

# Violencia y Salud Mental

**Valentín Martínez-Otero Pérez**  
**J. Martín Ramírez**  
(Eds.)

© Justo Jimeno



UNIVERSIDAD  
**NEBRIJA**

Cátedra Global Nebrija Santander  
en Gestión de Riesgos y Conflictos



# Violencia y Salud Mental

**Valentín Martínez-Otero Pérez**  
**J. Martín Ramírez**  
(Eds.)



Cátedra Global Nebrija Santander  
en Gestión de Riesgos y Conflictos





LIII CICA  
y  
Jornadas Internacionales 2020

# VIOLENCIA Y SALUD MENTAL

Programa y presentaciones  
Madrid, 23-24 de abril de 2020



Cátedra Global Nebrija Santander  
en Gestión de Riesgos y Conflictos



Grupo Psicosociobiología de la Violencia:  
educación y prevención

---

© Universidad Nebrija y CICA  
Cátedra Global Nebrija Santander en Gestión de Riesgos y Conflictos

Editorial:  
Universidad Antonio de Nebrija

Diseño y maquetación:  
Servicio de Publicaciones de la Universidad Nebrija

Imagen de portada cedida por su autor, Justo Jimeno

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en un sistema de recuperación o transmitida de ninguna forma o por ningún medio, ya sea fotocopiadora electrónica o mecánica, sin el permiso previo de los Editores.

ISBN: 978-84-120747-1-0  
Depósito legal: M-12108-2020

Impreso en España. 2020

---

# Contenido

## LI CICA

<b>Introducción</b> .....	7
<b>Comités</b> .....	11
<b>Patrocinadores</b> .....	13
<b>Programa científico</b> .....	15
<b>Presentaciones</b> (en orden cronológico) .....	21
<b>Miembros del Grupo de Investigación</b>	
<b>Complutense</b> (en orden alfabético) .....	244
<b>Otros participantes</b> (en orden alfabético) .....	256
<b>Publicaciones de CICA</b> .....	273

---

## Introducción

■ Este LIII CICA (Conferencias Internacionales sobre Conflicto y Agresión)/Jornadas Internacionales 2020 sobre “Violencia y Salud Mental”, organizadas por el Grupo de Investigación Complutense “Psicosociobiología de la Violencia: Educación y Prevención” junto con la Fundación CICA Internacional y la Cátedra Global Nebrija-Santander sobre Gestión de Riesgos y Conflictos, con apoyo del Vicerrectorado de Centros y Departamentos y del Departamento de Estudios Educativos de la Universidad Complutense de Madrid, pretenden un intercambio científico y humanístico entre los miembros del Grupo y otros reconocidos profesionales a nivel nacional e internacional, que actualmente trabajan en distintas temáticas relacionadas.

Con las Jornadas se pretende enfatizar el papel de la educación en la salvaguarda y la promoción de la salud mental, así como en la prevención de la violencia y en el fomento de la convivencia. En las mismas, se abordarán importantes aspectos, tales como: la conceptualización de la salud mental, el trastorno mental y la violencia, el impacto de la violencia en la salud física y mental, la educación para la salud mental, la prevención pedagógica de riesgos psíquicos, el estigma y la enfermedad mental, la salud mental y la violencia hospitalaria en perspectiva histórica, etc.

Por “salud mental” entendemos un concepto amplio que nos informa del bienestar psíquico, tal como se incluye en la más amplia definición que sobre

---

<sup>1</sup> Véase: <https://cicainternational.org>

la salud ofrece la Organización Mundial de la Salud<sup>2</sup> (OMS): “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, en la que se advierte la interrelación de planos y la consideración de la salud desde un punto de vista positivo.

Y la “violencia”, como es sabido, es un comportamiento vehemente e impetuoso, inadecuado, destructivo y consiguientemente inaceptable, que, lejos de limitarse a una inadecuada aplicación de la fuerza física encaminada a dañar a otros, abarca virtualmente cualquier acto que nos impide hacer realidad el desarrollo de nuestro potencial humano, mediante la consiguiente frustración de nuestros deseos y actividades: desde un mero sentimiento de violencia interior, hasta su expresión emocional, verbal o física, a todo nivel: interpersonal, grupal, político, etc.<sup>3</sup>

Nuestro Grupo de Investigación es consciente de la complejidad de la sociedad, así como de la presencia de factores psicosociales negativos que ponen en riesgo el bienestar y el equilibrio psicológico de muchas personas, ya desde la infancia. En condiciones desfavorables todos somos vulnerables. Al respecto, es bien sabido que ciertas situaciones adversas, por ejemplo, las presiones socioeconómicas continuas; el acoso o la intimidación en el trabajo, en el centro educativo o en la familia; la discriminación de género; el bajo nivel educativo; los estilos de vida inadecuados; la violencia en cualquiera de sus modalidades, etc., impactan negativamente en la salud mental individual y colectiva.

Además de los aspectos sociales, en la salud mental también influyen ciertas características de la personalidad, psicológicas o biológicas, que pueden acrecentar la vulnerabilidad individual a determinados trastornos. Desde un punto de vista global, holístico, nuestro Grupo de Investigación está comprometido tanto con el despliegue pleno de la personalidad, cualquiera que sea la franja etaria en que el sujeto se halle, como con el progreso racional y emocional, material y espiritual de la sociedad. Nos planteamos, por un lado, la prevención de noxas psíquicas, particularmente asociadas a la violencia, y, por otro lado, el fomento del bienestar psíquico individual y

2 Véase: Salud mental: [http://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/mental_health/es/)

3 Véase: J. Martín Ramírez (ed.) *Violence. Some Alternatives*. Centreur, Madrid 1994.

comunitario. En este doble objetivo ocupa un lugar destacado la educación en su más amplio sentido, que no se limita a la infancia. Aunque tradicionalmente la pedagogía circunscribía la acción formativa a la familia y la escuela durante las primeras etapas de la vida, resulta evidente que la educación se extiende a toda la vida y no solo a través de las dos importantes instituciones citadas. De ahí el creciente reconocimiento de la pedagogía social/educación social cuyos ámbitos de intervención se expanden, aunque siempre con un mismo horizonte perfectivo intencional de la persona, en su vertiente individual y social. Un quehacer contextualizado, atento al ser y al existir del ser humano, a menudo en situación de dificultad y aun de violencia, y particularmente comprometido con su carácter relacional y, por tanto, con el fomento de una mejor vida en común.

La combinación de la violencia y la salud mental, susceptibles de abordarse desde variadas perspectivas, nos sitúa ante numerosas condiciones negativas, más o menos visibles, que pueden localizarse en el nivel familiar, escolar, laboral o social: las políticas inadecuadas; la injusticia social, la desigualdad y la pobreza persistentes; el uso abusivo e inapropiado de las tecnologías; la ausencia o insuficiencia de medidas inclusivas; el desempleo o la precariedad laboral; la desinformación mediática; el acoso; la desorientación axiológica; la rivalidad feroz; la degradación ecológica; la presión tecnoburocrática; el consumismo rampante; la renuncia a la dimensión espiritual, etc. Evaluamos aquí críticamente estos factores, sin soslayar su incidencia diferencial según la vulnerabilidad y circunstancia de la persona. Las fuentes de perturbación psíquica citadas, además, son susceptibles de revisión histórica, tal como se hace en este libro a través de la investigación literaria de una dependencia psiquiátrica (El pabellón número 6) descrita por el célebre escritor ruso Chéjov.

En estas nuevas Jornadas se prevé la participación científica de autores de diversas orientaciones disciplinares y procedentes de once países y cuatro continentes: América (Estados Unidos -Hawaii-, Brasil, México y Colombia), Europa (Dinamarca, Italia, Polonia y España), África (África del Sur y Nigeria) y Asia (Pakistán). Sus valiosas y variadas aportaciones, que ensanchan nuestro conocimiento sobre la violencia y la salud mental, enfatizan los aspectos preventivos y resultan estimulantes para el desarrollo de futuros estudios, son recogidas en este libro publicado por la Editorial Universidad Antonio de Nebrija, fruto esmerado del diseño y maquetación por parte de

su Servicio de Publicaciones. Desde aquí nuestro profundo agradecimiento a sus componentes: Lupe, Saudade y Ana.

Mención especial merece el artista Justo Jimeno, autor de la bella imagen de portada: “Don Quijote con los pellejos de vino”, y que en este Día Internacional del Libro, que conmemoramos precisamente hoy, resulta particularmente apropiada para honrar, siquiera sea modestamente, a nuestro “loco maravilloso” de mayor fama universal y, por supuesto, a su progenitor literario, Miguel de Cervantes, cuyo óbito se recuerda oficialmente el 23 de abril, día en que nace este libro.

En definitiva, nuestro Grupo y la Fundación CICA International, conscientes de la necesidad de abordar con rigor científico fenómenos como los mencionados, organizamos estas Jornadas Internacionales centradas en la violencia y la salud mental, y adoptamos un nítido compromiso humanista de alcance personal y comunitario, pues, en lo posible, y desde miradas muy distintas, pero convergentes, queremos favorecer educativa, psicológica, antropológica y socialmente un programa amplio que permita: identificar prácticas alienantes y violentas (directas, culturales o simbólicas), contribuir a la protección de los derechos humanos, prevenir riesgos psíquicos, atender científica y éticamente a las personas con trastornos mentales, así como impulsar educativamente la convivencia, el bienestar y la salud mental.

**Valentín Martínez-Otero Pérez**  
**Jesús Martín Ramírez**

Madrid, 23 de abril de 2020  
(Día Internacional del Libro)

## Comité Organizador

### Presidentes del LIII CICA

**Prof. Dr. Jesús Martín Ramírez**

*Presidente de CICA International  
Director de la Cátedra de Gestión de Riesgos y Conflictos,  
Universidad Nebrija (Madrid)*

**Prof. Dr. Valentín Martínez-Otero Pérez**

*Director del Grupo de Investigación: Psicosociobiología de la Violencia:  
Educación y Prevención, Universidad Complutense (Madrid)  
Presidente del Centro Asturiano de Madrid*

### Miembros del Comité Organizador

**Prof. Dr. Juan Carlos Fernández**

*Director Responsable de Psicología, Universidad Nebrija*

**Dr. Luis G<sup>a</sup> Segura, Coordinador**

*Coordinador de la Cátedra de Gestión de Riesgos y Conflictos, Universidad Nebrija*

**Prof. Dr. Jesús Martín Ramírez**

*Director de la Cátedra de Gestión de Riesgos y Conflictos,  
Universidad Nebrija*

**Prof. Dr. Valentín Martínez-Otero Pérez**

*Director, Grupo de Investigación: Psicosociobiología de la Violencia,  
Universidad Complutense (Madrid)*

**Prof. Dr. José Vicente Merino**

*Catedrático de Pedagogía, Universidad Complutense (Madrid)*

**Prof. Dra. Belén Sáenz-Rico de Santiago**

*Directora del Departamento de Estudios Educativos, Universidad Complutense (Madrid)*

---

## Patrocinadores



Cátedra Global Nebrija Santander  
en Gestión de Riesgos y Conflictos



Grupo Psicobiología de la Violencia:  
educación y prevención



Con la colaboración de:



CENTRO ASTURIANO  
DE MADRID



---

## Programa

Con este LIII CICA International Conference/Jornadas Internacionales 2020 sobre "Violencia y Salud Mental", organizadas por el Grupo de Investigación Complutense "Psicosociobiología de la Violencia: educación y prevención" junto con la Fundación CICA International y la Cátedra Global Nebrija-Santander sobre Gestión de Riesgos y Conflictos, se pretende un intercambio científico y humanístico entre los miembros del Grupo que actualmente trabajan en distintas temáticas relacionadas con otros reconocidos profesionales a nivel nacional e internacional. Como objetivo principal, las Jornadas 2020 (LIII CICA) quieren enfatizar en el papel de la educación en la salvaguarda y la promoción de la salud mental, así como en la prevención de la violencia y en el fomento de la convivencia, abordando importantes aspectos, tales como: la conceptualización de la salud mental, el trastorno mental y la violencia, el impacto de la violencia en la salud física y mental, la educación para la salud mental, la prevención pedagógica de riesgos psíquicos, el estigma y la enfermedad mental, la salud mental y la violencia hospitalaria en perspectiva histórica, etc.

Las jornadas tendrán lugar en el Salón de Grados de la Facultad de Educación de la Universidad Complutense.

23 de abril de 2020

Mañana: 10:30 - 14:00 h.

### Sesión de Apertura

10:30 - 11:00 h.

**Valentín Martínez-Otero Pérez**, Director del Grupo Complutense de Investigación Psicosociobiología de la Violencia: Educación y Prevención.  
**Jesús Martín Ramírez**, Presidente de la Fundación *CICA International*.  
**Belén Sáenz-Rico de Santiago**, Directora del Dpto. de Estudios Educativos, UCM.

### 1ª sesión: Violencia y diversidad cultural

Moderador: **Dr. Jesús Martín Ramírez**, Director de la Cátedra Global Nebrija Santander sobre Gestión de Riesgos y Conflictos, Presidente de la Fundación *CICA International*.

### Participantes

11:00 - 11:15 h.

*Moderna pandemia machista de violencia de género.*

**Dr. Francisco Alonso-Fernández**, Catedrático emérito de Psiquiatría y Psicología Médica, UCM. Académico de la Real Academia Nacional de Medicina (España).

11:15 - 11:30 h.

*Neurotransmisores, Agresión, Salud*

**Dr. Damian Onyekwere**, (Nigeria), Vicesecretario Fundación *CICA International*.

11:30 - 11:45 h.

*Agresiones en centros penitenciarios. El trastorno mental como factor de riesgo.*

**Dr. Luis Millana**, Universidad Antonio de Nebrija, Madrid.

11:45 - 12:00 h.

*Violencia y salud mental.*

**Dr. Gregorio Gómez-Jarabo**, Universidad Autónoma de Madrid.

12:00 - 12:15 h.

*Violencia y salud mental en el pabellón número 6, de Chéjov.*

**Dr. Valentín Martínez-Otero Pérez**, Facultad de Educación, UCM.

12:15 - 12:30 h.

Preguntas y respuestas.

12:30 - 12:45 h.

Descanso.

### 2ª sesión: Entornos saludables: prevención de riesgos psíquicos

Moderador: **Dr. José Vicente Merino**, Catedrático de Pedagogía Social, UCM

### Participantes

12:45 - 13:00 h.

*Violencia de género y trabajo.*

**Dª María Maestre Naranjo**, Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid; **Dr. Juan Carlos Fernández Rodríguez**, Director del Departamento de Psicología. Universidad Nebrija; y **Dª Silvia Arranz Alonso**, Servicio de Prevención Mancomunado MAPFRE. Madrid.

13:00 - 13:15 h.

*La intervención y la participación activa de la comunidad en la prevención de la violencia en los mayores.*

**Dra. Mª Rosario Limón Mendizábal**, Catedrática de Pedagogía Social del Departamento de Estudios Educativos, Universidad Complutense de Madrid.

**Dra. María Chalfoun Blanco**, Doctora en Educación por la Universidad Complutense de Madrid.

13:15 - 13:30 h.

*Violência e drogas: a dinâmica simbólica do desejo.*

**Dr. D Jason Barbosa da Cunha**, Instituto Internacional de Humanidades e Ciências Sociais Aplicadas (IHCSA), (Brasil).

13:30 - 13:45 h.

*Consecuencias Neuropsicológicas de las violencias contra los niños.*

**Dr. Miguel Bettin** (Colombia), Presidente, Instituto de Estudios Psicosociales y Violencia (IEPSIV), Bogotá.

13:45 - 14:00 h.

Preguntas y respuestas.

**ALMUERZO LIBRE (14:00 - 16.00h)****Tarde: 16:00 - 17:30 h.****3ª Sesión: La educación ante la salud mental y la violencia**

Moderador: **Dr. Valentín Martínez-Otero Pérez**, Director del Grupo Complutense: Psicosociobiología de la Violencia: Educación y Prevención.

**Participantes**

16:00 - 16:30 h.

*La gestión positiva de los conflictos violentos en la escuela, cauce para una construcción saludable de la identidad social.*

**Dr. José V. Merino Fernández**, Catedrático de la UCM.

16:30 - 17:00 h.

*La Salud Mental y la Superación de la Violencia se producen al surfear los niveles de Consciencia.*

**Dra. Tina Lindhard** (Dinamarca, Sudáfrica), *Consciousness Studies, International University of Professional Studies (IUPS)*, Maui, Hawaii, USA.

17:00 - 17:30 h.

*Exploring Impact of Emotional Violence on Mental Health of School Students.*

**Dr. Muhammad Nasir Khan** (Pakistan), *Department of Education, International Islamic University, Islamabad.*

17:30 - 17:45 h.

Descanso

17:45 - 18:15 h.

*Experiencias tempranas de violencia: impacto en la salud biopsicosocial y la disposición a la paz.*

**Dr. Mikel García García**, *Universitat Jaume I, Castellón (España).*

17:45 - 18:15 h.

*Alternativas a la restricción y el aislamiento en la salud mental: una "scoping review".*

**Dª Michela Atzeni** (Italia).

18:15 - 18:45 h.

*Mental health of E-Sports professionals in violent videogames: a study case of Spain.*

**Dr. Luis A. García-Segura** (República Dominicana).

18:45 - 19:15 h.

*Chosen determinants and consequences of aggression among adolescents.*

**Dr. Marzanna Farnicka** (Polonia), Departamento de Psicología, Universidad de Zielona Góra.

19:15 - 19:30 h.

Preguntas y respuestas.

**24 de abril de 2020****Mañana: 10:30 - 13:30 h.**

Moderador: **Dr. Andrés Serrano**, Director Adjunto del Grupo Complutense de Investigación: Psicosociobiología de la Violencia: Educación y Prevención

**Participante**

*El acoso escolar: contribuciones para su prevención y retos de la educación.*

**Dr. Martha Leticia Gaeta González** (México), Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

**4ª Sesión: Líneas de trabajo del Grupo de Investigación: Psicosociobiología de la Violencia: educación y prevención.****Clausura**

13:00 h.

**Dr. Juan Cayón**, Rector de la Universidad Nebrija.

**Dra. Carmen Nieto**, Vicerrectora de Centros y Departamentos Universidad Complutense.

---

# Presentaciones

## ***Moderna Pandemia Machista de Violencia de Género***

**Francisco Alonso-Fernández**, Catedrático emérito de Psiquiatría y Psicología Médica; Académico de la Real Academia Nacional de Medicina de España

Correspondencia: franciscoalonsofernandez@hotmail.com

### ■ Resumen

La llamada hoy violencia de género constituye una pandemia emergente de violencia machista iniciada hace 50 años, a partir del control de la natalidad, facilitado por el advenimiento de la píldora contraceptiva, con arreglo a estas tres características: maltratador masculino, víctima femenina y una relación de pareja o expareja entre ambos.

Se propone la designación de síndrome de Otelo que ofrece las ventajas nominal y conceptual de englobar las tres características citadas y constituye un nuevo enfoque del problema. En la mayor parte de los casos interviene como detonante el mecanismo de los celos eróticos, que cubre un amplio espectro desde unos celos reactivos a los acontecimientos de la vida hasta un delirio de infidelidad. Se pone de relieve como tema central la recuperación de la salud mental del maltratador, con lo que se beneficia la preservación de la vida de la mujer.

**Palabras clave:** Violencia machista, síndrome de Otelo, pandemia, normas de tratamiento y de asistencia.

## ■ Abstract

*The gender-based violence constitutes today an emergent pandemicity of sexist violence, which started fifty years ago, since the control of natality, according to these three factors: male aggressor, female victim and relation of couple or excouple between both.*

*It is proposed here the new name Othello syndrome, which includes the three features named and above all constitutes a new point of view assuming as central point the mental health of the aggressor where it is present almost always the experience of erotic jealous as an explosive mechanism against the woman.*

**Keywords:** *Gender violence, Othello syndrome, pandemic, norms of treatment and assistance.*

## ■ Introducción

No hace más de setenta años ha emergido en el mundo una pandemia de violencia machista proyectada en especial contra la pareja o la expareja.

Anteriormente había habido casos aislados de este tipo. Algunos de ellos muy representativos. Entre los que destaca la figura de ficción de Otelo personaje del que se ocupó especialmente Shakespeare. Por este motivo yo mismo he llamado a este tipo de violencia el Síndrome de Otelo.

La llamada hoy violencia de género constituye una pandemia emergente de violencia machista iniciada hace 50 años, a partir del control de la natalidad, facilitado por el advenimiento de la píldora contraceptiva, con arreglo a estas tres características: maltratador masculino, víctima femenina y una relación de pareja o expareja entre ambos.

Se propone la designación de Síndrome de Otelo (SO) que ofrece las ventajas nominal y conceptual de englobar las tres características citadas y constituye un nuevo enfoque del problema. En la mayor parte de los casos interviene como detonante el mecanismo de los celos eróticos, que cubre un amplio espectro desde unos celos reactivos a los acontecimientos de la vida hasta un delirio de infidelidad. Se pone de relieve como tema central la recuperación

de la salud mental del maltratador, con lo que se beneficia la preservación de la vida de la mujer. El mejor seguro para la vida de la mujer es someter a tratamiento adecuado con medidas judiciales pertinentes al maltratador.

Nos encontramos ante una tremenda calamidad pública, social y sanitaria. Un trastorno polifacético o poliédrico en cuyas caras sobresalen la criminológica, la judicial y otras. Hace dos años en esta tribuna la profesora y académica María Castellanos afrontó el problema desde la perspectiva médico-forense con una exposición didáctica y lúcida. Hoy voy a abordar el estudio de esta plaga desde la perspectiva de la psicopatología, la psiquiatría o la salud mental.

Podemos definir, esta grave plaga social polifacética, como una pandemia de violencia machista emergente en los últimos 45 años, polarizada en los países de cultura occidental. Como vemos, el problema tiene una filiación histórico-cultural que trataremos de desentrañar y comprender. En los países de cultura poco evolucionada ha imperado siempre la violencia machista más salvaje que podríamos denominar violencia cruda, bajo la forma de una mutilación corporal respaldada por la esclavitud o la entrega a la prostitución. En realidad no hay violencia cocida (usando los términos de Levi Straus), sino que todo maltrato femenino es crudo o salvaje, si bien hay algunas formas más salvajes que otras.

En cuanto a fechas históricas hay que precisar que hasta hace 50 años, las niñas estaban sometidas a una educación patriarcal autoritaria que perseguía la finalidad inconfesable de incapacitarlas para llevar una vida independiente. En consecuencia surgían unas mujeres sumisas, obedientes, sometidas, siempre tuteladas por el varón, enjauladas por fuera y encorsetadas por dentro.

Hace unos 50 años, acontece el control de la natalidad, gracias al advenimiento de la píldora contraceptiva. Consiguientemente sobreviene la incorporación masiva de la mujer a los estudios universitarios y al mundo laboral o el trabajo extradoméstico. En consecuencia la mujer se emancipa, se desinhibe en sus rasgos personales interiores y al exterior muestra una conducta libre e independiente en el plano social. A la sombra de esta emancipación femenina se produce una serie de cambios en cascada: La revolución sexual, la crisis

de familia, la crisis de pareja y naturalmente como efecto de rebote el cambio de postura de la población masculina, tratando de recibir a la nueva mujer, como una camarada y no como una sierva.

Un sector masculino, tal vez representado por un 10% de la población masculina, se radicaliza en la posición machista de posesión de la mujer y la instrumentaliza con la violencia propia de la época. No olvidemos que estábamos entonces en los años 60 del siglo pasado, y el siglo XX ha sido el siglo de la barbarie, donde además de contarse con un instrumental destructor, más potente que nunca, el ser humano ha experimentado una cierta regresión, transformándose de Homo Sapiens Sapiens en Homo sapiens Brutalis o Barbarus. Y así surge el protagonista del fenómeno que hoy llamamos Violencia de Género, un término que es una provocación al sentido común, sobre todo por estos tres datos: primero, no contiene ninguna referencia a los tres elementos de la plaga (maltratador masculino, víctima femenina y relación de pareja o ex pareja entre ambos), lo cual constituye un vacío semántico.

Su ambigüedad conceptual, lo que ha llevado a algunos autores a confundir esta denominación con los títulos de violencia doméstica o violencia conyugal, y además a dejarse arrastrar por criterios arbitrarios, en la selección de muestras para los estudios sociodemográficos; finalmente, al dejarse llevar por el sentido abstracto de la violencia de género, haber prescindido del estudio del estado mental del protagonista de esta violencia.

Precisamente, para corregir estas lagunas semántica, conceptual y sobre todo de desenfoque del tema, vengo proponiendo la nueva denominación de Síndrome de Otelo (SO).

El SO hace alusión al personaje Otelo de la tragedia de Shakespeare de este nombre, una tragedia escrita en 1603 (dos años antes de la publicación del primer tomo del Quijote) y una de sus obras escénicas más brillantes y celebradas, en competencia con Romeo y Julieta.

