armas y seguridad privada, explorados en 2004 y 2005. Un 69% obtuvieron el informe de "Aptos", detectándose problemas de salud que obligaron a acortar los tiempos de vigencia o a acudir a especialistas, en prácticamente una de cada tres de las personas exploradas. Siete de cada mil personas exploradas para la obtención o renovación de permisos y licencias de armas o de seguridad privada fueron declaradas "No aptas" por razones diversas.

La mayor prevalencia desde una perspectiva médica se encontró en deficiencias sensoriales (visión y audición), enfermedades cardiovasculares, disfunciones motoras y enfermedades metabólicas (diabetes). En el caso de los ámbitos de competencia del psicólogo fueron los trastornos por sustancias (sobre todo por consumo excesivo de alcohol) los deterioros cognitivos y psicomotores, los trastornos de ansiedad y otros trastornos de conducta y de la personalidad.

En definitiva, cumplen con su cometido, previenen, detectan problemas de salud desconocidos en muchos casos para quienes los que los padecían y, por tanto, mejoran los niveles de salud de la población general. Además, se están ofreciendo valoraciones de "No Apto" con lo que se aparta del uso de armas a personas que en caso contrario dispondrían de ellas. Cumplen, pues, satisfactoriamente, sus objetivos, que

no son los de apartar de la tenencia y uso de armas a muchos y muchas, sino sólo a quienes no están capacitados para esa actividad de riesgo. Insistimos en ello, el objetivo de la normativa no es impedir, es conseguir que quienes posean armas de fuego utilicen su permiso con seguridad, responsabilidad y control. Para ello, establece una acción evaluadora sobre ciertos requerimientos: condiciones físicas, destrezas psicomotoras, adecuado nivel intelectual, equilibrio y uso racional de todo ello, psiquismo sin factores disposicionales adversos, ...

Una acción evaluadora siempre difícil, ya que el ser humano no es un organismo pasivo que emite respuestas automáticas ante estímulos de un entorno, sino que es una persona que construye sus situaciones y las dota de sentido, valor y niveles de riesgo, y que, para conseguir sus objetivos, es capaz incluso de mentir y/o simular. Una acción evaluadora para la que los psicólogos están adecuadamente formados.

Bibliografía

Berkowitz, L. y LePage, (1967) Weapons as aggression-eliciting stimuli. *Journal of Personality and Social Psychology*, 7, 202-207.

Campbell, J. C. et al. (2003) Risk Factors for Femicide in Abusive Relationships: Results From a Multisite Case Control Study, *American Journal of Public Health*; 93, 1089-1097.

Carpintero, H. (2004) Historia de la Psicología en España. Madrid: Ediciones Pirámide.

Colegio Oficial de Psicólogos (1998) Perfiles profesionales del psicólogo. Madrid. Colegio Oficial de Psicólogos.

CREME FEDERACION. Federación de Asociaciones de Centros de Reconocimientos Médicos. creme@cremefederacion.net

Durán, R.; García, E.; García, J.; Martínez, M. y Martínez, R. (2001): EAE Escala de Personalidad. Madrid: EOS.

² Gabinete Psicotécnico HU-1 HUESCA, M. Ozcoidi y R. Sanz, Centro de Reconocimiento Médico Psicológico TECSALUD, Palma de Mallorca, B. Calvo y T. Tarrasa. Centro Médico Barberá, Barberá del Vallés BARCELONA, J. Serra.

Fernández, J. (Ed.) (2002): Líneas de investigación en la psicología española (1989-1998). 1ª Parte. Papeles del Psicólogo, Época III, nº 81.

Fernández, J. (Ed.) (2002): Líneas de investigación en la psicología española (1989-1998) 2ª Parte. Papeles del Psicólogo, Época III, nº 82.

Hoyos, C. (1992) A changed in perspective. Safety Psychology replaces the traditional field of accident research. The German Journal of Psychology, 16(1), 1-23.

Montoro, L., Tortosa, F., Sanmartín, J., Alonso, F., Molina, G., Pastor, J.C., Civera, C. y Esteban, C. (1999) Batería de Tests TDA-01. Pruebas de Aptitud Psicológica para Tenencia y Uso de Armas de Fuego y Seguridad Privada. Valencia: NAU Libres.

Montoro, L., Tortosa, F., Sanmartín, J., Alonso, F., Molina, G., Pastor, J.C., Civera, C. y Esteban, C. (2000) Batería de Tests TDA-01. Pruebas de Aptitud Psicológica para Tenencia y Uso de Armas de Fuego y Seguridad Privada. En Asde Operator: La evaluación psicológica mediante los equipos normalizados Driver-Test. Pruebas de aptitud perceptivo-motoras para conductores y portadores de armas de fuego. Valencia. General Asde S.A.

Ozcoidi, M. (2001) Historia de los informes psicofísicos para conductores en Huesca (231-287). En: 100 años del Permiso de Conducción en España. Recopilación de trabajos Premiados, tomo I, Dirección General de Tráfico. Madrid.

Prieto, JM, Fernández-Ballesteros, R., y Carpintero, H. (1994) Contemporary psychology in Spain. Annual Review of Psychology, 45, 51-78.

Santolaya, F., Berdullas, M. y Fernández Hermida (2002) Análisis del desarrollo de la Psicología Profesional en España. Papeles del Psicólogo. Época III, nº 82, 65-82.

Serra, J. y Tortosa, F. (2003) Una historia de la psicología de la seguridad vial en España. Valencia: Promolibro.

Toledo, F., Montoro, L. y Civera, C. (2005) La Psicología Aplicada a la Selección de Aspirantes a la Tenencia y Uso de Armas de Fuego en España. Revista Interamericana de Psicología, 39(1), 117-126.

Tortosa, F., Montoro, L. y Carbonell, E. (1989) Psicología y tráfico en España: 60 años de historia. Zaragoza: Librería General.

Tortosa, F., Carbonell, E., Chóliz, M., Civera, C. y Bañuls, R. (1993-1995) Determinación de las variables y criterios psicológicos para la obtención del permiso de armas. Convenio Investigación entre la Universitat de Valencia, Ministerio del Interior, Colegio Oficial de Psicólogos (Junta Estatal) y Asociación Nacional de Centros de Reconocimientos Médico Psicológicos.

Tortosa, F.; Carbonell, E.; Montoro, L.; Mayor, L. (1993) La professionalità della psicologia applicata alla guida in Spagna: dal 'perceptotaquimetro' al computer. In AUPI: Psicologia della sicurezza viaria. Roma: Ed. AUPI. Istituto Grafico Bertello.

Tortosa, F., Chóliz, M. y Carbonell, E. (1994): Variables psicológicas implicadas en el uso de armas de fuego: análisis y selección de procedimientos de evaluación. En ASECEMP: Recosevia/5. V Congreso Nacional de Centros de Reconocimiento para la Seguridad Vial y Jornada Internacional de Tráfico y Seguridad Vial. Zaragoza: Librería General.

Tortosa, F. y cols. (1995) La selección psicológica de los conductores en España: Desarrollo histórico y situación del modelo actual. En L. Montoro, E. Carbonell, J. Sanmartín, y F. Tortosa (Eds.). Seguridad Vial: Del factor humano a las nuevas tecnologías. Madrid: Síntesis.

Tortosa, F. y Durán, R. (1996) La intervención psicológica en los permisos de armas. Papeles del Psicólogo, Época III, 66, 26-33.

Tortosa, F., Chóliz, M. y Carbonell, E. (1997) Variables psicológicas e instrumentos psicotécnicos para la aptitud en armas. En ASECEMP: Recosevia/6. VI Congreso Nacional de Centros de Reconocimiento de Conductores para la Seguridad Vial. Zaragoza: Librería General.

Tortosa, F., Civera, C. y Pastor, J. C. (2001) Una historia para un perfil profesional, el psicólogo experto en seguridad. Revista de Historia de la Psicología, 22(3-4), 543-559.

Tortosa, F. y Montoro, L. (2002) La psicología aplicada a la selección de conductores. Cien años salvando vidas. Psicothema, 14(4), 714-725.

Tortosa, F., Barjonet, P., Civera, C. y Montoro, L. (2003) Una historia de la psicología del tráfico y el transporte en Europa. Anuario de Psicología, 34 (3), 401-41.

Fecha de recepción: 29/06/2007
Fecha de aceptación: 28/08/2007

La “función paterna”, más allá de los “padres aparentes”

Manuel Sides Galán

Psicólogo clínico

E-mail: msidesg@hotmail.com

resumen/abstract:

En el escenario sociocultural actual triunfa el narcisismo sobre la función de los ideales, favoreciendo que la subjetividad del hombre moderno se establezca en una dimensión depresiva y angustiosa, de euforia depresiva metonímica. En esta forma de malestar es donde intentamos situar un concepto clínico fundamental que Freud fue elaborando a lo largo de su obra: se trata del “padre desde el inconsciente”, articulado a través del C. de Edipo y del C. de castración, una función clave para la estructuración psíquica y deseante del sujeto. Esta “función del padre”, función simbólica decisiva a la luz de los aportes de J. Lacan, es el pivote sobre el cual gravitarán las estructuras clínicas, tal como vemos emerger en el drama edípico del caso Juanito.

On the current socio-cultural scene, narcissism comes before ideals, which helps modern man to establish in a depressing and distressing dimension of metonymical depressive euphoria. With this concept in mind, we try to place a fundamental clinical concept that Freud elaborated throughout his work: it is about “the father from the unconscious”, through out the Oedipus complex and the Castration complex. This is a key word for both psychical desiring and subject’s structure. Lacan refers this “father’s rol” as the prior theory from which the consequent clinical structures will develop. We will encounter this application in the Oedipical drama of Juanito’s case.

palabras clave/keywords:

inconsciente, función paterna, falo, Edipo, castración, fobia de Juanito

unconscious, paternal rol, phallus, Oedipus, castration, Juanito’s phobia

El padre en la cultura actual y en la teoría y clínica psicoanalítica

“La función paterna, más allá de los padres aparentes” es un intento de situar algunas referencias que suscita una pregunta compleja, relacionada con un concepto clínico fundamental en la teoría y en la práctica psicoanalítica y que atraviesa la extensa obra de Freud: ¿Qué es un padre? Primeramente la introducción del C. de Edipo y luego el de la castración en su teoría del deseo humano, constituyen las claves que le permitirán dar cuenta del “padre, ya despojado de las señas

de identidad de la tiranía, como eje articulador de la apertura del sujeto a su propia potencialidad psíquica, social y sexual”. Las huellas del acceso al dinamismo metapsicológico que comporta una estructura deseante en el ser humano las situó muy pronto Freud en una teoría sobre la familia: una tragedia inconsciente que expresa dos deseos reprimidos, incesto con la madre y parricidio contra el padre. Tal como Freud sintetizaba en los últimos años de su vida, (Freud, 1938) el Edipo y la castración transcurren en los primeros años de la vida infantil, reprimida,

inconsciente, en el tránsito que va desde las identificaciones primarias narcisistas con la madre, a la intervención amenazante, castradora y prohibidora del padre, finalizando en la identificación con el padre.

A esta concepción freudiana sucedió la visión kleiniana de una organización familiar en la que “la madre ocupa una posición determinante, donde el padre estaba excluido de alguna manera” y donde el niño, en un modelo preedípico, entraba en conflicto con el poder materno y la simbiosis con ella. Esta estructuración se hizo en el decorado inglés de entreguerras, un mundo democrático donde la emancipación de la mujer estaba más avanzada. Más tarde, en EEUU, se pensó los trastornos de la subjetividad en función de los “problemas relacionales ligados a la evolución de la sociedad”, en un mundo donde se idealizaba la individualidad narcisista.

Por otra parte, Lacan (1938) siguiendo el camino abierto por Freud, planteaba que la aparición del psicoanálisis debe relacionarse con la crisis psicológica del decaimiento social de la imago del padre. Así mismo, concreta que el agente fundamental de las neurosis no reside en la amenaza de la fuerza paterna y sí en las formas disminuidas de la imago del padre para sostener dos funciones antinómicas articuladas y necesarias, la de represión superyoica y la de sublimación del ideal del Yo. Constituyen el eje fundamental de la represión infantil y de maduración de la sexualidad a través de un conflicto triangular, así como de la constitución y sublimación de la realidad, confluyendo los dos procesos en que el objeto adquiere cierta profundidad afectiva para el sujeto, en que el objeto sea catectizado por el deseo. Inicia una revalorización en el interior del Edipo de la función del padre definiéndolo como

3º, “árbitro del desgarramiento ávido y de la celosa ambivalencia que fundamentan las primeras relaciones del niño con la madre y con el rival fraterno” (Lacan 1948) Más tarde, en los años 50, apoyándose en premisas antropológicas y lingüísticas, “el padre reapareció en su teoría investido del corte de una función simbólica” que puede alejar al niño de la dimensión imaginaria con la madre y trasladar la dialéctica de su deseo a una dimensión simbólica con el padre, creando el concepto de “función paterna”. Sin embargo, en la teoría de Lacan, la mujer perpetúa el reinado que tenía en M. Klein: tanto por su goce como por su maternidad ejerce sobre el padre y el hijo un poder considerable y tanto por la anticoncepción como por la inseminación artificial tendrán un poder incontrolable en cuanto a los procesos de filiación y el acceso a la palabra paterna en el inconsciente (Roudinesco 1995)

Los términos de paternidad, parentalidad, paternalidad, estilo parental, se han convertido en una cuestión actual en nuestra cultura. En medios periodísticos, (Verdú 2006) aludía en un reciente artículo a que los niños de hoy crecen sin paternidad, desolados, ya que sus padres hacen poca vida intrafamiliar, no tienen tiempo para hablar con sus hijos. Así mismo, desde discursos sociológicos, psicológicos y educativos, que valoran la conducta y las relaciones familiares a través de observaciones y cuestionarios, se enfatiza la recogida de signos con los que clasificar y dibujar el contorno y formas que adoptan las relaciones familiares de principios del S. XXI. En resumidas cuentas, la familia nuclear, conyugal, basada en las relaciones de parentesco por filiación o matrimonio, estaría cuestionada por el florecimiento de un sinfín de configuraciones familiares distintas, en las que se daría la misma es-

pera idealizada de felicidad y satisfacción personal. Qué significa la paternidad hoy en día, partiendo de estos signos, se pregunta Inés Alberdi, socióloga, autora de *La nueva familia española* (Alberti 1999). La única respuesta que encuentra la sorprende: los varones occidentales, que habían identificado masculinidad-poder, se adaptan mal, están desorientados ante la pérdida de sus poderes naturales tradicionales, basados en el orden y la autoridad sobre las mujeres y los hijos, pérdida que habría generado un incremento legislativo sobre los derechos de las mujeres y una redistribución del poder dentro de la familia. Cita un ejemplo de máxima desorientación de este hombre-padre en una obra del S. XIX del dramaturgo sueco Strindberg, titulada *El padre*, personaje donde se objetiva el drama y el pánico de los hombres al final del patriarcado, personaje que acaba perdiendo todas sus posiciones de padre, hombre y marido, destruido y loco. ¿Son éstas las señales de la nueva paternidad en la familia: los cambios y avances legislativos que acaban con los amos y tiranos, donde la identidad individual, social y sexual sólo podrá tener como marco el litigio y las resoluciones judiciales, donde la paternidad consistiría en superar un conflicto intrafamiliar de autoridad y poder, resuelto mediante un reparto igualitario de tareas domésticas y educativas respecto de los hijos?

A pesar de la actual “sociedad en red”, repleta de tecnología y sistemas electrónicos de comunicación informativa y de constante suministro de imágenes impactantes, la civilización actual se caracteriza por el desfallecimiento de lo simbólico y de la palabra escrita, a favor de la ideología del funcionamiento, la eficacia y la cuantificación estadística, bajo el imperio del Amo

mercado con sus objetos y voraz rentabilidad. Así mismo, reduce el papel de sujeto al de mero consumidor, hipnotizado por el objeto-ídolo de consumo (Andreas 1977) por la proliferación de objetos que, al tenerlos, se ilusiona con la creencia de un aumento de valor de su ser, sometido a una continua promesa de placeres y diversión sin tregua, a una subjetividad sin deseo y sin historia.

Por consiguiente, cualquier conflicto, angustia y todo aquello que pueda desbordarlos tiene que ser sepultado: con ansiolíticos, estimulantes, libros de autoayuda, cómo triunfar en una semana o cómo ser padres excelentes. En este modelo de sociedad de individuos se promociona la proliferación de identidades y nuevas alienaciones, como las identidades culturales, ocultando que la identidad es un lugar yóico que clausura. Así mismo, se intenta hacer de la diferencia un fetiche fuente de exclusión, impulsar las reivindicaciones identitarias y la tribalización social, los particularismos generalizados, ya sean los derechos de los homínidos o los padres separados, en detrimento de los universales de un Estado de derecho, de los intereses colectivos. En síntesis, se trata un momento cultural de triunfo del narcisismo, del “todo vale y todo es posible, instantáneo, mentiroso y frívolo”, sobre los ideales y la función de los ideales. Podríamos acentuar también que la técnica se ha convertido en dueña de la ciencia, puede embarazar a una mujer de 70 años o cambiar el sexo a la carta, y también que el cientismo se ha erigido en una nueva religión y las ciencias cognitivas expulsan al hombre deseante y lo sustituyen por el de hombre-máquina.

A la luz del psicoanálisis, estos determinantes sociales y culturales señalados forman parte de la subjetividad del hombre

actual y tiene consecuencias en la clínica: emerge una subjetividad dominada por una forma atenuada de melancolía, de euforia depresiva metonímica. En el mismo sentido, encontramos una mezcla de tristeza y apatía, búsqueda de identidad e impotencia del sexo, reducido a objetivarse y mirarse en la desdicha infinita de su imagen de adquisiciones y logros, un sufrimiento narcisista que busca huir de su inconsciente (Roudinesco 2000) Por otro lado, el conflicto, el síntoma, la angustia y la culpa no están ligadas al padre, como si hubiera un fracaso de la función paterna y de la autoridad simbólica (Tortosa 2006) Es decir, el sujeto en la cultura actual no busca significados a su sufrimiento, no hace síntoma, se encierra en una lógica del cuerpo que deja fuera de juego a su Otro inconsciente, sin división subjetiva, quedando solo y expuesto a la pulsión, al oscuro goce relacionado con el Otro materno, a la angustia. ¿Qué hace aquí? Generalmente, tapa la angustia con ansiolíticos y antidepresivos o huye del goce pasando al acto, a la actividad continua y de los objetos, creando síntomas de ruptura con el Otro, como la anorexia y toxicomanía. En un reciente ensayo, Pereña (2004) plantea que el padre contemporáneo en nuestra cultura es de la confusión, no encontrando otra posición frente a su propia impotencia, soledad y desesperación que el reproche y la condena del hijo, simbolizándolo en el padre del famoso escritor checo Kafka. En este trabajo desgrana que este padre, absolutamente arbitrario, crítico y condenador, que sólo acumulaba posesiones para hacer de su hijo un colega, no le pudo transmitir la Ley de la castración, propiciando así el fracaso en la inscripción de la muerte, la sexualidad y lo transgeneracional.

El padre en el inconsciente: la inscripción del deseo del niño en la función fálica, la castración y la Ley

Hace algún tiempo atendí a un joven atrapado en cierto impasse subjetivo, donde algunos elementos que he venido describiendo habían anclado en su cuerpo, en sus vivencias, en sus relaciones con los otros y en lo que de sí mismo podía contar. Nada más encontrarse en la adolescencia, un síntoma de impotencia y de poco apetito sexual, acompañado de rabia, humillación, desesperanza, inhibición y timidez fue abriéndose paso hasta llegar a afectar todos sus actos, pensamientos y sentimientos. En esos años visita a un psiquiatra por motivos de un persistente cansancio y escasa actividad social, lo que le hizo acreedor de un diagnóstico de astenia primaveral y de la consabida prescripción del genio Prozac, al que se entregó sólo unas semanas. En su vida siempre existieron objetos más que suficientes: padres, hermanos, desahogo económico, apoyos escolares frecuentes, y luego coche, trabajo. ¿Le ha tocado, en su estructuración subjetiva, sufrir la erosión de la pérdida de la autoridad paterna, el ascenso social y laboral de su madre, el malestar de la sociedad del bienestar? Ninguna de estas cuestiones parece alcanzarlo, en todo lo que anuncia no hay ninguna significación histórica de sí mismo que buscar, no hay división subjetiva, sólo pide que alguien, como sustituto materno idealizado, calme su dolor narcisístico fugazmente, estando en su síntoma cerca de una ruptura con el Otro como lugar de articulación inconsciente y reprimido.