Aquí presento una lámina de Otelo que es una pintura, de Muñoz Degraín, pintor español de ascendencia francesa y especialista en pinturas de pasajes literarios. Representa el momento en que Otelo ha estrangulado a su esposa Desdémona.

Con la nueva designación de SO no solo trato de cubrir la ambigüedad semántica y conceptual, sino dar un vuelco al modo de abordar esta plaga, colocando en el ojo del huracán el estado mental del maltratador. Los factores de riesgo para convertir a un hombre maltratador de su pareja o ex pareja los podemos sintetizar en la lista siguiente:

- Un trastorno psicopatológico de cierta envergadura.
- La hiperactividad con déficit de la atención.
- La personalidad psicopática narcisista o límite.
- La depresión disfórica, el síndrome paranoide o el trastorno bipolar de ciertas características.
- El consumo de drogas o sobre todo de alcohol incluso en pequeñas dosis. No olvidemos que el alcohol es la sustancia química ajena al organismo que más activa la violencia.

En la mayoría de casos del maltrato femenino interviene como detonante explosivo el mecanismo de los celos eróticos, o sea la celotipia erótica o pasión de los celos eróticos. En la mayor parte de los actos de maltrato masculinos hoy emergente contra su pareja femenina está presente el detonante explosivo de la celopatía erótica.

La celopatía erótica se distribuye en un amplio espectro entre fenómenos extendidos entre el polo de la sospecha, más o menos reactivas, o sea, fundada en los acontecimientos de la vida o en la conducta de la mujer, y la convicción delirante de la traición femenina en forma de una convicción incontrovertible que no se deja influir por el razonamiento ni por la refutación lógica. Esta delusión erótica casi nunca coincide con la realidad, o sea que el delirio de infidelidad suele ser una sustitución de la realidad. Además, existen otros tipos estructurales de celos como las ideas sobrevaloradas de celos o las dudas obsesivas.

Para tipificar la pasión de los celos eróticos nos atenemos en cada caso a estudiar sus rasgos fenomenológicos, estructurales y comprensivos del celópata, su relación con los acontecimientos de la vida y sus reflejos en la conducta y la vida emocional. Debe quedar claro, por tanto, que puede haber un delirio de infidelidad coincidente con el comportamiento femenino infiel,

pero que esta coincidencia es excepcional y accidental. En este caso el delirio de infidelidad y el hecho coinciden como si fueran fenómenos paralelos.

Los celos intervinientes como la matriz del maltrato femenino, se caracterizan por estas cuatro condiciones:

- Celos machistas o posesivos que surgen cuando se siente amenazada la posesión de la mujer, es decir, celos contruidos entorno a la vivencia de la posesión de la pareja extendida a su persona, su libertad y su vida.
- Celos eróticos de tema sexual, más que de tema emocional, lo que denota su significado muy poco platónico.
- Celos particularmente violentos, prestos a pasar a la acción agresiva, la cual, puede surgir como violencia defensiva, para protegerse contra la soledad y el abandono, o como violencia expresiva del odio o del rencor contra la mujer supuestamente traidora. Este fue el caso de Otelo que después de haber matado a su esposa, susurraba a Yago: "Nueve años seguidos quisiera estar matándola".
- Finalmente, se trata de un fenómeno oculto por el disimulo, la mentira o el engaño, lo cual, es un rasgo común de todos los celos eróticos (precisamente la palabra 'celos' se deriva del verbo latino 'celare' que significa ocultar).

El tema fenomenológico primordial es por qué el hombre se vuelve celoso y maltratador de su pareja. Bastante menos del 50% de los violentos machistas son también violentos en la conducta habitual de su vida. Por lo tanto, tenemos que la mayor parte de las violencias machistas reservan todo su caudal de violencia para proyectarlo contra la mujer.

Al no haber ningún factor de presencia constante ni de acción unívoca, valoramos los factores intervinientes como elementos de riesgo o de vulnerabilidad. A medida que el factor de riesgo alcanza un grado más intenso o su asociación es más numerosa se acrecienta el riesgo de cristalizar la relación con la mujer en el Síndrome de Otelo. La detección de los factores de riesgo, es una pista muy estimable para orientar la actividad primaria sobre el SO, así como también, para enfocar adecuadamente el tratamiento.

Basándome en la revisión bibliográfica y en mi experiencia personal, he sistematizado los factores de riesgo más efectivos en la relación ya consignada, a la que tenemos que agregar los antecedentes de haber sufrido violencia familiar o haberla presenciado.

También influyen en este sentido:

1. La actitud machista contra la mujer en forma de autoritarismo, arrogancia y menosprecio. Abundan los maltratadores disfrazados u ocultos, bien integrados con sus amigos y compañeros y carentes de antecedentes de violencia, perfectamente integrados en la macrosociedad sin problemas. Todo lo cual los define como violentos exclusivos contra su pareja.

Debemos consignar que entre los que culminan el maltrato con el feminicidio hay una sobreabundancia de hombres carentes de instrucción escolar.

2. Los síntomas psicopatológicos pertenecientes a rúbricas muy diversas, cuya diversidad autoriza a hablar de distribución transnosográfica. Su presencia es, si bien no constante, relativamente frecuente en la forma de las rúbricas siguientes:

- La hiperactividad, con déficit de atención: Un trastorno propio de los niños y de los adolescentes que se perpetua muchas veces en los adultos en forma de impulsividad.
- La personalidad psicopática que integra el maltrato como un capítulo más de su vida antisocial. Se dispone de rasgos suficientes para pensar que el personaje Otelo tenía una personalidad psicopática asociada con crisis epilépticas. La personalidad narcisista que interviene más aquí en las formas de una baja autoestima que en el narcisismo megalómano, constituido en torno de la exaltación de su autoestima. La personalidad límite, cuyo comentario omito por ser muy poco frecuente en la población masculina. Y la personalidad alexitímica definida por su incapacidad para reconocer las emociones propias y ajenas (un trastorno masculino y un sufrimiento femenino), que embarga de aburrimiento a su pareja y con cierta frecuencia se acompaña de explosiones coléricas que atormentan a su pareja.
- La depresión disfórica o irritable y la depresión paranoide, cuadros especiales o atípicos de trastorno depresivo relativamente frecuentes que no suelen diagnosticarse o se confunden con trastornos de personalidad, generan maltrato a través de un humor irritable o explosivo o unas ideas de desconfianza o perjuicio.
- El trastorno de espectro bipolar, representado aquí en especial por la personalidad hipertímica (exaltación emocional y de los impulsos) o por un episodio hipomaniaco configurado como si fuera una personalidad

psicopática. Mi primer trabajo científico versó precisamente sobre este tema: La hipomanía pseudopsicopática. Un diagnóstico diferencial importante por la diversidad de su tratamiento y su pronóstico, puesto que, la hipomanía se recupera con el tratamiento.

- Psicosis esquizoparanoide, trastorno que paso por alto, dada su menor presencia entre estos factores de riesgo.
- La adicción química o social. Entre las adicciones sociales mas conexionadas con la violencia contra la pareja sobresalen la adicción al juego (a la ruleta, al videojuego o a las apuestas), y sobre todo la adicción al trabajo, muchas veces detectada antes en el ámbito familiar que en el laboral. Entre las adicciones químicas sobresale, la adicción al alcohol, asociada con el SO en dos momentos evolutivos del alcoholismo: Uno en la fase adictiva en la modalidad descrita por mi mismo como alcoholmanía en la que una personalidad insegura y tímida recurre al alcohol para liberarse de sus inhibiciones, y se transforma en los episodios de embriaguez en un individuo violento, en particular contra la pareja y los hijos; el otro momento coincide con el periodo evolutivo constituido por la intoxicación alcohólica crónica, reflejada en la primitivización de la personalidad y el deterioro cognitivo, efectos tóxicos realmente asociados al delirio de celos crónicos de los bebedores. El consumo de alcohol de distintos tipos (consumo moderado, abusivo, adictivo o tóxico) interviene como factor primordial o como factor asociado, según las distintas estadísticas, en la génesis de una proporción de maltrato de pareja oscilante entre el 50 y 90% de los maltratadores.

Alrededor del 60% de los feminicidios de pareja son ejecutados por hombres que no han pasado de los estudios primarios, en tanto que el 30% tienen además estudios secundarios y sólo el 5% han alcanzado estudios universitarios.

Hay autores de distintos países que basándose en estos porcentajes consideran que el satisfactorio nivel socioeconómico y los estudios universitarios actúan como factores de protección contra la violencia machista, al menos en un sentido moderador.

Los procedimientos de neuroimagen, en especial la resonancia magnética estructural, han puesto de relieve que el comportamiento de violencia machista coincide en términos generales con la imagen registrada en los

protagonistas de la conducta violenta habitual: de un lado, el incremento de volumen de la sustancia gris en el sistema de recompensa mesolímbico y, de otro, la reducción de este volumen en la corteza prefrontal ventromedial y en la corteza orbitofrontal, el sustrato de la voluntad y la libertad. Abundan asimismo datos significativos del importante papel desempeñado en la conducta violenta por el hipocampo y la amígdala.

Los tipos de violencia perpetrada por el maltratador se distribuyen en las modalidades de violencia física, psíquica, sexual, económica y microterrorista. Debe incluirse en la violencia sexual todo tipo de relación desarrollada sin el consentimiento de la mujer

Las modalidades de violencia física y psíquica se definen por si mismas.

En la violencia sexual se incluye todo atropello de la libertad sexual. De esta suerte se engloba en la violencia sexual toda actividad forzada o impuesta mediante la amenaza, el chantaje o la fuerza física. Ya Pitágoras, filósofo y matemático, el maestro de la antigua Grecia, el sabio de Samos, dejó puntualizado hace dos mil quinientos años (s. VI A.C.) que el acto sexual debía realizarse “previo acuerdo de los cónyuges “, hoy diríamos entre él y ella.

La violencia económica o patrimonial consistente, en la privación de medios suficientes para vivir con arreglo a su estatus habitual.

Las distintas modalidades de violencia o abuso suelen manejarse en forma combinada, adoptando su asociación formas diversas o como una uniformidad rutinaria. La diversidad se impone muchas veces, puesto que como afirma Bernstein “la violencia posee una cualidad proteica: siempre puede adoptar nuevas formas. Como Proteo (el personaje mitológico griego que adoptaba distintas formas con arreglo a sus deseos), la violencia se disfraza y se oculta.

Una forma especial es la violencia microterrorista que cumple las tres condiciones de toda actividad terrorista: una raíz de odio solapado, una actividad de crueldad fría, bautizada entre los mafiosos como propia de un gato frió, y obedecer a la intención de ejercer un dominio absoluto sobre la mujer mediante el terror, convirtiéndola en una persona sumisa como si fuera una especie de marioneta. El prefijo micro no se refiere en absoluto a que sea una violencia ligera sino que se concentra el objetivo en una persona, cuando el terrorismo habitual es un fenómeno de masas.

Algunas pausas o intervalos de violencia otélica se cubren con promesas del maltratador de arrepentimiento o cambio de modales. Aunque han sido denominados momentos de luna de miel, constituyen o una trampa para la mujer, puesto que son una farsa dada su falta de sinceridad o un compromiso sincero pero carente de solidez o firmeza. En suma, sólo puede tomarse la denominación dulce mencionada como una ironía. Llamamos la atención de su falsedad para evitar que la mujer tome la ilusión engañosa de que todo va a cambiar, puesto que una vez comenzado el maltrato otélico es muy raro que tenga un final espontáneo.

La asistencia del agresor y la víctima ha de tomar casi siempre un carácter independiente, por fuera por tanto de los sistemas de terapia de pareja o de familia.

La tarea más urgente es prestar una protección a la persona y la vida de la mujer interrumpiendo toda actividad de maltrato. El médico debe estar presto a saltar sobre su confidencialidad (recurriendo a la policía o al juez) cuando el maltrato haya alcanzado cierto grado, la vida de la mujer corra peligro o la mujer atraviese una fase de personalidad incompetente.

El tratamiento de fondo es el del agresor, lo cual constituye además el principal seguro de vida de la víctima y su conversión en adquirir una capacidad para mantener una relación de pareja en el futuro puesto que es un discapacitado en este campo.

El plan asistencial del agresor, individual o colectivo, a ser posible con el respaldo de un mandamiento judicial esta integrado por uno de estos tres programas: remodelación de la personalidad, reinserción social o terapia psiquiátrica ambulatoria u hospitalaria.

Además se dispone una serie de recursos terapéuticos específicos contra la violencia, sistematizados en tres formas que pueden manejarse con elasticidad prescindiendo de la rigidez de los protocolos.

La psicoterapia interpersonal es una modalidad de psicoterapia que estimula la capacidad del sujeto para establecer una relación adecuada con los otros y asumir su papel pertinente en los ámbitos laboral y familiar. Una modalidad de psicoterapia muy en auge en los últimos tiempos para facilitar la incorporación del paciente depresivo ya casi totalmente remitido a su ambiente social o laboral.

La socioterapia ocupacional en forma de prestación de servicios a la comunidad, que figura tanto entre las medidas judiciales alternativas como en los programas de socioterapia.

Finalmente, cinco familias de psicofármacos:

1. Entre los proserotonérgicos la fluoxetina que facilita la estabilidad emocional y la paroxetina que inhibe la impulsividad.
2. Entre los antidopaminérgicos los antagonistas de los receptores 5-HT<sub>2a</sub>, entre los que sobresale la quetiapina (recordemos que se ha detectado algunas veces un espesamiento cortical en el sistema dopaminérgico de recompensa de estos pacientes).
3. Entre los betabloqueantes o antinoradrenérgicos periféricos hay dos agentes específicos contra la violencia que son el propranolol y el pindolol.
4. Como agonistas de los receptores gaba, el sistema inhibitor más efectivo del sistema nervioso central, sobresalen las benzodiazepinas de acción prolongada. Las benzodiazepinas en general son el recurso más utilizado por los médicos generales para sedar a los pacientes. Sin embargo, algunas veces ejercen el efecto paradójico de activar la agresividad.
5. Finalmente los antagonistas de los receptores NmetilDaspártato, distribuidos entre los moduladores del sistema glutamatérgico, como la glamotrigina o la tianeptina, y los psicorreguladores representados por el valproato, la carbamacepina o el topiramato.

Para finalizar quisiera subrayar las tres lagunas que erosionan hoy día con mucha frecuencia el afrontamiento terapéutico-judicial del Otelo de turno. Se trata de tres objetivos urgentes.

En primer lugar, llamar la atención sobre más del 50% de las mujeres maltratadas que se callan y aguantan, porcentaje que se eleva al 75% entre las asesinadas en España. Se trata de estimular la iniciativa de buscar apoyo en los servicios sociales o médicos o denunciar los hechos ante la policía o el juzgado. Entre sus numerosos factores inhibitorios sobresalen por su frecuencia estos tres: el temor a una vida independiente, el amparo de los hijos y sobre todo el temor a que su solicitud o su denuncia incremente el maltrato contra su persona o el peligro de perder la vida. Este último factor

lo corregirían seguramente muchas víctimas al saber que el maltratador está sometido a tratamiento.

El segundo fallo es la inclinación judicial a limitarse a prescribir una orden de alejamiento, lo que incrementa los celos del maltratador. Se requiere una coordinación estrecha de la autoridad judicial con los expertos clínicos y forenses, con objeto de manejar con flexibilidad y efectividad el conjunto coordinado de procedimientos penales o de seguridad o procedimientos alternativos y procedimientos terapéuticos. Se requiere para ello además el nombramiento obligatorio de un delegado encargado de velar por la ejecución correcta de las medidas prescritas.

El tercer objetivo se refiere a ocuparse habitualmente de la salud mental del maltratador mediante un plano existencial personalizado, orientado hacia el objetivo común de convertir al maltratador en un hombre capacitado para mantener una relación de pareja.

A continuación, agrego un sistema de recursos terapéuticos específicos contra la violencia:

- Psicoterapia interpersonal.
- Socioterapia ocupacional de servicios a la comunidad.
- Algún psicofármaco incluido en las familias siguientes: proserotonérgico.
- Betabloqueante.
- Antagonista del sistema GABA.
- Antagonista de los receptores NMDA, como los moduladores del sistema glutamatérgico (lamotigina) o ciertos psicorreguladores (valproato o topiramato).

La asistencia del agresor y la víctima ha de desarrollarse de una forma independiente. Los cuidados de la víctima se polarizan en la protección personal y en la terapia del distres traumático y sus complicaciones.

Por su parte el plan asistencial del agresor conviene desarrollarlo con el respaldo de un mandamiento judicial integrado con una de esas tres orientaciones: remodelación de la personalidad, reinserción social y terapia psiquiátrica ambulatoria u hospitalaria.

La gran conclusión que preside este problema está encerrado en el lema siguiente: el tratamiento del maltratador es el principal seguro de vida para la víctima.

### ■ Referencias bibliográficas

- Alonso-Fernández, F: La forma pseudopsicopática de la hipomanía endógena. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*. 1961; 20(1):1El mismo: *Psicología médica y social*. Salvat, Barcelona, 4ª edición. 1989.
- Alonso-Fernández, F: El bebedor agresivo. En AF: *Los secretos del alcoholismo*. Editorial Libertaria, Madrid, 1998, 373-380.
- Alonso-Fernández, F: La misoginia, una constante histórica. *Torre de los Lujanes*. 2004; 56: 133-153.
- Assmann, J: La distinción mosaica y la violencia religiosa. En: Bernstein, RJ: *Violencia (pensar sin barandillas)*. Gedisa, Barcelona, 2015, pp. 197-236.
- Bernstein, RJ: *Violencia. (pensar sin barandillas)*. Gedisa, Barcelona, 2015. p. 261.
- Blázquez-Alonso, M et al: La competencia emocional como recurso inhibitorio para la perpetración del maltrato psicológico en la pareja. *Salud mental (México)* 2012; 35 (4): 287-296.
- Castellanos, María: La valoración médico-forense del agresor como medida de prevención de la violencia familiar. *Anales Real Academia Nacional de Medicina*. 2014; 131 (1) 273-288.
- Catalá-Miñana, A, Lila, M. y Oliver, A: Consumo de alcohol en hombres penados por violencia contra la pareja: factores individuales y contextuales. *Adicciones* 2013; 25 (1): 19-28.
- Comai, S, Taus, M. y Gobbi, G: The psychophenomenology of aggressive behavior. *J Clinical Psychopharmacology* 2012; 32 (1): 83-94.
- Echeburúa, E. y Corral, F. (eds): *Manual de violencia familiar, Siglo XX*, Madrid, 1998.
- García-Moreno, C. y Stöckl, H: Violence against women, its prevalence and health consequences. En: García Moreno, C. y Riecher-Rössler, A. (eds): *Violence against women and mental health*. Karger, Basilea, 2013, 1-11.
- García Oramas, Mj. y Matud, P: Salud mental en mujeres maltratadas por su pareja. Un estudio con muestras de México y España. *Salud Mental (México)* 2015; 38 (5): 321-327.
- González-Oddera, M: Análisis de la configuración de los estudios sobre violencia en la familia. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 2015; 61 (4): 321-329.
- Heise, L. et al: *Ending violence against women. Population rapports*, Washington, 1999.

Helweg-Larsen, R: Violence against women in Europe: Magnitude and the mental health consequences describe by differences data sources. En: García-Moreno, C y Riechel-Rössler, A (eds): Violence against women and mental health. Karger, Basilea, 2013, pp. 54-64.

Levi-Strauss, Cl: Mitológicas. Siglo XXI, México, 1976.

Nicolson, Paula: Domestic violence and psychology. Routledge, Londres, 2010. Organización Mundial de la Salud: Preventing intimate partner and sexual violence against women. Ginebra, 2010.

Pham, T. et al. (20 firmas): Enquête internationale sur les pratiques d'évaluation du risque de violence: presentation des données belges. Annales Méd Psychol 2016; 174: 539-543.

Polo-Usaola, C., Olivares, D. y López, M: Explicaciones psicológicas en torno al abuso de la mujer en la relación de pareja. Archivos de Psiquiatría. 2000; 62 (3): 273-286.

Rem-Schmidt, H: Aggression conduct disorder. Current Opinion Psychiatry 1990; 3: 457-463.

Rondoni, Marta: Violence against women suffering from severe psychiatric illness. En García-Moreno, C. y Riecher-Rössler, A. (eds): Violence against women and mental health. Karger, Basilea 2013, 159-166.

Talbot, F., Babineau, M. y Bergheul, S: Les dimensions du narcissisme et de l'estime de soi comme prédéteurs de l'agression en lien avec la violence conjugale. Annales Méd Psychol 2015; 173: 191-196.

Verarde, P: Optimización del abordaje de la violencia de género en servicios de salud a partir del uso de dispositivos audiovisuales. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat 2016; 62 (4): 250-261.

Walker, L: Who are the battered women? Frontiers: A journal of women studies 1977; 2 (1): 52-57.

Walker, L: The battered woman. Harper and Row, Nueva York, 1979.

Walker, L: The battered woman syndrome study. En: Finkelhor, D. et al (eds): The dark side of families. Saga, California 1983.

## **Neurotransmisores, agresión, salud**

**Damian Ikechi Onyekwere**, Vice-Secretario de la CICA  
International Foundation

Correspondencia: damiankechi@hotmail.com

### ■ Resumen

Si los años setenta fueron testigo de un renacer del “dinamismo neuroquímico” formulado, p.e.j., en la dopamina como activador y la serotonina como inhibidor de la agresión; durante los ochenta asistimos a la aparición de otros humores dentro del perfil neuroquímico de la agresión; y en los noventa somos testigos de considerables avances en la comprensión de los mecanismo de acción de sustancias químicas, ciertos tipos de neurotransmisores pueden mostrar efectos diferenciales relativamente consistentes sobre diferentes tipos de conducta y que la búsqueda de conexiones entre locígenéticos, actividad neurotransmisora, agresión e impulsividad muestra un futuro optimista, somos conscientes de que todavía es pronto para su aplicación a nivel comportamental. No conviene olvidar que se necesita información básica adicional sobre las unidades funcionales mediadoras de la agresividad, y que aún no se ha encontrado ninguna neuroamina o neuropeptido, ni un perfil o constelación de actividad neurotransmisora que sean específicamente “agresivos” (ver resumen en Miczeky Thompson, 1984; Bandlery cols, 1986; y Ramirez, 2000).

Convendría mantener cautos y sabiendo que aun no hay respuestas definitivas. Los muchos factores extragénicos que pueden influir en la conducta agresiva y en la salud son factores múltiples y entrelazados. Entre ellos se encuentran el modo de vida, más en concreto lo que se conoce como aislamiento o privación social, determinadas sustancias químicas o fármacos entre otros.

**Palabras clave:** Neurotransmisores, Agresión, Salud – enfoque holístico  
Plasticidad cerebral, Estimulación cognitiva.

## ■ Introducción

Llevamos varios años con un desarrollo significativo respecto al tema objeto de este texto. A pesar de que contamos con muchos trabajos y grandes avances en este campo, aún sigue habiendo afirmaciones y publicaciones de descubrimientos contradictorios. De allí que a día de hoy no ha dejado de ser tema de actualidad y sigue siendo línea de investigación a explotar, eso con el objetivo de cubrir las lagunas todavía existentes en el conocimiento. Estas paradojas motivan de alguna manera este texto que trata sobre algunos trabajos publicados hace ya décadas.

Durante los últimos años estamos asistiendo a un desarrollo significativo para cubrir las lagunas en conocimiento de los neuroreguladores que participan en los procesos de neurotransmisión, cerebral y fundamentan la actividad mental. La importancia de su estudio resulta patente dado que muchos aspectos de una eventual alteración comportamental pueden estar ocasionados por perturbaciones en la neurotransmisión, máxime dadas sus implicaciones prácticas en el diagnóstico y tratamiento de la violencia y otros desórdenes psíquicos. Este enfoque concede una gran importancia al posible influjo del ambiente y de la experiencia sobre los propios neuroreguladores. Y un giro en concepción de salud que hace la OMS. La Organización Mundial de la Salud define la salud como: "El estado completo de bienestar físico y social de una persona", y no solo la ausencia de enfermedad.

Esta definición tomó cuerpo a partir de los años 50, cuando se constató que el bienestar humano trasciende a los puramente físico. Por lo tanto, en el concepto de salud general se compone de:

- El estado de adaptación al medio biológico y sociocultural.
- El estado fisiológico de equilibrio.
- La perspectiva biológica y social.

El incumplimiento de algún componente y el desequilibrio entre ellos nos llevaría a la enfermedad. Y "la violencia la define como el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte". Este enfoque integral justifica lo trascendental que es posible influjo del ambiente y de la experiencia sobre los propios neuroreguladores.