Poco a poco empezó a dibujarse, a insistir, una certeza digna del cogito cartesiano y del no saber socrático: *“Me falta algo, no sé lo que es, pero lo único que sé es que me falta*

algo, y no puedo saber qué es, y sin eso no puedo hacer nada, aunque ya no sea físico". ¿Cómo puede ser que "le falte una falta", innombrable y extraña, incomprensible, que esa falta que falta tenga relación con su síntoma y no con esa realidad externa del galimatías, con lo llena que está de todo? Alguna entrevista más tarde pudo enlazar su acuciente ignorancia con un juego de carencias y excesos con sus objetos primarios, edípicos: "Mi madre siempre ha estado pendiente de mí, siempre ha estado encima de mí... con mi padre nunca he hablado de nada, aunque tiene el mismo carácter que yo". Ha pasado un siglo, pero el descubrimiento de Freud sigue vigente: lo que Freud encuentra en el inconsciente del neurótico adulto es lo misma experiencia central, problemática y completamente olvidada de los años infantiles: cómo se han situado, tanto el niño como la niña, respecto a la función del padre, es decir el Complejo de Edipo, cuyo eje y signo es la castración.

La perspectiva estructural que queremos señalar, al situar el Edipo y la castración con relación a la estructuración de la subjetividad y del deseo, es la dilucidación de la madre y del padre en tanto funciones, el lugar de estas funciones en el campo del inconsciente (Dör 1991) En el campo inconsciente es donde la función paterna constituye un epicentro crucial en la estructuración psíquica del sujeto, porque la identidad sexual experimenta en la función paterna su propia inscripción subjetiva.

En esta línea, "el padre" del que se trata en psicoanálisis no es el animal macho genitor, ni el creador de una cosa, ni el jefe de una familia, ni el Padre de la Santísima Trinidad, ni el Padre Santo, ni la figura, el personaje, la imagen de un padre viril o fuerte, ni el padre concreto ausente o desaparecido. El padre en

psicoanálisis, inherente al C. de Edipo, es el depositario legal, el guardián de la Ley de prohibición del incesto, el representante de la función simbólica de la falta, de la función fálica, de la castración, del corte, separadora de la relación madre-hijo y de apertura hacia el mundo extrafamiliar, exogámico, del lenguaje, reglas sociales, los objetos y el deseo. En este sentido, ningún padre de la realidad funda ni posee aquella Ley, pero sí le corresponde hacerse valer por ser su representante (Dör 1991)

Como señaló Freud el deseo de la madre pondrá en contacto a su hijo con esta función paterna, pero primeramente sólo a nivel imaginario, en cuanto falo imaginario, con aquello que le falta. ¿Cómo ocurre esto? El niño capta esta imagen fálica materna en él mismo, creyendo que es amado por él mismo, no por la imagen fálica que simboliza para la madre. Así, el "falo imaginario" es el objeto deseado por la madre y con el que el niño se identifica. La madre, en tanto mujer, coloca al niño como objeto de su deseo insatisfecho de tener un falo y el niño, a su vez, se identifica con este lugar para colmar ese deseo de la madre. De este modo, se establece una relación imaginaria y narcisista consolidada: entre una madre que "cree tenerlo" y el niño que "cree serlo" (Nasio 1989) Es decir, esta misma tríada, madre-niño-falo, será el preludio de la puesta en juego de la relación simbólica, que introducirá la función del padre, promoviendo una "operación simbólica", que se resolverá, en el apogeo de la situación edípica, en el proceso de lo que Lacan, llama la metáfora paterna, mediante la diferenciación entre el padre real, imaginario y simbólico. ¿Cómo se rompe con la ilusión de identificarse con esa omnipotencia imaginaria y sentirse legítimamente, no imaginariamente, el niño

varón por ejemplo, en posesión de su virilidad y soportarla en el mundo real, como en el paciente descrito?

El sujeto sólo puede salir de aquella omnipotencia imaginaria pasando por una anulación o aniquilamiento momentáneo llamado C. de castración, el mecanismo de la estructura del C. de Edipo que Freud teorizó y que Lacan nombró metáfora paterna, es decir metáfora del deseo del niño atravesada por el deseo de la madre. Por tanto, el sujeto se encuentra con la Ley del padre, con la intervención privadora, interdictora y prohibidora del padre, agente de la amenaza de castración, marcando al sujeto en tanto falo con la amenaza de castración: debe renunciar a ser el falo que la madre desea y aceptar la Ley separándolo de la madre, accediendo así a su propio deseo y placer mediante la identificación y los emblemas paternos. Pero para que esto suceda hay dos condiciones: la madre debe dejar pasar la Ley dictada por el padre simbólico, no interferir el mensaje que llega al niño a través de ella, no te acostarás con ella, no eres el falo, significándole que su deseo de hijo no agota su deseo. En segundo lugar, para que el sujeto viva verdaderamente el C. de castración y el Edipo de pleno derecho, es preciso que la “presencia del padre real” asuma la función del “padre imaginario, castrador”, con el fin de investir, hacer aparecer la eficacia del “padre simbólico”, el padre matado, muerto y convertido en Ley de Tótem y Tabú, alrededor de lo que Lacan llamaba el significante del Nombre-del padre. La tarea del “padre real” será la de dar la prueba, en un momento dado, de que es capaz de actualizar la incidencia fálica como el único agente regulador de la economía del deseo y su circulación respecto de la madre y el hijo.

La construcción del padre en la estructura simbólica del Edipo en Freud: el padre como “operador de la castración”

Freud aborda la cuestión del padre primeramente a través del Edipo y más tarde la castración, articulándolas durante los años 20 en la fase fálica, que el niño vive en su periodo de acmé entre los 3 y 5 años, donde predomina una forma de organización sexual en la que también culmina lo que llamó “complejo de castración”, que inaugura la alternativa sexual presencia-ausencia, fálico-castrado, diferente a la polaridad sexual masculino-femenino que surgirá a partir de la adolescencia. Esta fase también obligó a Freud a reformular el C. de Edipo y la psicopatología, en función de los tres mecanismos específicos de defensa (represión, renegación y forclusión) Así, la cuestión falo/castración aparece como articuladora esencial entre el narcisismo y el C. de Edipo, de tal manera que no hay conflicto edípico sin problemática narcisista y al revés (Schoffer 2002 y Arensburg 2003)

En este mismo sentido, podemos decir que el Edipo y la castración, tal como Freud lo explicita en los años citados, tienen una función normativa, un papel fundamental en la estructuración psíquica del sujeto y en la orientación del deseo humano, constituyendo el eje de referencia de la psicopatología así como del acceso a la genitalidad y a las elecciones de objeto. La delimitación de la función paterna en Freud, desde la dialéctica edípica vamos a situarla en tres momentos distintos: la primacía del falo, la conjunción madre castrada y padre castrador y la formación del Ideal del Yo y del Superyo.

Los comienzos del C. de Edipo deben ser ubicados en el desarrollo sexual de la madre,

en el Edipo materno, que siguiendo a Freud (1.932) supone primeramente una vinculación estrecha con la madre, aparición del C. de castración bajo el signo de la hostilidad, orientación de sus sentimientos y deseos hacia el padre y realización de un deseo infantil inconsciente, una operación simbólica inconsciente entre el deseo de tener un falo y un niño. Por tanto, la primacía del falo surge en el espacio del “niño majestad”, el tiempo mítico del niño sumergido en pleno goce narcisista, idealizado desde el narcisismo de los padres, constituido allí como Yo ideal. Lo que organiza el placer genital infantil en esta fase es la “primacía del falo”; una ficción que tanto el niño como la niña sostienen: la creencia infantil, según la cual no habría diferencia anatómica entre los órganos sexuales masculinos y femeninos. Constituye así la premisa lógica necesaria para el proceso de castración y constitución del Edipo en ambos sexos (Freud 1923) a partir de la cual el niño y la niña cargan libidinalmente su respectivo pene y clítoris con tocamientos autoeróticos, elaboran teorías sexuales sobre el origen de los niños, las diferencias sexuales y la naturaleza de los actos eróticos entre los padres. Al mismo tiempo, la madre, tanto para el niño como para la niña, es el personaje principal, el objeto sexual hacia el que convergen las tendencias sexuales del sujeto infantil. Freud, en *Un recuerdo de Leonardo da Vinci* (Freud 1910) desarrolla la figura de esta “madre fálica”, sin leyes que regulen su deseo, donde la posición de sujeto sujetado por el deseo de la madre conduce a la problemática de las perversiones, caracterizadas por una ligazón erótica muy intensa con la madre y un relegamiento o expulsión del padre.

¿Qué es este pene lógico, que simboliza tanto el órgano pene como el clítoris, universal, y de ficción, imaginario en cuanto representación? Freud ya había enunciado que, en la fase fálica, la principal característica de la sexualidad infantil era la primacía del orden fálico, de la castración. Así, la diferencia de sexos y la evolución de la sexualidad infantil y adulta, se constituyen alrededor de la falta y del registro imaginario: ante la realidad de la diferencia postula indirectamente la existencia de un objeto imaginario, el falo, una representación psíquica fantasmática que reúne la imagen erecta de un órgano, el amor narcisista del niño y la inquietud de verlo desaparecer. Por consiguiente, tanto para Freud como para Lacan (1956-7) no es el pene sino el “objeto fálico” la piedra angular de la problemática edípica y de la castración. El “falo como objeto imaginario” representa, entonces, un papel estructurante en la dinámica edípica.

En este escenario fálico-maternal irrumpirá, en un segundo momento, lo que se podría llamar la crisis fundamental del deseo, la conjunción madre castrada-padre castrador, donde el padre instaura la dinámica esencial del C. de castración, que implica: a) reconocer por primera vez la diferencia anatómica de sexos al precio de la simbolización de la falta y la angustia; b) que el cuerpo tiene límites, que su pene de niño jamás le permitirá concretar sus intensos deseos sexuales hacia la madre; c) que la herida en la ilusión de omnipotencia se dirige a inhibir y restringir esa “masculinidad fálica”, a destruir la búsqueda de ese “falo imaginario” y “de la madre fálica” (Nasio 1989)

En suma, en este segundo tiempo es donde la función paterna resulta fecunda: la castración, el corte de la amenaza de castración

opera en el triángulo imaginario, narcisista, madre-niño-falo anterior, posibilitando que el sujeto se inscriba en su propia historia sexuada y cultural, retirando la libido del objeto materno, pudiendo así metaforizar, efectuar sustituciones en una difícil encrucijada: debe retener algo del objeto a abandonar y, al mismo tiempo, utilizar su libido para acceder a otros objetos permitidos y sin temor. ¿Cómo puede el padre ejercer la castración simbólica, una castración ligada al deseo de ser el falo materno, para ambos sexos? Aquí el padre interviene ejerciendo una función simbólica, representando al orden de la Ley. Es decir, cuando el niño se dirige a la madre y la madre al niño se encuentran con la Función del Padre: dividir la célula narcisista madre fálica, escindir el abrochamiento de deseos entre la madre y el niño, planteando al niño no ser el falo a través de la alternativa ser o no ser el falo materno. En síntesis: interdicción paterna, amenaza de castración, dilema fálico o castrado. Ahora bien, para que la palabra paterna tenga valor de Ley e implique en el sujeto una renuncia pulsional incestuosa que le permita acceder al mundo simbólico de las combinaciones y sustituciones que rigen en su inconsciente, para que sea eficaz la función paterna y que el padre pueda comenzar a intervenir como padre simbólico en la encrucijada con los deseos incestuosos y parricidas del sujeto, es absolutamente necesario que la madre designe al padre como amado y deseado por ella, que lo signifique ante el niño como aquel que tiene lo que ella necesita para su deseo y goce.

¿Cómo accede el sujeto a quedar afectado por la incidencia legalizadora y estructurante de la función paterna, a toda esta compleja maraña de deseos y protagonistas cuyo cen-

tro de gravedad es lo real de la diferencia de sexos? Gracias a la prescripción simbólica de la Ley, el padre real, el padre concreto de la realidad fáctica familiar, con sus propias características y dificultades, con cierto lugar en el mundo de la madre, puede hacer intervenir la función simbólica del padre mediante el sesgo del Padre imaginario, entidad fantasmática elaborada a partir de las primeras relaciones intersubjetivas reales o fantasmáticas con el medio familiar. ¿Qué quiere decir esto? Que el padre real es investido, construido, por el niño como rival sentimental en la posesión de la madre, percibido como un padre terrible que obstaculiza, quiebra e interdicta su narcisismo en cuanto a la realización de sus deseos sexuales con la madre, despertando rivalidad, hostilidad. Este padre de la ambivalencia afectiva, omnipotente, idealizado, prohibidor de la madre, que produce angustia de castración en el sujeto, es constituido como el fraterno de la relación especular, en una dimensión agresiva y narcisista y está ligado a un conjunto de fantasmas parricidas, donde el padre real es matado, es decir, muere imaginariamente por el orden de los hijos-hermanos, como Freud describe en muchos textos (*Psicología del colegial, La novela familiar del neurótico, Lo siniestro, Tótem y tabú, Pegan a un niño, El yo y el Ello*)

Freud (1928) subrayaba justamente que la creación de personajes violentos y asesinos, están relacionados con fantasmas inconscientes parricidas, consecuencia de la ambivalencia hacia el padre, lo que genera sentimientos de culpa y masoquismo en muchos órdenes, bajo la égida de un Superyo sádico, sustituto del padre rival a quien se desea asesinar. En la novela *Crimen y castigo*, de Dostoievski, encontramos al personaje

principal, Raskolnikof, que va más allá de la Ley, quedando expuesto a la insuficiencia del no de la interdicción paterna y produce un asesinato. Raskolnikof, que lleva sobre sí la fantasmática de su autor, el cual según sus biógrafos tuvo un padre con los rasgos de alcoholismo, avaricia, intolerancia y crueldad, está sometido al falo materno, impregnado del horror a la castración femenina, de la mujer-madre edípica disociada entre madre/puta en el inconsciente. Raskolnikof intenta convertirse omnipotentemente en un superhombre más allá de la Ley, borrar la historia y el camino generacional. Sin embargo, Raskolnikof no puede ser hombre por un déficit en la transmisión del orden paterno, del padre como lugar 3º, simbólico. A causa de ello, no puede permutar, perder goce narcisista por castración y pasar a un lugar de hombre, llevando luego una vida de castigo y redención (Wechsler 1997)

¿Entonces cómo llega el niño a tomar en serio, a “temer la amenaza de castración” en sus genitales, renunciar a sus fantasmas incestuosos relacionados con el placer de sus tocamientos autoeróticos, consistentes en poseer algún día a su objeto de amor, la madre y, en parte, al padre por sus actividades sexuales? Freud, (1924) afirma que sólo cuando ven la ausencia de pene en la mujer, en la madre, comienza a ser efectiva la amenaza de castración paterna, al evocar o actualizar esta privación las amenazas parentales reales o imaginarias. La castración de la madre pone fin a las dos posibilidades de satisfacción edípicas, pues ambas conllevan la pérdida: castración tanto si se identifican como falo con el padre o con la madre. A partir de este momento, se abre en el niño la vía a la “angustia de perder su pene” y piensa: “Yo podría ser castrado por

mi padre, puedo estar castrado como ella, temo perderlo”. Por otra parte, en la niña, a partir de este momento, de reconocer su “castración fálica” y la de la madre, la niña hace responsable a la madre de su carencia, desarrollando odio, hostilidad y desprecio hacia ella, se separa de ella y elige al padre como objeto de amor para constituir con él un Edipo femenino. ¿Cómo hace el niño para librarse de la angustia de castración, siempre presente en la relación ambivalente con su padre y de sus fantasmas parricidas, y la niña para resolver su angustia, que toma la forma de envidia, el famoso penisneid?

El conflicto libidinal inconsciente entre narcisismo fálico y la investidura sexual de los objetos parentales y la ambivalencia hacia el padre es resuelto por la angustiante de castración. Con este tercer momento, que culmina con la formación del Superyo y del ideal del Yo como herederos del Edipo, la función paterna alcanza un pleno efecto simbólico (Leclaire 1978) instaurando la dialéctica del tener/no tenerlo y apartando aquellos deseos del Yo mediante un proceso de represión. Así, el niño abandona su posición de ser el objeto de deseo de la madre y para asegurarse tenerlo se identifica no tanto con el padre sino con los emblemas, insignias o significantes del padre, transmitidos por la tradición de los padres. La actitud hacia el padre como rival a eliminar, es sustituida por el padre que prohíbe al niño el objeto materno, haciéndole destruir y renunciar al amor por la madre. Aquellas cargas de objeto quedan abandonadas, desexualizadas y sustituidas por identificaciones que darán lugar a las instancias psíquicas perpetuadoras de la prohibición del incesto, Superyo e Ideal del Yo y, en parte, inhibidas y transformadas en tendencias sentimentales. En la niña, la

envidia fálica por “no tenerlo” la impulsa al C. de Edipo: el deseo fálico, de tener un falo, será sustituido por la forma fantasmática edípica del deseo, que su padre le regale un hijo, desplazará parte de su libido a otra zona, del clítoris a la vagina y, su objeto de amor no será la madre, sino el padre.

¡Sin embargo, no todo está atado y concluido! Al seguir subsistiendo inconscientemente en el Ello, aquellos impulsos pueden retornar de lo reprimido y, revitalizando la angustia de castración, formar síntomas. Por otra parte, la masculinidad o feminidad, basadas en identificaciones del Ideal del Yo y que dan al sujeto un papel tipificante, un destino sexuado, son una mascarada en parte, pues ningún hombre puede sostener por sí mismo los emblemas de la Ley, que le indican que no es el falo, sino simplemente un hombre que tiene pene o una mujer que tiene vagina.

Avatares del Edipo y castración en Juanito: la historia de “un padre llamado caballo”

En 1909, al ocuparse de un niño de 5 años con una neurosis fóbica, Freud sostuvo la convicción de que el psicoanálisis de niños es psicoanálisis y mostró el gran provecho que podría extraerse de la cura del niño si se introducía lo reprimido-verdadero y la relación del desarrollo con la estructura en el C. de Edipo (Mannoni 1976) Muy pronto, el niño sitúa al “Profesor Freud” en un puesto de Padre simbólico y, en la palabra proveniente de ese lugar, trata de acceder a la verdad de su deseo. Juanito, bastante consciente del drama edípico que está viviendo, se siente molesto por la idea de que el adulto no quiere que él sepa lo que de hecho sabe

(los misterios de la procreación, etc.) Al situar los celos edípicos dentro de una historia, Freud introduce un mito que será retomado por Juanito de diferentes maneras hasta su curación. Juanito siente que allí tiene un hilo conductor: entonces, se cura al reorganizar su historia edípica alrededor de ciertos significantes (Nombre del Padre, falo, etc.) y a través de los fantasmas de castración (Lacan 1956-7)

En el texto sobre el tratamiento, podemos apreciar que Freud discriminó el problema fundamental de Juanito: no la confrontación con lo real, sino el enfrentamiento con un orden de dificultades no resueltas en ambos padres. Pone en evidencia el problema que deseaban mantener oculto: el problema sexual. Juanito, con sus preguntas y fantasmas, pone en juego el inconsciente de los adultos, hasta el extremo de que la pareja falla en su propia sexualidad, divorciándose. De esta manera, la situación” con la que se enfrenta el analista en una cura no es en absoluto una “relación interpersonal”: se trata de la relación del sujeto con su deseo inconsciente. Ahora bien, para que un niño tenga acceso a la verdad de su propio deseo, es preciso que atraviese el campo del deseo de la pareja parental. Si este análisis es privilegiado es porque en él vemos producirse la transición que hace pasar al niño, de la dialéctica imaginaria del juego intersubjetivo con la madre alrededor del falo, al juego de la castración en la relación con el padre, mediante una serie de mitos formados por Juanito.

Siguiendo su historial, después de tomar conciencia de su cuerpo, de su sexo de varón, de su naciente deseo, busca una salida a la relación “narcisismo primario-madre fálica”: puntos de referencia identificatorios, cómo

posicionarse frente al deseo de sus padres. Pero se le hace muy difícil. Por una parte, encontramos algo que tienen que ver con el deseo de la madre, cómo la madre ubica al padre, no lo desea, así como, desea que Juanito sea sólo un “chico pasivo y gentil”, que no sea el amo de un deseo masculino, desvalorizando o reduciendo su sexo a un órgano de hacer pis que nada tiene que ver con la fecundidad. Por otra parte, el padre, desplegando hacia Juanito amor, amabilidad e inteligencia, no da salida a aquella relación imaginaria y narcisista, sólo quiere verlo adecuarse a la relación dual con la madre, al deseo y al ideal materno, silenciando la verdad de las implicaciones genitales de cada sexo.