Aunque es probable que distintos neurotransmisores, puedan participar de alguna manera en la modulación de la agresión, a través de vías nerviosas específicas –los diferentes tipos de agresión difieren igualmente en su substrato neuroquímico, al igual que lo hacen en el neuroanatómico (Ramírez y cols., 1980; Siegel y cols., 1995), los más abundantes estudios existentes sobre la base neuroquímica de la agresión (Avis, 1974; Leshner, 1978; Krsiaky col, 1981; Skalnick y col., 1985, Eichelman, 1987) rechazan claramente los antiguos planteamientos reduccionistas que pretendían relacionar cada conducta específica con la actividad de neurotransmisores específicos sobre regiones cerebrales concretas. Así se llegó incluso a conocer a la serotonina como Civilizing neurohumor dado su eventual papel en la agresión y en la conducta sexual.

Frente a los antiguos planteamientos reduccionistas, hoy día se acepta más bien que incluso las pautas comportamentales más sencillas están bajo un complejo control neuronal e influido por más de una sustancia química en compleja interacción mutua. Los circuitos nerviosos que regulan cualquier conducta pueden utilizar diferentes transmisores, y éstos pueden interaccionar entre sí (Valzelli, 1983). Los neurotransmisores no actúan en solitario, sino en compleja interacción entre sí en su origen y en su función. No solo participa más de uno en cualquier conducta, sino que diferentes neurotransmisores, neuromoduladores u hormonas contribuyen al control de las acciones de cada neurotransmisor. Así por ejemplo un deficiente turnover de serotonina acarrearía alteraciones en la regulación del metabolismo de la glucosa y de los ciclos de actividad a lo largo del día (Virkkunen y Linnoila, 1996). Es lo que se conoce como teoría de neurotransmisión múltiple.

Quizás sea éste el momento adecuado para hacer una digresión que se nos antoja de interés, a modo de caveat. A veces parece como si intentáramos explicar las relaciones entre biología y conducta, como si la causalidad biológica fuera tan sencilla y predecible como cuando se cae una serie de fichas de dómimo puestas en fila. Sin embargo, la causalidad biológica no es esta sencilla: como puntualizó Ernst Mayr, los sistemas biológicos se podrían describir mejor como un entrelazamiento de redes de causación. Intentaré explicarme: el comportamiento reflejaría la actividad de la serotonina, la cual a su vez afectaría al comportamiento, y éste influiría sobre las respuestas de otros sobre uno mismo, con un ulterior en feed back sobre su propia

conducta, la cual continuaría afectando al entero grupo de neurotransmisores entremezclados entre sí.

Dada esta interdependencia entre los distintos sistemas neuronales y las mutuas influencias entre los distintos neurotransmisores, y de todos ellos con el ambiente, no conviene olvidar que el hecho de observar un cambio en un neurotransmisor determinado no permite considerarlo necesariamente como el responsable directo de los cambios igualmente observados en un tipo de conducta. Más aún, la valoración comportamental se complica aún más en el caso de la agresión al no mostrar una explicación motivacional unitaria y clara, ya que los actos agresivos pueden expresar estímulos muy distintos entre sí (ira, ataque, defensa, depredación...) desencadenándose por factores de lo más complejos, tanto de modo natural (por influjo genético o ambiental peculiares a cada sujeto) o artificial. De ahí que no sorprenda el que, a pesar de los innumerables esfuerzos al respecto, aún no se haya encontrado ningún fármaco que sirva para controlar etiológicamente toda forma de agresividad (Haefely; 1982, Siever y Davis, 1991).

A pesar de que ciertos tipos de neurotransmisores pueden mostrar efectos diferenciales relativamente consistentes sobre diferentes tipos de comportamiento, aún no se ha encontrado ninguna neuroamina o neuropeptido, ni un perfil o constelación de actividad neurotransmisora que sean específicamente "agresivo".

Otra dificultad con la que aún nos encontramos en su estudio es que, aunque somos testigos de un avance considerable en la comprensión de los mecanismos de acción de sustancias químicas, especialmente en el área de los neurotransmisores (p.e.j., la participación de las catecolaminas en la regulación de los efectos de la experiencia sobre el cerebro y el continuo descubrimiento de nuevos péptidos con aparente papel modulador en el cerebro adulto), todavía es pronto para su aplicación a nivel comportamental, pues se necesita información básica adicional sobre las unidades funcionales mediadoras de la conducta agresiva, mediante futuros estudios sobre los efectos comportamentales de péptidos y fármacos.

Con estas salvedades bien presentes, comentemos un par de revisiones de interés. Eichelman (1987) analiza el supuesto papel de los distintos neurotransmisores sobre diversos tipos de conducta agresiva. Limitándonos

a la agresión afectiva, dentro de cuyo tipo se encontraría el modelo animal utilizado en el presente experimento, sugiere que los neurotransmisores de mayor influjo estimulador de dicho tipo de agresión serían la noradrenalina, seguida de la dopamina y de la acetilcolina, mientras que, por el contrario, los mayores inhibidores de la agresión serían el GABA y, sobre todo, la serotonina.

Por su parte, Krsiak y cols. (1981), tras estudiar los efectos de 32 sustancias neurotrópicas sobre la conducta agonística inducida por aislamiento en ratones machos, y relacionarlas con los diversos neurotransmisores y las distintas categorías presentes en ese continuum que es la conducta agonística, concluyen sugiriendo que, mientras que el ataque ofensivo es aumentado por la acetilcolina y la dopamina y disminuido por la serotonina, ésta aumenta la defensa y la huida, siendo de GABA un inhibidor de todas las categorías comportamentales analizadas.

Los sistemas catecolaminérgicos pueden modular el control de la conducta agresiva.

Aunque aún no hay acuerdo sobre el posible papel concreto de las catecolaminas -uno de sus principales problemas radica en el hecho de que la propia conducta agresiva influye sobre la dinámica de los sistemas catecolaminérgicos-, sigue viva la idea de que dopamina y noradrenalina participarían como activadores en diversas formas de agresión, mediando en los efectos reforzantes -la agresión sería uno de éstos - y psicomotores de los sistemas opioides (Svare, 1981 y 1983). Los sistemas catecolaminérgicos, por tanto, pueden modular el control genético de la conducta agresiva.

El sistema dopaminérgico, en concreto, actuaría mediando en los efectos reforzantes, -la agresión sería una de éstos- y los psicomotores de los sistemas opioides (v. revisión en Cooper, 1991); de ahí el potente efecto anti-agresivo de antagonistas dopaminérgicos, como el haloperidol, reduciendo la conducta agresiva en muchas especies animales y humanas (Rodríguez-Arias y cols, 1997; y Kudryavtseva y cols, 1999). Pero aún no hay acuerdo, sin embargo, sobre su posible papel concreto. Uno de sus principales problemas radica en el hecho de que la propia conducta agresiva influye sobre la dinámica de los sistemas catecolaminérgicos. Y que en el efecto de éstos influirá igualmente la dosis utilizada: a baja dosis (normal), aumentaría la agresividad, mientras que a alta dosis (patológico), disminuiría la agresividad.

Diversos estudios pre-clínicos han relacionado la agresividad con el sistema noradrenérgico. Así la estimulación amigdalina en el gato desencadena una reacción agresiva, asociada a una caída en los niveles de noradrenalina (Reis, 1972). En humanos, también se ha observado aumento del nivel de 3-hidroxi-4-metoxifenilglicol (MHPG), un metabolito de la noradrenalina, en la orina de suicidas y de soldados con acentuado comportamiento agresivo (Brown y Mancini, 1991; Maiuro y Avery, 1996) mientras que, por el contrario, la administración antagonistas B-adrenérgicos, como el propanolol, reduciría la conducta agresiva episódica (López-Muñoz y cols, 1999). Otros sistemas también pueden modular el control de la conducta agresiva.

Respecto a las indolaminas, se considera la serotonina como inhibidor de la mayoría de las formas de agresión, al menos en roedores. También se ha observado en animales que, si se les da a elegir entre una pequeña recompensa, inmediatamente accesible, y otra mayor, pero obtenible después de un cierto tiempo, los fármacos que aumentan la actividad serotoninérgica reducen la impulsividad y refuerzan la tolerancia a una situación de espera, mientras que, por el contrario, los que producen una disminución serotoninérgica aumentan la frecuencia e intensidad de las reacciones agresivas y antisociales, más las de tipos impulsivo (explosivo e incontrolable) que las premeditadas.

Hace unos años salió una publicación de un descubrimiento de Han Brunner: en una familia holandesa en la que abundaba una deficiencia genética en la enzima MAO-A se daba una aparente tendencia a un comportamiento de violencia impulsiva entre sus varones (Brunner y cols, 1993), asociación que se ha presentado en los medios de comunicación no especializados como la revelación de la existencia de un "gen para la agresión". Hay que puntualizar, sin embargo, que la citada deficiencia de la MAO-A no es algo común, sino que ocurre únicamente en menos de 1/300 de los hombres. Y, sin embargo, lo que apenas se ha comentado en la discusión de este hecho es el problema que plantea a la otra eventual causa orgánica de agresión patológica, a saber: la serotonina. En efecto, la MAO-A es un enzima que, entre otras funciones, desintegra la serotonina, lo cual significa que los hombres afectados de la mencionada familia en principio tendrían un nivel de serotonina excesivamente alto. Esto podría sugerir que la serotonina sería igualmente una consecuencia de dicha conducta, lo cual cuestionaría la suposición de que un nivel anormal de serotonina precede a los problemas comportamentales a los

que ha sido ligada. Consecuentemente, la serotonina no sería un marcador suficientemente discriminativo para la violencia (Wallman, 1999).

No se puede excluir la eventual implicación de otros sistemas de neurotransmisores clásicos, si bien los datos disponibles se reducen a experimentos sobre agresión animal. Solo digamos que el sistema colinérgico parece aumentar la agresividad: agentes parasimpaticomiméticos, como el carbacol, inducen conducta agresiva en gatos y ratas (Eichelman y Thoa, 1973; Eichelman, 1987); mientras que los sistemas GABAérgicos centrales parecen implicados en la inhibición de varios modelos de agresión: la concentración del ácido gamma-amino-butírico (GABA) o de sus agonistas benzodiazepínicos en el bulbo de la rata inhiben ciertas conductas agresivas, mientras que inyección de su antagonista, picrotoxina, muestra el efecto contrario (Miczek y Barry, 1976; Mandel y cols, 1979).

También se han observado alteraciones de la conducta agresiva relacionadas con los opioides endógenos la presencia de endorfinas en ratones derrotados produce una analgesia duradera, que a su vez se ve antagonizada por naloxona (Miczek, 1983). Sus efectos distintos también según la experiencia previa del sujeto. Así mientras que los antagonistas opiáceos (Lynch y cols, 1982; Puglisi-Allegra y cols, 1982), disminuyendo el tiempo total dedicado a conducta agresiva en animales naïve, es decir, sin experiencias agonísticas previas, la aumentan en vencedores ya experimentados (Cooper, 1991), antagonizando la analgesia duradera, producida por los opioides (Miczek, 1983). ¿Por qué no inhibe la agresión en los vencedores ya experimentados? Según Cooper (1991) porque la experiencia repetida de victorias disminuiría la sensibilidad farmacológica de los receptores dopaminérgicos a causa de una alta actividad dopaminérgica crónica. La agresión, en cuanto proceso reforzante, estimularía las áreas cerebrales relacionadas con el sistema de refuerzo, vía dopaminérgica. Las sustancias dopaminérgicas mediarían, por tanto, los efectos de los opioides, y principalmente su actividad reforzante y psicomotora.

Y no falta incluso quien postula la participación del sistema glutamatérgico (Miczek, 1983). Desde una perspectiva de Psicogerontología – y la práctica profesional en el ámbito de la estimulación Cognitiva. Naturalmente nos inclinamos hacia perspectiva de la plasticidad del cerebro humano. Una de las

aportaciones de neuropsicología esta vinculada a la ejercicio de estimulación cognitiva. Entendida como un conjunto de ejercicios y de actividades destinadas a mejorar y/o mantener las capacidades mentales de una persona a lo largo del tiempo, basándose en los principios de la plasticidad cerebral. De modo que la realización de ejercicios mentales modifica y crea nuevas conexiones en el cerebro. Concretamente en el caso de las demencias, la estimulación cognitiva es una intervención terapéutica complementaria al tratamiento farmacológico que no sólo ayuda a ralentizar la progresión del deterioro que presentan ciertas personas ancianas, ( igual que pueda da casos de personas no mayores insanos y sucede al inversa personas mayores sanas) sino que además ayudan a evitar la desconexión del entorno, a fortalecer las relaciones sociales y a potenciar la autoestima. Una visión en sintonía con enfoque holístico ya definido al principio de este texto. Y la visión más amplia de interacción ambiente, componente biológico consecuencia conjunta de influjos cerebrales (lesiones en el sistema serotoninérgico), de influjos comportamentales (abuso de drogas, o ciertas características o trastornos de personalidad), experiencias vitales (deprivación social, observación de violencia, abuso o abandono infantil...); en mutua interacción. Resaltar la influencia negativa de un nivel de ansiedad elevado como suele suceder en las personas diagnosticadas de demencia en fase inicial grado 2 (disminución cognitiva leve) donde el estado de ánimo y conducta se ven afectados. Ansiedad respecto a su fallo cognitivo. Principalmente por darse cuenta de ello.

### ■ Referencias bibliográficas

- Consejo General de la Psicología de España. Número 87. Octubre - Diciembre 2019
- Consejo General de la Psicología de España. Número 81. Abril - Junio 2108.
- Consejo General de la Psicología de España. Vol. 38 -. Septiembre - Diciembre, 2017.
- Onyekwere, D. I. (2017). Respect and Tolerance from a cross cultural Approach effective tools for conflict-solving. *Conflict and Transcultural Dialogue*, XLII CICA Universidad Nebrija, September 2017
- Onyekwere, D. I. (2018). LA PARADOJA DE LA AGRESIÓN. En: Ramírez, J. M. & Martínez-Otero, V. (Eds.): *Violencia y Educación XLVI CICA*, Madrid, Universidad Nebrija.
- Onyekwere, D. I. (2019). Is aggression inherited or is it acquired? Towards a paradigm shift in Security. *XLVIII CICA*, Madrid, Universidad Nebrija, Junio 2019
- Pagani, Camilla & Ramírez, J. M. (2011). *Violence is not Biologically Determined: The Seville Statement on Violence twenty - five years later*. Roma: Editrice Provincia di Roma, 2011
- Ramírez, J. M. (2006). Relationship between the Brain and Aggression Neuroscience and Biobehavioural Reviews, 2006, 30 (3): 273-275

## **Agresiones en centros penitenciarios. El trastorno mental como factor de riesgo**

**Luis Millana Cuevas**, Funcionario de Prisiones, Ministerio del Interior. Profesor Asociado, Universidad Nebrija. Cátedra Global Nebrija-Santander sobre Gestión de Riesgos y Conflictos

Correspondencia: lc\_millana\_c@yahoo.es

### ■ Resumen

Las cárceles conllevan una gran carga de enfermedad mental desde afecciones mayores hasta formas menores que suponen un fenómeno en alza. Existe un elevado número de presos consumidores de drogas, existiendo una relación estrecha entre consumo de estupefacientes y trastornos mentales. La mayoría de las personas recluidas tienden a un estilo de vida antisocial, convirtiéndose a veces en un trastorno. Estos enfermos condicionan la normal convivencia de los centros penitenciarios. La agresividad pasa factura y se traduce en golpes que reciben tanto los funcionarios como los presos siendo también el blanco de faltas de respeto, amenazas, insultos y autolesiones. Presentamos una visión general de los trastornos mentales en personas presas como factor de riesgo asociados a situaciones agresivas y violentas así como algunas posibles soluciones.

**Palabras clave:** agresión, violencia, trastorno mental, prisión.

### ■ Abstract

*Prisons carry a large burden of mental illness from major conditions to minor forms that are on the rise. There is a high number of drug-using prisoners, and there is a close relationship between drug use and mental disorders. Most people in prison tend to have an antisocial lifestyle, sometimes becoming a disorder. These patients condition the normal coexistence of the prisons. Aggressiveness takes its toll and results in beatings that both officials and prisoners receive, being also the target of disrespect, threats, and insults and self-harm. We present an overview of mental disorders in prisoners as a*

*risk factor associated with aggressive and violent situations as well as some possible solutions.*

**Keywords:** aggression, violence, mental disorder, prison.

### ■ Introducción

Al explorar la violencia en los centros penitenciarios, recordamos que la violencia es similar en todos los entornos, pero puede ser única en su forma, intenciones y resultados. El bienestar físico y psicológico de esta población debe estar garantizado por la administración penitenciaria al encontrarse bajo el poder e influencia de las características y funcionamiento de los centros. Una de las diferencias más importantes de las agresiones y violencia en las prisiones es el contexto donde ocurre, donde los presos se encuentran viviendo en un lugar donde todo es restrictivo. Al combinar estas restricciones institucionales con sujetos que pueden tener tendencia a agredir, tasas más altas de enfermedades mentales y sentimiento de impotencia, rabia y frustración, la violencia en las cárceles es casi inevitable. Existen ocho formas principales de violencia en las cárceles, a saber: violencia física de los reclusos sobre los reclusos; violencia física por parte de los reclusos hacia el personal penitenciario; violencia física del personal hacia los reclusos; violencia sexual; violencia física auto-infringida; violencia de tipo económico; violencia psicológica; disturbios, altercados, tumultos y motines. Las enfermedades mentales más frecuentes en cárceles son la depresión mayor, el trastorno bipolar, las esquizofrenia y los trastornos psicóticos (Rolfe & Tewksbury, 2008; Fuller et al., 2010). Respecto al consumo de drogas en la "Tercera Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas a los Internados en Instituciones Penitenciarias (ESDIP), 2016", que abarcó a la población reclusa de 71 centros penitenciarios de España, 61 dependientes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior, y 10 de la Dirección General de Servicios Penitenciarios del Departamento de Justicia de la Generalitat de Cataluña con una muestra obtenida de 5.024 cuestionarios afectando en consumo de drogas a la mayoría de las personas que ingresan en prisión. Las distintas sustancias que consumían los internos en el mes anterior a su ingreso son: alcohol (bebidas alcohólicas) (64,9%), cannabis (37,8%), cocaína en polvo (24,8%), cocaína base o crack (16,2%), tranquilizantes no recetados (13,5%), heroína sin mezclar (12,2%) y mezcla

de heroína y cocaína (9,8%) como las sustancias más consumidas. Ya en prisión las sustancias más consumidas son el cannabis (19,4%) seguidos por tranquilizantes no recetados (6,2%) y heroína (2,8%). De estos, el 29,9% de los presos refiere que le han diagnosticado alguna vez un trastorno mental, el 12% refiere que el diagnóstico fue en libertad, el 7,7% en prisión y el 10,2% se le han diagnosticado tanto en libertad como en prisión siendo las mujeres (42,5%) españolas (37,6%) mayores de 40 años (32,1%) las más diagnosticadas (Dirección General IIPP, 2006; informe general SGIIPP, 2018). Redondo (1992, 2008) refiere que uno de los mayores problemas asociados al consumo de drogas es la violencia carcelaria. Ciertos actos de intimidación y violencia en prisión están relacionados directamente con la droga. Se comprometen cantidades de dinero con compañeros y a veces se obligan a familiares y amigos a introducir drogas en el interior de prisión para saldarlas o ingresar en cuentas externas esas cantidades monetarias con el interés correspondiente producto más bien de las amenazas y agresiones pasadas y futuras e incluso amenazas a familiares. Los reclusos con condenas de mayor duración muestran mayores tasas de consumo. Diversos autores indican que el tipo de cárcel y su volumen pueden estar asociados con el consumo entre su población, debido a la falta de control y de atención personalizada en este tipo de instituciones penitenciarias. La literatura científica está frecuentemente de acuerdo en decir que los síntomas de enfermedad mental aumentan cuando una persona está reclusa (Caravaca-Sánchez, 2015; Lavoie, 2005; Corrections New Zealand, 1999). Hay que tener en cuenta las consecuencias de los comportamientos violentos sobre la vida del propio sujeto, su impacto emocional, cárcel, cambios familiares y sociales, rechazo social y privación de libertad que puede producir formas patológicas no presentes a la hora de realizar la conducta violenta. En el caso que nos atañe, el verse privado de libertad, el consumo de drogas (toxicomanía), el hacinamiento, el aislamiento social y familiar, la hostilidad del ambiente, la desconfianza, etc. puede dar lugar a síntomas patológicos sobrevenidos (Echeburúa, 1994; Esbec y Echeburúa, 2010).

## 1. Trastornos mentales y prisión

Hay más de 10 millones de personas reclusas en prisiones en el mundo y la prevalencia de trastornos mentales es superior al de la población general, aun desconociendo en qué medida la prisión aumenta la incidencia de enfermedad mental. Los presos también corren mayores riesgos de mortalidad por causas como: suicidio, autolesiones, violencia y victimización. Y las investigaciones son acordes en estimar que los reclusos tienen altas tasas de trastornos psiquiátricos (Fazel et al., 2016)

Fazel y Danesh (2002) revisan la información de 62 estudios realizados en 12 países con un número de 22.790 presos (edad media de 29 años, de los cuales 18.530 [81%] eran hombres y 2568 [26%] de 9.776 eran delincuentes violentos) que establecen las siguientes tasas de prevalencia de enfermedades mentales graves: trastornos de personalidad (65% de varones y 42% de mujeres) incluyendo un 47% de hombres y un 21% de mujeres con trastorno de personalidad antisocial, psicosis (3,7% de varones y 4% de mujeres) y depresión mayor (10% de varones y 12% de mujeres), siendo esta prevalencia entre 2 y 4 veces superiores a las encontradas en la población general para psicosis y depresión mayor. Estos trastornos mentales en su tratamiento suponen una gran carga asistencial para la institución penitenciaria.

Fuller et al., en 1992 realizó un estudio en las cárceles estadounidenses enviando una encuesta y pidiendo al personal penitenciario que evaluara qué porcentaje de los reclusos eran enfermos mentales graves estableciendo los siguientes trastornos: esquizofrenia, trastorno bipolar y otras condiciones conexas. El cuestionario incluía viñetas representativas. Se devolvió un total de 1.391 cuestionarios. El promedio de reclusos con enfermedades mentales graves fue del 7,2%.

En 2011 Vincens y cols, (2011) en un estudio descriptivo, transversal y epidemiológico de 707 presos varones realizado en las prisiones españolas llegaron a la conclusión de que la prevalencia a lo largo de la vida de los trastornos mentales fue del 84,4%. El trastorno por consumo de sustancias (abuso y dependencia) fue el más frecuente (76,2%), seguido del trastorno de ansiedad (45,3%), el trastorno del estado de ánimo (41%) y el trastorno psicótico (10,7%). La prevalencia en el período del último mes de cualquier

trastorno mental fue del 41,2%. El trastorno de ansiedad fue el más frecuente (23,3%), seguido del trastorno por consumo de sustancias (abuso y dependencia; 17,5%), el trastorno del estado de ánimo (14,9%) y el trastorno psicótico (4,2%).

En un estudio de la prevalencia de las enfermedades mentales en tres prisiones de la provincia de Cádiz (Puerto I, II y III) con 128 pacientes el 35,2% fueron trastornos de personalidad, el 25,8% pertenecían al grupo de esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes y el 16,4% a los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas. En total el 46.1% corresponden a trastornos mentales graves (Marín-Basallote y Navarro-Repiso, 2012).

Íñigo et al., (1999) realizaron un trabajo para conocer los perfiles médico-psiquiátrico, psicosocial y toxicológicos de los pacientes ingresados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, llegando a la conclusión de que el 75,4% de los 267 pacientes padecían trastornos del grupo de la esquizofrenia, esquizotipia e ideas delirantes, seguido por los trastornos de personalidad y el comportamiento y en tercer lugar los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas.

Peligroso es el trinomio abuso y consumo de drogas, el trastorno límite de la personalidad y el trastorno antisocial, debido a la grave impulsividad que se ve favorecida por el consumo de sustancias. Este perfil predomina (77%) en mujeres internas en prisiones de alta seguridad, en un 62% de varones ingresados en hospitales penitenciarios y en un 30% de varones en centros de seguridad media (Esbec y Echeburúa, 2010).

Estos mismos autores en un estudio realizado en 2015 refieren que el riesgo de violencia de los pacientes con esquizofrenia es mayor si hay consumo de drogas, trastornos de personalidad, historia de violencia, ideas paranoides, alucinaciones auditivas, impulsividad y circunstancias sociales desfavorables. El riesgo de violencia aumenta también si se abandona el tratamiento o están presentes los síntomas psicóticos positivos. Cuando la violencia ocurre, esta se dirige hacia personas familiares. Si está presente la ideación suicida deben tomarse precauciones “in vigilando” y en centros penitenciarios poner en marcha un protocolo de prevención de suicidios (Esbec y Echeburúa, 2015).