Lo que está en juego en la historia de Juanito es el estancamiento del drama edípico, drama que aporta una dimensión necesaria tanto para la constitución de un mundo humano pleno como para constituir el objeto. Drama dependiente no de una maduración instintiva genital sino de “acceder y adquirir subjetivamente determinada dimensión simbólica”. Su padre, aunque está ahí, no es en absoluto apto para soportar la función establecida que responde a las necesidades del mito de Edipo en su alcance universal, donde se registra la primera inscripción de la Ley mediante un otro verdaderamente padre, presente, que interviene simbólicamente, que responde siempre que es él quien tiene el falo verdadero, el pene real, y no lo tiene el niño o lo tiene de forma insuficiente y de quien lo recibirá como objeto simbólico. La clave del caso, su problema, es encontrar como suplir que su padre se obstina en no querer castrar. Al no asumir su “padre real” la función de “padre terrorífico, castrador”, le impide vivir el complejo de castración, le dificulta situarse correctamente respecto a la

“función del padre”, imposibilita la asunción legítima de su potencia sexual en una heterosexualidad masculina, al no registrarla con la primera inscripción de la ley, dejándolo sin saber cómo va a soportar su pene real no amenazado. Desde el punto de vista libidinal está afianzada la heterosexualidad, amará a las mujeres, pero en su estructura libidinal nunca dejará de temerlas, o sea, serán sus dueñas (Lacan 1956-7)

Juanito no puede salir del callejón porque no hay padre para introducir y operar la castración, no hay nada para metaforizar sus relaciones con su madre, no hay posibilidad de una mediación para perder el pene y recuperarlo luego simbólicamente. No podía ir hasta un Edipo normal, cuyo testimonio es la emergencia de la neurosis fóbica a los caballos, una “salida imaginaria” a aquella relación capturante con la madre. Si hubiera habido un padre de quien se hubiera podido tener miedo de verdad, se hubieran podido cumplir las reglas del juego y hacer un verdadero Edipo que le ayudara a alejarse de las faldas de la mamá. En ausencia de este “padre a quién temer”, en este lugar vacío del conflicto ambivalente, amor y odio hacia el padre por el amor hacia la madre, surge como tentativa de solución la angustia que tomará su soporte en la fobia, en un temor angustioso a que el “significante paterno caballo” le muerda. Aquí es donde toma relieve la expresión Nombre-del-Padre (Lacan 1957-8): es toda expresión singular, significativa, simbólica producida por la madre o el niño (un síntoma, una acción, una decisión, una palabra) que representa la instancia paterna como 3º de la prohibición del incesto y que viene a ocupar el lugar del deseo del niño o de la madre. El intento de situar la función paterna desde el inconsciente en este caso está perfectamente formulada por el mis-

mo Freud (1926) cuando se plantea como primera tarea psicoanalítica responder a las preguntas: ¿Cuál es el motivo de la represión? ¿Cuál es el síntoma sustitutivo de los impulsos reprimidos relacionados con el padre?

Bibliografía

Alberti, I. (1999) La nueva familia española. Madrid: Taurus.
 Andreas, A. (1977) Moral sexual y represión social. Barcelona: Granica.

Arensburg, B. (2003) Seminario inédito sobre Edipo, realizado en el EPPM Valencia.

D'or, J. (1991) El padre y su función en psicoanálisis. Buenos Aires: Nueva Visión.

Freud, S. (1910) Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1923) La organización genital infantil. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1924) Sobre la disolución del C. Edipo. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1926) Inhibición, síntoma y angustia. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1928) Dostoievski y el parricidio. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1932) Sobre la sexualidad femenina. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1938) Compendio de psicoanálisis. Madrid: Biblioteca Nueva.

Lacan, J. (1978) La familia. Barcelona: Argonauta.

Lacan, J. (1948) Acerca de la causalidad psíquica. México: Escritos SXXI.

Lacan, J. (1994) El Seminario 4. La relación de objeto. Barcelona: Paidós.

Lacan, J. (1999) El Seminario. 5. La formación del inconsciente. Barcelona: Paidós.

Leclaire, S. (1978) Para una teoría del C. de Edipo. Buenos Aires: Nueva Visión.

Mannoni, M. (1976) El niño, su enfermedad y los otros. Argentina: Nueva Visión.

Nasio, J. D. (1989) Los 7 conceptos cruciales del psicoanálisis. Buenos Aires: Gedisa.

Pereña, F. (2004) De la violencia a la crueldad. Madrid: Síntesis.

Roudinesco, E. (1995) Jacques Lacan. Barcelona: Anagrama.

Roudinesco, E. (2000) ¿Por qué el psicoanálisis? Buenos Aires: Paidós.

Schoffer, D. (2002) A cien años de la función paterna en la clínica freudiana. Revista de psicoanálisis de Madrid (APM) núm. 38.

Tortosa, N. Vigencia de Freud. Diario El País. (19-06-2006)

Verdú, V. Los padres sin paternidad. Diario El País. (8-06-2006)

Wechler, A. (1997) Psiquismo y Ley. Una lectura psicoanalítica de Crimen y Castigo. Revista de Psicoanálisis. (APM) núm. 26.

Fecha de recepción: 18/06/2007

Fecha de aceptación: 01/08/2007

Hospitalización pediátrica: aplicación de los programas de preparación psicológica

Juan Manuel Ortigosa Quiles,
Francisco Xavier Méndez Carrillo y
Antonio Riquelme Marín
Universidad de Murcia
E-mail: ortigosa@um.es

resumen/abstract:

La hospitalización es un evento estresante para el niño debido a que confluyen situaciones que generan una alteración emocional y conductual que favorece el que se vivencie como una experiencia negativa. Con el fin de amortiguar el impacto de la hospitalización sobre el paciente infantil se vienen realizando intervenciones desde la Psicología y otras disciplinas mediante programas y acciones diseñadas para preparar a los niños a superar esta situación.

Sin embargo, y a pesar de que existe suficiente evidencia experimental en favor de la eficacia de los programas de preparación de los niños a la hospitalización en general, y a procedimientos médicos en particular, la realidad es que tienen una baja implementación dentro de las rutinas hospitalarias, fundamentalmente por motivos prácticos como la falta de recursos humanos y económicos o la insuficiente formación de los profesionales sanitarios en esta materia.

El presente artículo revisa los procedimientos habitualmente incluidos en los programas de preparación psicológica a la hospitalización pediátrica: información, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, modelado filmado y juego, destacando las principales características de su aplicación en el ámbito hospitalario. Además se aborda el papel de los payasos como una novedosa forma de intervención con los niños hospitalizados.

Hospitalization is a stressing event for children. This is due to the coincidence with situations that generate emotional and behavioural alterations, helping to live them as a negative experience. Psychology and other disciplines have been carrying out interventions to reduce the impact of hospitalization in paediatric patients through out programmes and actions designed to prepare children to overcome this situation.

Despite enough experimental evidence affirming the effectiveness of child preparation programmes, for both hospitalization and medical procedures, the fact is that both of them have a low implementation within hospital routines. This is specially due to practical reasons such as lack of human and economic resources or insufficient training for health-care professionals on this subject.

The present paper reviews the procedures normally included in the psychological preparation programmes for paediatric hospitalization: information, training on coping abilities, filming applications and play roles, etc., highlighting the main characteristics of its application within the hospital field. Besides, this paper tackles the role of clowns as an innovative form of intervention with hospitalized children.

palabras clave/keywords:

estrés, hospitalización, intervención psicológica, niños, payasos

stress, hospitalization, psychological intervention, children, clowns

El hospital como estresor

Muchos son los cambios que se han producido en el ámbito de la hospitalización pediátrica desde que Spitz acuñase el término "hospitalismo" para referirse a las manifestaciones emocionales y conductuales negativas que mostraban los niños hospitalizados a consecuencia de la separación temporal de sus madres. Progresivamente los hospitales modernos han ido tomando conciencia de la necesidad de convertir estas instituciones en lugares más humanizados y acogedores con el fin de cubrir las necesidades afectivas y educativas de los pacientes, fundamentándose en el respeto a la Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado aprobada por el Parlamento Europeo en el año 1986 (Massion, 1989). Así, las posibles carencias emocionales y de desarrollo de los niños se abordan a través de un conjunto de prácticas que van desde la implantación de estancias adaptadas en su arquitectónica y decoración a la creación de salas destinadas al juego (Costa, 2000; González y Montoya, 2001) y/o a aula escolar (Ortigosa, García y Quiles, 2002), pasando por la mejora en la comunicación médico-paciente o en el entrenamiento de estrategias para el manejo de situaciones médico-hospitalarias. Algunas de las acciones indicadas se enmarcan dentro de la programación de actividades que fomenten el uso óptimo del tiempo y el espacio durante la hospitalización (Ullán y Hernández, 2005).

Sin embargo, y a pesar de estos cambios, la hospitalización sigue siendo una experiencia que produce en el niño alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales antes, durante y tras la estancia hospitalaria. Descrita como un evento estresante para el niño, debe matizarse que no afecta a todos

en igual grado ni por el mismo motivo ya que la hospitalización no es un fenómeno unitario sino que aúna en un período de tiempo concreto (estancia hospitalaria) y un espacio delimitado (hospital) situaciones que, dentro o fuera del ámbito hospitalario, tienen entidad para generar por sí solas respuestas de estrés (Méndez, Ortigosa y Pedroche, 1996). Por tanto, podemos considerar la percepción y el significado que el hospital tiene para el niño y su familia como un factor capaz de condicionar el efecto de los estresores hospitalarios sobre el bienestar de los pacientes pediátricos (Ullán y Hernández, 2005).

La presencia de los denominados "estresores hospitalarios" (véase cuadro 1) implica que el niño tenga que adaptarse rápidamente a un ambiente no necesariamente amable, a la vez que desconocido y amenazante para él. Esta idea queda muy bien expresada en la afirmación de Gellert en la que indica que "para el niño el hospital es como un país extranjero a cuyas costumbres, lenguaje y horario debe acostumbrarse" (Zetterström, 1984).

A partir de lo anterior, el objetivo del presente artículo es revisar los procedimientos empleados para preparar a la hospitalización pediátrica desde el campo de la Psicología, destacando las características fundamentales de su aplicación en el ámbito hospitalario, así como comentar algunas experiencias implantadas en hospitales españoles.

Preparación psicológica a la hospitalización pediátrica

Desde el último cuarto del siglo XX se viene trabajando en el estudio de procedimientos que contribuyan a minimizar las respuestas psicológicas desadaptativas ante la hospitalización pediátrica. El repertorio de

Cuadro 1. Principales estresores hospitalarios para el niño

1. Estresores relacionados con el problema de salud:
 - 1.1. Enfermedad
 - 1.2. Dolor
 - 1.3. Riesgo de muerte
2. Estresores relacionados con los procedimientos médicos:
 - 2.1. Procedimientos médicos aterrizantes: inyecciones, extracción de sangre.
 - 2.2. Procedimientos médicos dolorosos: aspiración de la médula ósea, pinchazo lumbar.
 - 2.3. Procedimientos médicos quirúrgicos: inducción de la anestesia, cirugía.
3. Estresores relacionados con el hospital:
 - 3.1. Entorno hospitalario: ambiente no familiar.
 - 3.2. Ruptura del estilo de vida cotidiano.
 - 3.3. Pérdida de autonomía e intimidad.
 - 3.4. Incertidumbre sobre la conducta apropiada.
 - 3.5. Tipo de hospitalización.
4. Estresores relacionados con las interacciones personales:
 - 4.1. Separación de los padres, familiares y amigos.
 - 4.2. Relación con desconocidos.
 - 4.3. Ansiedad de los padres.

programas de preparación es amplio en su variedad y en el uso de técnicas destinadas preferentemente a controlar la respuesta cognitiva, emocional y conductual reactiva que anticipa y/o acompaña en el tiempo a la estancia hospitalaria.

Peterson y Mori (1988) distinguen tres tipos de preparación a la hospitalización pediátrica:

1. Preparación para potenciales hospitalizaciones futuras. El objetivo de estos programas es preparar a los niños por anticipado ante la posibilidad de que ingresen por urgencias, por ejemplo un accidente de tráfico, situación en la que no hay tiempo para llevar a cabo una adecuada acción preparatoria.

2. Preparación de pacientes pediátricos que van a ser sometidos en el hospital a procedimientos médicos no quirúrgicos, como inyecciones, extracciones de sangre, retiradas de moldes, catéteres cardíacos, punciones lumbares, aspiraciones de médula ósea, hidroterapia para quemados, etc., o que son ingresados para el tratamiento no quirúrgico de su enfermedad, como crisis asmáticas graves, cuadros de deshidratación, ataques epilépticos, etc.

3. Preparación de pacientes pediátricos hospitalizados para una intervención quirúrgica. La mayoría de los programas de preparación a la hospitalización se aplica en casos de cirugía programada, que permite preparar al niño para enfrentarse a la operación que va a sufrir. Aquí cabe di-

ferenciar si la intervención quirúrgica se acompaña de una hospitalización de larga estancia, de corta estancia o sin ingreso, pues este hecho mediatiza tanto el tiempo de que se dispone como del objetivo de la preparación.

Los programas diseñados para la preparación a la hospitalización y valorados experimentalmente incluyen un conjunto de técnicas cuyos componentes básicos son la transmisión de información, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, el modelado simbólico y el juego (véase cuadro 2) Todas ellas han demostrado en mayor o menor medida, en sus diferentes variantes y por separado o en combinación, su eficacia a la hora de reducir la ansiedad y el miedo de los niños ante las hospitalizaciones (Ortigosa, Sánchez-Meca y Riquelme, 2005) Con el tiempo, estos programas, inicialmente dirigidos a los niños, han incluido a los padres como agentes activos de la preparación, en el doble papel de coterapeutas y de población diana (Quiles, Méndez y Ortigosa, 1999)

Desafortunadamente frente a la eficacia demostrada de los tratamientos para el control de la ansiedad prequirúrgica nos encontramos con la realidad del grado de implementación en la rutina hospitalaria. Sabemos que en Estados Unidos el 33% de los hospitales generales preparan a los niños a la hospitalización (Azarnoff y Woody, 1981) mientras que la totalidad de los hospitales pediátricos aplican algún procedimiento de preparación a la cirugía (Peterson y Ridley-Johnson, 1980)

Respecto a España los datos disponibles se refieren únicamente a la hospitalización quirúrgica, en donde el porcentaje de implantación de la preparación psicológica es bajo pues sólo un 12% de hospitales con cirugía pediátrica prepara para esta experiencia. Los motivos aducidos para no aplicar programas estructurados son de orden práctico (falta de recursos humanos, materiales o económicos) pues se reconoce la necesidad y utilidad de la preparación (Ortigosa, Méndez y Quiles, 1999)

Cuadro 2. Principales procedimientos psicológicos (y sus modalidades) incluidos en los programa de preparación a la hospitalización pediátrica

Técnicas psicológicas	Modalidades
Información	<ul style="list-style-type: none"> • Verbal • Escrita
Modelado	<ul style="list-style-type: none"> • Simbólico • En vivo
Entrenamiento en habilidades de afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Relajación • Distracción mental • Autoinstrucciones/Autoverbalizaciones
Juego	<ul style="list-style-type: none"> • Distractor • Terapéutico

Información

Considerado el procedimiento de preparación más utilizado en los hospitales pediátricos y generales (Azarnoff y Woody, 1981; Peterson y Ridley-Johnson, 1980; Ortigosa *et al.*, 1999), es el medio más accesible para proporcionar información al niño, aunque no por ello es el más eficaz, pues aunque suponga un incremento de conocimiento, la mera transmisión de información no asegura su asimilación y posterior manejo. De este modo, la información se considera necesaria, pero insuficiente para una completa preparación prehospitalaria por lo que es aconsejable presentarla en combinación con otras técnicas (Quiles y Pedroche, 2001)

El formato de presentación de la información es variado. Por un lado, están los que requieren una mayor elaboración como son el audiovisual o los programas multicomponentes que suponen mucho esfuerzo en su aplicación junto con una mayor preparación y dedicación por parte del personal hospitalario. En cambio, la presentación de información en formato oral o escrito supone un menor coste económico en la realización, así como una aplicación más cómoda y rápida (Ortigosa *et al.*, 1999)

Dentro de este apartado se incluye la *visita/recorrido hospitalario*, que sola o en combinación con otras técnicas tiene a la información como componente fundamental. Es un tipo de intervención de bajo costo que

Cuadro 3. Aspectos sobre los que se debe informar al niño y a los padres durante la hospitalización

Aspectos a informar	Descripción
Sobre el proceso	Naturaleza de la intervención médica, cómo, cuándo, dónde y quiénes le van a intervenir. Fases o etapas por las que pasará durante su hospitalización, cuánto tiempo durará, quién estará con él, cuanto tardará en recuperarse, etc.
Sobre sensaciones	Percepción de las sensaciones asociadas al tipo de intervención: dolor, rigidez, somnolencia, cansancio, náuseas, picor, opresión, sonidos, olores, etc.
Sobre la enfermedad	Datos sobre la enfermedad: causas, epidemiología, mortalidad, pronóstico, tratamiento y cambios de vida asociados a dicha enfermedad.
Sobre aparataje e instrumental	Aspecto y función del aparato/instrumental. Finalidad de su uso. Modo de empleo.
Sobre la conducta del sujeto	Comportamientos para favorecer el bienestar y recuperación del paciente: moverse despacio, mantener determinada postura en la cama, toser, respirar profundamente, etc.

consiste en hacer un recorrido guiado por departamentos del hospital con los que el niño va a tener contacto durante su estancia hospitalaria. Durante la visita se permite que el niño obtenga información y aclare sus dudas mediante períodos de discusión.

Ziegler y Prior (1994) describen un recorrido hospitalario en el que los niños y sus padres visitan la unidad de cirugía sin ingreso, el quirófano y la sala de recuperación. Los niños observan al personal quirúrgico ataviado con su ropaje característico. También se les permite tocar y explorar varias piezas del aparataje quirúrgico como la máscara de anestesia, el monitor cardíaco, el equipo intravenoso y el monitor de presión arterial. Además, los niños visitan la sala de espera donde permanecerán sus padres durante la operación, resaltándoles que estos estarán cerca de ellos.

Habilidades de afrontamiento

La hospitalización requiere del uso de recursos y estrategias personales para afrontarla con el fin de disminuir o eliminar sus posibles efectos negativos a nivel cognitivo, emocional y/o conductual, y que se pueden manifestar a corto, medio y largo plazo. Sin embargo, la existencia de habilidades de afrontamiento en el repertorio conductual del niño no es condición suficiente para que se produzca un afrontamiento adecuado, pues el niño puede desconocer cómo, dónde y cuándo aplicarlas durante la hospitalización o carecer de motivación para usarlas. Por ello, un programa de preparación puede ser más eficaz si, además de informar, entrena al niño en la adquisición, práctica y refuerzo de las conductas de afrontamiento apropiadas en este ambiente (Méndez, Ortigosa y Pedroche, 1996)

Habitualmente, los programas de preparación psicológica basados en el entrena-

miento en habilidades de afrontamiento con niños hospitalizados suelen introducir preferentemente la relajación/respiración profunda, la distracción/imaginación y las autoinstrucciones/autoverbalizaciones.

El entrenamiento en relajación muscular y respiración profunda tienen las mismas características de las variantes utilizadas en contextos clínicos, sólo que adaptando el procedimiento a las peculiaridades de la situación hospitalaria, como la exigencia de llevarlos a cabo en un período de tiempo muy corto (Méndez y Ortigosa, 2001)

Las estrategias distractoras y de imaginación utilizan escenas placenteras a menudo en combinación con la relajación muscular y la respiración. El procedimiento consiste en solicitar al niño que imagine vívidamente una escena que sea relajante para él y le haga sentirse tranquilo y feliz. Al principio es necesario que describa dicha escena para valorar su capacidad de creación y mantenimiento de imágenes mentales. De esta forma se comprueba que focaliza su atención en imágenes sugerentes, relajantes, de gran fuerza emotiva y que no se centra en estímulos que le producen ansiedad.

Respecto a las autoinstrucciones/autoverbalizaciones, en los programas de preparación psicológica a la hospitalización se emplean *autoinstrucciones directoras* (p. ej., “mira hacia otro lado”) junto a *autoverbalizaciones de apoyo* con el fin de que el niño se aplique a sí mismo frases o mensajes que pretenden infundirle valor (p. ej., “puedo manejar la situación”) o minimizar el carácter aversivo de la situación (p. ej., “pronto habrá pasado todo”)

Los programas que incluyen estrategias de afrontamiento se han mostrado más eficaces en comparación con aquellos que incluían

un solo componente como la información o el modelado (Ortigosa, Méndez y Sánchez-Meca, 2000; Peterson y Shigetomi, 1981; Zastowny, Kirschenbaum y Meng, 1986) Sin embargo hay que reiterar que para que este programa sea eficaz se necesita una formación específica para su aplicación así como la disponibilidad del tiempo necesario para el entrenamiento y aplicación en el ámbito hospitalario, lo que lo circunscribe preferentemente a hospitalizaciones programadas.

Modelado filmado

El modelado simbólico, y en concreto en su variante filmado, recibió una atención especial en el último cuarto del siglo pasado a través de trabajos controlados que demostraron la eficacia de este procedimiento a la hora de preparar a los niños a la hospitalización en general y/o a procedimientos médicos concretos.

El trabajo más representativo es el estudio de Melamed y Siegel (1975) quienes elaboraron la película "Ethan tiene una operación" (*Ethan has an operation*) en la que un niño de siete años afrontaba la hospitalización para operarse de una hernia. A lo largo de la película se representaban quince situaciones que la mayoría de los niños experimentan desde su ingreso hasta su alta: admisión, información al niño sobre la planta pediátrica, presentación del personal sanitario, exposición de material médico estandarizado, realización de un análisis de sangre, separación de la madre, y escenas en el quirófano y en la sala de recuperación. Las explicaciones sobre procedimientos hospitalarios las realizaba el personal médico, mientras que el niño describía sus sentimientos y preocupaciones en cada fase de la experiencia hospitalaria. La película

mostraba al niño afrontando las situaciones y superando la ansiedad inicial. La reducción de la ansiedad, fue significativamente mayor en los niños del grupo experimental, que además exhibieron una conducta más cooperativa, recibieron menos analgésicos, comieron alimentos sólidos antes y presentaron menos problemas de conducta en el postoperatorio, que los niños del grupo de control.

En el Hospital General Universitario de Elche se estudió la eficacia de un vídeo titulado "Mi operación" producido con una estructura similar a la arriba descrita, informado sobre la hospitalización y la cirugía, a la par que modelar las conductas a través de modelado de afrontamiento (Ortigosa *et al.*, 2000) Los resultados obtenidos confirmaron que los niños preparados mediante este procedimiento muestran menos ansiedad que el grupo control ante la operación quirúrgica.

Sin embargo, tal y como señala Miró (1997) esta técnica, estudiada fundamentalmente en población infantil hospitalizada, requiere de una mayor investigación para determinar las condiciones de su aplicación y confirmar los resultados apuntados por algunos trabajos en cuanto influencia de la edad, tipo de modelado, momento de preparación, severidad de la patología o condiciones de hospitalización (Faust, Olson y Rodríguez, 1991; Melamed, Dearborn y Hermecz, 1983; Melamed, Meyer, Gee y Soule, 1976; Peterson, Schultheis, Ridley-Johnson, y Tracy, 1984; Pinto y Hollandsworth, 1989)

El juego

El juego, además de una técnica en sí misma, es un marco de intervención y preparación a la hospitalización, indicado espe-

cialmente para los niños más pequeños, dado que a menor edad el niño tiene más dificultades para distinguir claramente entre fantasía y realidad (Schwartz, Albino y Tedesco, 1983) Así, a través del juego se permite al niño alcanzar una sensación de autonomía, control y dominio sobre el mundo en el que vive y de comprensión de experiencias nuevas y desconocidas, las cuales están presentes en la hospitalización (Poster, 1983; Wishon y Brown, 1991)

Los programas de juego de hospital se extienden en un *continuum* conceptual que va desde aquellos que son puramente de diversión o recreativos a aquellos que son terapéuticos o los que se centran en la totalidad del niño (Alegre, 2007; Wishon y Brown, 1991) En un extremo del *continuum* están los juegos de carácter distractor, mientras en el otro encontramos el juego cuya finalidad es la de proporcionar información, desensibilizar y dar estrategias de afrontamiento al niño a través de la actividad lúdica.

Montoya, Benavides y González (2000) definen el juego terapéutico como aquel que es utilizado con la finalidad de ayudar al niño a que desarrolle las habilidades necesarias para enfrentarse a una nueva situación o a una experiencia estresante. Un posible beneficio del juego terapéutico con niños pequeños es la identificación temprana de aquellos niños que reaccionan desfavorablemente a la experiencia hospitalaria (Schwartz *et al.*, 1983) En efecto, si el juego se presenta bien diseñado y estructurado permitirá la libre expresión de los temores, por lo que es un medio útil para detectar los acontecimientos hospitalarios temidos por el paciente pediátrico.

González y Montoya (2001) resumen las características que debe reunir el juego terapéutico de cara a integrarlo en la hospi-

talización pediátrica en: 1) disponer de un espacio destinado para el juego, 2) poseer juegos adecuados para distintas edades, que motiven a los niños y tengan en cuenta sus condiciones físicas y psicológicas, 3) establecer medios para transportar juegos y juguetes y organizar actividades lúdicas dentro de la propia habitación del niño, 4) disponer de personal capacitado para utilizar el juego como medio de comunicación con los niños, para ayudarles a reducir su estrés y ansiedad, 5) integrar a los padres en el juego y 6) en la medida de lo posible, hacer de la hospitalización una experiencia positiva de aprendizaje y de juego para el niño.

A ellos hay que unir algunas condiciones para crear un ambiente en el cual transcurra un buen juego (Poster, 1985): 1) crear un clima de buena recepción al niño, 2) flexibilizar y personalizar el juego de modo que el niño tenga la oportunidad de elegir entre una variedad de materiales y equipamiento que tenga un significado personal para él, 3) seleccionar materiales de juego apropiados y creativos que sean variados y familiares, y 4) el juego se desarrollará bajo el apoyo y la dirección constante de un adulto.

Dentro del juego terapéutico se ubica el *juego de los médicos* como marco lúdico idóneo para el ensayo de conductas y de las habilidades aprendidas (Jay, Elliot, Woody y Siegel, 1991) que combina una variedad de actividades con materiales educativos para desensibilizar al paciente pediátrico de las potenciales situaciones estresantes (Ziegler y Prior, 1994) Éste consiste en entregarle al niño un “*kit* hospitalario” que incluya varios materiales de juego de orientación médica: jeringuillas, vendas, estetoscopios, una tabla de evaluación, esfigmomanómetro, ropas de médico y enfermera, un surtido de muñecos y marionetas a los

que poder asignar varios papeles dentro del juego (Wishon y Brown, 1991)

Referente al marco en el que se desarrollará el juego, siempre que sea posible se debe utilizar una sala o área de juego con espacio suficiente para fomentar el aspecto lúdico de la actividad así como la relación entre los niños. Sin embargo, el niño suele utilizar preferentemente la habitación como espacio de juego (González y Montoya, 2001) Además no siempre es posible que el niño acceda a estos espacios, bien por falta de ellos o por las limitaciones que su condición médica (inmovilidad, aislamiento, etc.) le imponen. Para salvar este handicap se puso en marcha la experiencia del Ludomóvil implementada en el Hospital Infantil de “La Fe” de Valencia como forma de acercar el juego y los juguetes a todos los niños hospitalizados. El Ludomovil consiste en un soporte específicamente diseñado para el depósito, gestión y transporte de una gran variedad de juguetes y material lúdico tanto de desarrollo como juego médico, que posibilita al niño hospitalizado a acceder y hacer uso de los mismos mediante un servicio de préstamo dirigido por personas especializadas. Además, esta experiencia le permite elegir los juguetes con los que quiere jugar, lo que fomenta su autonomía y su sentido de control. Por otro lado, puesto que se trata de un sistema de préstamo, el niño aprende con ello a responsabilizarse y cuidar de los juguetes para su posterior devolución, aprende que los juguetes son de todos y, por tanto, que han de ser respetados y compartidos en diferentes turnos (Costa, Torres y Galvañ, 2000)

Los payasos en el hospital: una nueva forma de preparación

En la práctica, la preparación a la cirugía suele realizarla los psicólogos o personal

médico o de enfermería, con mayor o menor formación en el manejo de estas técnicas. Pero en los últimos años está emergiendo la figura del payaso en este ámbito y con él un naciente marco de intervención que tiene por objetivo minimizar el impacto que produce esta experiencia en el bienestar psicológico del niño.

Los llamados “payasos-doctores” (*Clown-doctors*) tienen uno de sus principales referentes en las ideas y prácticas implantadas por el Dr. Patch Adams en sus intervenciones con pacientes pediátricos. El humor, el juego, la distracción y la creatividad son los componentes esenciales de la intervención de los payasos durante la hospitalización (Carp, 1998) todo ello en un ambiente reglado por la necesidad de dejar un margen a la improvisación debido a la necesidad de adaptarse a las demandas del niño.

La validación experimental controlada de esta forma de intervención es muy escasa. De hecho Vagnoli, Caprilli, Ribiglio y Messeri (2005) realizaron el primer trabajo controlado para valorar el beneficio de un programa aplicado por payasos a un grupo de 20 niños de 5 a 12 años que iban a someterse a cirugía menor en el Hospital Infantil Anna Meyer de Florencia (Italia) Según los resultados obtenidos, aquellos niños que fueron atendidos por los payasos se mostraron significativamente menos ansiosos que los incluidos en el grupo control, manteniendo el mismo nivel de ansiedad entre la sala de espera y la de inducción de la anestesia.

En España, la experiencia de los *clowns* es relativamente nueva y aún permanece poco extendida. Sin embargo existen acciones muy interesantes implementadas en la rutina hospitalaria que parecen tener resultados positivos (véase el cuadro 4)

En este sentido, nuestro grupo de investigación adelantó recientemente los resultados de la fase piloto de la investigación controlada que se está llevando a cabo en el Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia, diseñado para valorar la eficacia del programa aplicado en el área de cirugía y aplicado por el grupo “Pupac Clown” a niños que van a someterse a cirugía programada mayor (Ortigosa, Astilleros, Gutiérrez y Riquelme, 2006). A modo de primeras conclusiones, y a falta de su confirmación con los datos de estudio completo, indicar que los resultados apuntan, en primer lugar, a que la actuación de los payasos amortigua el aumento de la ansiedad entre la sala de espera y la antesala de quirófano; además se observa que a los siete días de la intervención quirúrgica los niños incluidos en el grupo control muestran una mayor alteración conductual. Tras estos primeros resultados se vislumbra que la labor de los payasos en el hospital tiene efectos beneficiosos para los niños al vivenciar la hospitalización con menos ansiedad y temor.

Conclusiones

La hospitalización pediátrica es estresante para el niño y sus padres, aunque diferentes variables moduladoras como la edad, el tipo de hospitalización, la calidad de la comunicación médico-paciente, entre otras, modulan cómo vivencia el niño dicha experiencia.

Debido a los estudios que informan de los efectos negativos que tienen la hospitalización sobre el niño se considera aconsejable la implementación de programas de preparación psicológica que amortigüen la alteración emocional y conductual ante la hospitalización en general y/o los procedimientos médicos en particular.

Los programas de preparación psicológica constan de diversos métodos procedentes preferentemente del campo de la modificación de conducta adaptados a las circunstancias y peculiaridades del niño hospitalizado. En estudios controlados, estos procedimientos han demostrado ser efica-

Cuadro 4. Grupos de clowns que actualmente trabajan en hospitales de España

- La sonrisa médica (Palma de Mallorca)
- PayaSOShospital (Valencia)
- Saniclow (Madrid)
- Payapupas (Barcelona)
- Tiritas Clown (Granada)
- Pupaclo (Murcia)

ces a la hora de controlar las manifestaciones emocionales y conductuales reactivas a la hospitalización.

Sin embargo, a pesar de la cada vez mayor evidencia experimental a favor de la eficacia y utilidad de estos programas de preparación, el camino que lleva a la completa implantación dentro de la rutina hospitalaria se antoja lento y largo. Afortunadamente están emergiendo iniciativas en España que están teniendo una buena acogida por parte de los directivos y el personal sanitario, conscientes de que, ante todo, el bienestar del niño no es labor exclusiva de un solo colectivo, sino que corresponde a más de una disciplina, entre ellas la Psicología.

Bibliografía

- Alegre, S. (2007) El juego musical como apoyo socioemocional en niños hospitalizados. En M.H. Beller y A.M. Ullán (eds.) *La creatividad a través del juego* (págs. 273-294). Salamanca: Amarú.
- Azarnoff, P. y Woody, P. (1981) Preparation of children for hospitalization in acute care hospitals in the United States. *Pediatrics*, 68 (3), 361-368.
- Carp, C.E. (1998) Clown therapy: the creation of a clown character as a treatment intervention. *The Arts in Psychotherapy*, 25, 245-255.
- Costa, M. (2000) *El juego y el juguete en la hospitalización infantil*. Valencia: Nau Llibres.
- Costa, M., Torres, E. y Galvañ, T. (2000) El "ludomovil": Programa de juego e instrumento de la experimentación. En M. Costa (ed.). *El juego y el juguete en la hospitalización infantil* (pp. 91-107). Valencia: Nau Llibres.
- Faust, J., Olson, R. y Rodríguez H. (1991) Same-day surgery preparation: reduction of pediatric patient and distress through participant modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (3), 475-478.
- González, R. y Montoya, I. (2001) La hospitalización pediátrica: los espacios lúdicos. *Psiquis*, 22, 264-275.
- Jay, S.M., Elliot, C.H., Woody, P.D. y Siegel, S. (1991) An investigation of cognitive-behavior therapy combined with oral valium for children undergoing painful medical procedures. *Health Psychology*, 10 (5), 317-322.
- Massion, J. (1989) Los derechos del niño hospitalizado: acción emprendida a nivel europeo. Comunicación presentada a las Jornadas Nacionales sobre los Derechos del Niño Hospitalizado, Oviedo 1987. Publicadas en *Jornadas Nacionales sobre los Derechos del Niño Hospitalizado* (pp. 37-44). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Melamed B.G. y Siegel L.J. (1975) Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modeling. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 43 (4), 511-521.
- Melamed, B.G., Meyer, R., Gee, C. y Soule, L. (1976) The influence of time and type of preparation on children's adjustment to hospitalization. *Journal of Pediatric Psychology*, 1 (4), 31-37.
- Melamed, B.G., Dearborn, M. y Hermecz, D. (1983) Necessary considerations for surgery preparation: Age and previous experience. *Psychosomatic Medicine*, 45 (6), 517-525.
- Méndez, F. X. y Ortigosa, J. M. (2000) Estrés por hospitalización. En J. M. Ortigosa y F. X. Méndez (Eds.) *Hospitalización infantil* (págs 31-50), Madrid: Biblioteca Nueva.
- Méndez, F. X., Ortigosa, J. M. y Pedroche, S. (1996) Preparación a la hospitalización infantil (I): afrontamiento del estrés. *Psicología Conductual*, 4, 193-209.
- Miró, J. (1997) Preparación psicológica para intervenciones quirúrgicas. *Revista de Psicología de la Salud*, 9, 45-92.
- Montoya, I., Benavides, G. y González, R. (2000) Preparación psicológica para la hospitalización infantil: el efecto terapéutico del juego. En M. Costa (ed.). *El juego y el juguete en la hospitalización infantil* (págs. 63-90). Valencia: Nau Llibres.
- O'Byrne, K.K., Peterson, L. Y Saldana, L. (1997) Survey of pediatric hospitals' preparation programs: evidence of the impact of health psychology research. *Health Psychology*, 16, 147-154.
- Ortigosa, J. M., García M. J. y Quiles, M. J. (2002) Aulas hospitalarias: la educación del niño hospitalizado. En *Orientación, Tutoría y Psicopedagogía. Experiencias y Recursos* (curso 2001-2002) (págs. 215-224). Elda: Cefire.
- Ortigosa, J. M., Méndez, F. X. y Quiles, M. J. (1999) Preparación psicológica a la cirugía pediátrica en España. *Acta Pediátrica Española*, 57, 15- 20.
- Ortigosa, J. M., Méndez, F. X. y Sánchez-Meca. J. (2000) Preparación psicológica a la cirugía infantil: modelado filmado versus entrenamiento en habilidades de afrontamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 57-79.

Ortigosa, J. M., Sánchez-Meca, J. y Riquelme, A. (2005) Child surgery preparation: Efficacy of psychological attention programs. Comunicación presentada en IX European Congress of Psychology. Granada.

Ortigosa, J. M., Astilleros, M. J., Gutierrez, M. A. y Riquelme, A. (2006) Valoración de un programa para el tratamiento de las ansiedad prequirúrgica infantil: el papel del juego y la distracción. Comunicación presentada en VIII Congreso Internacional sobre Estudio de la Conducta. Santiago de Compostela.

Peterson, L. y Mori, L. (1988) Preparation for hospitalization. En D.H. Routh (ed) Handbook of Pediatric Psychology. Nueva York: The Guilford Press.

Peterson, L. y Ridley-Johnson, C. (1980) Pediatric hospital response to survey on prehospital preparation for children. Journal of Pediatric Psychology, 5 (1), 1-7.

Peterson, L. y Shigetomi, C. (1981) The use of coping techniques to minimize anxiety in hospitalized children. Behavior Therapy, 12, 1-14.

Peterson, L., Schultheis, K., Ridley-Johnson, R. y Tracy, K. (1984) Comparison of three modeling procedures on presurgical reaction of children. Behavior Therapy, 15, 197-203.

Pinto, R.P. y Hollandsworth, J.G. (1989) Using videotape modeling to prepare children psychologically for surgery: Influence of parent and costs versus benefits of providing preparation service. Health Psychology, 8 (1), 79-95.

Poster, E.C. (1983) Stress immunization: Techniques to help children cope with hospitalization. Maternal-Child Nursing Journal, 12, 119-134.

Quiles, M.J. y Pedroche, S. (2000) El papel de los padres en la preparación psicológica a la hospitalización infantil. En J. M. Ortigosa y F X. Méndez (Eds.) Hospitalización infantil (págs 155-174). Madrid: Biblioteca Nueva.

Quiles, M. J., Méndez, F. X. y Ortigosa, J. M. (1999) El papel de los padres en la preparación psicológica a intervenciones médicas estresantes: Una revisión. Revista de Psicología de la Salud/Journal of Health Psychology, 11 (1-2), 3-36.

Schwartz, B. H., Albino, J. E. y Tedesco, L. A. (1983) Effects of psychological preparation on children hospitalized for dental operations. The Journal of Pediatrics, 102 (4), 634-638.

Ullán, A.M. y Hernández, M. (2005) Los niños en los hospitales. Salamanca: Témpora.

Vagnoli, L., Caprilli, S., Robiglio, A. y Messeri, A. (2005) Clown doctors as a treatment for preoperative anxiety in children: a randomized, prospective study. Pediatrics, 116, 563-567.

Wishon, P.M. y Brown M. (1991) Play and young hospitalized patient. Early Child Development and Care, 72, 39-46.

Zastowny, T.R., Kirschenbaum, D.S. y Meng, A.L. (1986) Coping skills training for children: Effects on distress before, during, and after hospitalization for surgery. Health Psychology, 5 (3), 231-247.

Zetterström, R. (1984) Responses of children to hospital. Acta Paediatrica Scandinava, 73, 289-295.

Ziegler, D.B. y Prior, M.M. (1994) Preparation for surgery and adjustment to hospitalization. Pediatric Surgical Nursing, 29, 655-669.

Fecha de recepción: 31/07/2007

Fecha de aceptación: 10/09/2007

a Sergio Claramunt Busó

por Beatriz Hernansaiz Cañete



Foto de Jordi Pla

PayaSOSpital es una asociación sin ánimo de lucro fundada en 1997 que acerca la fantasía y el humor a los niños hospitalizados. La sonrisa se abre paso entre batas blancas, goteros y fonendoscopios con la misión de mejorar el estado de ánimo y la calidad de vida de los niños que allí se encuentran. Pero no sólo ellos son los beneficiarios,

familiares y personal médico disfrutaban también de esos momentos de emoción.

Con el objetivo de dar a conocer el importante trabajo de dicha asociación nos ponemos la nariz de payaso y entrevistamos a su director artístico Sergio Claramunt, también conocido como “Dotor” Max Recetax.

P.- Este año se celebra el 8º aniversario del comienzo de vuestra actividad. Durante estos años el trabajo se ha ido consolidando al tiempo que ha aumentado su repercusión. Pero, ¿cómo fueron vuestros inicios?

R.- Después de formarme como payaso de hospital en la asociación “Le Rire Médécin” de París y trabajar con ellos durante 4 años, mi deseo era volver a España sin abandonar esta labor.

En Valencia nadie había oído hablar de esto, así que me puse manos a la obra y pronto encontré a una serie de personas que me ayudaron a convertir mi sueño en realidad (psicólogos, médicos pediatras, econo-

mistas, ...) Después de obtener el apoyo de jefes de servicio, gerentes de los hospitales y asociaciones de niños enfermos, tuvimos que emplearnos a fondo para encontrar recursos económicos.