En las prisiones españolas de un total de 50.395 reclusos que durante el año 2018 produjeron 19.379 ingresos en las camas de las enfermerías de

las prisiones, de los cuales 8. 423 fueron ingresos motivados por patologías psiquiátricas. (Informe general SGIP, 2018). Es difícil, que las instituciones penitenciarias, pueden tratar y atender adecuadamente a los presos con enfermedades mentales graves y agudas. Esos reclusos deben ser desviados, siempre que sea posible, a los servicios de salud mental apropiados antes de llegar a la puerta de la prisión. Se debe comprender y evaluar la vulnerabilidad de los reclusos recién ingresados. A veces la institución penitenciaria ha sido usada como recurso asistencial para enfermos mentales que no han sido tratados cuando estaban en libertad e ingresan cuando cometen algún delito. Es necesario planificar, protocolizar y establecer políticas de acogida que preparen a los reclusos para su vida en el interior de las cárceles, haciendo que la vida en prisión sea lo menos perjudicial posible para la salud mental de los internos y plantearse que los que ya están en prisión deben ser transferidos a atención psiquiátrica especializada lo antes posible y en aquellos casos en los que no es posible la derivación, o los que tienen problemas menores de salud mental, se deberían poner a disposición instalaciones psiquiátricas adecuadas y apoyo para atender sus necesidades. De la misma forma, en una cárcel, es fundamental comprender las necesidades particulares de los reclusos vulnerables, como los que padecen enfermedades mentales, discapacidades/dificultades de aprendizaje, las mujeres, los reclusos jóvenes, los reclusos ancianos y los pertenecientes a minorías étnicas (OMS, 2007). La disminución de los hospitales psiquiátricos penitenciarios (en España sólo existen dos: en Alicante y Sevilla) en las últimas décadas el sistema penitenciario, por ejemplo estadounidenses o la desaparición del hospital psiquiátrico penitenciario en la comunidad de Madrid, ha sido testigo de un aumento en el número de personas encarceladas con trastornos mentales (Primeau et al., 2013) y las investigaciones sugieren que hay 10 veces más personas con un trastorno mental en la prisión o en la cárcel que las que se encuentran en hospitales mentales (Haney, 2017; Torrey et al., 2014). El 4,2% de los internos en centros penitenciarios españoles presentan Trastorno Mental Grave (TMG), colectivo al cual va dirigido el Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM), desarrollado por equipos multidisciplinares. De los internos con trastorno mental grave del PAIEM, el 38,7% presenta patología dual, el 37,3% trastorno psicótico, el 29,7% trastorno de la personalidad, el 16,7% trastorno afectivo y el 12,4% otro tipo de trastorno. La suma de los porcentajes es superior a 100 porque algunos internos tienen más de un diagnóstico. En total el número de internos

inmersos en el programa PAIEM asciendo a 1834 distribuidos entre distintas prisiones españolas. Los objetivos de este programa siguiendo el programa expuesto en 2009 por la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias:

- Detectar, diagnosticar y tratar a todos los internos que sufran algún tipo de trastorno mental.
- Mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales, aumentando su autonomía personal y la adaptación al entorno.
- Optimizar la reincorporación social y la derivación adecuada a un recurso socio- sanitario comunitario.

Alrededor del 16% de los internos con trastorno mental grave que se encuentran realizando el programa PAIEM residen preferentemente en las enfermerías de los centros penitenciarios, al persistir conductas de riesgo y disruptivas y síntomas positivos que interfieren significativamente con el funcionamiento diario. El resto de los internos están llevando vida normal en los módulos, realizándoseles un seguimiento y con participación en las actividades terapéuticas adecuadas incluidas en el PAIEM (Congreso de los Diputados, 2019). Como se observa de estos datos uno de los problemas radica en que las patologías mentales representan casi la mitad las consultas en las enfermerías de las prisiones españolas, donde no existen áreas específicas de psiquiatría.

## 2. Suicidio y enfermedad mental

La Organización Mundial de la Salud en el año 2000 afirmó que el suicidio es, como causa única de muerte, la más frecuente en las instituciones penitenciarias. McKee (1998) afirma que las personas privadas de libertad tienen unas tasas de suicidio entre 11 y 14 veces mayores que la población general.

El suicidio y la lesiones auto-infligidas son más comunes en las cárceles entre las personas presas que en la población general con edad y género similares, siendo sus causas complejas. Algunos sujetos son fundamentalmente vulnerables a situaciones difíciles en la vida o a un conjunto de situaciones estresantes. Dentro de los grupos de riesgo entre otros se encuentran las personas recluidas o en custodia y las personas con enfermedad mental.

Muchas personas encarceladas presentan pensamientos y conductas suicidas a lo largo de su vida. Por tanto, el suicidio se mueve a lo largo de un continuo de diferente naturaleza y gravedad que va desde la ideación hasta una gradación conductual creciente (amenaza, tentativa y suicidio consumado) De forma general se pueden distinguir dos perfiles de suicidio dentro de los reclusos: 1) presos en espera de juicio y 2) presos ya sentenciados. En el primer caso, en general, se trata de hombres jóvenes (20-25 años), solteros y delincuentes que infringen la ley por primera vez y que han sido arrestados por delitos menores. Cometen suicidio en una etapa temprana de su reclusión, a menudo, dentro de las primeras horas y entre otras causas debido a un aislamiento repentino, alto impacto por el encarcelamiento, falta de información e inseguridad sobre el futuro. En el segundo caso, los sujetos son de mayor edad, entre 30 y 35 años, que han ejercido una delincuencia violenta y se suicidan después de largas temporadas en prisión, alrededor de 4 o 5 años. Entre otros motivos para su ejecución se encuentran: un conflicto con otros reclusos dentro de la institución o con la administración, un conflicto o desintegración familiar, o una disposición legal negativa tal como la pérdida de una apelación o la negación de libertad condicional. Las características de estos grupos pueden cambiar con el tiempo (Snow, Paton, Oram y Teers, 2002; Bugarín y García Álvarez, 2012; OMS, 2007; Fazel et al., 2016). En un estudio realizado en las prisiones andaluzas. Se evaluaron a 472 internos condenados en sentencia firme. Los autores concluyeron que el 33,5% de la muestra se encuentra en situación de riesgo de cometer suicidio. Los factores predictivos de riesgo de suicidio fueron: Los diagnósticos de trastorno afectivo, trastorno por dependencia, trastorno de personalidad y trastorno de ansiedad junto con los antecedentes psiquiátricos familiares (Saavedra y López, 2015). Franke et al., (2003) indican que la dependencia de opiáceos es un factor de riesgo de la conducta suicida, autosuficiente de otros factores como los trastornos depresivos. Por otro lado, los trastornos adictivos, en general, son indicadores de vulnerabilidad, estando asociados a otros trastornos y problemas psicológicos.

Entre los sujetos internados en cárceles el método más utilizado para el suicidio es el ahorcamiento (Way et al., 2005). Estos datos son confirmados por la investigación de Pérez-Cárceles, Íñigo, Luna y Osuna (2001) con población psiquiátrica penitenciaria española. Se estudiaron los informes

postmortem de todas las muertes ocurridas en el Psiquiátrico de Alicante entre 1984 y 1997 (36 casos de muerte no natural y 28 de muerte natural). De las muertes violentas registradas 34 (94,4%) fueron suicidios, siendo el 64,7% de los sujetos suicidados esquizofrénicos y el 32,4% se habían autolesionado previamente. El ahorcamiento fue el método común más usado. El riesgo de suicidio aumenta entre los reclusos cuando las personas cercanas a los mismos han intentado suicidarse aunque esté depende del tipo de acontecimiento de la vida, el momento en que se produce y el tipo de personas involucradas en el acontecimiento. La pérdida de personas importantes para el interno es otro de los factores de riesgo precipitantes del riesgo suicida en las cárceles (Blaauw et al., 2002, Haycock, 1989).

Casares-López et al., (2001) evaluaron la frecuencia de patología dual y de riesgo de suicidio en personas consumidoras de sustancias internadas en prisión en 143 reclusos (95,8% varones) ingresados en el centro penitenciario de Villabona (Asturias), encontrando que un 35% de los internos presentaron patología dual, de los cuales, un 83,3% presenta comorbilidad con trastornos de ansiedad, un 79,2% con trastornos afectivos y un 0,8% con trastornos psicóticos. El 60,6% presentó también riesgo de suicidio. En los trastornos de personalidad, los síntomas de los mismos han mostrado ser mejores predictores de la violencia que los trastornos de personalidad por sí mismos (Esbec, 2013). En un estudio realizado por Felber en 1992 no se encontró correlación entre para-suicidio y trastorno disocial de la personalidad. Fulwiler et al., en 1997, encontraron que la autolesión estaba asociada al trastorno límite de la personalidad en una muestra de mujeres encarceladas y al trastorno antisocial de la personalidad en el caso de los hombres presos. Daigle (2004) observa más anormalidades psicopatológicas así como mayor puntuación en psicopatía en el MMPI en internos que habían intentado suicidarse y eran más parecidos a lo que no habían intentado suicidarse, que en los que finalmente se habían suicidado.

Los entornos penitenciarios presentan unos factores propios e individuales que sugieren que las personas reclusas sean especialmente vulnerable a la conducta suicida (OMS, 2000, 2007):

- Las cárceles son lugares donde viven personas que tradicionalmente han estado entre los grupos de mayor riesgo de suicidio, entre otras: hombres

jóvenes, con enfermedad mental, aislados socialmente y privados de sus derechos, que abusan de las drogas y que han intentado suicidarse en el pasado.

- El impacto psicológico del arresto y el encarcelamiento, los síntomas de abstinencia de los drogadictos, una larga sentencia de prisión esperada o la tensión y el estrés diario relacionado con la vida en prisión pueden exceder las habilidades del prisionero promedio para hacer frente a la situación, y mucho peor en los individuos más vulnerables.
- A veces no existen procedimientos formales para identificar y atender a internos con riesgo de suicidio. En ocasiones, después de realizar una evaluación para conocer los indicadores de alto riesgo, a veces no existe un seguimiento adecuado de los niveles de aflicción y sufrimiento de los presos y, en consecuencia, hay muy pocas probabilidades de detectar un riesgo agudo.
- Aun cuando existan políticas y procedimientos apropiados, si el personal de atención médica y el personal de salud mental en los centros penitenciarios trabajan en exceso o no tienen el entrenamiento apropiado pueden pasar por alto las señales de advertencia temprana de un riesgo de suicidio.
- Algunas prisiones carecen o pueden estar relativamente aislados de los programas de salud mental comunitarios de modo que tienen muy poco o ningún acceso a los profesionales o tratamientos de salud mental.

El programa marco de prevención de suicidios en la institución penitenciaria española, revisando una instrucción previa del año 2005 de este programa, en cumplimiento de la función de “velar por la vida, la integridad y la salud de los presos”, incide en una serie de pautas para prevenir las conductas suicidas de los presos. La instrucción indica como factores que pueden propiciar la conducta suicida:

- El impacto psicológico de la detención y el encarcelamiento o del estrés cotidiano asociado a la vida de la prisión puede exceder las habilidades de afrontamiento de los sujetos más vulnerables.
- La afectación que la comisión del delito y de modo singular los delitos contra las personas, contra la libertad sexual y de violencia familiar, producen en

- algunas personas, no sólo al iniciar su estancia en prisión, sino también cuando la prolongación de la condena debilita los resortes del equilibrio emotivo.
- La resonancia que ejerce sobre el recluso ver publicada en los medios de comunicación su actividad delictiva.
  - El abatimiento que la reducción a un género de vida penitenciario produce en personas que han cometido delitos de carácter económico y ven esfumarse un prototipo de realidad económica largamente soñado y al que han dedicado muchos años de vida.
  - La añoranza, separación, pérdida de los lazos familiares y del medio social ordinario.
  - La repercusión que los cambios en la situación penal-procesal y penitenciaria pueden suponer en el equilibrio personal del interno.
  - La enfermedad mental.
  - El abuso crónico de sustancias, en particular de alcohol.
  - El historial previo, personal y familiar de conductas suicidas.

La Instrucción 5/2014 establece principios básicos de organización de los centros penitenciarios. De éstos, se dará la máxima difusión a todo su personal para conseguir los objetivos perseguidos.

El personal penitenciario, en su totalidad, debe conocer y dar cumplimiento al Programa Marco de Prevención de Suicidios (PPS), comunicando de forma directa e inmediata cualquier posible situación de riesgo que detecten, en las diferentes áreas (área de la vigilancia, área sanitaria, área tratamental), aplicando de forma inmediata el programa PPS, no finalizando cuando el interno es dado de baja en el programa PPS, sino que, se realizará un seguimiento que perdure en el tiempo.

Los objetivos son los siguientes:

- Aplicar sistemáticamente pautas de prevención a los grupos definidos de riesgo.
- Detectar internos con problemas específicos que puedan derivar en una conducta auto-lítica.

- Evitar el desenlace negativo de los internos incluidos en el protocolo de intervención.
- Determinar claramente el proceso y pautas de intervención por parte de los distintos profesionales de vigilancia, tratamiento y sanidad.

Detectado un caso, el sujeto es incluido en un protocolo de actuación y se toman las medidas oportunas. Es evaluada por el médico y el psicólogo, determinando el proceso y las pautas de intervención de los distintos profesionales de vigilancia, tratamiento y sanidad. Existen internos de apoyo, que carecen de antecedentes de autolesiones o de enfermedad mental grave y no presentan consumo activo de drogas, ejerciendo funciones de acompañamiento diario de estos presos. Reciben formación especializada a través de un curso de capacitación. Entre otras se encuentran:

- Acompañamiento a internos incluidos en el programa PPS, con diferentes niveles de seguimiento.
- Compartir celda.
- Acompañamiento, además, en todas las actividades no colectivas.
- Acompañamiento las 24 horas, es lo que se denomina interno de apoyo sombra.
- Presencia en espacios y momentos especialmente sensibles, como es el Departamento de ingresos.
- Observación preventiva en módulos ordinarios.

Semanalmente se evalúa la evolución del caso, acordando el mantenimiento en el programa, la modificación de las medidas adoptadas, o en caso de dejar de existir riesgo, la baja del mismo. En 2018 se incluyeron en este programa a 2366 presos y a 248 internas, siendo el número mensual medio de atención de 470 internos. La mortalidad por suicidio ha aumentado respecto a años anteriores y supusieron 33 personas fallecidas. El 21,3% de los internos refiere que han intentado alguna vez quitarse la vida, el 10% refiere que el/ los intentos de suicidio fueron en libertad, el 6,4% en prisión y el 4,9% tanto en libertad como en prisión (Instrucciones 14 de 2005 y 5 de 2014, SGIIPP; Gutiérrez Gallardo, 2016; Informe General, 2018)

### 3. Victimización

Los sujetos con trastorno mental, en determinadas circunstancias, pueden cometer actos violentos, pero también pueden correr el riesgo de convertirse en víctimas de violencia. Existen pocos estudios que tratan de averiguar el riesgo de victimización en personas con trastornos mentales. Entre las causas se encuentran que los enfermos mentales infravaloran a menudo sus experiencias como víctimas o no lo comunican y pueden no ser creídos cuando informan de ello (Snowden y Lurigio, 2007). Las mujeres que padecen enfermedades psiquiátricas graves (esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de personalidad y adicción a las drogas) son especialmente vulnerables y tienen mayor riesgo de verse implicadas en conductas de maltrato doméstico o abuso sexual. Por el contrario, los hombres pueden verse implicados en agresiones físicas. Managlio en 2009 realizó una revisión de los estudios sobre la prevalencia de victimización entre personas con enfermedad mental grave y factores de riesgo asociados. Este autor llegó a la conclusión de que las estimaciones de la prevalencia de la victimización delictiva oscilaron entre el 4,3% y el 35,04% y las tasas de victimización entre las personas con enfermedades mentales graves eran de 2,3 a 140,4 veces superiores a las de la población general. La victimización delictiva se asoció con mayor frecuencia al consumo o abuso de alcohol o drogas ilícitas, a la falta de vivienda, a una sintomatología más grave y a la participación en actividades delictivas (Managlio, 2009). Según ese autor, la gravedad del trastorno, el abuso de drogas, la comorbilidad con trastornos de personalidad, la falta de un hogar estable o comprometerse en actividades delictivas o agresivas, son factores asociados a un mayor riesgo de victimización. Las fases de sintomatología grave y activa son donde las personas son más proclives a ser victimizadas (Teasdale, 2009). En la prisión de Albolote en Granada se analizó la victimización física en la población penitenciaria teniendo en cuenta la existencia de algún tipo de enfermedad mental en 270 personas presas que realizaron una encuesta anónima y voluntaria sobre victimización. Un 36,7% del total de internos sufrió algún tipo de victimización física en prisión y alrededor de 62,2% de los participantes perciben que tienen ansiedad, depresión, enfermedad bipolar, esquizofrenia u otra enfermedad mental, recibiendo la mitad tratamiento para estos problemas, siendo las agresiones físicas 2,5 veces superior frente a aquellos que no padecen ninguna enfermedad mental (Caravaca-Sánchez et

al., 2014). Las personas con enfermedad mental pueden no ser conscientes de las situaciones peligrosas e implicarse en conductas de riesgo y más en un entorno institucionalizado, hostil y agresivo donde la rutina y la igualdad, el aislamiento emocional y el aburrimiento durante años en un mismo módulo donde el sentimiento de abandono genera consecuencias negativas, distorsionadas sobre las actitudes y conductas.

### ■ Conclusiones

Existe bastante heterogeneidad entre los distintos estudios, en especial, en lo que respecta al trastorno de personalidad antisocial, y únicamente una pequeña proporción se explicó a través de las diferencias en la prevalencia entre las personas detenidas, las condenadas a prisión y la población general. Los reclusos tenían varias veces más probabilidades de padecer psicosis y depresión grave, y unas diez veces más probabilidades de padecer el trastorno antisocial de la personalidad, que la población en general. Es probable que varios millones de presos, en el mundo, padezcan trastornos mentales graves, pero se desconoce hasta qué punto los servicios penitenciarios están abordando estos problemas. Los reclusos que padecen enfermedades mentales que presentan un grave riesgo de suicidio deben recibir un tratamiento adecuado con agentes psicofarmacéuticos y programas de tratamiento de la misma forma que el resto de los ciudadanos. Una vez que se identifica en un recluso un alto riesgo de suicidio, se debería indicar y proceder a la evaluación y tratamiento correspondiente por parte de los servicios médicos de salud mental. Se deben tener en cuenta los acontecimientos traumáticos ocurridos durante la vida que están asociados con el riesgo de suicidio y con el impacto traumático que puede tener una detención o encarcelamiento. Hay que forjar fuertes vínculos con programas comunitarios, psiquiatría de enlace o programas multiinstitucionales para poder atender debidamente las necesidades de salud y salud mental de los reclusos.

En caso de que se produzca un suicidio deben existir procedimientos para documentar e informar oficialmente del incidente, así como para proporcionar la retroalimentación constructiva necesaria para mejorar los futuros programas preventivos de atención al suicidio. Además, hay que atender al personal penitenciario que han sufrido el episodio suicida de un preso.

Aunque es raro, los centros penitenciarios constituyen uno de los entornos en los que pueden producirse suicidios colectivos, por grupos o por imitación. El examen de los mismos, indica que el aumento del riesgo de suicidio posterior parece limitarse al período de cuatro semanas posterior al suicidio inicial, y parece reducirse con el tiempo, siendo los presos jóvenes especialmente vulnerables a los llamados intentos de suicidio por imitación. Las estrategias para reducir el riesgo de comportamiento suicida contagioso incluyen asegurar la prestación de atención psiquiátrica a los reclusos con enfermedades psiquiátricas, la retirada o el tratamiento de los que son particularmente susceptibles a los intentos de suicidio y manejar adecuadamente la información cuando se ha producido un suicidio.

### ■ Referencias bibliográficas

- Blaauw, E., Arensman, E., Kraaij, V., Winkel, F.W. y Bout, R. (2002). Traumatic life events and suicide risk among jail inmates: the influence of types of events, time period and significant others. *Journal of Traumatic Stress*, 15: 9-16.
- Bugarín, R. y García Álvarez, M. A. (2012). Conductas autolesivas. *Cuadernos de Atención Primaria*, 18: 70-72.
- Caravaca-Sánchez, F.; Falcón, M. y Luna, A. (2015). Prevalencia y predictores del consumo de sustancias psicoactivas entre varones en prisión. *Gaceta Sanitaria*, 29, (5): 358-363.
- Caravaca-Sánchez, F.; Falcón-Romero, M. y Luna-Maldonado, A. (2014). Agresiones físicas en prisión, la enfermedad mental como factor de riesgo asociado. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 16: 84-90.
- Congreso de los Diputados (2019). Respuesta parlamentaria al diputado Jon Iñarritu sobre enfermos mentales en centros penitenciarios con número 184/284 del 18/6/2019. España.
- Corrections Nzealand (1999). [www.corrections.govt.nz/public/pdf/](http://www.corrections.govt.nz/public/pdf/) Página visitada en febrero 2020.
- Daigle, M. (2004). MMPI inmate profiles: suicide completers, suicide attempters, and non-suicidal controls. *Behavioral Sciences and the Law*, 22, 833-842.
- Dirección General de Instituciones Penitenciarias (2006). Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Ministerio del Interior. España.
- Echeburúa, E. (1994). Personalidades violentas. *Pirámide Psicología*.
- Esbec, E. (2013). Trastornos de la personalidad en psiquiatría forense. *Violencia y trastornos de la personalidad*. En Delgado y Maza (eds.), *Psiquiatría Legal y Forense*, 179-207. Barcelona. Bosch.
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2010). Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38, (5): 249-261.
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2016). Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico-forense. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26: 70-79.
- Fazel S, Danesh J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 359: 545-550.
- Fazel, S.; Bartellas, K.; Hayes, A. J. y Clerici, M. (2016). Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry*, 3 (9): 871-881.
- Felber, W. (1992). Dissoziales Verhalten bei Suizidenten und Parasuizidenten. En T. Payk (Ed.), *Dissozialität* (pp.51-63). Stuttgart: Schattauer: Psychiatrische und forensische Aspekte.
- Franke, P., Neef, D., Weiffenbach, O., Gänsicke, M., Hautzinger, M. y Maier, W. (2003). Psychiatrische Komorbidität in Risikogruppen für Opiatabhängigkeit: eine Untersuchung an Opiatabhängigen und Nichtopiatabhängigen BtmG-Inhaftierten. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 71, 37-44.
- Fuller, E.; Kennard, A. D.; Eslinger, D.; Lamb, R. y Pavle, J. (2010). More Mentally Ill Persons Are in Jails and Prisons Than Hospitals: A Survey of the States. [https://www.treatmentadvocacycenter.org/storage/documents/final\\_jails\\_v\\_hospitals\\_study.pdf](https://www.treatmentadvocacycenter.org/storage/documents/final_jails_v_hospitals_study.pdf). Revisado en febrero 2020.
- Fuller, E.; Stieber, J.; Ezekiel, J. et al. (1992) Criminalizing the Seriously Mentally Ill: The Abuse of Jails as Mental Hospitals. Public Citizen's Health Research Group and the National Alliance for the Mentally Ill.
- Fulwiler, C., Forbes, C., Santangelo, S. y Folstein, M. (1997). Self-mutilation and suicide attempt: distinguishing features in prisoners. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 25, (1), 69-7.
- Gutierrez Gallardo, R. (2016). Tratamiento penitenciario del programa marco de prevención de suicidios. <https://www.ficp.es/wpcontent/uploads/2016/05/Guti%C3%A9rrez-Gallardo.pdf>. Consultado en febrero 2020.
- Haney, C. (2017). "Madness" and penal confinement: Some observations on mental illness and prison pain. *Punishment & Society*, 19(3), 310-326. <https://doi.org/10.1177/1462474517705389>.
- Haycock, J. (1989). Manipulation and suicide attempts in jails and prisons. *Psychiatric Quarterly*, 60: 85-98.