Queríamos contratar a payasos profesionales desde el primer momento, aunque sabíamos que tendríamos que formarles para que pudieran aprender la metodología y especificidad del oficio. Después de 2 años obtuvimos lo necesario para comenzar en el Hospital Clínico Universitario de Valencia a razón de dos días por semana. El primer día fue emocionante y tuvimos una muy buena acogida principalmente por parte de los niños, pero también de la mayoría de sus familias y del personal sanitario. Seis meses más tarde de ese mismo año nuestras narices irrumpieron en el Hospital Universitario La Fe, donde también recibimos apoyo y ganas de colaborar con nosotros.

P.- La literatura especializada recoge las posibles repercusiones psicológicas de la hospitalización en el desarrollo evolutivo de niños y adolescentes. La adaptación a un entorno desconocido y hostil, las características del centro hospitalario, los instrumentos médicos, etc., requieren la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento que permitan una adecuada adaptación a la situación. ¿De qué modo puede PayaSOSpital ayudar en todo este proceso?

R.- La presencia del payaso transforma de manera positiva la percepción que el niño tiene del entorno hospitalario (espacio, personal, procedimientos terapéuticos, horarios, restricciones, ...)

El payaso nunca está al nivel de lo que se espera de él. Como decimos nosotros está siempre “fuera del tiesto”: tenemos nombres de risa (“Doctor Ambulancio”, “Doctora Zirujuana”, “Enfermero Aspirino”, ...); utilizamos batas blancas, pero decoradas y transformadas por la fantasía de cada personaje; nos movemos torpemente y podemos llegar a ser muy tontos, o ridículos. Nuestra presencia en el hospital resulta trasgresora y con ella es como si concediéramos permiso al niño y a su familia para divertirse y reír.

También conseguimos acelerar el periodo de adaptación del niño al medio hospitalario, y a que dicha estancia sea más corta gracias a la regularidad de nuestras intervenciones sistemáticas.

Por último, y gracias a la complicidad con el equipo sanitario, presenciamos reconocimientos, curas, pinchazos o punciones para distraer la atención del niño y facilitar la intervención del médico o la enfermera.

P.- Hemos hablado de risas, pero desarrolláis vuestra misión de modo serio y profesional. ¿Podrías explicarnos cuál es vuestro método de trabajo?

R.- Nuestra presencia en el hospital va de las 10 de la mañana a las 5 de la tarde, dos veces por semana, 11 meses al año. En cada hospital se ha establecido junto al equipo sanitario un determinado recorrido, de manera que visitamos siempre cada uno de los servicios a una hora precisa.

Para poder realizar intervenciones individualizadas nos es imprescindible esa complicidad del equipo sanitario ya que se les solicita información sobre cada caso: edad, patología, procedimientos terapéuticos a

los que va a someterse, estado anímico, datos sobre su situación familiar, ... Esto lo realizamos “sin nariz roja”, de una forma seria y profesional. Una vez recogidos estos datos, nos enfundamos la nariz y vamos a visitar a los niños a sus habitaciones o en los servicios donde se encuentran: Hospital de Día, Salas de espera, Servicios de Aislamiento, Hemodiálisis, Neonatos, Lactantes, UCI o Reanimación. Proponemos una improvisación adaptada a su situación, y permanecemos en todo momento a la escucha y necesidades del niño. Todo esto por medio de las técnicas del clown: situaciones cómicas, canciones, música, coreografías, marionetas, pompas de jabón, malabares, juegos, cuentos, pantomimas, ... A veces solicitando la participación del niño, la de algún familiar (padres, hermanos, amigos, ...) o la de algún miembro del equipo sanitario, y otras simplemente, dejándoles la posibilidad de ser meros espectadores.

También dedicamos un momento al equipo sanitario para divertirles si lo desean, así como a todas las personas que se encuentran en los pasillos o ascensores en nuestro desplazamiento por el hospital.

Al final del día registramos todos los casos que hemos visitado en un cuaderno, lo que hemos hecho y como han reaccionado. Esto lo revisarán al comienzo de la jornada los payasos que vayan a intervenir la próxima vez.

P.- Las intervenciones quirúrgicas, debido a los niveles de estrés y ansiedad que provocan, han sido fuente de numerosos trabajos. En ellos se recogen tanto los efectos psicológicos más habituales como los procedimientos utilizados para la preparación ante la intervención,

incluyendo el juego como técnica terapéutica. A pesar de que se reconoce la utilidad de dichos programas, nos encontramos con que su implantación no es muy elevada por motivos económicos y falta de recursos. ¿Se incluye la preparación ante las intervenciones quirúrgicas dentro de vuestro plan de trabajo en los hospitales?

R.- Sólo en el Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia tenemos un programa de “Acompañamiento al quirófano”. El personal sanitario nos avisa cuando van a efectuar una intervención quirúrgica al niño y nosotros le acompañamos desde su habitación hasta la antesala del quirófano. Es el momento donde el niño suele estar más asustado y la intervención de nuestro dúo consigue, en la mayoría de los casos, que el niño se divierta, se ría y entre relajado y con menor nivel de ansiedad.

P.- ¿Cuáles son los principales beneficios observados en el transcurso de vuestras visitas? ¿Se ha llevado a cabo algún trabajo empírico en el que se analicen los efectos de vuestra intervención?

R.- La visita de los payasos es esperada por los niños, y todos los días la reacción es, en el mayor número de casos, muy positiva. Se puede ver el entusiasmo en sus ojos, en su sonrisa. El niño recupera su condición de niño, olvidando que está en el hospital, que tiene dolor, ... y juega, sonrío o ríe. También es un momento para que la familia participe con las propuestas delirantes e hilarantes de los payasos y esto contribuye a que el niño vea a sus padres contentos. Como dicen los médicos: “siempre es más fácil curar a un niño feliz”.



Foto de Javier Gijarro

Las enfermeras de las secciones de Neonatología y de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales del Hospital General de Castellón realizaron un estudio para evaluar los resultados de nuestro trabajo con los bebés ingresados en ese servicio. Según las enfermeras, durante la intervención de los payasos se apreciaba una mejora en la situación clínica del pequeño paciente. En más de la mitad de los niños y neonatos ingresados confirmaron una mejoría en la frecuencia cardiaca y en los niveles de saturación de oxígeno en sangre.

Las propuestas de investigación que se propongan en este sentido serán bien recibidas tanto por nosotros, como por los responsables de la salud.

P.- Tanto por las características del entorno en el que desarrolláis vuestro trabajo como por las de los niños que allí se encuentran, con diferentes patologías, edades, necesidades, etc., imagino que resulta necesario un perfil profesional muy especializado. ¿Cómo se realiza la selección de vuestros payasos? ¿Se requiere una formación específica?

R.- Buscamos payasos profesionales con talento, motivación, sensibilidad, experiencia en el trabajo con niños, capacidad de trabajar en equipo, y por supuesto, equilibrio emocional.

Como dije antes, le ofrecemos una formación inicial muy específica que abarca conocimientos hospitalarios (higiene, jerarquía, roles, características de cada servicio, ...) médicos (patologías más frecuentes, el cáncer y sus tratamientos, enfermedades infecciosas, ...) y psicológicos (el dolor en el niño, estimulación precoz, el duelo, la adolescencia, ...) Al mismo tiempo que se potencia sus recursos artísticos, la adecuación de éstos a cada caso, y se le entrena en la metodología de la intervención hospitalaria. Se completa la formación con varias observaciones del

trabajo de los payasos en el hospital, luego comienza a intervenir en trío y más adelante lo hace en dúo, siempre supervisado por un payaso formador.

P.- Imagino que, tras 8 años de trabajo, habréis vivido múltiples experiencias y situaciones, algunas de ellas difíciles y emocionalmente complicadas. ¿Utilizáis algún recurso para manejar dichas emociones?

R.- El payaso tiene que aprender a trabajar con las emociones, pero si se deja llevar por la situación puede dejar de ser eficiente e incumplir su objetivo principal. Por eso tiene que encontrar la distancia precisa para implicarse sin sobreimplicarse. La nariz roja, como máscara que es, ayuda a encontrar la distancia adecuada.

Desde la asociación se proporcionan diversas herramientas que nos ayudan:

- Intervenimos en pareja, por el apoyo emocional que puede proporcionar un compañero que entiende y está viviendo las mismas experiencias.
- Fuera del hospital el equipo artístico de payasos se reúne una vez al mes para hablar de la evolución de los programas en cada hospital y comentar las experiencias más significativas.
- También todos los meses se lleva a cabo diferentes jornadas de formación con profesionales especialistas en temas artísticos, médicos o psicológicos (contamos con un psicólogo para jornadas de formación y asesoramiento)
- Y al final de cada mes el payaso elabora un informe confidencial al director artístico donde refleja las vivencias más personales.

P.- ¿Existen otras asociaciones que persigan objetivos comunes a los vuestros? Si es así, ¿se produce un intercambio de ideas, métodos y experiencias entre ellas?

R.- Existen varias asociaciones en España y en otros países del mundo con los mismos objetivos que la nuestra. Y, efectivamente mantenemos contacto con algunas de ellas. Hemos realizado actividades conjuntas (formaciones, galas, encuentros, e intercambios de payasos, ...) tanto a nivel nacional como internacional.

También hemos ayudado a otras asociaciones a implantar programas de intervención con payasos en hospitales de otras ciudades, ofreciendo formación inicial.

Algunas que ya están en funcionamiento, nos solicitan asesoramiento metodológico y/o artístico, sobre todo en cuanto a las intervenciones en el hospital o dinámica del equipo artístico.

P.- Para finalizar, ¿de qué modo se puede colaborar con vosotros?

R.- Al estar constituidos como asociación pueden hacerse socios, dar un donativo, o ser voluntario, no para ir al hospital, sino para actividades de sensibilización o difusión.

También estamos receptivos a propuestas de investigación o presencia en eventos relacionados con temas que puedan surgir en este sentido.

Para más información:

PayaSOSpital

C/ Botánico, 27, 1º

46008 Valencia

Teléfono: 902.501.006

Página Web: www.payasospital.org

a Marsha Linehan

por Elena Aznar Avendaño y Ángeles Berlanga Adell



El pasado mes de mayo visitó por primera vez nuestro país la profesora Marsha Linehan con el fin de impartir un seminario sobre la Terapia Dialéctica-Comportamental, el enfoque psicoterapéutico que ella mismo ha diseñado para el tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad (TLP). El evento se celebró en Valencia, gracias a las gestiones realizadas por el Departamento de Formación de INVAL-Instituto Valenciano de Psicología, con una excelente acogida por parte de los profesionales de todo el territorio nacional.

Aunque su aportación a la Psicología y específicamente al tratamiento del Trastorno de Personalidad Límite es sobradamente conocido, la revisión de su currículum no deja lugar a dudas sobre su relevancia científica y profesional. Profesora de Psicología y Psiquiatría en la Universidad de Washington. Es directora del *Behavioral Research and Therapy Clinics (BRTC)*, un centro clínico de investigación y formación sobre tratamiento de los trastornos de personalidad graves y crónicos. Ha sido presidenta de la *Association for the Advancement of Behavior Therapy* y, desde este año, es presidenta de la *Society of Clinical*

Psychology, la División nº 12 de la *American Psychological Association (APA)*. Ha recibido más de una docena de premios en reconocimiento a su labor investigadora y docente, entre los que cabría destacar el Premio como Psicóloga Distinguida de la *Society for a Science of Clinical Psychology (APA)*, la distinción por su contribución a la Práctica de la Psicología, concedido por la *American Association of Applied and Preventive Psychology*, o la distinción por su aportaciones científicas a la Psicología Clínica, concedido por la *Society of Clinical Psychology*. En el campo de la investigación, ha desarrollado una intensa actividad, liderando numerosos proyectos financiados por diversos organismos y publicados en revistas de impacto; es autora de más de setenta capítulos de libros y autora de cinco libros, en los que se incluyen dos manuales de tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad (TLP) que han sido traducidos a diversas lenguas.

Aprovechando la oportunidad de tenerla entre nosotros durante unos días, le planteamos algunas cuestiones sobre su trabajo sobre el TLP que amablemente accedió a contestar.

P.-¿Cómo llegó a interesarse por el Trastorno Límite de la Personalidad?

R.- Comencé a interesarme por el TLP porque estaba interesada en la conducta suicida, quería tratarla, e investigar en un tratamiento más rápido de este problema. Así, mientras preparaba mi tratamiento, recluté a personas altamente suicidas de toda el área de Seattle, interesándome especialmente en las personas que habían intentado suicidarse en más de una ocasión. Y cuando conseguí un grupo de sujetos de estas características, nos dimos cuenta de que muchos de ellos no sólo intentaban matarse, sino que también se hacían daño a sí mismos; esos que intentaban matarse y tenían múltiples autolesiones cumplían con frecuencia los criterios del trastorno límite de la personalidad.

Una y otra vez me encontré con que tenía que decidir si me centraba en las personas que eran suicidas y se ajustaban a los criterios del trastorno límite de la personalidad, o en los que eran suicidas y no cumplían con dichos criterios diagnósticos. Puesto que desde el National Institute of Mental Health (NIMH) era improbable investigar en un problema sin que se correspondiera con un trastorno identificable, tenía que centrarme en un trastorno y no sólo en la conducta. Así fue como elegí el trastorno límite de la personalidad, porque esas personas tienen un trastorno mucho más grave y porque el trastorno límite de la personalidad tiene un índice muy elevado de suicidios.

P.- El diagnóstico del TLP es un tema controvertido, hay incluso quienes creen que lo que diagnosticamos como TLP no son más que formas**graves de otros trastornos, ¿en qué se fundamenta la consideración de esta entidad nosológica?**

R.- Ante todo, trato el TLP porque puede diagnosticarse con fiabilidad y está diferenciado de otros trastornos. El hecho de que alguien cumpla tanto con los criterios del trastorno límite de la personalidad como con los de otros trastornos de la personalidad no significa que no se sufra un trastorno caracterizado por cumplir con los criterios diagnósticos de múltiples trastornos. Sin embargo, no estoy interesada en si el TLP es un trastorno separado o no, sino en los trastornos graves y complejos, y el TLP “encaja en los criterios”, los trastornos múltiples y graves también “encajan en los criterios”, y ese es mi interés principal, y, en particular, la conducta suicida.

Pero recientemente también me he interesado por cualquier pérdida grave de control conductual.

P.- Por otro lado, hay quienes piensan que este diagnóstico está de moda y que se está sobrediagnosticando, ¿cree que hemos pasado de obviarlo a verlo por todas partes?

R.- No estoy segura de que últimamente estemos viendo más pacientes con trastorno límite de la personalidad. Realmente ahora se diagnostica mucho mejor que antes dado que hay mucho trabajo realizado en el desarrollo de criterios y en la validación de las medidas. Y aunque no cabe duda de que estaríamos en mejores condiciones si empleáramos métodos dimensionales más que medidas categoriales, y si no diéramos valor científico a las medidas categoriales; las medidas dimensionales tienen gran va-

lor científico. Pero dicho esto, creo que, de hecho, tenemos un incremento real de los problemas que se incluyen bajo la etiqueta diagnóstica del TLP.

P.- La Terapia Dialéctica-Comportamental parece representar una mejora de los tratamientos cognitivos-conductuales preexistentes, ¿cuáles son las aportaciones más significativas de la TDC sobre otro tipo de terapias?

R.- El tratamiento cognitivo conductual sin modificar es efectivo con las personas que cumplen con los criterios de TLP. Lo que es cierto es que una vez diagnosticado el TLP, independientemente del tratamiento que se aplique, se puede predecir que la persona no responderá tan bien como otras personas que no cumplen los criterios de TLP. Así que, independientemente del tratamiento que empleemos, tendremos que modificarlo para tratar a una persona que cumple con los criterios del TLP; y encontramos mucha evidencia de esto en la literatura científica. Tal vez sea esta la razón más importante para diagnosticarlo.

La Terapia Dialéctica-Comportamental (TDC) es una de las formas de terapia sobre la que disponemos de evidencias experimentales actualmente. En estos momentos contamos con seis ensayos aleatorios en que se aplica la TDC y un ensayo aleatorizado adicional en la que se aplica esta terapia con trastornos de la personalidad en general. Todos los ensayos clínicos aleatorizados han concluido que la TDC es más efectiva que otros tratamientos con los que se ha comparado, y que esta terapia es efectiva en la reducción de la conducta suicida, particularmente en el número de in-

tentos de suicidio. Probablemente la terapia dialéctica comportamental es el mejor tipo de terapia para el tratamiento de los pacientes con TLP. De cualquier manera, es más efectivo que otros tratamientos en la reducción del abuso de drogas entre pacientes límites y también reduce significativamente la desesperanza, la depresión, la ansiedad y la ira, e incrementa el ajuste global, el ajuste social, y mejora el autoconcepto o lo que se conoce en términos psicoanalíticos como *'interject'*.

P.- Si un psicólogo pretende implementar la DBT para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad, ¿qué formación complementaria considera necesaria para ello?

R.- Primero, un psicólogo clínico debe saber aplicar la terapia conductual, cómo hacer terapia cognitivo-conductual. Segundo, cuando ya sabe aplicar la terapia cognitivo-conductual, debe aprender a hacer terapia dialéctica-comportamental.

Algunos psicólogos clínicos y terapeutas conductuales pueden aprender por sí mismos la TDC, leyendo los manuales de tratamiento, tanto el de terapia como el de entrenamiento en habilidades. Una de las mejores formas de aprender es siguiendo nuestro programa de entrenamiento intensivo, que consta de 10 días de entrenamiento intensivo, seguido de seis meses de práctica supervisada y cinco días adicionales de entrenamiento y asesoramiento práctico.

P.- En el tratamiento dialéctico-comportamental se enfatiza mucho la necesidad de trabajar desde

un equipo de terapeutas y de que los mismos reciban supervisión, ¿por qué la supervisión, o por qué el equipo es tan importante en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad?

R.- El equipo profesional en el tratamiento del TLP es importante por varias razones. Por un lado, para mantener la motivación del terapeuta, dado que el paciente puede ser muy punitivo, muy difícil, y puede boicotear el tratamiento efectivo y quemar al terapeuta. Por ello, resulta importante que haya alguien más entre el paciente y el terapeuta que pueda motivar y balancear la relación, especialmente cuando el cliente es muy difícil o desafiante. La otra razón es que todos los terapeutas pueden abandonar el modelo de tratamiento a no ser que haya algún tipo de monitorización sobre ellos para que lo sigan y se ajusten a él.

Esto no es específico de la TDC, es así para todo tipo de tratamientos. El comportamiento puede alejarse de los modelos, de los manuales, o de los procedimientos prescritos, y esto lo podemos encontrar en los hospitales, donde tiene que haber monitorización o supervisión de las prácticas. Es algo verdaderamente práctico en cualquier lugar; todos los centros monitorizan sus procedimientos para asegurar el control de calidad. En este sentido, el equipo funciona como un sistema de control de calidad para asegurar que el terapeuta no viole las reglas de la terapia.

Si disponemos de investigación que muestra que el tratamiento es efectivo bajo ciertas condiciones, es lógico intentar que el terapeuta que trabaja en el ámbito clínico aplique el mismo tratamiento.

P.- Desde el punto de vista psicoterapéutico, ¿qué queda por hacer en el tratamiento del TLP?

R.- Bueno, nuestro tratamiento no ayuda a todo el mundo, por ello, tenemos que averiguar la forma de hacerlo. Así, lo primero que debemos descubrir es a quién no estamos ayudando, por qué no lo estamos haciendo y qué modificaciones hemos de hacer en nuestros tratamientos para que sean más útiles.

Creo que en este momento la terapia dialéctica comportamental probablemente es el mejor tratamiento para el TLP, pero no es suficientemente bueno. Otros tipos de terapia tampoco son bastante buenos, y creo que tenemos que trabajar en colaboración y descubrirlo. Creo que es muy importante la colaboración.

Dispongo de un equipo de investigadores sobre el suicidio y estamos intentando averiguar cómo hacer mejores tratamientos, cómo desarrollar tratamientos nuevos.

Creo que necesitamos nuevos tratamientos para el TLP y que tenemos que esforzarnos para disponer de tratamientos mejores de los que tenemos actualmente.

El dopaje

Dr. Enrique Cantón Chirivella

Director del Máster de la Actividad Física y el Deporte y responsable Ps. Deporte Consejo General COPs

Joaquín Lago Mediodía

Psicólogo del Deporte. PSICOCALP

Dr. Miguel Ángel López Aranda

Especialista Medicina del Deporte. Jefe del Servicios de Urgencias del Hospital Perpetuo Socorro (Alicante)

Esta sección plantea a diversos especialistas preguntas acerca de temas actuales que están siendo objeto de discusión en nuestra sociedad. Las intervenciones de nuestros invitados aparecen por orden alfabético.

En este número de la Revista hemos escogido un tema, el dopaje, que es sin duda, una cuestión social candente y de actualidad.

Las noticias relacionadas con esta problemática en el ámbito del deporte se amontonan en los medios de comunicación, no sólo en su repercusión estrictamente deportiva sino también en sus facetas judiciales, políticas y humanas.

El abordaje de esta problemática se ha venido realizando desde una perspectiva biomédica, priorizando estrategias de elaboración de listados de sustancias, procedimientos dopantes y sistemas para su detección en laboratorios. A ellas cabe sumar las iniciativas de carácter legal y normativo para la aplicación de sanciones administrativas y legales, desde las que tienen repercusión exclusivamente en la competición deportiva, como el provocar la pérdida de un éxito deportivo, hasta las más duras y generales que contemplan incluso penas de prisión, como las que se reconocen en la reciente Ley Orgánica 7/2006, de 21 de noviembre de Protección de la Salud y Lucha Contra el Dopaje en el Deporte (BOE 22-11-2006)

Sin embargo, quisiéramos hacer notar que, como ocurre con otras conductas de riesgo para la salud, el dopaje se sustenta precisamente en eso, en comportamientos, actitudes, motivos, decisiones, es decir, en lo estrictamente psicológico y, sin embargo, parece que no se han abierto las vías de intervención necesarias para la participación de nuestra disciplina.

Por otra parte y como ocurre en todo colectivo profesional, no importa sólo la demanda y el hecho de potenciarla, sino también tener la oferta preparada para responder adecuadamente. Así, nos planteamos si realmente los profesionales de la Psicología estamos preparados para entrar en este terreno o, de forma más optimista, qué se necesita hacer y saber para estarlo. En este sentido, el COP no sólo se preocupa de conocerlo sino que dedica esfuerzos importantes a promover formación para su desarrollo, como el Máster de Psicología del Deporte.

1.

¿Qué entiende usted por Dopaje y, en su opinión, cuáles son las razones que explican este fenómeno humano y social?

Dr. Enrique Cantón Chirivella

La definición es la ya conocida de “Detección en el cuerpo del deportista de un método o sustancia prohibida, o metabolito o marcador” (a veces a partir de una cantidad) También se incluye en el concepto general cosas como: el negarse a pasar un control de dopaje, el manipular una muestra de orina o de sangre, no informar sobre donde se encuentra, traficar o encontrarse en posesión (incluso con posibilidad de prisión –Ley Española del Deporte, art. 361 bis-), y el ayudar, encubrir o incitar al dopaje (entrenadores, médicos, federativos, etc.) Como curiosidad, se puede mencionar que en algún momento el código de dopaje incluía como práctica prohibida la hipnosis, afortunadamente ya retirada.

En cuanto a las razones del fenómeno, sin duda una explicación adecuada trascendería lo psicológico para llevarnos a lo social y político, al valor que se le otorga a la búsqueda del máximo rendimiento o a la mercantilización extrema de las actividades humanas. Sin embargo, en un plano de análisis humano podemos referirnos a las causas o razones básicas que lo explican, que se concentran en dos: lograr mejoras rápidas del rendimiento y mantener controlados los estados emocionales indeseados (ansiedad, miedo, desánimo, etc.) De forma más pormenorizada, diversos estudios mencionan motivos como la imitación, el afrontamiento del estrés o el cansancio, mejorar la falta de confianza, superar las dificultades de concentración, lograr el control rápido del peso, aumentar los efectos físicos del entrenamiento, aumentar la masa proteica, o reducir las sensaciones molestas y dolorosas.

Joaquín Lago Mediodía

El dopaje es la utilización de sustancias prohibidas destinadas a aumentar de manera artificial el rendimiento físico deportivo. La fama y el dinero, que se puede conseguir a través de los resultados deportivos, pueden ser factores que expliquen y aumenten la práctica del dopaje.

Dr. Miguel Ángel López Aranda

Es el uso de sustancias o métodos no fisiológicos, para mejor “artificialmente” las condiciones físicas de los atletas, tanto en su rendimiento en competición como durante la práctica y preparación de la competencia.

Las razones, ilógicas, tanto humanas como sociales son:

-el “deber o tener” que vencer = ganar, a cualquier precio (incluso la propia salud física y mental)

2.

¿Qué relación guarda el Dopaje con la cultura de la imagen, de la perfectibilidad del cuerpo, y por tanto con fenómenos como la cirugía plástica, la ingesta innecesaria de medicamentos, la musculación obsesiva en gimnasios o patologías como la anorexia?

Dr. Enrique Cantón Chirivella

La relación es evidente. El recurso al dopaje es en muchas ocasiones la manera de obtener con la mayor rapidez posible y el menor esfuerzo y constancia, lo que se establece externamente como un modelo ideal a seguir, sea de belleza, de fuerza o de aspecto físico. Muchas veces pensamos que los que se dopan lo hacen porque no hay otra

manera de conseguir determinado nivel de rendimiento y aunque esto es parcialmente cierto, hay también una parte importante que podría conseguirse por otros medios, incluyendo estrategias de preparación psicológica, pero que suelen implicar mayor demora, constancia y responsabilidad personal. También hay relación en cuanto al perfil psicológico que genéricamente podemos encontrar en personas afectadas por estos fenómenos diversos: baja autoestima, insatisfacción con la imagen corporal, elevada dependencia social, etc.

Joaquín Lago Mediodía

Hay personas que mal asesoradas o por posibles problemas psicológicos utilizan el dopaje (u otro tipo de tratamientos o sustancias nocivas) para determinados objetivos que les serían imposibles de conseguir sin estas sustancias o actuaciones (masa muscular exagerada o mantenerse en línea) El dopaje se relaciona por supuesto con diferentes patologías psicológicas actuales referentes a la imagen corporal.

Dr. Miguel Ángel López Aranda

Existe un grupo de “atletas enfermos” con la cultura de la imagen. La obsesión de la perfección en la estética, del grupo muscular, definición, forma, volumen, tamaño, sin medir consecuencias. Comienzan a administrarse diferentes medicamentos en busca de esa “imperfecta figura” (enfermiza) que quieren ver en su espejo. El fenómeno quirúrgico llega a extremos de colocar prótesis en partes anatómicas que no se logran esculpir a “gusto i piacere”, como si existiese un modelo humano perfecto.

Aunque el desarrollo de la “Anorexia” requeriría un capítulo aparte, muchas veces observamos como esta distorsión de la imagen personal, que comienza por una cultura del gimnasio, termina en una patología extrema, grave, a veces; mortal.

3.

¿De qué modo se puede relacionar el uso de fármacos y otras sustancias en el dopaje, con el fenómeno, más amplio, de la drogadicción?

Dr. Enrique Cantón Chirivella

En mi opinión hay una relación directa tanto en los motivos básicos de su uso (rendimiento, recreación, control emocional) como en los comportamientos y efectos que produce (ocultamiento, dependencia, ...) Obviamente también hay diferencias: en el dopaje se incluyen manipulaciones biofísicas, como por ejemplo, realizar injertos de tejidos plásticos en las articulaciones para aumentar su resistencia de tracción. Sin embargo comparten más similitudes de las que pudiera parecer, como por ejemplo, que en ocasiones las sustancias prohibidas lo son sólo en la medida en que no se entiende médicamente justificada su administración (momento y cantidad) pero que forman parte de los recursos farmacéuticos (barbitúricos, calmantes, ...) o de consumo (alcohol, café, té, ...) legales. Por último, cabe señalar que disponemos actualmente de información que nos indica cómo el recurso al dopaje de los deportistas se puede continuar con otras conductas adictivas sin relación ya alguna con el deporte.

Joaquín Lago Mediodía

El doping y la drogadicción normalmente se presentan en contextos completamente diferentes, y se utilizan generalmente buscando objetivos también diferentes. De todos modos pueden darse solapamientos o coincidencias de ambos problemas.

Dr. Miguel Ángel López Aranda

Mi criterio es que, el uso indebido de sustancias, (ej.: doping deportivo) es una forma de drogadicción como cualquier otra, con distintos objetivos, pero buscando una irrealidad, una imagen distorsionada de uno mismo y del entorno.

4.

El dopaje, en su sentido de búsqueda inagotable y siempre insatisfactoria por conseguir de cualquier forma un rendimiento cada vez más alto, ¿en qué medida, cree usted, que puede considerarse como una forma más de alienación, es decir, de no entender ni querer saber nada realmente sobre qué ni por qué de esta búsqueda?

Dr. Enrique Cantón Chirivella

Un componente claro del dopaje es el desconocimiento que suele tener su usuario de los verdaderos motivos y necesidades que llevan a utilizarlo. Es decir, saben que quieren por ejemplo aumentar muy rápidamente su masa muscular, pero no saben por qué eso es importante, necesario o siquiera deseable, más allá de lo que su entorno social y mediático dice que puede y debe ser. En ese sentido, la alienación mercantilista en la que se mueve esta sociedad de consumo

ha generado, seguramente, otro producto pernicioso más: los adictos al ejercicio y a sus fármacos dopantes.

Joaquín Lago Mediodía

El dopaje es el camino equivocado en la búsqueda de objetivos deportivos. Convierte a los deportistas en tramposos y a los médicos que lo apoyan o consienten en verdaderos delincuentes. Por supuesto que es una forma de alienación, pues la realidad del deporte propiamente dicho es completamente diferente.

Dr. Miguel Ángel López Aranda

Considero que en una gran medida, una forma más de “alienación”, el sentirse extraño dentro de sí mismo, frente a la sociedad o a su competencia deportiva.

5.

La Psicología del Deporte, ¿de qué modos y en qué sentido puede contribuir a evitar que se recurra al dopaje?

Dr. Enrique Cantón Chirivella

Creo que puede ser relevante para el colectivo de profesionales de la Psicología el que conozcan esta posible área de intervención. También en este ámbito social pueden beneficiarse de nuestra intervención profesional, claro está siempre y cuando estemos adecuadamente formados y especializados. En cuanto a nuestras posibles contribuciones, mencionaría en primer lugar que a nivel preventivo se pueden anticipar o detectar y corregir, los diversos factores de riesgo, para actuar sobre ellos mediante acciones dirigidas a educar, formar y asesorar, tanto a los

deportistas como a los demás colectivos participantes en las actividades deportivas (entrenadores, directivos, familiares,...) También podemos contribuir a que los deportistas logren tener una preparación psicológica adecuada que haga al menos parcialmente innecesario el recurrir a determinadas sustancias. Por ejemplo, un deportista que aprenda a controlar psicológicamente la ansiedad precompetitiva no necesitaría, lógicamente, recurrir a doparse con tranquilizantes. Otra vertiente de aplicación se produciría cuando el problema ya está en marcha. En estos casos, la labor se centra en apoyar un proceso de cambio, en la misma línea en que se tratan otras adicciones y de acuerdo con el grado de dependencia generado. Ofrecer alternativas, facilitar estrategias de control, ayudar a reducir temores y malestares del abandono del dopaje, o clarificar consecuencias y riesgos, son algunos de los aspectos tratados. Asimismo, es fundamental la labor de colaboración interdisciplinar con otros profesionales de las ciencias del deporte, como médicos, fisioterapeutas o educadores físicos, para aumentar la eficacia y eficiencia en el abordaje del problema.

Joaquín Lago Mediodía

Principalmente a través de la prevención, tanto en el deporte de iniciación como en deportistas de alto rendimiento. Hay que formar tanto a los deportistas como a los entrenadores, además de los diferentes profesionales que trabajan con ellos, para darles una visión del deporte más sana, donde sólo el esfuerzo personal y los buenos hábitos deportivos conformen el trabajo diario.

Dr. Miguel Ángel López Aranda

Con el devenir de los años, las instituciones deportivas, gimnasios, equipos de elite, van comprendiendo y sumando profesionales de la salud dedicados específicamente a la Psicología del Deporte que son quienes, pueden encauzar y encaminar una distorsión de la imagen personal del atleta, de verificar y ayudar en los entrenamientos, de colaborar en la alimentación y en todos los factores que harán a un “Deportista sano”, de elite o no, esto dependerá de otras circunstancias.

Time-out y retirada de privilegios: técnicas para controlar conductas disruptivas, negativistas y agresivas en el aula. Una experiencia psicopedagógica

Vicente Bellver Cebriá

Profesor Especialista de Psicología y Pedagogía. Dr. En Psicología
Servicio Psicopedagógico Escolar de Valencia (SPE, V-12)
E-mail: vicentebellver@eresmas.com

resumen/abstract:

La experiencia-tratamiento que se presenta tiene diferentes aspectos a considerar. El primero de ellos es el de haber aplicado técnicas operantes para reducir o eliminar diferentes conductas (desobediencia, agresividad física y verbal, entre otras) emitidas por tres alumnos que alteraban profundamente la marcha normal del grupo-clase (1º de Primaria) De igual modo, junto con lo señalado, se produce un aumento de las tareas acabadas en el aula por parte de los alumnos objeto de esta experiencia-tratamiento.

Otro aspecto a considerar es el que impregna a la experiencia de su carácter más pedagógico y organizativo, por cuanto se ubica en un contexto escolar que requiere de la participación activa del profesorado, lo que supone un diseño que contempla – debe contemplar, en todo caso - unos procedimientos formales desde el punto de vista de la toma de decisiones.

There are different aspects to consider in the kind of experience-treatment presented here. The first of them is that there have been applied operating skills in order to reduce or to eliminate different conducts (disobedience, physical and verbal aggressiveness, among others) emitted by three pupils who were deeply altering the normal course of the class-group (1º class of Primary School) In an equal way, together with the one outlined above, there takes place an increase of the exercises finished in the classroom by the pupils subject to this experience-treatment.

Another aspect to consider refers to the experience of a most pedagogic and organizational character, since it is situated in a context of education at school, which requires active participation of the teachers. This supposes a set which contemplates –it must contemplate in any case- some formal procedures with respect to the decisions to take.

palabras clave/keywords:

conductas disruptivas, time-out, retirada de privilegios, profesorado, Comisión de Coordinación Pedagógica

disruptive conducts, time-out, withdrawn from privileges, teachers, Commission of Pedagogic Coordination

Introducción

Uno de los problemas que más llama la atención en las aulas son las conductas disruptivas que presentan algunos niños/as. Llamen la atención por su notoriedad, y también, por el desgaste que conllevan para

el profesorado de forma más o menos general.

Si además de las conductas referidas, se producen también otras de negativismo y desobediencia e incluso de agresividad tanto verbal como física, que habitualmente se

dirigen hacia el propio alumnado, pero también -aunque de modo más ocasional- hacia el profesorado, entonces se justifica no sólo el desgaste antes aludido, sino también cierta alarma, dado que los recursos, las estrategias o las técnicas que emplea el profesorado para combatirlas, no suelen ser eficaces.

Además puede ocurrir, como no podía ser de otro modo, que las quejas lleguen al centro escolar en forma de asombro o de denuncia, porque los papás y mamás suelen ser conocedores de la problemática en cuestión. Y esto es normal que así sea, porque o no lo comprenden o sencillamente porque su propio hijo/a ha podido ser/estar siendo víctima de un compañero/a, que se ha hecho popular por su reincidencia.

Método

Sujetos

Los sujetos del tratamiento-experiencia son un grupo-clase de 1º de Primaria de 23 alumnos/as, nivel socio-económico medio-bajo y en su mayoría son niñas. El rendimiento escolar global es medio y no hay alumnado con necesidades educativas especiales que requieran Pedagogía Terapéutica. Sin embargo, las técnicas que posteriormente referiremos, se centraron básica y fundamentalmente en tres alumnos de este grupo-clase. En adelante los identificaremos por A., X. y D.

A estos alumnos se les hizo una evaluación psicopedagógica en el curso 2003-04 (Infantil de 5 años) porque presentaban problemas de conducta (desobediencia sobre todo) aunque de menor nivel en cuanto a intensidad y frecuencia a la que posteriormente se llegó. Las intervenciones que tuvo este Servicio Psicopedagógico (SPE) en aquel momento, se limitaron a orienta-

ciones tanto a nivel tutorial como familiar, con seguimientos y resultados aceptables en dos niños (A. y X.), pero no tan aceptable en otro (D.)

Cuando comenzamos esta experiencia-tratamiento estos alumnos exhibían conductas como:

- gritar y correr por el aula o escaparse corriendo por fuera de ésta
- subirse a las mesas y patear en ellas
- sentarse y poner las piernas en las mesas
- desafiar constantemente al profesorado (en general)
- insultar a la tutora y otros profesores/as
- agredirse entre ellos y a otros/as alumnos/as (verbal o físicamente)
- levantarse continuamente de sus asientos

Ninguno de estos alumnos tras la evaluación psicopedagógica que se revisó (curso 2004-05, 1º de Primaria) pudo ser diagnosticado de TDAH. Si bien, uno de ellos, X, fue enviado a exploración neurológica para confirmar o no el diagnóstico.

De las entrevistas que se realizaron a las tres familias, se podría afirmar que las tres tenían problemas para controlar las conductas de desobediencia -básicamente- que presentaban en el hogar. Sin embargo las actitudes de las tres familias eran diferentes: en el caso de X. se pedía ayuda; en el caso de D. había resistencia en admitir dichas dificultades, y en el caso de A. no se daba importancia a tales conductas.

D. es un niño de un fuerte temperamento y manipulador. Consentido en el ámbito familiar.

A. es un niño que pertenece a una familia rota y actualmente desestructurada. La madre es drogodependiente.

Tabla nº 1: Fases de la experiencia-tratamiento

F	T	R. C.	S	Sj	Tc
1	De octubre a mitad de febrero	12	4	Grupo-clase y A.X.D.	Autoevaluación reforzada
			10	A.X.D.	Solución de problemas
				A	Sobrecorrección Time-out dentro del aula
2	De mitad de febrero a final de mayo	10	-	A.X.D.	Time-out (fuera del aula) Retirada de privilegios

F: Fases. **T:** Temporalidad de las fases; **R.C.:** Reuniones de coordinación en cada fase con la tutora y profesorado. **S:** Sesiones en las que intervino directamente el SPE con el alumnado. **Sj:** Sujetos a los que se aplican las técnicas. **Tc.:** Técnicas utilizadas.

X. es un niño que se enfada fácilmente. Es impulsivo. Los padres comenzaban un proceso de separación y tenía celos de sus hermanos.

Ninguno de los tres alumnos presentaba dificultades de aprendizaje, ni se había constatado hasta el momento desfase curricular alguno.

Los tres alumnos presentaban una capacidad intelectual media o media-alta

Procedimiento

Nada más comenzar el curso 2004-05 (1º de Primaria) la tutora solicita ayuda al SPE dada la frecuencia y gravedad de las conductas ya mencionadas anteriormente.

Lo primero que se pidió a la tutora era una colaboración y coordinación que sospechábamos iba a ser necesaria y continua. (Véanse los anexos 1,2 y 3)

A partir de este momento articulamos una intervención en el aula y con la tutora que no rindió los resultados esperados (fase nº 1) ya que estos no diferían ni cuantitativa ni cualitativamente de los datos que registramos en la línea base.

Tras constatar por tanto, que no se producían los cambios esperados, incluso cierto empeoramiento en las conductas ya referidas, se pasó a la fase nº 2. (Véanse los anexos 1, 2 y 3 que recogen toda la experiencia-tratamiento llevada a cabo)

Con el fin de hacer más sistemática esta exposición, plantearemos la experiencia por las fases en que realmente se desarrolló. (Véase tabla nº 1)

Las técnicas que hemos utilizado en esta experiencia tienen un amplio respaldo para tratar las conductas que pensábamos reducir o eliminar.

La *autoevaluación reforzada* es una técnica de autocontrol y para su aplicación hemos seguido paso a paso el programa que desarrollan Miranda, Presentación, Gargallo, Soriano, Gil y Jarque (1999)

Por otro lado, las técnicas operantes de sobrecorrección, coste de respuesta o retirada de privilegios y tiempo fuera (time-out) son técnicas que se utilizan para conseguir la eliminación o reducción de las conductas de desobediencia, negativismo o agresividad (Larroy y de la Puente, 1997; Valero, 1997)

De igual modo en la aplicación de estas técnicas, se han cumplido de forma general las condiciones en que deben aplicarse (Cruzado y Labrador, 1995; Olivares y Méndez, 1998)

En lo que respecta al entrenamiento en solución de problemas, cabe subrayar que su empleo no fue sistemático ni completo, siguiendo el programa de Kazdin para niños de 7 a 13 años. (Moreno y Revuelta, 2002) Debemos señalar que se aplicó una sesión introductoria y de motivación con los tres niños a la vez, y dos sesiones más en las que se modelaron los pasos para solucionar problemas, pero no fue posible implementar todo el programa por diferentes motivos.