- Iñigo, C.; Pérez-Cárceles, M. D.; Osuna, E.; Cabrero, E. y Luna, A. (1999). Perfil clínico y delictivo de los enfermos ingresados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante.
- Managlio, R. (2009). Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119, (3): 180-191.
- Marín-Basallote, N. y Navarro-Repiso, C. (2012). Estudio de la prevalencia de trastorno mental grave (TMG) en los centros penitenciarios de Puerto I, II y III del Puerto de Santa María (Cádiz): nuevas estrategias en la asistencia psiquiátrica en las prisiones. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14:80-85.
- McKee, G. R. (1998). Lethal versus nonlethal suicide attempts in jail. *Psychological Reports*, 82, 611-614.
- Organización Mundial de la Salud (1999). *Figures and facts about suicide*. Geneva.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Preventing suicide: A resource for prison officers*. [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/60.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/60.pdf). Consultado en febrero 2020.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007). *Prevención del suicidio en cárceles y prisiones*. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Organización Mundial de la Salud. Ginebra
- Organización Mundial de la salud (OMS., 2007). *Trenčín statement on prisons and mental health*. Adopted in Trenčín, Slovakia on 18 October 2007.
- Pérez-Cárceles, M., Iñigo, C., Luna, A. y Osuna, E. (2001). Mortality in maximum security psychiatric hospital patients. *Forensic Science International*, 119, 279-283.
- Primeau, A., Bowers, T. G., Harrison, M. A., & XuXu. (2013). Deinstitutionalization of the mentally ill: Evidence for transinstitutionalization from psychiatric hospitals to penal institutions. *Comprehensive Psychology*, 2(2), 1-10. [https://doi.org/10.2466/16.02.13.CP.2.2](https://doi.org/10.2466/16.02.13.CP.2.210.2466/16.02.13.CP.2.2).
- Redondo, S. (1992). *Evaluar e intervenir en prisiones. Análisis de conducta aplicado*. Universitas (promociones y publicaciones universitarias). Barcelona.
- Redondo, S. (2008). *Manual para el tratamiento psicológico de los delincuentes*. Psicología Pirámide. Madrid.
- Rolfe, S. M.; Tewksbury, R. (2008). Violence in Prison. En *Lockdown Nation: An Encyclopedia of Controversies and Trends in American Prisons*. <https://www.researchgate.net/publication/325746685>. Consultado en febrero 2020.
- Saavedra, J. y López, M. (2015). Riesgo de suicidio de hombres internos con condena en centros penitenciarios. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8 (4): 224-231.

- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2009). *Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (PAIEM)*. Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto. Ministerio del Interior. España.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2018). *Informe general 2018*. Ministerio del Interior, España.
- Snow, L., Paton, J., Oram, C. y Teers, R. (2002). Self-inflicted deaths during 2001: an analysis of trends. *The British Journal of Forensic Practice*, 4, (4): 3-17.
- Snowden, J. y Lurigio, A. J. (2007). The mentally ill as victims of crime. En R. C. Davis, A. J. Lurigio y S. Herman (dirs.), *Victims of crime* (3ª ed., pp. 189-199). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Teasdale, B. (2009). Mental disorder and violent victimization. *Criminal Justice and Behavior*, 36: 513-535.
- Torrey, E. F., Zdanowicz, M. T., Kennard, A. D., Lamb, H. R., Eslinger, D. F., Biasotti, M. C., & Fuller, D. A. (2014). *The treatment of persons with mental illness in prisons and jails: A state survey*. Arlington, VA: Treatment Advocacy Center.
- Vicens, E.; Tort, V.; Dueñas, R. M.; Muro, A.; Pérex-Arnau, F.; Arroyo, J. M.; Acín, E.; De Vicente, A.; Guerrero, R.; Lluch, J.; Planellas, R. y Sarda, P. (2001). The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behaviour and Mental Health* 21: 321-332 (2011).
- Way, B.B., Miraglia, R., Sawyer, D.A., Beer, R. y Eddy, J. (2005). Factor related to suicide in New York state prisons. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 207-221.

## Violencia y salud mental

**Gregorio A. Gómez-Jarabo**, Profesor Titular de Psicobiología  
(jubilado UAM)

Correspondencia: gregojarabo@gmail.com

### ■ Resumen

En el presente trabajo tratamos de esclarecer las diferencias entre agresividad, agresión y violencia, de la misma manera que intentamos diferenciar la violencia en la condición psicótica y psicopática, para poner finalmente de manifiesto que la violencia no es una conducta ligada al trastorno mental. En mi opinión el propósito, la intención y la decisión de herir, abusar, robar, ultrajar humillar, torturar, destruir e incluso causar la muerte, tanto contra uno mismo como contra los demás, es una conducta exclusivamente humana y no tiene ningún significado biológico ni capacidad adaptativa. Por contra la agresividad está perfectamente encadenada a nuestra condición genética y su expresión conducta que se utiliza para evitar riesgos y peligros que pueden comprometer la propia vida. Las emociones juegan un papel cada vez más determinante en la disposición y comportamiento del hombre y la mujer, las emociones dan sentido a la vida, persiguen metas que trascienden de las necesidades biológicas básicas. se identifican con valores, principios y creencias, con la única modulación o control de las convicciones cívicas, morales o religiosas. No sólo la emoción del enfado amenaza es desencadenante de conductas agresivas, sino que otras muchas emociones pueden llegar a establecer esos circuitos de agresividad, son la tristeza, la depresión y la frustración, entre otras.

**Palabras clave:** Agresividad, agresión, violencia, esquizofrenia, psicopatía.

### ■ Abstract

*In this paper we try to clarify the differences between aggressiveness, aggression and violence, in the same way that we try to differentiate violence in the psychotic and psychopathic condition, to finally show that violence is not*

*a behavior linked to mental disorder. In my opinion the purpose, intention and decision to hurt, abuse, steal, outrage, humiliate, torture, destroy and even cause death, against to oneself to others, is exclusively human behaviour and has not biological significance or adaptive capacity. On the contrary, aggression is perfectly chained to our genetic condition and its expression aims to prevent aggression in the animal world and it should be in man a behavior that is used to avoid risks and dangers that may compromise one's life. Emotions play an increasingly determining role in the disposition and behavior of men and women, emotions give meaning to life, pursue goals that transcend basic biological needs. are identified with values, principles and beliefs, with the only modulation or control of civic, moral or religious convictions. But not only is the emotion of anger-threat triggering aggressive behavior, but many other emotions can establish these circuits of aggressiveness, such as sadness, depression and frustration, among others.*

**Keywords:** Aggressiveness, aggression, violence, schizophrenia, psychopathy.

### ■ Introducción

En primer lugar y como punto de partida quiero aclarar lo que yo entiendo por agresividad, agresión y violencia, ya que constituyen un fenómeno habitual en nuestra vida diaria. Son particularmente típicos nuestros gestos, nuestras expresiones verbales y nuestros actos. Pues bien, son igual de habituales, si no más, nuestros propios pensamientos, es por tanto un fenómeno de impacto y su actualidad es tan rabiosa que difícilmente encontramos una información tanto general como específica que no se relacione con la agresividad, la agresión y la violencia. A la vista de esto, todos tenemos opinión y nos atrevemos a analizar y discutir los comportamientos agresivos y violentos, especialmente cuando no estamos implicados ni directa ni indirectamente, sin embargo, nuestro equilibrio mental y nuestro razonamiento no es el mismo, si de alguna manera estuviéramos participando directa, indirecta o colateralmente con alguno de ellos.

En mi opinión el propósito, la intención y la decisión de herir, abusar, robar, ultrajar humillar, torturar, destruir e incluso causar la muerte, tanto contra uno mismo como contra los demás, es una conducta exclusivamente humana

es realmente el constructo de la violencia que en sí misma no tiene ningún significado biológico ni tampoco tiene ninguna capacidad adaptativa. Por el contrario, la agresividad está perfectamente encadenada a nuestra condición genética y su expresión conducta que se utiliza para evitar riesgos y peligros que pueden comprometer la propia vida y que en el mundo animal es imprescindible para definir el lugar social que ocupa en el grupo de la especie que le corresponde.

El hombre, por contra, rápidamente asume la agresividad en su vertiente patológica y maligna, la agresión, que hace que sea difícilmente una pauta biológica de aprendizaje y se ofrezca como un comportamiento complejo exclusivamente humano y es la forma más importante y primitiva de manifestar poder, no existe acto de brutalidad ideado y planificado por la mente humana que no haya sido llevado a la práctica en algún momento y en algún lugar a lo largo de nuestra existencia.

La crueldad ha marcado la humanidad, ha impregnado nuestra identidad y ha configurado la mayor parte de nuestra historia. La agresión se produce al amparo de la propia autoridad, cuando existen dominados y dominadores, vencedores y vencidos, superiores e inferiores, no es difícil comprender ante esta permisividad social la tortura, sobre todo de aquellos que están catalogados como dominados, vencidos o inferiores, tampoco lo es la aniquilación en estos grupos y sin embargo, como decíamos al principio, nuestro análisis y opinión no pueden estar más alejados de un comportamiento que se realiza aún con la percepción de que la muerte no es un fenómeno reversible, es pues violencia pura y dura. El ingenio del ser humano para hacer sufrir a sus semejantes nunca ha sido mejor demostrado que con la creación de los propios métodos de matar.

Quizá lo que más asuste de la violencia sea el hecho de no ser esperada, de estar sujeta al azar, sin un orden predeterminado que en el fondo establece una condición preventiva para su ejecución al engendrar el miedo a lo súbito e inesperado.

Seguramente el suicidio sea la manifestación más enrevesada de todos los hechos violentos, ya que forma parte de la naturaleza humana al igual que la supervivencia. El que la agresividad, y su antítesis la violencia, sean un hecho consustancial al hombre y a su estructura social, es algo obvio; y cada

sociedad en función del momento ha desarrollado y desarrolla sus propias formas de agresión y violencia.

Hoy día, aún, vivimos en una cultura de fascinación por la violencia aunque en el fondo nos identifiquemos con las víctimas, sin embargo, el resultado es que los desdichados nunca pueden hacer nada malo, en otras épocas, más épicas y no tan lejanas, el propio violento era socialmente arropado con unos atributos de magnificación e incluso de ejemplaridad, siendo la víctima el auténtico olvidado de este hecho.

Afortunadamente, la propia moral social, está cambiando, sobre todo al desarropear al violento de esos atributos épicos anteriores y la estructura social consolidada democráticamente en un estado de derecho, asume la redención del comportamiento agresivo y violento frente a unas expectativas de castigo totalmente normalizadas, de tal manera. que el agresivo y el violento, ya no tienen por qué tener mejor suerte que sus víctimas.

La violencia ó agresión ha sido justificada con todo tipo de razonamientos: biológicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales, filosóficos, políticos, militares y religiosos, y según los ideales, pautas, principios y creencias que imperaban en dicho momento, ha sido interpretado como una necesidad, un pecado, un crimen, una enfermedad o un problema social. Muchos han sido los que han definido la agresión como una cualidad intrínsecamente humana, omnipresente e inevitable (es thanatos el instinto de muerte, contrapuesto a eros, instinto del amor).

Este modelo de "Thanatos" se explica desde una perspectiva mecanicista o hidráulica, es decir, un condición que en función del tiempo se acumula y que en un momento determinado termina desbordándose; por tanto, la agresividad sería una actividad espontánea, biológica, arraigada en la naturaleza humana, que inexorablemente termina en agresión o violencia como expresión diferencial del individuo de acuerdo con su historia previa. Los comportamientos más violentos y crueles de los seres humanos son primordialmente ofensivos y no responden a una necesidad de autodefensa, además el goce con el sufrimiento ajeno es un rasgo exclusivo de nuestra especie.

Otro hecho diferencial que nos distingue de los animales y su agresividad, es la necesidad de utilizar utensilios para agredir, el hombre ha ideado elementos

que proyecten sus brazos, sus uñas, sofisticándolos hasta tal extremo que ha dado paso a la independencia del utensilio para hacer daño, siendo las armas de destrucción masiva el ejemplo más expresivo de la capacidad aniquiladora del hombre.

### 1. Aproximación psicológica

En la actualidad no existen dentro de las clasificaciones de los trastornos mentales (ICD-10, DSM IV) criterios que describan cuadros clínicos caracterizados por la agresividad patológica; tampoco existen tratamientos biológico-quirúrgicos aceptados universalmente para la agresividad patológica, ya que en cada persona actúan a la vez su sustrato neobiológico, su biografía, sus motivaciones, las normas y características del contexto en que se encuentra y su propio perfil de personalidad.

Múltiples son los circuitos que ponen en marcha un comportamiento agresivo, desde procesos puramente biológicos hasta elaborados comportamientos sociales; dentro de las múltiples posibilidades que aporta el fenómeno de la agresividad, se ha implicado a diferentes sistemas de neurotransmisión. Los mecanismos colinérgicos y catecolaminérgicos se han relacionado con un tipo de agresividad en la que predomina una elaboración, una planificación de la agresión, y que favorece la inclusión de procesos cognitivo-emocionales; el ácido gamma-aminobutírico (GABA) y la transmisión serotoninérgica, parecen inhibir dicho tipo de respuesta.

El tipo de respuesta agresiva caracterizado por la cólera y la impulsividad, es decir, por una respuesta más rápida en la que no medien de manera diferencial procesos cognitivo-emocionales estaría modulado por la dopamina; sin embargo, estos datos hay que interpretarlos con las limitaciones que siempre supone investigar con modelos animales. La serotonina se ha implicado en el control de los impulsos, de tal manera que, una respuesta anormal de dicha función central, favorecería, conductas agresivas, y de descontrol que conducirían, casi con toda seguridad, a una auto o heteroagresión.

Es discutida la relación entre la testosterona y la agresividad, aunque posiblemente la relación, no se deba a los niveles individuales plasmáticos de dicha hormona, sino a su interrelación con alguna o algunas otras del circuito hormonal. Otros mecanismos hormonales que han sido relacionados con la regulación de la agresividad son los corticoides, Herbert (1993) ha

encontrado un nivel elevado de factor liberador de corticotropina (CRF) que pudiera inducir la agresividad al ser microinyectado en ciertas áreas cerebrales.

En cuanto a los neuropéptidos, se han encontrado niveles de beta-endorfina tres veces más elevados en líquido cefalorraquídeo de animales con comportamientos agresivos (Herbert, 1993); lo que se interpreta como que los neuropéptidos pudieran ser un nexo entre la agresividad y los cambios neuroquímicos y conductuales asociados a los mismos.

Respecto a los hallazgos anatómicos, las lesiones irritativas en el lóbulo temporal anterior, la amígdala, el hipotálamo anterior y el propio lóbulo frontal son más proclives a generar un aumento de la agresividad sobre todo si estas lesiones se circunscriben en el hemisferio dominante. Existe una estructura básica que canaliza tanto los procesos internos como los externos, para así potenciar o mitigar la información que vamos a convertir en un mensaje automático o elaborado, esta estructura es la amígdala que cumple esa función de "guarda agujas" para automatizar o elaborar el mensaje de una determinada información, dando así paso a comportamientos en los que entran en juego la venganza, el enfado premeditado, la irritación contenida.

Las lesiones del núcleo basolateral de la amígdala disminuyen la conducta agresiva, este núcleo se conecta con el hipotálamo, el núcleo estriado y el propio tálamo a los que envía un gran número de proyecciones. que a su vez, retroalimentan la corteza cerebral y particularmente el cortex frontal, por lo que también podemos pensar en la importante participación de neurotransmisores como el ácido glutámico; en el mismo trabajo de Herbert se pone de manifiesto que la estimulación del hipotálamo ventromedial aumenta la conducta agresiva, por lo que, y después de lo que anteriormente hemos dicho, es enormemente importante la intervención del triángulo córtico-amígdalo-hipotalámico, tanto en activar y potenciar como en mitigar y reducir las conductas agresivas.

Actualmente se tiende, no obstante, a abandonar las perspectivas excesivamente localizacionistas para tratar de explicar el fenómeno agresivo como el resultado de la globalización funcional de diferentes estructuras cerebrales, lo que, lógicamente, nos ofrece una idea de complejidad simplemente ya a nivel estructural o neuroanatómico.

El estado anímico del enfado que posteriormente va a generar las diferentes conductas agresivas, es la más seductora de las emociones negativas, ya que el monólogo interno que lo alienta proporciona argumentos convincentes para así poder justificar cualquier conducta. Visto así, el propio enfado en sus comienzos es el movilizador de la acción, es el desencadenante irritativo y energizante, sin embargo, puede ir más allá, cuando la búsqueda de argumentos se convierte en un proceso obsesivo, que conduce a conclusiones y conductas irracionales para organizar un nuevo proceso obsesivo y establecer un encadenamiento de unos con otros con difícil salida. En esta situación, el papel del sistema límbico y particularmente la amígdala, va a ser un centro de referencia y manejo de la información que más tarde se utilizará para elaborar la conducta agresiva, es fácil suponer que las conductas de lucha o huida como expresión de la agresividad están claramente reguladas por la intervención amigdalina y esto queda reforzado sobre todo cuando ante el detonante "enfado" se actúa de una manera automática o semi automática aunque nuestro centro de elaboración más importante en el propio cortex. Es pues la amígdala la que se encarga de preparar el sistema derivando sus proyecciones sobre otras áreas cerebrales que en definitiva van a participar en la modulación de la conducta agresiva.

Siguiendo este concepto, podríamos definir unas proyecciones ascendentes que rápidamente acceden al hemisferio izquierdo y una de las primeras consecuencias que podríamos esperar sería eminentemente verbal, ahora la proyección intrahemisférica sumada a la dirigida también al hemisferio derecho va a potenciar la información, en pro de componentes emocionales, y aparece una respuesta más general ligada a la anterior.

Los propios procesos de retroalimentación cerebral que analizan la respuesta y sus efectos van a conducir a un tipo de respuesta energética en la que la "economía" canaliza el gasto, en los acontecimientos perturbadores, hacia un mínimo por lo que abriría una inhibición emocional que caracteriza los sentimientos de culpabilidad y que claramente caracterizan el fenómeno del enfriamiento de la propia conducta agresiva.

La impasibilidad sería un intento de negación optimista, un mecanismo neurológico de economía frente a respuestas agresivas bien producidas, bien padecidas, lo que nos explicaría el comportamiento irracional de algunas de ellas, y esto, tanto en el agresor como en el agredido, ya que uno y otro forman

parte del mismo proceso y sus respuestas neurofisiológicas se coordinan a través del "código de la agresión".

Respecto a la proyección que la amígdala manda de una manera descendente a centros subcorticales la primera consecuencia se establece en el intento de identificar si la información actual se corresponde con alguna precedente y si su respuesta está automatizada, si no se encuentran claves en la estimulación actual semejantes a otras situaciones anteriores, las propias estructuras límbicas como el hipocampo favorecen un fenómeno de búsqueda, de atención selectiva, para encontrar alguna clave en dicha situación, si este segundo mecanismo también falla, las conexiones descendentes constituyen una señal de alarma que activa el tallo cerebral y el sistema nervioso autónomo, también sin intervención cortical, con un mensaje claro de novedad y peligrosidad. Esta información de nuevo revierte sobre la estructura base que estamos utilizando, es decir, la amígdala, que ahora y sobre el circuito triangular que antes mencionábamos, elabora ya la información con explicaciones lógicas y razonables así como con la propia referencia cultural y social de la información primaria.

Así, la amígdala se convierte en un claro centro de vigilancia que recibe múltiples informaciones, clasificándolas, integrándolas y canalizando la derivación a los centros específicos para su procesamiento, aunque también tiene una cierta capacidad autónoma, en los casos en los que detecta amenaza, organiza una rápida respuesta de defensa que se canaliza de una manera automática.

Cuando la emoción del enfado es muy intensa y mantenida temporalmente, el estado colérico, produce a nivel fisiológico un efecto de U invertida, es decir, al principio la activación fisiológica y sus respuestas autónomas, sudoración, ritmo cardíaco, etc. , crece con la emoción, pero llegado un punto la emoción sigue creciendo y la activación fisiológica y sus respuestas van decayendo, así, en los actos de agresión más intensos, los sujetos pueden permanecer tranquilos.

Las señales descendentes procedentes de la amígdala, tienen también en su proyección hipotalámica, una manifiesta participación en la secreción de hormona adreno-corticotropa (ACTH) que, a su vez, se encarga de regular la liberación de otras hormonas que también, se ven implicadas en la respuesta

agresiva. Otra interesante relación de la actividad límbica queda patente por la proyección de la amígdala al tronco cerebral y particularmente al " locus ceruleus" , que es la representación cerebral mejor definida por la liberación de noradrenalina, de tal manera que su influencia se va a presentar sobre una amplia gama de circuitos neurológicos y de centros nerviosos cuya consecuencia más directa es el nivel de actividad, naturalmente la propagación de los sistemas noradrenérgicos alcanza el propio cortex ofreciendo unos niveles óptimos para el mantenimiento de la atención y el procesamiento de la información.

Todo lo que hasta el momento hemos referido, son cambios que se producen aún cuando no hay una respuesta corticalizada sobre la información o estimulación presente. En el momento en el que hay una respuesta elaborada por centros superiores, el papel del sistema límbico, se va a circunscribir en reforzar los propios mensajes y respuestas automáticas o semiautomáticas, es decir, que la respuesta verbal, los gestos, la postura e incluso la propia conducta van a ser el blanco de su actividad; ahora con una clara participación voluntaria y consciente, tanto en la figura del agresor como del agredido o víctima, es muy interesante que en este momento se produce un aumento en los umbrales perceptivos del dolor que ofrecen una clara mitigación del mismo, por lo que, podemos observar comportamientos espectaculares e incluso heroicos.

La respuesta agresiva, en su doble vertiente agresor-agredido es de muy amplio espectro y por tanto no es sorprendente que se vean afectadas las percepciones sensoriales visión, audición, tacto, gusto, a la vez que la atención selectiva y las propias funciones cognitivas, como anteriormente hemos mencionado la más inmediata es la búsqueda de claves que aporten alguna luz sobre si el acontecimiento presente no es nuevo, es decir, y si tuvo algún tipo de respuesta, esta retroalimentación es muy rápida y se ofrece sobre todos los incipientes indicios que acompañan a la información presente o a la situación agresiva.

Una importante consecuencia que observamos desde la corticalización de la agresividad, es que puede tomarse la decisión de que el hecho no es peligroso, no es amenazante y que no es preciso ofrecer una respuesta agresiva, hay una situación en este momento que es en buena medida una clara paradoja, ya que, si nuestra actividad cerebral puede tomar una decisión,

no puede hacerlo sobre las consecuencias automáticas que de una manera concreta han afectado a la regulación endocrina y por tanto, se presenta una situación en la que podríamos definir una clara predisposición de una conducta agresiva sobre el papel que la actividad endocrina ha generado.

Esto explica por qué muchas veces respondemos de una manera totalmente desproporcionada a una información sencilla y habitual, y' también explicaría por qué la mayoría de las veces estamos más dispuestos a ofrecer una conducta o una respuesta agresiva una vez que nos encontramos ligeramente excitados.

Naturalmente que también esta situación, plantea un fenómeno de espiral ascendente que sigue alimentándose en su escalada y que como decíamos anteriormente puede ser "la seducción del enfado", yendo más lejos "la erótica del enfado" de tal manera que el enfado se asienta sobre esta situación inestable y paradójica que proporciona en sí mismo una ilusión de poder y una disminución perceptiva del dolor que interpretamos como una gran invulnerabilidad lo que promueve y fomenta las propias respuestas agresivas y éstas a su vez se encadenan en la ilusión del poder por lo que, cierran un círculo que cuando recapacitamos sobre la situación y lo analizamos en la lejanía constituye una clara sucesión de hechos absurdos pero que, sin embargo, son claramente responsables de que nuestro comportamiento en la situación agresiva, sea capaz de desechar un mínimo pensamiento razonable y juicioso.

## 2. Significado biológico de la agresividad

Es verdaderamente sorprendente que se cuenten por muchos miles las publicaciones científicas sobre la agresividad y que todavía se discuta su naturaleza biológica, y en particular su expresión instintiva. En realidad la amplia diversidad de la propia conducta agresiva sus parámetros estudiados intraespecíficamente nos pueden llevar a plantear la agresividad como un proceso natural, en su vertiente más positiva ya que para muchos autores es una conducta innata, lo cual compartimos.

Para poder entender el planteamiento psicobiológico necesitamos un punto de partida, seguramente el resultado es el mismo si ofrecemos una explicación psicosocial a la agresión y estudiamos su sustrato biológico como si partimos

del modelo biológico y situamos su expresión en el hombre estudiando el sustrato psicosocial. Particularmente creemos que es más razonable y lógico este último por el respeto al propio proceso de evolución y en ese sentido vamos a referirnos a los distintos tipos de agresión que aparecerían en situaciones concretas con una significación biológica la posible expresión del mismo en el comportamiento del hombre.

Indudablemente esta postura de partida sobre la agresión lo que hace es excluir por definición toda afirmación sobre la inconsistencia de mecanismos fisiológicos subyacentes, si bien y como podremos ver más adelante la participación de nuestra superestructura cerebral, cortex frontal, es tremendamente moduladora y ante la peligrosidad de su consecuencia, su modulación es esencialmente inhibitoria.

Lógicamente la agresión se presenta en un determinado medio o entorno cuyas características pueden transformarse en auténticas exigencias adaptativas para la expresión de la conducta agresiva si bien en la manifestación irracional e incontrolada de la misma llegamos a la violencia que, por tanto, sería desadaptada y patológica, es decir, no está dirigida a conseguir el rendimiento conductual adaptativo.

En este sentido, una teoría desarrollada desde la psicología social y que olvidando cualquier aspecto psicobiológico ha tenido una gran repercusión en toda la investigación posterior y en la formación de la opinión pública e incluso en la elaboración de técnicas pedagógicas ha sido la hipótesis de la frustración-agresión enunciada en el libro 'Frustración y agresión' que en 1939 publicaron cinco autores, el llamado Grupo de Yale (Dollard, J., y cols.).