Resultados

La gráfica nº 1 representa la puntuación que consigue cada uno de los 3 alumnos al aplicar esta técnica. La puntuación asignada es el resultado de evaluar cada día, tal y como sugieren Miranda y cols. (1999) las conductas y la realización de las tareas,

Gráfica nº 1: Evolución de la autoevaluación reforzada

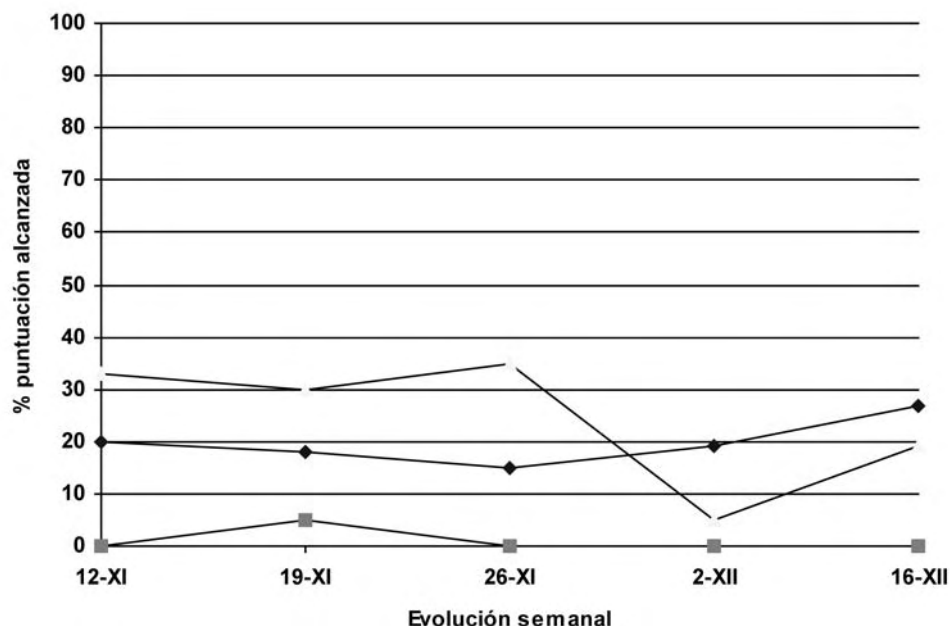


Gráfico n° 2: Conductas disruptivas y agresivas en las fases 1 y 2

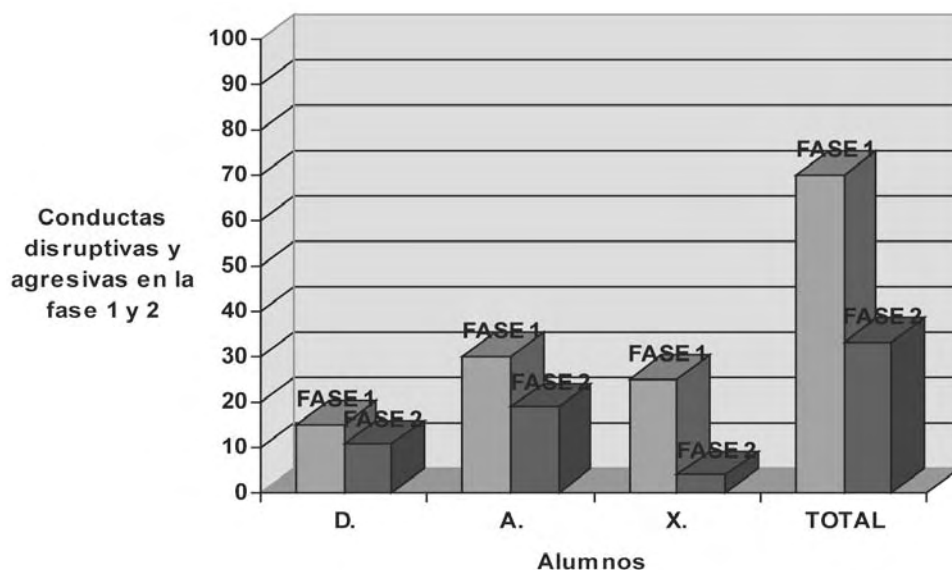
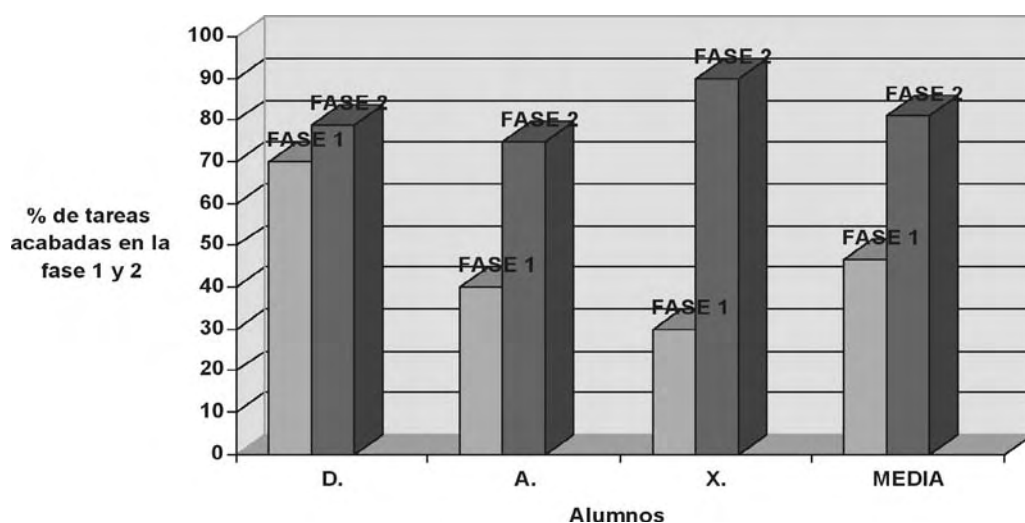
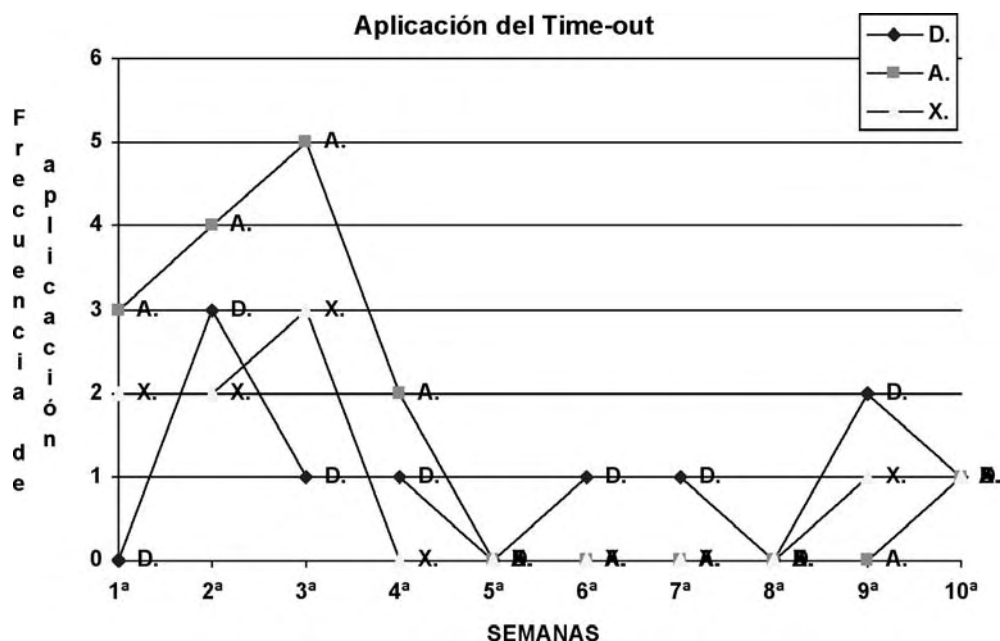


Gráfico 3: Terminación de tareas en el aula en las fases 1 y 2



Gráfica nº 4: Evolución semanal de la frecuencia con que se aplica time-out



según un baremo que conoce el grupo-clase, concediendo una puntuación adicional por coincidir la puntuación que asigna un alumno/a y la de la tutora.

Las gráficas 2 y 3 nos muestran respectivamente el número de conductas disruptivas en el aula y la realización de tareas acabadas en el aula para la fase 1 y 2.

Los datos obtenidos permiten hacer un análisis estadístico y valorar si los cambios producidos (reducción de conductas disruptivas y agresivas de un lado, así como incremento en la realización de tareas en el aula de otro) son o no significativos. En tal sentido para la variable reducción de conductas disruptivas se obtiene una $t = 8'20$, $p < 0.02$ y $t = 5'82$, $p < 0.05$ para la variable realización de tareas (gráficas 2 y 3)

Estos resultados permiten en consecuencia afirmar que para los niveles señalados, los cambios se deben a la aplicación de las técnicas utilizadas en la fase 2.

Por otro lado, quisiéramos exponer la evolución de la frecuencia con que se aplican estas técnicas en cada uno de los alumnos, tal como puede observarse en las gráficas 4 y 5.

En la tabla nº 2 se refleja el total de aplicación de las dos técnicas en cada uno de los alumnos, observándose que la técnica de time-out se aplicó hasta 3 veces más que la retirada de privilegios.

Comparando a los tres sujetos, encontramos que en términos globales, al sujeto A se le aplicaron ambas técnicas con una mayor frecuencia (55'5 % del total) Hay que destacar, además, que el time-out se aplicó tres veces

Gráfica nº 5: Evolución semanal de la frecuencia con que se aplica retirada de privilegios

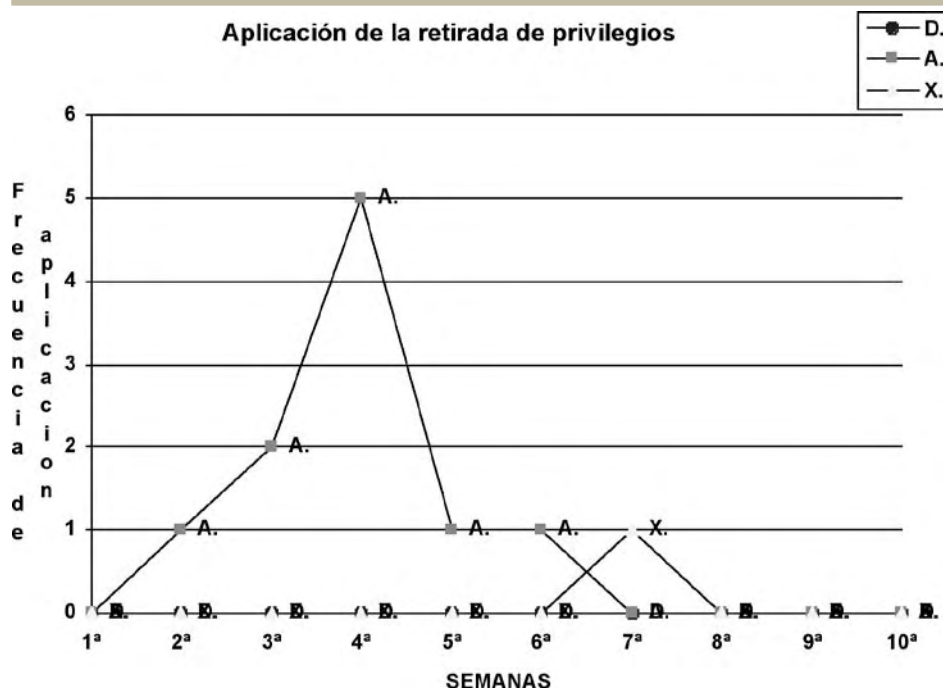


Tabla nº 2: Nº de aplicaciones para cada sujeto de cada técnica

SUJETOS	TÉCNICAS APLICADAS		
	Time-out	R. Privilegios	Total
D.	10	0	10
A.	15	10	25
X.	9	1	10
TOTAL	34	11	45

Tabla nº 3: Reducción del nº de conductas disruptivas y agresivas

SUJETOS	REDUCCION (%)
D.	75
A.	37
X.	57'6

Tabla nº 4: Aumento de las tareas acabadas en el aula

SUJETOS	AUMENTO (%)
D.	9
A.	35
X.	60

más que la retirada de privilegios, la cual a penas fue utilizada con los sujetos D y X.

La tabla nº 3 presenta la importante reducción de las conductas disruptivas y agresivas en términos porcentuales.

Ello se complementa con el aumento de las tareas terminadas en el aula, tal y como puede apreciarse en la tabla nº 4.

Puede afirmarse, en consecuencia, que las técnicas aplicadas consiguen disminuir de forma importante y significativa las conductas que pretendíamos eliminar o disminuir, siendo especialmente notoria esta disminución en los tres sujetos, si bien es el sujeto A. quién menos las reduce.

También, puede señalarse que en los tres niños aumenta la frecuencia con que acaban sus tareas, siendo notable esta mejoría en X. y A. y de menor aumento en D., seguramente porque también la situación de partida era mejor en su caso.

Respecto de las técnicas empleadas, se observa una frecuencia menor de aplicación a medida que pasa el tiempo, tanto individualmente como para el conjunto de los tres sujetos.

Discusión

A la vista de los resultados expuestos, puede afirmarse que la aplicación de las técnicas operantes utilizadas (Time-out y Privación de privilegios) han conseguido mejorar tanto las conductas de desobediencia, negativismo y agresividad, como las conductas disruptivas en el aula.

De igual modo, su utilización ha supuesto una mejoría en la realización de las actividades de trabajo en el aula.

No obstante, es conveniente matizar los siguientes aspectos:

1) La puesta en práctica de tales técnicas, con ciertas garantías de éxito, ha requerido un importante despliegue y coordinación del profesorado del centro. El tiempo dedicado a ofrecer orientaciones al respecto y coordinar el cómo, cuándo y dónde aplicar las técnicas, así como realizar los seguimientos correspondientes, suponen un esfuerzo que debe considerarse antes de acometer una intervención de esta naturaleza.

2) Este tipo de experiencia exige un planteamiento del problema y de las soluciones propuestas para abordarlo, siendo necesaria su discusión y aprobación por parte de un órgano básico del centro la Comisión de Coordinación Pedagógica. No sería adecuado plantear la participación del profesorado sin contar con su apoyo, máxime cuando deberá implicarse de un modo activo y coordinado durante todo el proceso.

3) En el mes de mayo de 2005 terminó el seguimiento de la experiencia-tratamiento por parte de este Spe. En las dos o tres primeras semanas de junio, se continuó administrando las técnicas, pero no disponemos de datos objetivos que permitan incorporarlos a los análisis realizados.

4) Si bien podemos concluir que se redujeron las conductas ya señaladas anteriormente en el aula, y esto sería ya un resultado exitoso, también la frecuencia de quejas en otros ámbitos (por ejemplo en el comedor escolar) ha ido disminuyendo a lo largo del curso pasado y lo que va del presente, aspecto que permite hablar de una hipotética generalización de los resultados conseguidos.

5) La opinión del profesorado es ambivalente en cuanto al conjunto de la experiencia. Si bien reconocen el éxito en el control de las conductas-objetivo, también valoran

el esfuerzo empleado por todo el centro, lo que hace relativizar dicho éxito.

6) Durante el pasado curso (2005-06) y el actual (2006-07) las conductas se mantienen bajo cierto grado de control. En general, el comentario adicional del profesorado, pese a persistir algunas dificultades en el sujeto A. sobre todo, es el de que se puede trabajar en el aula.

7) Finalmente, es necesario reconocer la existencia de otras variables que, a pesar de que podrían afectar a la emisión de las conductas estudiadas, no han sido objeto de un seguimiento sistemático. Entre ellas, cabría señalar el incremento del repertorio de recursos educativos de las familias para el afrontamiento de tales conductas, así como un mayor control de las orientaciones proporcionadas mediante un contacto continuado, aspectos que no pudieron llevarse a cabo por diferentes dificultades. Con toda probabilidad, la consideración de este ámbito con mayor atención y dedicación hubiera supuesto la obtención de mejores resultados y su mantenimiento durante un periodo más prolongado.

Bibliografía

Cruzado, J. A.; Labrador, F. J. (1995) Técnicas para la reducción de conductas operantes en Labrador, Cruzado y Muñoz: Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Psicología Pirámide.

Larroy, C.; de la Puente, M. J. (1997) El niño desobediente. Estrategias para su control. Madrid: Ediciones Pirámide.

Miranda, A.; Presentación, M. J.; Gargallo, B.; Soriano, M.; Gil, M. D.; Jarque, S. (1999) El niño hiperactivo (TDA-H) Intervención en el aula. Un programa de formación para profesores. Castellón: Universitat Jaume I.

Moreno, I.; Revuelta, F. (2002) El trastorno por negativismo desafiante en Servera: Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas. Madrid: Psicología Pirámide.

Olivares, J.; Méndez, F. X. (1998) Técnicas de modificación de conducta. Madrid: Biblioteca nueva.

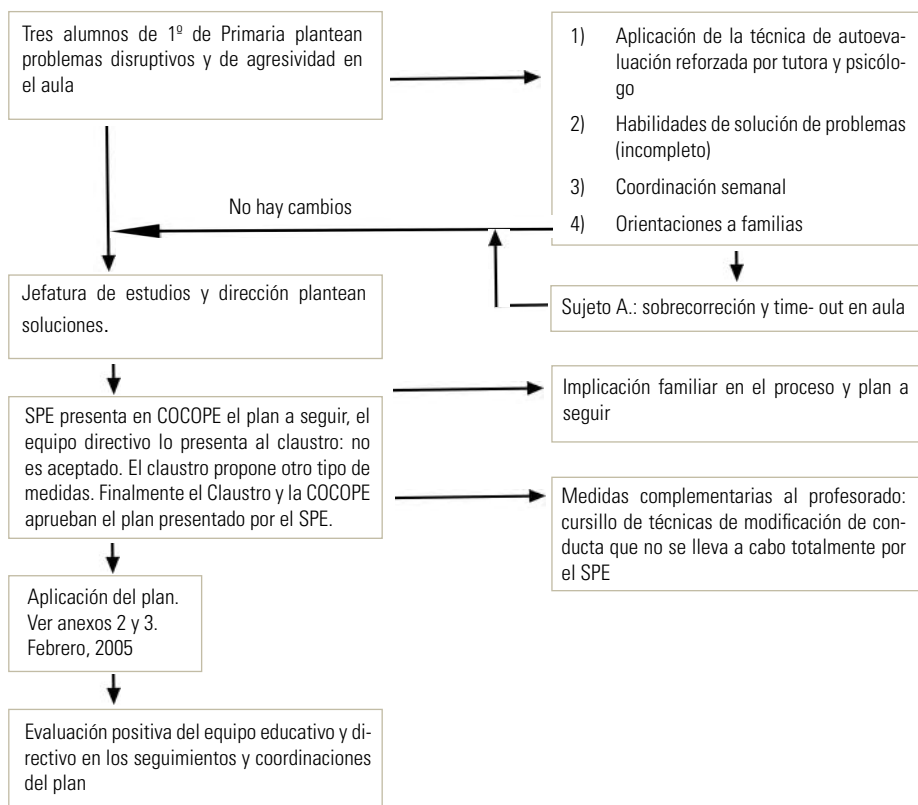
Valero, L. (1997 a) Los trastornos del comportamiento social en la infancia y en la adolescencia en Jiménez Hernández: Tratamiento psicológico de problemas infantiles. Granada: Ediciones Aljibe.

Valero, L. (1997 b) Trastornos de conducta en niños y adolescentes en Luciano Soriano: Manual de Psicología Clínica. Infancia y adolescencia. Valencia: Promolibro.

Fecha de recepción: 15/01/2007

Fecha de aceptación: 10/05/2007

Anexo 1: Secuencia de la experiencia-tratamiento



Anexo 2: Protocolo de actuación para aplicar en las conductas disruptivas en los alumnos D. A. X.

- **Recurso necesario:** Establecer un turno de profesores/as de guardia en el horario de recreo.
- **Condiciones previas:**
 - Los alumnos D. A. y X. deberán conocer de antemano esta medida, así como por qué conductas podrán quedarse sin recreo o parte de él, en caso de emitirlas. La tutora informará a los tres alumnos.
 - El equipo educativo del grupo-clase, reuniéndose con los tres alumnos, explicará cómo se va a proceder, si se emiten las conductas inadecuadas.
 - Se deberá aplicar de forma sistemática siempre que los alumnos hayan dejado de realizar tareas del aula, por haber tenido conductas disruptivas graves y reiteradas.
 - Esta medida se aplicará solamente a estos tres alumnos.

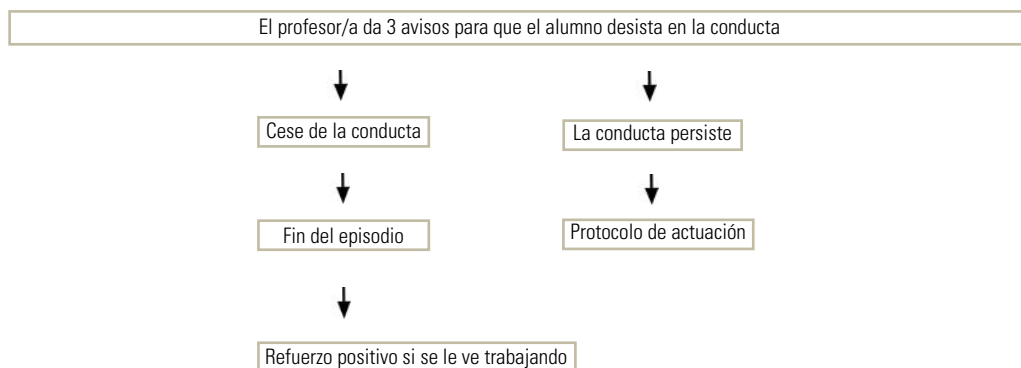
- Se entiende que son conductas disruptivas aquellas que impiden la realización de tareas a los demás compañeros y a ellos mismos:

- 1) Correr dentro del aula
- 2) Estar fuera del asiento desobedeciendo las órdenes de trabajar
- 3) Estar sentado con posturas inadecuadas
- 4) Subirse a las mesas

- Se deberá escoger un lugar (aula) al que irán los alumnos para trabajar y hacer sus tareas.

Protocolo de actuación

Tras la emisión de una de las conductas ya referidas:

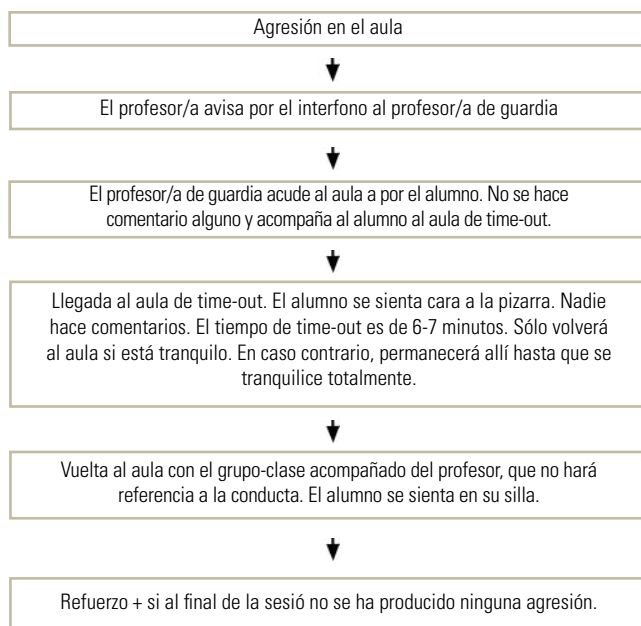


- 5 minutos antes del recreo el profesor/a de aula, le recordará al alumno que prepare las tareas no acabadas.
- El alumno acompañado del profesor/a, irá con sus tareas al aula asignada.
- El profesor/a de guardia le indicará dónde sentarse sin hacer comentarios.
- Cuando acabe las tareas podrá incorporarse al recreo.
- Si las conductas ocurrieran tras el recreo o por la tarde, el profesor/a escribirá en la agenda del alumno las tareas a fin de que las termine en casa.
- Los padres deberán conocer su responsabilidad ante las tareas no acabadas y firmar en la agenda como enterados.
- En la agenda sólo se escribirán las tareas no acabadas y el motivo por el que no las ha realizado.
- Si las conductas disruptivas ocurren en las áreas de Música o Educación Física, en el tiempo de privación de privilegios, escribirán la norma de clase no respetada pintando el dibujo correspondiente a esa norma, para lo cual el profesor/a de guardia deberá tener fotocopias de normas y pinturas.

Anexo 3: Protocolo de actuación para aplicar en las conductas agresivas en los alumnos D. A. X.

- Recursos necesarios: Establecer un turno de profesores/as de guardia y un lugar adecuado donde aplicar el time-out.
- Condiciones previas:
 - Lugar conocido y no cambiante
 - Dicho lugar (aula, despacho...) debe ser un espacio con poca estimulación visual y auditiva
 - El profesor/a de guardia no hará comentarios al alumno (reflexiones, por ejemplo)
 - Aplicación sistemática sólo para las conductas agresivas. Estas son:
- Agredir verbal o físicamente al profesorado: insultos, faltas de respeto graves acompañadas o no de gesticulación
- Agredir verbal o físicamente a los compañeros/as

Protocolo de actuación



Programa de autoestima dirigido a mujeres desde un centro de planificación familiar

Maite Redondo Jiménez

Psicóloga clínica (redondo_mai@gva.es)
Centro de Salud Sexual y Reproductiva de Altabix

Gema Reinante Mariscal

Psicóloga interna residente (gemareinante@hotmail.com)
Centro de Salud Sexual y Reproductiva de Altabix

resumen/abstract:

En el centro de planificación familiar de Altabix, Sexología decidió poner en marcha un grupo de autoestima dirigido exclusivamente a mujeres, para tratar este déficit desde las relaciones de pareja, la familia y las relaciones sexuales.

Se realizaron 10 sesiones con mujeres de una edad comprendida entre 30 y 50 años en las que se explicaron los conceptos principales del programa: autoestima y asertividad. Se realizaron dinámicas de grupo dentro de las sesiones, ejercicios de relajación e inducción de la autoestima y estiramientos dirigidos a la movilización pélvica y de caderas para mejorar la capacidad sexual.

Se observó un aumento considerable en las puntuaciones de la escala de Coersmith para medir la autoestima y las participantes afirmaron estar muy satisfechas con la realización del programa en un cuestionario semi-estructurado de evaluación personal que se les administró.

From the Altabix family planning center (Elche), Sexology department decided to run up a therapy group to improve women self-esteem's. It was focused in families, couples, relationships and sexual behaviours. It was carried out in ten sessions, women aged 30 to 50 years old. They were taught into the main concepts. Then, they developed several group techniques, relaxation exercises and self-esteem induction techniques. Eventually they practiced pelvic stretching exercises and hip movements to improve their sexual capacity.

A noticeable increase in the Coersmith inventory scores for self-esteem was observed. Program's evaluative semi-structured questionnaire given to women, showed participants were very satisfied with it.

palabras clave/keywords:

Autoestima, asertividad, relajación, relaciones conyugales

Self-esteem, assertiveness, relaxation, couple relationships

Introducción

Existe un gran número de mujeres con problemas de autoestima en las que se detecta un auto-concepto muy negativo de sí mismas, el cual les produce limitaciones considerables

en su vida de pareja y sexual. Por este motivo desde el servicio de sexología se observó la necesidad de implantar un programa de duración limitada para mejorar la autoestima de un grupo de mujeres, así como enseñarles a quererse y respetarse a sí mismas, reivindicar

sus derechos y entrenarles en el manejo de las principales técnicas asertivas.

Este grupo de mujeres fue remitido desde Atención Primaria y desde la Unidad de Salud Mental, haciendo hincapié a los profesionales que realizaban las derivaciones la importancia de que las mujeres que fueran remitidas tuvieran como problema principal un déficit de autoestima considerable, y que no estuviera asociado a ninguna patología psíquica u orgánica importante.

Objetivos generales y específicos

El objetivo general del programa era fomentar y mejorar la autoestima, el autorespeto, y la autoconfianza en ellas mismas, y que este aprendizaje adquirido en el grupo lo puedan generalizar posteriormente en sus relaciones sexuales y de pareja.

Como objetivos más específicos, el que las participantes adquiriesen conceptos teóricos sobre la autoestima, los principales indicios de tener una mala imagen y sus limitaciones, el concepto de culpa, habilidades para la reivindicación de los derechos como seres humanos y vivencias en el bienestar que produce desarrollar una auto-imagen positiva. Otro de los objetivos particulares fue el aprendizaje de técnicas de relajación e imaginación, con inducción de la autoestima, y entrenamiento en ejercicios pélvicos encaminados a la movilización de la zona pélvica. Todo ello encaminado a una potenciación del deseo y estima sexual.

Metodología

Las sesiones se estructuraron de la siguiente forma:

En la primera sesión se comenzó con una fase introductoria en la que se explicaban las características del programa, las normas del grupo, se presentaban todos los miembros

del grupo diciendo su nombre y alguna referencia personal y contando su motivación a participar en él. Tras esto se les administró la “escala de autoestima” de Coersmith y, finalmente, se terminó con ejercicios de relajación.

Las siguientes sesiones constaban de una parte teórica en la que se explicaban las diferentes cuestiones principales sobre la autoestima:

- » Definición, aspectos relacionados, indicios de tener una baja autoestima.
- » Consecuencias de la baja autoestima.
- » Manejo del sentimiento de “culpa”.
- » Conseguir una autoestima positiva y consecuencias beneficiosas.

Las fases teóricas se intercalaban a lo largo de las 10 sesiones con aprendizaje de HHSS y técnicas asertivas:

- Aprender a decir que no
- Pedir favores
- Manejar la crítica
- Técnicas asertivas (banco de niebla, desarmar la agresividad, disco ralla-do, etc.)

La estructura de las sesiones consistía en:

- » Puesta en común de las tareas encomendadas en la sesión anterior.
- » Exposición teórica con la aportación de ejemplos prácticos por parte de las participantes.
- » Dinámicas de grupo, tanto para poner en práctica las habilidades explicadas como para desarrollar la capacidad de expresión de sentimientos positivos y negativos.
- » Al final de cada sesión se realizaban los ejercicios de relajación e inducción de la autoestima y hacia la mitad del programa se incluyeron ejercicios de estiramiento diri-gi-

dos a la movilización pélvica y de caderas para mejorar la capacidad sexual.

Recursos

El personal de Sexología dispuso de una sala amplia con colchonetas para realizar las sesiones, CD's de video, ordenador para presentaciones en Power Point, música de relajación, y todo el material necesario para realizar los ejercicios y las dinámicas (apuntes, carpetas, bolígrafos, etc.)

Duración, lugar y población

Se realizaron 10 sesiones en los meses de marzo, abril y mayo, con una frecuencia semanal, durante hora y media. Tuvo lugar en la sala de preparación al parto del Centro de Salud Altavix (Elche) Se incluyeron en el programa 8 mujeres de una edad comprendida entre 30 y 50 años (edad media: 43,38) todas ellas casadas, excepto una viuda. Nivel socioeconómico medio, residentes en un medio urbano, amas de casa y con trabajo fuera de la misma a partes iguales. El nivel educativo oscilaba desde estudios primarios, básicos y graduado universitario (una de ellas)

Evaluación

Se les administró la escala de autoestima de Coersmith al inicio de la primera sesión y al final del programa para evaluar la eficacia del mismo y la evolución de los miembros del grupo. Sobre un rango de puntuación posible entre 0 y 25, la puntuación media inicial fue de 8,8 tomando en consideración las cinco participantes que quedaron hasta el final (9,125 con las 8 participantes iniciales) mientras que la evaluación post-intervención nos proporcionó una puntuación media de 18,25 (con las 5 participantes que terminaron)

También en la última sesión rellenaron un cuestionario de valoración personal semi-estructurado donde se les preguntaba sobre las impresiones del programa, los aspectos positivos a destacar, los cambios que realizarían, etc.

Los miembros del grupo valoraron muy positivamente el programa, afirmaban haberle sacado mucha utilidad, aunque también planteaban la necesidad de una continuidad para el seguimiento del manejo de las técnicas aprendidas.

Sobre los diferentes aspectos del programa, los mejor evaluados por el grupo fueron las dinámicas grupales realizadas en las sesiones y los ejercicios de relajación e inducción de la autoestima.

En la pregunta sobre qué modificarían ellas del programa, la mayoría estaban de acuerdo en aspectos formales como la duración y el horario de las sesiones, aunque demandaban que fuera más extenso en cuanto al número de sesiones.

Conclusiones

En general los resultados obtenidos en el programa fueron bastantes buenos: se observó un cambio notable en los miembros del grupo, empleando un lenguaje más asertivo; se describían a ellas mismas de mejor forma, aprendieron a estar más relajadas y a reivindicar sus derechos. Las tareas asignadas las practicaban a en los ámbitos de su vida de pareja y sexual, y comentaban estar muy motivadas a seguir practicando las habilidades aprendidas para generalizarlas.

Sin embargo, alguna de ellas se había mostrado con dificultad para emplearlas en su ámbito cotidiano, por falta de costumbre y por las resistencias del ambiente ante el cambio. Esto sirvió para que pudieran apreciar que esas resistencias eran normales y

que tenían que hacerles frente reivindicando sus derechos de forma progresivamente más asertiva. En cuanto a la falta de costumbre, se insistió en que todo era cuestión de establecer una autodisciplina diaria de aplicación para poder automatizar la conducta asertiva.

En la escala de Coersmith se observó un aumento considerable en las puntuaciones y en cuanto al cuestionario de evaluación personal, afirmaron estar muy satisfechas con su experiencia en el programa.

Las dinámicas grupales realizadas dentro de cada sesión y la relajación e inducción de la autoestima fueron los ejercicios mejor valorados por el grupo, la duración del programa, sin embargo, la consideraron escasa, planteando que necesitaban más tiempo para poder seguir trabajando su autoestima. Desde nuestro punto de vista no es recomendable prolongar el programa para no crear demasiada dependencia de la terapia y porque una de sus finalidades es fomentar la propia autonomía, considerada un indicativo más de una buena autoimagen.

Durante el desarrollo del programa hubo un absentismo de 3 personas, quedando al final del programa 5 miembros. Este hecho lo atribuimos principalmente a la ausencia de sesiones durante dos semanas, consensuada por el grupo, debido a las vacaciones escolares, en cuyo transcurso se produjo una ruptura en la continuidad y se apreció la reducción del grupo. Las participantes que quedaron siguieron una línea continua de participación y motivación desde el comienzo y se implicaron de forma importante en las tareas y propuestas planteadas.

Analizando los posibles defectos del programa, además de consignar la ruptura de la continuidad de las sesiones, fue considerado

el inconveniente de no haber realizado una entrevista inicial de primer contacto, que actuara como filtro para la selección de un grupo más homogéneo, ya que algunos miembros del grupo no reunían los requisitos necesarios para aplicarles el programa (de hecho fueron quienes abandonaron). En algún caso no había una motivación definida (el programa podría ser una forma de entretenimiento). En otro caso, la patología mental que presentaba la paciente interfería en su propia evolución y la del grupo. Este hecho nos hizo reflexionar sobre la necesidad de organizar, de forma diferencial, grupos de trabajo de la autoestima desde la Unidad de Salud Mental (dirigidos a pacientes de la unidad) y grupos de trabajo de la autoestima (los que actualmente se organizan) desde la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva, encaminados también a la mejora de la autoestima, pero desde un punto de vista de una experiencia vital no patológica, en un entorno cotidiano, sobre todo referido a las relaciones conyugales y familiares, para lograr un óptimo equilibrio emocional y relacional que facilite unas relaciones de pareja (y materno-filiales) igualitarias. De esta forma podemos intervenir, desde su núcleo, en la disolución de las conductas impositivas y machistas (los llamados “micromachismos” por Luis Bonino) haciéndoles frente desde la autoafirmación y la comunicación asertiva, generando así un bucle de retroalimentación positiva que mejora la autoestima, la autoeficacia y disminuye la agresividad y los sentimientos de desvalorización, alerta y sufrimiento emocional.

De igual modo nuestra experiencia como terapeutas del programa fue tan positiva como la de las mujeres que realizaron la terapia y esperamos que los cambios y logros

producidos puedan seguir practicándolos y que sean estables en el tiempo.

También, esta experiencia nos ha proporcionado dos puntos a tener en cuenta adecuadamente para el mejor funcionamiento de los grupos:

- Realizar una entrevista individual previa a la inclusión del participante en el grupo, para explorar su motivación y disposición a la participación.
- Desarrollar las sesiones en intervalos regulares (semanales se ha mostrado como ideal) procurando que las interrupciones de la secuenciación sean lo más cortas posible (la experiencia con programas anteriores indica que en periodos vacacionales, en los que se interrumpían las sesiones sólo una semana, la proporción de abandonos no difería de la que se produjera en cualquier otro momento del desarrollo del programa)

Bibliografía

MC Kay, M. y Fanning, PR. (1991) Autoestima, evaluación y mejora. Barcelona: Martínez Roca Clark.

Bonino, L. (1998) Micromachismos, la violencia invisible. Madrid: Cecom.

Cautela, JR y Groden, J. (1985) Técnicas de Relajación. Manual práctico para adultos, niños y educación especial. Barcelona: Martínez Roca.

Castonyer, Olga (2004) La asertividad: Expresión de una sana autoestima. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Lucy Lidell (1987) El cuerpo sensual. Barcelona: Integral.

Fecha de recepción: 29/05/2007
Fecha de aceptación: 20/07/2007

El manual *Intervención Psicológica y Educativa con niños y adolescentes. Estudio de casos escolares* es una obra editada por Pirámide, coordinada por Xavier Méndez, catedrático de la Universidad de Murcia, José Pedro Espada y Mireia Orgilés, profesores de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

Constituye un manual de casos prácticos dirigido a psicólogos, educadores, pedagogos, psicopedagogos, estudiantes y profesionales de distintas disciplinas implicados en la problemática infantil, concretamente en el ámbito educativo.

Aprender a detectar los problemas infantiles ayuda a reducir las repercusiones negativas en todos los ámbitos. En la actualidad, hay una gran incidencia de la problemática infantil en el ámbito educativo y son frecuentes las demandas por parte de los profesionales y de los padres.

Se trata por tanto de un manual adecuado para la adquisición de conocimientos teóricos y la mejora de los recursos de intervención práctica a nivel profesional, relacionados con los trastornos más comunes en la etapa escolar, como son, los problemas de conducta en el aula, el *bullying*, el trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad y los problemas de motivación académica, entre otros.

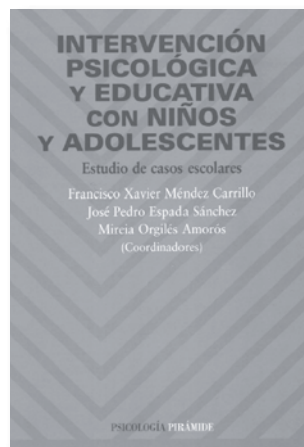
Los capítulos están organizados siguiendo la lógica del diagnóstico y la intervención desde un enfoque cognitivo-conductual. Entre sus cualidades destaca la evidencia empírica que da respaldo a las intervenciones realizadas, mediante estudios controlados, y el alto grado de sistematización de la actuación del profesional, que permite la aplicación de protocolos terapéuticos.

El capítulo primero, "Intervenciones con niños y adolescentes", revisa los contenidos teóricos necesarios para la adquisición de las nociones básicas del comportamiento habitual durante la etapa infantil y adolescente. En el resto de capítulos, eminentemente prácticos, se expone de forma detallada la intervención en los trastornos con mayor prevalencia durante la infancia y la adolescencia, el ámbito escolar.

Este libro supone una herramienta fundamental para los profesionales de la psicología que intervienen con niños y adolescentes, así como para los profesionales del ámbito educativo en general. Uno de los puntos fuertes de la obra es que

Intervención psicológica y educativa con niños y adolescentes

Estudio de casos escolares



Coordinadores: Francisco Xavier Méndez Carrillo, José Pedro Espada Sánchez y Mireia Orgilés Amorós

Edita: Pirámide, 2006

aglutina a especialistas en cada problema tratado. Cada capítulo se introduce con una descripción de las características del trastorno o problema, su evaluación y tratamiento. A continuación se presenta el caso, explicando cómo se intervino desde la primera sesión, cómo se planificó y realizó la evaluación, incluyendo las pruebas y resultados, y el desarrollo de las sesiones de tratamiento. De este modo, el lector puede conocer los pormenores de la intervención y tener una referencia útil para planificar sus casos. El libro incluye actividades en cada capítulo sobre el caso presentado, con el fin de que el lector practique elaborando registros o métodos de evaluación alternativos aplicados al caso presentado, compruebe su nivel de dominio del tema, o proponga técnicas de intervención distintas a las empleadas.

Del libro destaca su orientación práctica, aportando una forma de actualización a los profesionales y una guía de intervención práctica ante la mayoría de trastornos infantiles.

Por *Jessica Piñero Peñalver*

Psicóloga

Informació Psicològica aceptará para su publicación trabajos de orientación científico-profesional en los diversos ámbitos de aplicación de la Psicología.

trabajos originales

Todos los artículos deberán ser inéditos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

proceso de aceptación de los originales

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

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

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

crítica de artículos, revistas y libros

La crítica se efectuará por miembros de la revista o aquellos en quienes la Dirección delegue.

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

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

intercambios

La Revista aceptará intercambios con otras revistas o publicaciones periódicas técnicas a nivel nacional e internacional.