Como hemos dicho, ha sido durante varias décadas el núcleo teórico de la investigación en esta área y ha influido profundamente en las teorías educativas. Estos autores rechazaban los conceptos de instinto de muerte y de instintos innatos específicos como impulsos hacia la agresión. Se apoyaron mucho más en las ideas anteriores de Freud, pero también pusieron énfasis en la formulación de conceptos operativos y de supuestos comprobables empíricamente. Su modelo de agresión, basado en la energía, supone que una persona está motivada para actuar agresivamente, no por factores innatos sino por un impulso inducido por frustración. Entienden como frustración la condición que surge cuando la obtención de metas es bloqueada; la agresión,

por su parte, es la acción cuyo fin es hacer daño a otro organismo. Estos dos conceptos están vinculados a las dos afirmaciones siguientes: la frustración siempre conduce a una u otra forma de agresión; y la agresión es siempre consecuencia de la frustración.

La agresión no siempre es dirigida hacia la causa de la frustración. Si, por ejemplo, ésta es una persona físicamente fuerte o socialmente poderosa, el individuo frustrado puede volver su agresión hacia otra persona menos peligrosa. El blanco de la agresión puede ser reemplazado. Una forma de reacción puede también sustituirse por Otras. La sustitución de blancos y de respuestas son formas de desplazamiento de la agresión. Este concepto, como la catarsis, se toma prestado del psicoanálisis: la materia agresión, ya sea dirigida al blanco o desplazada, descarga la energía agresiva producida por la frustración. Mediante esta catarsis la disposición para la agresión desaparece.

Una característica diferencial entre la agresión animal y humana es que esta última es esencialmente cualitativa y la primera es potencialmente cuantitativa, de tal manera que distintos factores afectan a la agresión:

a) Densidad de población que rompe con el esquema de territorialidad y facilita la expresión agresiva por la facilidad de traspasar la zona de protección individual. Los estudios sobre la relación entre densidad de viviendas y crímenes violentos arrojaron resultados negativos (Altman 1975). Aunque había más crímenes violentos en zonas densamente pobladas que en zonas menos congestionadas (Scherer y cols 1975).

Los efectos del hacinamiento tanto intensifican (Freedman y cols.1972) como debilitan (Hutt C., y cols 1967) la conducta agresiva. Si la aglomeración se percibe subjetivamente como agradable (una discoteca) o desagradable (un vagón de metro atestado de gente), la tendencia agresiva se intensifica o se debilita (Kruse, L., 1975).

b) Influencia del aprendizaje, la agresión se puede aumentar o reducir de acuerdo con la educación recibida, que en el caso del hombre es un aspecto trascendental ya que sirve como vehículo de expresión agresiva sobre todo por el materialismo y el consumismo en el que se encuentra sometida nuestra civilización hasta el extremo de mediar la cultura en nuestro desarrollo ofreciendo un resultado incuestionable y es el rechazo a

todo sentido de responsabilidad, la no consideración hacia los sentimientos de los demás y la exigencia de gratificación y los refuerzos instantáneos. Hemos sido, pues, víctimas de nosotros mismos.

- c) El racismo que presentando una raíz biológica en la diversidad y diferenciación constituye en el hombre un factor altamente desestabilizante como es la xenofobia y por prejuicios sociales se llega al asesinato y al genocidio.
- d) El sexo, en el reino animal su influencia en la agresión es indudable para asegurar la fecundación, garantizar la camada, cuidado y protección de la prole. Sin embargo, en el hombre estas funciones irían perdiendo importancia y ganándola la agresión asociada a frustraciones, rechazos y conflictos.
- e) La activación aversiva si alguien experimenta una frustración: por la dificultad de realizar una tarea y en su entorno, por ejemplo, su pareja le toma el pelo en público por lo "manazas" que es, se produce una elevación general de activación y se experimentarían como algo negativo. que aumentará también la disposición a responder de forma agresiva.

Por tanto, la experiencia de activación negativa parece un factor importante en la disposición a responder agresivamente. Junto con las frustraciones, existen muchas experiencias que pueden elevar el nivel de activación aversiva de un individuo y aumentar la probabilidad de agresión. En concreto, las investigaciones se han fijado en la influencia de variables ambientales sobre la agresión, como el ruido, el hacinamiento y el calor.

Dronnerstein y Wilson (1976) diseñan diversos experimentos en los que encuentran que el ruido, como estímulo aversivo, sólo aumentó la agresión cuando los sujetos habían sido previamente encolerizados. Las temperaturas altas activan a la gente de forma negativa. El grado de activación fisiológica general está, sin embargo, influido también por otras actividades, como esfuerzo físico, noticias sensacionalistas, películas emocionantes. Es mucho menos probable que nos enfademos si una evaluación, por negativa que sea, nos parece justa que si opinamos que es arbitraria e injusta.

Si, en respuesta a un comentario despectivo o a una acusación injustificada, sentimos que aumentan nuestra presión sanguínea y nuestro ritmo respiratorio,

y que enrojecemos, interpretamos ese estado de activación como ira por lo que aumentará la probabilidad de una respuesta agresiva.

Cuanto más desagradable es un suceso, mayor es la disposición del individuo para la agresión. El que la agresión se realice de hecho o no depende de claves presentes en la situación. En principio, hay una diversidad de condiciones que pueden llegar a ser sucesos aversivos, dependiendo de experiencias individuales: insultos, ataques y provocaciones suelen considerarse desagradables, también el dolor físico es una condición prototípica para desencadenar la agresión.

Otros factores a los que cabe hacer referencia son aquellos que se derivan del consumo de drogas y alcaloides y en particular de la dosis consumida, las características socioambientales y la base emocional (Miczek, K.A., 1977; Krsiak, M., 1974; Valzelli, L., 1977-71-76); esto explica en gran parte por qué la misma droga puede ejercer resultados contrarios cuando se alteran una o más de estas variables.

### 3. La emoción como antesala de la agresión y de la violencia

Algunos autores como Hodge (1992) entre otros, han acuñado el término de "adicto" o "adicción a la violencia", tratando de explicar la respuesta agresiva, como un comportamiento que responde a una agresión previa, y al hecho de que al manifestar la agresividad, se genera una especie de placer que favorece el hecho de volver a expresarla, cuando más fácilmente queda reflejada esta condición, es cuando se ve a su vez asociada a un real poder público o social, siendo el ejemplo más fehaciente el comportamiento de una tiranía.

Sin embargo, la situación que encadena estas circunstancias no es perfecta y se ve claramente sometida a los propios procesos emocionales del sujeto así como también, a sus situaciones fisiológicas y bioquímicas, pero es claramente básico y nuclear la propia experiencia subjetiva del individuo la que favorece la posible adicción a la violencia, naturalmente que la agresividad mantenida se convierte en un manifiesto proceso adictivo en el que la violencia tiene el fin de alcanzar un estado experiencial más que el conseguir una victoria o una venganza.

Las emociones juegan un papel cada vez más determinante en la disposición y comportamiento del hombre y la mujer, las emociones dan sentido a la vida, persiguen metas que trascienden de las necesidades biológicas básicas. se identifican con valores, principios y creencias, con la única modulación o control de las convicciones cívicas, morales o religiosas. Pero no sólo la emoción del enfado-amenaza es desencadenante de conductas agresivas, sino que otras muchas emociones pueden llegar a establecer esos circuitos de agresividad, quizás, unas situaciones que puede desencadenar la agresividad que venimos tratando, son la tristeza, la depresión y la frustración, entre otras.

Por ejemplo, la sensación de una pérdida irreparable, hace que nos rebelamos contra todo aquello que consideramos implicado en el hecho, personas, instituciones, es decir, contra la propia estructura social y también contra sus principios, creencias y valores, desde el sentimiento de injusticia que asumimos al vernos privados de una manera individual de una persona querida o de algo que materialmente nos pertenecía. La tristeza también fija nuestra atención en aquello que hemos perdido y esto hace que busquemos el resarcimiento, como en el caso anterior, al preguntarnos ¿por qué a mí? y en este caso podemos, casi con toda seguridad, hablar de venganza, situación que puede ir dirigida contra uno mismo conduciendo al sujeto en estas condiciones a un aislamiento y a una pérdida de relación y sentido de la realidad o puede, también, dirigirse fuera de uno mismo contra personas, instituciones y todo aquello que consideramos implicado en el hecho.

Según este tipo de planteamiento, tampoco es difícil que encontremos la formación de grupos violentos cuando de una manera obsesiva, se hace una búsqueda de iguales, que normalmente se caracterizan por alguna diferencia manifiesta en la relación social, para demonizar y enfrentarse a los no iguales.

Así mismo, el deseo de posesión que subyace tanto en la condición de poder, amor u odio, puede forzar a alguien a soportar dolor y humillación sin que se pueda defender, convirtiendo a la víctima en un objeto, en una posesión o en una propiedad con lo que la manifestación del agresor es de absoluto poder.

Es una emoción que absorbe y consume una muy buena parte de la actividad psíquica de quien lo padece y la emoción de posesión se va a ver íntimamente ligada a la suspicacia, por lo que en la mayoría de los casos, la trama es una situación triangular (habitualmente el sujeto y dos personas o dos situaciones

más) que establece un juego autodestructivo en el que la agresividad está más que patente siendo unas veces desempeñada directamente por el sujeto y otras provocadas por él para enfrentar a las otras dos partes, todo ello con el fin de satisfacer la emoción de posesión.

Estos casos triangulares están cargados de intriga y exigen para su participación, una gran capacidad imaginativa; las fantasías que despiertan, normalmente son de dos tipos: necesidad de agredir, esclavizar y poseer o la necesidad de ser agredido, esclavizado o poseído, este "toma y daca" genera una situación agresiva que suele terminar con una violencia inusitada. Este triángulo se mantiene con reglas tácitas propias, se autoalimenta a sí mismo a través de promesas que nunca llegan a cumplirse porque en el fondo, celebra lo que destruye.

Otro estado emocional que genera agresión, es el emblemático "instinto de muerte" , quedaría por ver si éste es una emoción primaria, o se elabora a partir de una emoción más básica, en cualquier caso, lo que sí ocurre es que, tanto a nivel filogenético como ontogenético, siempre han aparecido individuos dentro de una especie, incluso en el hombre, con unas características psicobiológicas definidas en los que la emoción de la muerte es un argumento básico movilizador de sus pensamientos y acciones.

La percepción del dolor y su consideración tanto física como psíquica está regulada por mecanismos antagónicos a los de la agresión, como anteriormente referíamos, de tal manera que cuando uno es agresor la sensación de dolor que experimenta es mínima, mientras que el polo opuesto, es decir, en el caso de la víctima o agredido la sensación de dolor es máxima, el propio dolor y sobre todo el miedo a sufrirlo, comparten los mismos circuitos nerviosos y la experiencia del miedo y la ansiedad, es en definitiva, un freno para la espiral ascendente de la agresividad hasta el punto que la percepción del miedo ajeno, la empatía frente al sufrimiento y el dolor del otro mitiga la respuesta agresiva.

La emoción de la agresión, como todas las emociones. es comunicable y transmisible aunque con su propio código, la transmisión presenta una doble vertiente, por un lado el agresor transmite una información y envía unos mensajes para que otro se convierta también en agresor y en este caso buscar una víctima o una agredido con una selección previa.

La transferencia de estos estados de ánimo entre dos individuos va desde la condición más expresiva y participativa a la más pasiva, la primera expresión viene determinada por el propio comportamiento no verbal y su posicionamiento ecológico, es decir, tanto por la posición del cuerpo, su expresión facial y adecuación del lenguaje verbal, como su adecuación al entorno donde claramente se debe desarrollar la interacción.

En este sentido existen las marcas de territorio que determinan uno u otro tipo de actuación, tanto por una como por otra parte, si dichas interacciones ya establecidas se modifican, quedan a su vez modificados los roles consecuentes de agresor y agredido: por ejemplo en el mundo animal, el que un macho entre en los dominios de otro ya sean estos territoriales, de posesión de hembras o de obtención de comida, va a ser inmediatamente interpretado como una agresión que puede desembocar en una lucha sin cuartel o en la huida inmediata, naturalmente si se produce la lucha, el intruso o bien queda sometido, o alcanza la jerarquía del vencido.

Existen personas especialmente proclives al contagio de las emociones en las que lógicamente su sistema nervioso autónomo se activa con gran facilidad. Sin embargo, estamos bien preparados para interpretar y reaccionar frente a este código, con una serie de conductas y comportamientos estereotipados. Comprendamos o no el mensaje verbal o la mímica no verbal de una emoción reaccionando de la misma manera con, usualmente, una conducta no verbal, esta transmisión de emociones, produce un estado sincrónico, es una especie de danza, en la que uno y otro saben lo que hay que hacer para favorecer un intercambio emocional, la sincronía facilita rápidamente la percepción emocional y la transmisión de los estados de ánimo.

#### 4. Violencia y salud mental

Es realmente sorprendente que en el ideario colectivo de nuestra sociedad tenemos la clara convicción de que la violencia es un atributo de la enfermedad mental y más concretamente de la esquizofrenia y no es así, pero es muy fácil que se desencadene la violencia en el esquizofrénico por consumo de drogas, trastornos de personalidad, impulsividad, circunstancias sociales, etc., pero sobre todo por el abandono de la medicación y naturalmente cuando la violencia ocurre está se ejecuta sobre sus familiares más próximos y la repercusión social se intensifica y se magnifica.

Es por tanto un claro mecanismo de estigmatización cuando deberíamos considerar que no solo no hay más violencia en la población con trastornos mentales con respecto a la normal sino que son precisamente los individuos que tienen alguna patología los que la sufren.

Como hemos podido ver en los apartados anteriores existen unas diferencias esenciales entre la agresividad y la violencia aunque las consecuencias de la agresión y de la violencia sean prácticamente las mismas. La agresividad es realmente una cualidad natural que es necesario desarrollar y que necesita de un aprendizaje y de una experiencia por su importante significado biológico y su concreta capacidad adaptativa, sin embargo, la violencia es una conducta completamente innatural y de construcción exclusivamente humana sin ninguna capacidad adaptativa y desde luego sin ningún significado biológico, de ahí que nos cueste tanto trabajo pensar que una acción violenta y sobre todo aquellas que tienen importantes consecuencias como el asesinato y el suicidio puedan ser conductas de un individuo con una normal condición mental, es decir, que una conducta de ese calibre tiene que proceder de una mente enferma, tiene obligatoriamente que subyacer una patología psíquica relevante y lo asociamos a un trastorno mental grave (Arbach y Andres Pueyo 2007, Echeburua y Loinaz 2011).

De tal manera que un paciente con esquizofrenia aparece estigmatizado y la población le atribuye una conducta imprevisible y posiblemente peligrosa (Dikerson, Sommerville, Origoni, Ringel y Parente 2012), a lo cual se suma la presión mediática que se hace inmediatamente eco de este tipo de conductas (American Psychiatric Association 1994). Sin embargo no solo no es más peligroso un paciente mental que una persona normal sino que además la peligrosidad y consecuentemente la violencia que son capaces de desarrollar se produce sobre todo contra ellos mismos y no hacia su entorno social.

Resulta que en gran medida o proporción los pacientes psiquiátricos no tienen un tratamiento adecuado, abandonan la medicación, la toman con una irregularidad manifiesta y la combinan con otros fármacos o lo que es más peligroso con otras drogas y si en alguna de estas condiciones aparece el rechazo social, la vida marginal, pobre y de difícil progreso, la conducta violenta es bastante más probable y particularmente contra ellos mismos.

Así mismo, es muy difícil establecer una conexión causal entre la esquizofrenia y los actos violentos, pero lo cierto es que estos ocurren.

#### 4.1. Violencia y salud mental

Es muy habitual encadenar la esquizofrenia paranoide, los delirios de identificación defectuosa, y las alucinaciones auditivas con la conducta violenta (Esbec 2003 y 2005).

La mayoría de los actos violentos cometidos por personas con esquizofrenia coinciden con la presencia de síntomas psicóticos positivos, es decir, con ideas delirantes persecutorias, alucinaciones auditivas amenazantes o imperativas precisamente porque estos síntomas originan el desajuste mental del paciente que vive sensaciones y percepciones reales de hechos completamente inexistentes. Por lo general esta violencia se produce en el entorno más próximo, normalmente es el entorno familiar y en gran medida contra su cuidador más entregado, fiel y legal como es la madre, el padre o los hermanos, lo que hace que sea a su vez más trascendente en el entorno social.

Se distinguen dos tipos de violencia en los pacientes con esquizofrenia (Volavka 2002). El tipo 1 es el más frecuente y es el que aparece en el paciente que abandona el tratamiento y/o lo combina con el consumo de drogas y el tipo 2 se da en pacientes resistentes al tratamiento, son reincidentes en su violencia y presentan disfunciones neurológicas o trastornos de la personalidad asociados al trastorno mental.

Realmente los trabajos epidemiológicos que relacionan la violencia y el trastorno mental vienen a corroborar la confirmación de que la violencia en los enfermos mentales es de un 8% y en la población en general es de un 2% (Swanson 2006). Los resultados del meta análisis de Fazel y colaboradores (2009) confirman que hay un incremento medio de cuatro veces en la comisión de delitos violentos en sujetos con esquizofrenia en comparación de los controles, lógicamente sujetos sin esquizofrenia.

Sin embargo, según el estudio MacArthur (Appelbaum, 2000 y Monahan 2002), la cuestión no es tan alarmante. Este estudio, centrado en la identificación de factores de riesgo específicos en la población psiquiátrica después de un internamiento (1.136 pacientes) y en el diseño de un instrumento actuarial

predictivo, el 17% de pacientes con esquizofrenia tenían comportamientos violentos frente al 5% en el grupo de control en las primeras semanas tras el alta, pero esta tasa aumentaba hasta el 32% (frente al 18% en el grupo de control) cuando el diagnóstico se asociaba al consumo de tóxicos. En este estudio los predictores más significativos de violencia fueron la psicopatía y la historia de malos tratos en la infancia: la conjunción de ambos factores explicaba el 41% de la violencia (Echeburua y Loinaz 2011 y Esbec 2003).

#### 4.2. Variables predictoras de violencia en pacientes esquizofrénicos

La primera y más habitual variable predictora es la ausencia de tratamiento y el incumplimiento del mismo (Swartz y col. 1998), se cifra en un 40% los pacientes que son malos cumplidores tanto total como parcialmente del tratamiento antipsicótico. Una segunda variable es el consumo de alcohol, drogas y fármacos en una auténtica automedicación con el fin de evitar tanto los síntomas negativos como los positivos de la enfermedad (Esbec y Echeburua 2014). Otros factores de mal pronóstico son la tendencia a la introversión, el carácter esquizoide u otros trastornos de la personalidad, la historia familiar de esquizofrenia, el inicio precoz de la enfermedad, el comienzo sin acontecimientos precipitantes y la falta de apoyo social (Swanson y col. 2006). Lo que parece imprescindible es evaluar la simulación de la psicosis una vez constatado el acto violento, precisamente por la inimputabilidad del paciente esquizofrénico

El paciente psicótico puede engañar al perito y a los jueces. El paciente psicótico crónico puede ser muy inteligente y «aprovecharse» de su diagnóstico previo acreditado y sentirse «justificado» en todos los casos para delinquir, con un móvil claro y suficiente nivel de conocimiento y voluntad en beneficio de su persona. Ahora bien no todos los actos que realizan los psicóticos tienen su origen en su psicosis, habrá que aclarar si en el momento de la acción se encontraba compensado o descompensado. La psicosis simulada no va a ser fácil en la práctica. El paciente simulador deberá poseer ciertos conocimientos de psiquiatría, deberá tener la constancia de mantener en pie sus síntomas sin equivocaciones o inconsistencias de una anamnesis a otra y deberá simular al mismo tiempo todo un cortejo de síntomas. El estudio de la posible simulación debe ser tenido en cuenta en la evaluación. Hay ciertos signos de sospecha (Esbec y Gómez-Jarabo 1999; Esbec 2012). El incentivo

externo, casi siempre presente en asuntos judiciales, permite diferenciar la simulación de los trastornos facticios.

El simulador de psicosis, por lo general, referirá un cuadro clínico muy alarmante con síntomas burdos, de curso no habitual o contradictorios (demencia, personalidad múltiple, alucinaciones de comando, alucinaciones visuales), que no encajan bien en la nosología, siendo raro encontrar síntomas más sutiles (fenómenos de robo o imposición del pensamiento, neologismos, etc.). A veces, en su sobreactuación, añade al cuadro clínico un deterioro cognitivo pensando en que «más es mejor». Su relato carecerá de un componente vivencial, afectivo, acorde con sus manifestaciones. Es posible que no sepa ubicar las voces o imágenes que refiere percibir o planteará dudas sobre la cualidad de las mismas. El relato, a través de las diferentes entrevistas, resultará demasiado monótono, repetitivo, «aprendido» más que «vivenciado».

En la simulación no se encontrará en la anamnesis una historia clínica concordante ni una personalidad premórbida acorde con el cuadro clínico. El testimonio será muy estructurado o meticulosamente consistente, estable en el tiempo, y sin embargo carecerá de detalles generales o extrañeza del yo. El curso del trastorno es anormal y rechaza o no responde al tratamiento psicofarmacológico. El simulador de enfermedad mental suele considerarse que es un alienado, mientras que el enfermo auténtico habitualmente no tiene conciencia de enfermedad (Esbec, 2012a).

En general, la violencia es más frecuente en el trastorno que evoluciona por brotes que en el crónico. En todo caso, el brote suele ir precedido de un periodo de inestabilidad y alteraciones del comportamiento que pueden pasar desapercibidas para el entorno. Suele haber señales de alarma de signo pasivo (aislamiento, incomunicación, incapacidad para sentir emociones, etc.) o activo (conductas extrañas, conflictos con el entorno, abandono de las pautas lógicas de actuación, etc.).

Por otra parte, es frecuente que la esquizofrenia puede debutar con actos violentos ya que los síntomas prodrómicos, a los que con frecuencia no se presta la debida atención, son la causa del primer delito violento, extraño e inesperado.

La prevención de riesgos supone no minimizar los síntomas prodrómicos, tampoco hay que minimizar las amenazas y daños menores, y es importante detectar si el paciente cumple criterios de algún trastorno de la personalidad (TP).

#### 4.3. Apuntes sobre la capacidad de obrar

En relación con la capacidad de obrar, en la mayoría de los casos es suficiente el control sanitario del paciente, ya que si toma su medicación con regularidad (buena adherencia) y no consume tóxicos con frecuencia puede hacer una vida muy normalizada. Puede añadirse una curatela en el área económica con la finalidad de motivarle para la toma de la medicación y abstinencia de drogas.

La Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad (ONU, Nueva-York, 13 de diciembre de 2006, vigente en España desde el 3 de mayo de 2008) se refiere a las pruebas periciales y señala que, en estos casos, la autoridad correspondiente deberá solicitar, con la prontitud debida, la colaboración de los médicos forenses, especialistas en psicología, trabajo social, comunicación, educación especial y discapacidad.

El objeto de la prueba pericial incluye: (1) diagnóstico (a ser posible con códigos CIE-10/CIE-11 o DSM-5), (2) profundidad del trastorno, (3) grado de afectación de las facultades cognitivas y volitivas, (4) pronóstico (cronicidad o permanencia), (5) capacidad de autogobierno con descripción minuciosa de las habilidades adaptativas, competencias en actividad y participación de la persona y (6) medidas cautelares (urgentes), incluida la necesidad de ingreso o tratamiento ambulatorio y protección patrimonial (Esbec 2012b).

En las esquizofrenias, desde hace años se viene proponiendo como medida de protección la curatela, que es un complemento de capacidad para determinados actos, tales como los referidos a la gestión patrimonial, y de modo singular para asegurar la regular dispensación y seguimiento del tratamiento médico y farmacológico (STS de 20/05/1994 y 28/6/1998, SAP de Barcelona de 18/12/1999, SAP de la Rioja de 12/05/1999 y SAP de Huelva de 23/10/2001).

Según el Tribunal Supremo, «aquí es esencial la valoración que el Juez haga de los informes periciales, pues se puede padecer una enfermedad

o deficiencia inhabilitante y, sin embargo, si su sintomatología externa es excluida mediante el oportuno tratamiento o remedio, de modo que el sujeto pueda comportarse con normalidad, no existirá causa de incapacitación, ya que los avances de la medicina en el terreno psiquiátrico permiten hoy un comportamiento prácticamente normal a enfermos que hace unos años hubieran estado condenados a largas estancias, cuando no a reclusiones de por vida, en establecimientos psiquiátricos; de donde se infiere que el carácter persistente de la enfermedad no sea suficiente para la incapacitación, sino que se requiere también, como consecuencia de la misma, que el sujeto sea incapaz de gobernarse a sí mismo, es decir, cuando el proceso del enfermo es de los que no conceden remisiones espontáneas ni terapéuticas» (STS de 29/04/2009).

De acuerdo con el abordaje terapéutico y el control de la esquizofrenia podríamos concluir que:

La violencia cometida por las personas con esta condición representa solo un pequeño porcentaje de los delitos violentos en general. Los pacientes con una esquizofrenia controlada pueden llevar una vida relativamente normalizada y solo son responsables de una pequeña parte de los delitos violentos. Los medios de comunicación han exagerado la relación entre la esquizofrenia y la violencia, cuando lo cierto es que muchos pacientes con esquizofrenia pueden convertirse más fácilmente en víctimas que en agresores (Mullen 2006).

Sin embargo, la esquizofrenia mal controlada farmacológicamente, con consumo de drogas y con otros factores biopsicosociales de riesgo predispone a la violencia. Es decir, los principales factores asociados a la violencia en la esquizofrenia son la mala adherencia al tratamiento y la comorbilidad con el abuso de sustancias, circunstancias que resultan relativamente habituales en este cuadro clínico (Stuart, 2003). Esto tiene implicaciones para las personas que conviven con estos pacientes, los cuidadores y profesionales de salud mental, los administradores de los centros de atención psiquiátrica, las fuerzas del orden, el sistema judicial y los responsables políticos.

## 5. Diferenciación neurocognitiva entre el psicótico y el psicópata

Seguramente sean estas diferencias las que nos puedan servir para evitar estigmatizar más al psicótico. Adrian Raine y colaboradores han realizado distintas revisiones mostrando una gran diversidad de hipótesis, coincidiendo en:

- Las regiones anteriores del cerebro, es decir, los lóbulos frontales y temporales de los agresores violentos presentan algunas deficiencias funcionales y estructurales.
- Parece que las anormalidades en lóbulos temporales se encuentran, en particular, entre agresores sexuales, aunque se debe de clarificar más este punto.

Goyer y cols. (2004), mediante Tomografía de Emisión de Positrones (TEP) aplicada a personas con activación auditiva, mostraron que los actos impulsivos de corte agresivo crecían a medida que bajaba la cantidad de glucosa en la corteza frontal en 17 pacientes con trastornos de personalidad.

Volkow y cols. (1995), aplicando la TEP a personas que se hallaban en situación de reposo y con los ojos abiertos, observaron que el metabolismo de la glucosa era menor de lo normal en regiones prefrontales y temporales mediales en el caso de ocho pacientes violentos con trastornos psiquiátricos.

Kuruoglu y cols. (1996), aplicando una tomografía computerizada de emisión de fotones (TCEF) a personas en situación de reposo, hallaron que quince alcohólicos con trastorno antisocial de la personalidad mostraban un flujo sanguíneo cerebral muy reducido en la región frontal, en comparación con cuatro alcohólicos con otros trastornos de personalidad y diez no alcohólicos que actuaban como grupo control.

Seidenwurn y cols. (1996), aplicando la TEP a personas en situación de descanso y con los ojos abiertos, descubrieron una reducción significativa del metabolismo de la glucosa en el lóbulo temporal medial en el caso de siete agresores violentos, que habían sido remitidos al forense para su examen.

Adrian Raine y cols., (1994) escanearon cerebros de 41 asesinos, declarados inocentes por enajenación mental. Estos cerebros fueron comparados con los de 41 personas normales que conformaban el grupo control.

- Se utilizó la Tomografía por Emisión de Positrones (TEP) para medir el metabolismo de diversas regiones del cerebro, entre las que figuraban la corteza prefrontal.
- Se presentaron tareas de tipo visual que exigían atención selectiva y actitud vigilante, siendo la región prefrontal la que supervisa esta tarea de vigilancia.

La diferencia más sorprendente entre los dos cerebros se halla en la corteza prefrontal, presentando la del asesino una baja actividad, es decir bajo metabolismo de glucosa, por lo que se deduce que una baja actividad de la corteza prefrontal predispone a la violencia por una serie de razones:

- a) En el plano neurológico, un funcionamiento prefrontal reducido se traduce como una disminución de la capacidad inhibitoria sobre el control de la relación con las estructuras subcorticales, filogenéticamente más primitivas como la amígdala, que es donde está la base de los sentimientos agresivos, y que anteriormente describíamos como la antesala de la violencia.
- b) En el plano neurocomportamental, se ha visto que lesiones prefrontales se traducen en comportamientos: arriesgados, irresponsables, transgresores de las normas, con arranques emocionales y agresivos.
- c) En el plano de la personalidad, las lesiones frontales en pacientes neurológicos se asocian con impulsividad, pérdida de autocontrol e inmadurez.
- d) En el plano social se observa, la pérdida de flexibilidad intelectual y de habilidades para resolver problemas.
- e) En el plano cognitivo, las lesiones prefrontales causan la reducción de la capacidad de razonar y de pensar que inmediatamente se traducen en el fracaso educativo, profesional o laboral.

La trascendencia más importante de este estudio es que pudo perfectamente diferenciar la actividad metabólica de la glucosa en el cerebro prefrontal del asesino afectivo y del asesino depredador o psicópata.

El asesino depredador tiene un funcionamiento prefrontal relativamente bueno, lo que corrobora la hipótesis de que una corteza prefrontal intacta les permite mantener bajo control su comportamiento, adecuándolos a sus fines.

Mientras que el asesino emocional o afectivo sería el asesino apasionado y de “sangre caliente” que mata en un momento de emoción descontrolado y en el que la corteza prefrontal, encargada de controlar los impulsos agresivos presentan tasas de actividad bajas.

### ■ Conclusiones

En general, la violencia es más frecuente en el trastorno que evoluciona por brotes que en el crónico. En todo caso, el brote suele ir precedido de un período de inestabilidad y alteraciones del comportamiento que pueden pasar desapercibidas para el entorno. Suele haber señales de alarma de signo pasivo (aislamiento, incomunicación, incapacidad para sentir emociones, etc.) o activo (conductas extrañas, conflictos con el entorno, abandono de las pautas lógicas de actuación, etc.).

La violencia cometida por las personas con esta condición representa solo un pequeño porcentaje de los delitos violentos en general. Los pacientes con una esquizofrenia controlada pueden llevar una vida relativamente normalizada y solo son responsables de una pequeña parte de los delitos violentos. Los medios de comunicación han exagerado la relación entre la esquizofrenia y la violencia, cuando lo cierto es que muchos pacientes con esquizofrenia pueden convertirse más fácilmente en víctimas que en agresores.

La esquizofrenia mal controlada farmacológicamente, con consumo de drogas y con otros factores biopsicosociales de riesgo predispone a la violencia. Los principales factores asociados a la violencia en la esquizofrenia son la mala adherencia al tratamiento y la comorbilidad con el abuso de sustancias, circunstancias que resultan relativamente habituales en este cuadro.

Es desde luego, en mi opinión una condición inexorable la disminución de la actividad cortical de la superestructura prefrontal como base de la facilitación de la violencia, en una importante línea por la dificultad de controlar la carga subcortical de las emociones y por otra línea, en la facilitación desmedida de crueldad totalmente intencional y propositiva.

## ■ Referencias bibliográficas

- Altman, I., *The Environment and Social Behaviour*, Monterrey, Calif., Brooks Cole 1975.
- American Psychiatric Association Fact Sheet: Violence and Mental Illness American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994.
- Appelbaum, P.S., Robins, P., Monahan, J., Violence and Delusions: Data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study *American Journal of Psychiatry*, 157, pp. 566-572, 2000.
- Arbach, K., Pueyo, A., Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20
- Dickerson, F.B., Somerville, J., Origoni, A.E., Ringel, N.B., Parente, F., Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia *Schizophrenia Bulletin*, 28, pp. 143-155, 2012.
- Dollard, J., Doob, L.W., Miller, N. E., Mower, O.H., and Sears, R.t.,: *Frustration and aggression*, New Haven, Yale University Press, 1939.
- Donnerstein, E., and Wilson D.W., The effects of noise and perceived control upon ongoing and subsequent aggressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34 pp 774-781, 1976.
- Echeburúa, E., Loinaz, I., Violencia y trastornos mentales P. García Medina, J.M. Bethencourt, E. Sola, A.R. Martín, E. Armas (Eds.), *Violencia y psicología comunitaria. Aspectos psicosociales, clínicos y legales*, Comares, Granada , pp. 1-22, 2011.
- Esbec, E., Avances y exigencias de la prueba pericial en el proceso de modificación y. (delimitación de la capacidad de obrar. La capacidad en los trastornos mentales. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 12, pp. 149-179, 2012b.
- Esbec, E., Echeburúa, E., La prueba pericial en la jurisdicción penal en los consumidores de drogas y drogodependientes: Una valoración integral. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 14, pp. 189-215, 2014.
- Esbec, E., Gómez-Jarabo, G., Signos de sospecha en la simulación de los trastornos mentales. *Psiquiatría Forense. Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología*, 8, pp. 35-44, 1999.
- Esbec, E., Trastornos psicóticos H. González-Ordí, P. Santamaría, P. Capilla (Eds.), *Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar*, Ediciones TEA, Madrid, pp. 637-675, 2012a.
- Esbec, E., Valoración de la peligrosidad criminal (Riesgo-Violencia) en Psicología forense: Aproximación conceptual e histórica *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 3, pp. 45-64, 2003.
- Esbec, E., *Violencia y Trastorno mental Cuadernos de Derecho Judicial*, 8, pp. 57-154, 2005.
- Fazel, S., Langstrom, N., Hjern, A., Grann, M., Lichtenstein, P., Schizophrenia substance abuse and violent crime *Journal of the American Medical Association*, 301, pp.2016-2023, 2009.
- Freedman, J.L., Levy, A.S., Buchanan, R.W., and Price, J., Crowding and human aggressiveness. *Journal of Experimental Social Psychology*, 8 pp 528-548 1972.
- Goyer, P. F., Cohen, R. M., Andreason, P. J. Positron-emission tomography and personality disorders. *Neuropsychopharmacology*, 10, 21-28, 2004.
- Herbert, J. The neuroendocrinology of aggression: roles of steroids, monoamines and peptides. En Thompson, C., y Cowen, P. Dir. "Violence, basic and clinical science" B.H. Oxford 1993.
- Hodge, J., Adicción de violencia : a new model of psychopathy. *Crim. Behav. And Mental Health: 2*, pp 212-223, 1992.
- Hutt, C., McGrew, W.C.,: Effects of group density upon social behaviour in humans. *Association for the study of animal behaviour*, Oxford 17-20 July 1967.
- Krsiak, M., Behavioral changes and aggressivity evoked by drug in mice. *Res. Commun. Chem. Pathol. Pharmacol.* 7, pp 237-257, 1974.
- Kruse, L., Crowding, Dichte and Enge aus Socialpsychologischer Sicht. *Zeitschrift fur Sozialpsychologie* 6, pp 2-30, 1975.
- Kuruoglu, P., Fitzgerald, W. J., y Rayner, P. Near optimal detection of signals in impulsive noise modeled with a symmetric  $\alpha$ -stable distribution. *IEEE Communications Letters*, 2, 282-284, 1996.
- MiczeK, K.A., A behavioral analysis of aggressive behaviour induced and modulated by tetrahydrocannabinol, pilocarpine, d. amphetamine and l-dopa. *Act. Ner. Super. Praha.* 19, pp 224-225, 1977.
- Mullen, P., Schizophrenia and violence: from correlations to preventive strategies. *Advances in Psychiatric Treatment*, 12, pp. 239-248, 2006.
- Papeles del Psicólogo*, 28, pp. 174-186, 2007.
- Scherer, K. R., Abeles, R. P., and Fishcer, C.S., *Human Aggression and Conflict*. Englewood Cliffs, NJ Prentice Hall 1975.
- Seidenwurn, D. J., McDonell, C. H., Raghavan, N., y Breslau, J. Cost utility analysis of radiographic screening for an orbital foreign body before MR imaging. *Am J Neuroradiol*, 21, 426, 1996.
- Swanson, J.W., Swartz, M.S., Van Dorn, R.A., Elbogen, E.B., Wagner, H.R., Rosenheck, R.A., Lieberman, J.A., A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 63, pp. 490-499, 2006.

Swartz, M.S., Hiday, V.A., Borum, R., Wagner, R., Burns B.J., Taking the wrong drugs: the role of substance abuse and medication noncompliance in violence among severely mentally ill individuals *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33 (Suppl 1), pp. 75-80, 1998.

Valzelli, L. and Bernasconi, S., Differential activity of some psychotropic drugs as a function of emotional level in animals. *Psychopharmacology* 20, pp 91-96 1971.

Valzelli, L. and Bernasconi, S., Psychoactive drug effect on behavioral changes induced by prolonged socio-environmental deprivation in rats. *Psychol. Med.* 6, pp 271-276 1976.

Valzelli, L., Social experience as a determinant of normal behaviour and drug effect citado por Iversen, S. D. y cols. Pp 369-392, N Y Plenum Press 1977.

Volavka, J., *Neurobiology of Violence* American Psychiatric Publishing, Washington, DC, 2002.

Volkow, N. D., Ascher, P., y Tancredi, L. Loss of Dopamine Transporters in Methamphetamine Abusers Recovers with Protected Abstinence. *The Journal of Neuroscience*, 21, 897-899, 1995.

## **Violencia y salud mental en el pabellón número 6, de Chéjov**

**Valentín Martínez-Otero Pérez**, Facultad de Educación.

Universidad Complutense de Madrid. Director del Grupo de Investigación "Psicosociobiología de la Violencia: Educación y Prevención"

Correspondencia: valenmop@edu.ucm.es

### ■ Resumen

En este artículo, tras un apunte biográfico sobre Anton Chéjov y de incluir una sinopsis sobre su novela *El pabellón nº 6* y sobre la coyuntura sociopolítica en que se enclava la obra, se pasa a analizarla desde una perspectiva psicopatológica. El estudio ofrecido se centra sobre todo en cuatro aspectos interrelacionados: Los enfermos mentales: el caso de Iván Dmítrich Grómov; la figura de Andréi Yefímych, el "médico-enfermo"; el ambiente hospitalario y la atención psiquiátrica, y el contexto comunitario. En suma, un estudio de carácter fenomenológico sobre una novela que, pese al tiempo transcurrido, permite obtener claves de interés psicológico para la comprensión y tratamiento actuales de la enfermedad mental.

**Palabras clave:** Psicopatología, literatura, enfermedad mental, fenomenología, contexto comunitario.

### ■ Abstract

*In this paper, after a biographical note on Anton Chéjov and include a synopsis of his novel *El pabellón nº 6* and the sociopolitical situation in which is located the work is passed to analyze it from a psychopathological perspective. The study focuses mainly offered in four interrelated areas: The mentally ill: the case of Iván Dmítrich Grómov; Andréi Yefímych figure, the "doctor-patient"; hospital environment and psychiatric care, and community context. In short, a phenomenological study on a novel that, despite the time elapsed, enables psychological level the current understanding and treatment of mental illness.*

**Key words:** Psychopathology, literature, mental illness, phenomenology, community context.

### ■ Sinopsis de la novela

El pabellón nº 6 (también conocido como La sala nº 6) es una novela corta publicada en 1892. El escritor nos adentra en un hospital rural, sombrío y maloliente, y, en concreto, en la zona destinada a los enfermos mentales: una habitación grande, con camas atornilladas al suelo y con ventanas de hierro, que recuerda a una “jaula de fieras”. En este tétrico escenario nos encontramos con cinco enfermos, a los que se agrega Nikita, el guardián, soldado retirado, bebedor, de aspecto imponente y con unos puños enormes, que con facilidad utiliza para mantener el orden. El personaje principal es el doctor Andréi Yefímych, con aspecto de campesino, alto y fuerte, pero sin “carácter suficiente”, muy devoto y sin verdadera vocación médica, a quien ingresan contra su voluntad en el pabellón 6.

### ■ Comentario sociohistórico y psicopatológico

El contexto sociopolítico ruso en el siglo XIX es el que corresponde al zarismo. Los diversos zares -Alejandro I (1801-1825), Nicolás I (1825-1855), Alejandro II (1855-1881), Alejandro III (1881-1894) y Nicolás II (1894-1917)-, más allá de su singularidad, desplegaron una política autocrática, con escasas reformas liberalizadoras. El Imperio Ruso, inmerso en un proceso expansivo, se caracterizó por la agricultura tradicional, la servidumbre (hasta 1861, año en que todos los rusos alcanzan la libertad legal) y el empobrecimiento del campesinado, la industria localizada y el aumento del proletariado. Su sistema se estructuraba a partir de una legislación y un derecho arbitrarios, que permitían actuar con impunidad. Al iniciarse el siglo XX, en Rusia, atrasada en muchos aspectos, surgen movimientos de inconformistas y de opositores que llevan a la revolución de 1917, con la que se pone fin al zarismo.

En el marco autocrático esbozado en las líneas anteriores acercamos seguidamente el foco a la psiquiatría decimonónica en Rusia, en la que se distinguen claros oscuros. A este respecto, Balbuena y Sánchez-Barranco (2004) señalan que hay que esperar hasta mediados del siglo XVIII para que se publiquen trabajos psiquiátricos genuinamente rusos, así como para que se abran los primeros centros destinados a enajenados mentales en Novgóród, Moscú y San Petersburgo, que se conocían popularmente como

“casas amarillas”, debido al color de la pintura de sus fachadas, a la sazón la más barata del mercado. En estos centros convivían pacientes con cuadros clínicos muy distintos, muchos de los cuales se atribuían a lo que entonces se denominaba degeneración moral.

Balbuena y Sánchez-Barranco (2004), además de señalar que la psiquiatría rusa careció de autonomía como especialidad médica hasta 1845, ofrecen otros datos interesantes, como que a lo largo del siglo XIX se abrieron centros para enfermos mentales, por ejemplo, en Moscú y en San Petersburgo, o que en 1862 se creó la Asociación Médica para la Insania, de la que en 1880 surgiría la primera Asociación Psiquiátrica Rusa.

Por su parte, Pérez Urdániz (1992) indica que hasta comienzos del siglo XX la psiquiatría rusa siguió las tendencias de la psiquiatría europea, sobre todo alemana, aunque enriquecidas con aportaciones propias. A su vez, Fernández Ochoa (1991), en un artículo de divulgación, dice que en los siglos XVIII y XIX la enfermedad mental en Rusia ya se trataba desde una óptica médica y científica, hasta el punto de que el enfoque religioso y moralizante se rechazó desde un principio, a diferencia, por ejemplo, de lo que ocurría en Alemania.

Del resumen histórico incluido en el libro Psicopatología, de Zeigarnik (1981, 13-18), recogemos que, con la introducción de los métodos experimentales, se abrieron en Rusia laboratorios psicológico-experimentales en las clínicas psiquiátricas, v. gr., el de Behterev en Kazan (1885) y el de Korsakov en Moscú (1886), a los que seguirían otros. Precisamente fue Behterev (1857-1927) el fundador de la rama psicopatológica en Rusia, quien eliminó de la ciencia la introspección y dirigió numerosos estudios psicológico-experimentales referidos a las alteraciones de la actividad psíquica. En cuanto a Korsakov (1854-1900), uno de los representantes de la tendencia progresiva en psiquiatría, era muy partidario de conocer los fundamentos de la ciencia psicológica para comprender la descompensación de la actividad psíquica en el enfermo mental. Ambos, Behterev y Korsakov, entre otros colegas, fueron transmisores de las ideas psicológicas más avanzadas de su tiempo y contribuyeron al desarrollo de la psicología en su vertiente más científica y sistematizada.

En relación a la Psicopatología -disciplina psicológica básica de lo patológico (etiología y evolución de los trastornos mentales)- y a la Psiquiatría -disciplina aplicada, con finalidad terapéutica, centrada en el enfermo- en la Rusia decimonónica, ha de señalarse que, a despecho de las relevantes figuras existentes en aquel tiempo y de las conquistas que en ambas disciplinas se pudiesen haber alcanzado, ni mucho menos se advirtieron sus benéficos efectos en todos los enfermos mentales, menos aún en los de condición humilde, ingresados en el hospital de una pequeña ciudad como la de la novela. Una institución a la que sobre todo va a parar la “gente llana” y los muzhiks (campesinos). Ya sobre esta cuestión nos dice Chéjov que sólo uno de los cinco “locos” es de “ascendencia respetable” (p. 30), aunque venido a menos.

En gran medida, esta narración del escritor ruso, figura excelsa del realismo ruso, es un documento. Al valor literario agrega el histórico y, por tanto, es un texto que permite conocer mejor ciertos aspectos de la vida en Rusia en las postrimerías del siglo XIX. Chéjov es testigo de la sociedad en que vivió y lo refleja en la obra. Es una novela breve y sencilla, que en muchos aspectos resulta plácida, y en la que paradójicamente nos topamos con una cruda descripción de la deshumanizada asistencia sanitaria rusa dispensada a la sazón a los enfermos mentales.

El método que vamos a seguir en el estudio de la narración es, aunque de forma heterodoxa, el fenomenológico, que permite establecer una estructura y proporciona una mirada comprensiva. Esta senda investigadora cualitativa y descriptiva, sensible al contexto y comprometida con la objetividad, constituye un camino fecundo en el análisis hermenéutico de la obra literaria, pues permite hallar su articulación fundamental y significaciones esenciales, sin que por ello se pierda disfrute lector ni se quiebre la visión holista de la novela.

Con arreglo a lo dicho, el estudio de la narración se realizará a partir de los siguientes aspectos interrelacionados: Los enfermos mentales: el caso de Iván Dmítrich Grómov; Andréi Yefímych, el “médico-enfermo”; el ambiente hospitalario y la atención psiquiátrica; el contexto social.

### 1. Los enfermos mentales: el caso de Iván Dmítrich Grómov

Con independencia de los progresos que en el siglo XIX se realizaran en la psiquiatría y en la psicopatología rusas de cátedra, desde el punto de vista aplicado todo hace pensar y, por supuesto, la novela nos parece digna de crédito, que el enfermo mental habitualmente era considerado, sobre todo en zonas rurales o en pequeñas ciudades alejadas de los grandes núcleos científicos, al igual que en otros muchos países, un ser extraño, insensato, degenerado y peligroso, del que era preciso protegerse. Más que un enfermo era un loco, cuando no un poseso, con toda la potencia descalificadora del término ‘loco’. Esta palabra (tal vez del ár. hisp. *lāwqa*, y este del ár. clás. *lawqā*, f. de *alwaq*, estúpido; cf. port. *louco*) nos sitúa ante alguien necio, imprudente, disparatado y hasta es posible que se le busque eficaz “remedio” mediante la inmovilización: es el “loco de atar”. En cierto modo, todavía encontramos en algunos ámbitos de escasa formación una consideración muy negativa sobre los enfermos mentales. Se ha avanzado mucho, es verdad, pero no se ha eliminado del todo el estigma que aún gravita sobre los enfermos psíquicos. A este respecto, podemos recordar, aunque hayan transcurrido aproximadamente cien años, unos versos extraídos del sugestivo poema “El loco”, del eximio poeta Antonio Machado (1969): Por un camino en la árida llanura,/ entre álamos marchitos,/ a solas con su sombra y su locura/ va el loco, hablando a gritos./ El loco vocifera/ a solas con su sombra y su quimera./ Es horrible y grotesca su figura;/ flaco, sucio, maltrecho y mal rapado,/ ojos de calentura/ iluminan su rostro demacrado./ (...)/ No fue por una trágica amargura/ esta alma errante desgajada y rota;/ purga un pecado ajeno: la cordura,/ la terrible cordura del idiota.

En este poema de sabor quijotesco, la triste figura del enfermo mental se aleja de la ciudad hostil: el estresante y excluyente laberinto urbano construido por los cuerdos oficiales. Hoy, como ayer, ya en España, ya en Rusia, ni son todos los que están ni están todos los que son. Celebremos, eso sí, que los que actualmente son y están reciban un trato más humano y científico que el dispensado a los cinco “locos” retratados por Chéjov, de quienes procede recordar que sólo uno es de “ascendencia respetable”, los demás son “gente baja”:

El primer enfermo, alto y flaco, parece presentar tuberculosis. Pues bien, se da la circunstancia de que durante largo tiempo la tisis se asoció a la

enfermedad mental, de la que supuestamente era un componente más. El mismo Kafka (2006) en una de sus cartas a Milena escribe: "...la enfermedad pulmonar es sólo un desborde de la enfermedad mental".

Por otra parte, como nos recuerda Sontag (2008), la tuberculosis fue considerada una enfermedad misteriosa relacionada con la pobreza y las privaciones, con vestimentas escasas, cuerpos delgados, habitaciones frías y mala higiene. Y agrega que lo que esperaba a la tuberculosis y a la locura era el encierro: ambas son un tipo de exilio.

Es sabido, por cierto, que los médicos eran a menudo los garantes del aislamiento de los enfermos mentales y de los tuberculosos, unos y otros igualmente peligrosos y, por tanto, acreedores de control social. En algunos países la exclusión de las personas afectadas por estas patologías se mantuvo a lo largo del siglo XX (véase, por ejemplo, el trabajo firmado por Kohl, 2010).

Comoquiera que sea, ha de darse por hecho que en las deplorables condiciones del pabellón 6, distinguido por la escasa higiene, el mal olor, la mala alimentación y la inapropiada atención sanitaria, la tuberculosis se propagaría con facilidad.

Un breve apunte corresponde a otro de los enfermos: el judío Moiseika, pequeño, travieso y alegre, que se trastornó cuando se le quemó la sombrerería, veinte años atrás. El narrador nos lo presenta como el "tonto de la ciudad", calificativo con el que queda denigrado su perfil, más aún cuando se constata que aparece vestido con bata y con ridículo gorro, incluso sin calzones. Es el único "loco" que tiene permiso para ir a la calle, de la que a menudo regresa con algo de comer y de beber, aunque todo se lo sustrae brutalmente Nikita, el guardián.

Otro de los miembros del pabellón es un hombre "inflado de grasa, casi redondo, con una cara obtusa y completamente estúpida. Un animal inmóvil, voraz y sucio...". Nikita es quien le limpia y le da unas "palizas terribles con todas sus fuerzas". La vejación de que es objeto este enfermo, al que el narrador despoja de su condición humana, resulta desoladora.

Un cuarto interno es un hombre pequeño y delgado que había trabajado en correos. Llevado por una mente delirante, anhela ser condecorado. Como él mismo dice: "Incuestionablemente tengo que recibir la "Estrella Polar" sueca.

Es una condecoración por la que vale la pena gastar tu tiempo en papeleos. Una cruz blanca y una cinta negra. Preciosa" (40). El ejercicio hermenéutico nos lleva a pensar que la distorsión de la realidad es en ocasiones la senda patológica que encuentra el sujeto para hallar una luz en la oscuridad en que vive, para soportar la existencia. Ante un mundo y un confinamiento hostiles se disfraza la cotidianidad. En este caso, poseer altas distinciones y ser merecedor de nuevos galardones brindan al delirante la oportunidad mórbida de engrandecerse en un entorno ninguneante. Merced al delirio el personaje se "protege" de un contexto amenazante, acaso letal.

Llegamos, por último, al quinto habitante del pabellón nº 6, al que más tinta dedica Chéjov. Se trata de Iván Dmítrich Grómov, de aproximadamente treinta y tres años, otrora maestro, ujier y secretario de provincias, y que, según nos dice el narrador, sufre "manía persecutoria". Tiene la cara ancha y pálida, con pómulos salientes, en la que se refleja su sufrimiento. Nos hallamos ante una personalidad paranoide, con preocupación mórbida de que los demás quieran hacerle algo malo, inmerso, como diría González Duro (1991, 25-26) en un mundo repleto de significaciones autorreferenciales, generalmente negativas. Chéjov lo describe como "alma atormentada por la lucha y el prolongado terror" (32), cuando habla tiene un discurso desordenado, apasionado, febril, "delirante", entrecortado, no siempre comprensible, que irradia bondad. "Habla de la ruindad humana, de la opresión que pisotea la verdad, de la vida maravillosa que con el tiempo habrá en la tierra, de las rejas en las ventanas que en cada momento le recuerdan la torpeza y la crueldad de los opresores" (33).

La biografía de Grómov está llena de desgracias: la muerte de su hermano como consecuencia de una tisis galopante; el apresamiento de su padre, acusado de malversación y falsificación de documentos, y su fallecimiento de tifus en el hospital penitenciario; la venta en almoneda de todos los bienes de la familia, incluida la vivienda, etc. Comenzó, en definitiva, su tormento, con ideas y sentimientos extremadamente desconcertantes y angustiosos centrados en el temor creciente a ser arrestado. Empezó a evitar a la gente, se encerraba en la bodega y le parecía que "la violencia de todo el mundo se había agolpado tras él y le perseguía" (39), hasta que por orden del doctor Andréi Yefimych le llevaron al pabellón número 6.

Médico y paciente conversan con frecuencia y pronto se extiende el rumor de que inexplicablemente el doctor visita el pabellón número seis. En uno de los encuentros, Grómov, por ejemplo, pregunta enojado por qué Yefímych le tiene encerrado y el doctor responde que se debe a la casualidad. Enseguida Grómov que, a despecho de su trastorno, es inteligente y reflexivo, comienza a dar muestras de un discurso consistente y lúcido. En realidad, es un apasionado de la razón y de la vida, a las que encumbra en cuanto puede. “¡Amo la vida, la amo apasionadamente! Tengo manía persecutoria, siento un temor constante e insoportable, pero hay momentos en que me domina la sed de vivir y entonces tengo miedo de perder la razón. ¡Tengo unas ganas terribles de vivir!, ¡terribles!” (59-60).

Con llamativa lucidez Yefímych y Grómov platican sobre la ciudad, tremendamente aburrida, del nuevo doctor, de los asuntos abordados por periódicos y revistas, de las tendencias ideológicas, etc. Grómov refleja inquietud intelectual, erudición, sentido de la justicia y gran sensibilidad, incluso habla con brillantez sobre la inadecuación del estoicismo, una filosofía, a su juicio, inviable. Especialmente sorprendentes son sus comentarios críticos en torno a la necesidad que defiende el doctor de evitar el asombro y de despreciar el sufrimiento. “...esto no es filosofía, no es pensamiento, ni amplitud de miras, sino pereza, faquirismo y una soporífera bobada...” (67). Grómov, incluso, se muestra sarcástico cuando el doctor, ya ingresado a la fuerza en el pabellón, se acerca aterrado y apesadumbrado a su cama para buscar alivio. Llega a decirle que se consuele filosofando un rato. Sin embargo, algo después, se suma a la reivindicación que infructuosamente realiza Yefímych para salir del pabellón.

Una vez recogidas algunas notas sobre Iván Dmítrich Grómov, el “loco cuerdo”, estamos en condiciones de afirmar que es un hombre doliente, golpeado por las circunstancias, víctima de un sistema socio-sanitario sombrío, insensible y cruel que le encierra de por vida. Chéjov, a través de este entrañable personaje, ofrece al lector una mirada analítica y crítica que se ensancha con la figura del doctor.

## 2. Andréi Yefímych, el “médico-enfermo”

Recordemos en un primer momento que es el doctor Yefímych quien dispuso internar a Grómov en el pabellón número 6, aunque sin verdadero conocimiento de lo que tal decisión conllevaba. El ingreso, lejos de restaurar gradualmente la “libertad” que toda enfermedad psíquica comporta, representaba un verdadero cautiverio, una condena a cadena perpetua.

El narrador omnisciente nos describe inicialmente al doctor Yefímych como “un hombre admirable a su manera” (41), muy devoto en su juventud, que tenía intención incluso de seguir la carrera eclesiástica, aunque su padre le forzó a realizar los estudios de medicina, profesión para la que confesaba no tener ninguna vocación.

En el plano físico, el doctor tiene un aspecto pesado, brusco y torpe, de campesino. Es alto, fuerte, ancho, con brazos y piernas enormes, nariz roja y ojos pequeños. Su pisada, en cambio, es pausada y suave. En el trato se muestra amable, pero no posee cualidades de gestor, le falta autoconfianza y carácter. Aunque al principio se tomó su trabajo con mucho interés, poco a poco se fue aburriendo, todo le parecía monótono, inútil y engañoso. Eran demasiados enfermos en todo el hospital y, en su opinión, era imposible dispensarles un trato apropiado. Por otra parte, el doctor Yefímych exhibe una actitud radicalmente antimédica, hasta el punto de que no cree en la función terapéutica. Opina que la muerte es el desenlace natural de cada persona y en cuanto al sufrimiento, considera que es preferible no aliviarlo, pues permite al hombre perfeccionarse.

Alonso Fernández (1989, 284) indica que cuando la actividad sanitaria pierde su sentido y se torna monótona y aburrida, aunque sin abandonar sus niveles de responsabilidad y exigencia, se potencian los efectos estresantes psicopatológicos. Esto es precisamente lo que parece ocurrirle al doctor Yefímych. Tiene muchos enfermos, pero poco tiempo, así que se limita a hacerles unas preguntas mecánicamente y a recetarles cualquier ungüento. Cuenta con el apoyo de un practicante, más santurrón que profesional, para quien los males y miserias se deben a que se reza inadecuadamente. Más adelante, merced a un inesperado subsidio de la Administración, también dispondrá de la ayuda de un joven médico rural, aunque le considera un viejo bribón y anhela ocupar su cargo.

Lo cierto es que Andréi Yefímych, que en un principio trabajaba con mucho celo, entra en un estado en que se agobia con facilidad y se cansa pronto, a veces incluso se marea y se le saltan las lágrimas, indicadores de su desgaste ocupacional. Hoy diríamos que el doctor Yefímych padecía el “síndrome del quemado” (burnout), por cierto, muy frecuente entre los médicos, aunque en el tiempo en que se sitúa la novela no estuviese identificado este cuadro clínico.

En casa, “dichoso” refugio, come mal, pero lee mucho, siempre con el acompañamiento del vodka. Cuando anochece, suele visitarle el jefe de correos Mijajil Averiánich, la única persona de la ciudad que no le resulta fastidiosa. Beben cerveza y conversan sobre temas profundos: el origen divino del hombre, el entendimiento humano, el movimiento intelectual, el sentido de la vida, la inmortalidad del alma, etc. Siguen a estas pláticas metafísicas, una vez que se queda solo, la silenciosa conversación consigo mismo, presidida a veces por pensamientos sombríos entreverados con sentimientos de culpabilidad. Advierte que se dedica a una labor que está resultando perjudicial y fraudulenta, aunque reduce la disonancia cognitiva cuando concluye que él es únicamente “una partícula de un mal social inevitable” y, por tanto, el verdadero culpable de su actuación es el tiempo en que le ha tocado vivir.

Cuando el doctor se decide a visitar el pabellón número 6, más por una suerte de compasión que por auténtica concienciación profesional, inicia sus conversaciones con Iván Dmítrich Grómov. Se difunde en el hospital el rumor de que el doctor visitaba con asiduidad el pabellón número 6, lo que genera gran extrañeza entre las enfermeras, el guardián, el practicante... Sospechan que el doctor se ha trastornado y poco a poco Yefímych empieza a notar, tanto en el hospital como en su reducido círculo social, una atmósfera enrarecida. Jóbotov, su sucesor en el hospital, le encerró con engaño en “el pabellón de los locos”, en el que, tras probar la brutalidad de Nikita, murió de apoplejía unas horas después.

El doctor Yefímych, más que enfermo es “enfermado”, es decir, es víctima de un engranaje siniestro, del que ha formado parte sin pretenderlo, que le etiqueta, le excluye, le golpea, incluso literalmente, y le arrastra al confinamiento, al sufrimiento y a la muerte. Él mismo es consciente de haber caído en un círculo vicioso, del que no hay escapatoria. La

acumulación de factores históricos, sociopolíticos, organizacionales y aun personales -soledad, ingenuidad, falta de vocación, estrechez económica, etc.- conducen a Yefímych al distrés, primero, y a la muerte, después. Hay en la novela numerosos indicadores del síndrome de estrés sufrido por el doctor Yefímych. Entre los síntomas mentales, físicos y conductuales presentados por el médico destacamos: aburrimiento, desinterés, agobio, dificultades para pensar, astenia, aceleración cardíaca, zumbido de oídos, mareo, lagrimeo, cefalea, alejamiento del trabajo, irritabilidad, etc.

Aun cuando haya en nuestro protagonista un índice personal de vulnerabilidad al distrés, acrecentado por unos hábitos poco saludables, por ejemplo, el consumo de alcohol (vodka y cerveza) y tabaco, no hay que olvidar que este trastorno le golpea porque está inmerso en una coyuntura social desfavorable y sobre todo por las pésimas condiciones organizacionales en que trabaja. El cuadro que sufre, complicado con los dramáticos acontecimientos finales en el pabellón número 6, en el que se halla recluido a la fuerza y en el que recibe una brutal paliza, concluye trágicamente: el doctor muere por un ataque de apoplejía.

### 3. El ambiente hospitalario y la atención psiquiátrica

El hospital se nos presenta pésimamente cuidado: rodeado de maleza, cardos y ortigas. En cuanto al edificio, su estado no puede ser más lamentable: tejado oxidado, chimenea medio derruida, escalones de entrada podridos, etc. El abandono y el distanciamiento de la comunidad se refuerzan con la tapia separadora que rodea al caserón: un muro con clavos amenazantes “de puntas hacia arriba”.

La lúgubre estampa ofrecida no es únicamente externa. Al abrir la primera puerta, se encuentran “montones de deshechos”, desordenados y en estado de putrefacción. Igual de espantoso es el pabellón número 6, al que Chéjov llega a calificar como “jaula de fieras”, pues si bien se trata de una sala espaciosa, las paredes están embadurnadas de color azul sucio, el techo oscuro por el humo, que ahoga en el invierno, las ventanas cuentan con rejas de hierro, las camas están atornilladas al suelo gris y gastado, y desprende muy mal olor.

En lo que se refiere a la vertiente humana del ambiente, nos topamos con una realidad del mismo lastimoso tenor que la dimensión física descrita. Tan pronto como llegamos al pabellón número seis nos damos de bruces con un celador brutal, Nikita, presto a golpear en la cara, en el pecho o donde le parezca oportuno a los enfermos. No conforme con pegar, roba todo lo que quiere a Moseika, uno de los “locos”.

En sintonía con lo que piensa el propio doctor Yefímych, el hospital es inmoral y nocivo en alto grado para la salud física y mental de los enfermos y de la propia comunidad. Sabe que es una institución en la que se acumulan la suciedad y los parásitos, en la que es muy elevado el riesgo de contagio de ciertas enfermedades o de que circule el alcohol con la anuencia del personal.

Por otra parte, la atención psiquiátrica brilla por su ausencia. En el hospital y en el pabellón número 6 no sólo no hay una mínima actitud empática hacia los trastornos y sufrimientos de los enfermos, psiquiátricos o no, sino que además, la falta de preparación profesional y de disposición personal suficiente se traduce con frecuencia en diagnósticos erróneos y en agravamientos de naturaleza iatrógena. Es lo que le ocurre al propio doctor Yefímych, ejemplo trágico de acción sanitaria insidiosa.

#### 4. El contexto social

A despecho de los adelantos médicos, el hospital que Chéjov describe no ha evolucionado, sus condiciones son deplorables. Y si nos atenemos a la descripción del “loco cuerdo” la vida de la comunidad en que se encuentra el establecimiento sanitario no le va a la zaga. Según Iván Dmítrich (34), la vida en la ciudad es agobiante, aburrida y gris; sus habitantes carecen de intereses y llevan una existencia absurda, que únicamente amenizan con la violencia, el libertinaje y la hipocresía; los pillos viven bien mientras que los honrados pasan hambre. Un lugar en el que se necesitan escuelas, prensa local, teatro y otras actividades culturales públicas, cohesión de las fuerzas intelectuales y en el que urge que la sociedad se autoevalúe y se escandalice de sí misma. Una ciudad que, según se describe poco después (36), es pequeña, sucia y “alejada del progreso”, con un entramado administrativo formalista e impasible, capaz de tratar a las personas sin

miramientos y de recluirlas de por vida. Procede recordar a este respecto que el tipo de pabellón que se destina a los enfermos mentales en el relato, más que ajustarse a las necesidades de los pacientes, parece responder a la intención de control y de aislamiento.

El hospital funciona pésimamente, en un contexto de corruptelas y problemas que impiden un servicio digno. La conjunción de negativos factores en el hospital, en la ciudad en la que se encuentra y en las distintas esferas de organización administrativa, hace que el servicio médico-sanitario no cumpla en modo alguno su elevada misión. El pabellón número 6 y la institución en su conjunto son lugares aviesos, deshumanizados, en los que se confina a los internos. No se les cura, se les encierra y disciplina; no se les atiende, se les maltrata. Esta reclusión enloquecedora se apoya en la brutalidad y en la vigilancia permanente. La sala 6, un espacio aciago en un establecimiento igualmente funesto, no es un pabellón psiquiátrico es una “celda de bestias”.

#### ■ Conclusión

El pabellón número 6 es un espacio de exclusión y de reclusión. En este relato, Chéjov se sirve de la descripción de internamiento de diversos “locos” para retratar una deshumanizada situación sanitaria de la que es cómplice la sociedad. Todo en el pabellón conjura contra los internos: privados de libertad, amenazados en la salud y ultrajados en su dignidad. El espacio asfixiante, el ambiente lúgubre, la vigilancia brutal, etc., constituyen un significativo muestrario de esta aberrante sala, antítesis de lo que ha de ser una dependencia destinada a atender a los enfermos mentales. Nadie está a salvo del encierro, ni siquiera el médico, figura profesional que a priori forma parte de este insidioso aparato sanitario que en muchos aspectos parece responder a una perversa estrategia psicosociopolítica de control y sometimiento. El poder se visibiliza con su fuerza sancionadora, uniformadora y represiva: la presumible divergencia psíquica y la “constatada” desviación conductual son castigadas con el confinamiento. En cierto modo, y parafraseando a Foucault (1982), todo un sistema para sojuzgar a los alienados.

La sala de los horrores que pinta Chéjov es el resultado de la convergencia de elementos físicos y psicosociales tanto del hospital como del entorno. Esta

combinación de cualidades ambientales, que en esta institución sanitaria asume un tinte nefando, influye en todos sus miembros y, por supuesto, en los internos del pabellón número 6.

Esta descripción realista lleva en sí la denuncia y con ella el deseo de transformación. El trasfondo de la obra se organiza en torno a la reprobación, a la crítica, pero también en función de la ternura y de la esperanza. Junto al grito de dolor y de desconsuelo, hay en el relato una comprensión cálida, constante y conmovedora, un rayo de ilusión que hace cimbraer la conciencia. Chéjov, observador atento, fedatario implacable, juez severo con las injusticias, se muestra sensible y empático con los menesterosos. Su vibrante narración sobre el pabellón número 6 permite tomar conciencia de la pésima realidad médico-sanitaria, en particular psiquiátrica, a lo largo del siglo XIX en muchos lugares, no sólo en Rusia. Desconocemos el impacto real que haya podido tener este relato en la psiquiatría de la época, pero cabe suponer que la novela estimulase la actitud crítica hacia el tratamiento dispensado a la sazón a muchos “locos”, y que merced a obras como la que comentamos se avanzase en la consideración humana y científica de los enfermos mentales.

### ■ Referencias bibliográficas

- ALONSO FERNÁNDEZ, F. (1989): *Psicología médica y social*, Barcelona, Salvat.
- BALBUENA, F. y SÁNCHEZ-BARRANCO, A (2004): “Breve historia del psicoanálisis en Rusia”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 24 (90), pp. 145-164. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15887/15746>
- CABRERA INFANTE, G. (2003): “La vida del joven Chéjov”, *El País*, 11 de agosto de 2003. Disponible en: [http://elpais.com/diario/2003/08/11/revistaverano/1060552815\\_850215.html](http://elpais.com/diario/2003/08/11/revistaverano/1060552815_850215.html)
- CASTILLA DEL PINO, C. (1998): *El delirio, un error necesario*, Oviedo, Nobel.
- CHÉJOV, A. (2007): *El pabellón nº 6 y otros relatos*, Madrid, Alianza Editorial.
- FERNÁNDEZ OCHOA, E. (1991): “Sobre la psiquiatría soviética”, *El País*, 8 de noviembre de 1991. Disponible en: [http://elpais.com/diario/1991/11/08/opinion/689554807\\_850215.html](http://elpais.com/diario/1991/11/08/opinion/689554807_850215.html)
- FOUCAULT, M. (1982): *Vigilar y castigar*, Madrid, Siglo XXI.
- GONÇALVES, F. y otros (2002): “Síndrome de Burn-out en el médico general”, *Medicina general*, 43, 278-283.

GONZÁLEZ DURO, E. (1991): *La paranoia. Delirios persecutorios, de grandeza y otras locuras de los cuerdos*, Madrid, Temas de Hoy.

GORKA, M. (2007): “Antón Chéjov”, en Chéjov, A. (2007): *El pabellón nº 6 y otros relatos*, Madrid, Alianza Editorial.

KAFKA, F. (2006): *Cartas a Milena*, Caracas, Fundación Editorial el perro y la rana. Disponible en: <http://www.elperroylarana.gob.ve/phocadownload/cartasamilena.pdf>

KOHL, A. (2010): “Tuberculosis y enfermedad mental. La continuidad del aislamiento en la ciudad de Buenos Aires durante el siglo XX”, *eä*, vol. 2, nº 1, págs. 1-20. Disponible en: <http://www.ea-journal.com/art2.1/Tuberculosis-y-Enfermedad-Mental.pdf>

MACHADO, A. (1969): *Antología poética*, Madrid, Salvat.

MARTÍNEZ PLAZA, C. A. (2008a): “El estrés, factor de riesgo de accidente cerebrovascular I”, *Gestión práctica de riesgos laborales*, nº 50, 14-22. Disponible en: <http://pdfs.wke.es/1/2/5/6/pd0000021256.pdf>

MARTÍNEZ PLAZA, C. A. (2008b): “El estrés, factor de riesgo de accidente cerebrovascular II”, *Gestión práctica de riesgos laborales*, nº 51, 32-36. Disponible en: <http://pdfs.wke.es/1/2/9/2/pd0000021292.pdf>

PÉREZ URDÁNIZ, A. (1992): “Consideraciones sobre la psiquiatría rusa”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 12 (42), pp. 51-53. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15282/15143>

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (2001): *Diccionario de la Real Academia Española (Vigésima segunda edición)*, Madrid, Espasa Calpe. También disponible en versión electrónica: <http://buscon.rae.es/drae/>

SONTAG, S. (2008): *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*, Barcelona, Debolsillo.

ZEIGARNIK, B. V. (1981): *Psicopatología*, Madrid, Akal.

## **Violencia de género y trabajo**

**María Maestre Naranjo**, Facultativo Servicio Prevención Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España

**Juan Carlos Fernández Rodríguez**, Director del Departamento de Psicología. Universidad Nebrija. Madrid. España

**Silvia Arranz Alonso**, Enfermera del trabajo. Servicio de Prevención Mancomunado MAPFRE. Madrid. España

Correspondencia: mmaestre3w@gmail.com

### ■ Resumen

Se presenta el caso de dos trabajadores (expareja) que trabajan en el mismo centro de trabajo con antecedentes de separación conflictiva.

Actuación desde la dirección de la empresa para la resolución y ayuda a la víctima, que presenta sintomatología y clínica psiquiátrica, para cumplir dictamen judicial y además mediación ante compañeros de trabajo por deterioro de clima laboral por la situación generada de opiniones contrapuestas a favor de uno u otro miembro de la expareja.

**Palabras clave:** Violencia de género, trabajo, salud mental

### ■ Abstract

*The case of two workers (ex-partner) who work in the same workplace with a history of conflicting separation is presented.*

*Acting from the direction of the company for the resolution and assistance to the victim, who presents symptomatology and psychiatric clinic, to comply with judicial opinion and also mediation before co-workers due to deterioration of the work environment due to the situation generated by opposing opinions in favor of one or another member of the ex-partner.*

**Keywords:** gender violence, work, mental health.

### ■ Introducción

La ONU, en 1993, determina la violencia contra las mujeres como “todo acto de violencia de género que produce daños o sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres” e incluye entre dichos actos la violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, incluyendo la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexual en el trabajo. Es una las violencias más frecuentes, en nuestros días, sin conocer límites geográficos, económicos, culturales o sociales (1).

En 1996, la OMS declaró la violencia como un importante problema de salud pública en todo el mundo e instó a los estados miembros a evaluar la dimensión del problema en sus territorios, motivando el desarrollo de actividades con el objeto de definir la magnitud de la violencia, evaluar las causas y sus repercusiones<sup>2</sup>. En 2002 define la violencia como “el uso intencional de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que tiene como consecuencias probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte.” Incluyendo la intencionalidad de producir daño en la realización de estos actos (2).

La violencia de género puede ser física, sexual y psíquica. La violencia física comprende cualquier acto, no accidental, que provoque o pueda producir daño en el cuerpo de la mujer, tales como: bofetadas, golpes, palizas, heridas, fracturas, quemaduras. La violencia sexual ocurre siempre que se imponga a la mujer una relación sexual contra su voluntad y la violencia psíquica comprende amenazas, humillaciones, insultos, intimidación, exigencia de obediencia, tratando de convencer a la víctima de que ella es culpable de cualquier problema. Empleando para ello el abuso verbal: como insultos, celos, el emociona con intimidación y el económico retirando a la víctima el dinero y las tarjetas de crédito (3).

### 1. Marco actual

En el I Informe del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer se hacía constar que “la lucha contra la violencia de género exige conocer adecuadamente la magnitud del fenómeno, así como las características de las mujeres que lo padecen para determinar las principales situaciones de riesgo y poder prestar la adecuada protección a las víctimas”.

Las víctimas mortales a causa de la violencia de género en nuestro país en el año 2019 ascienden a 55 mujeres, según el informe del Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. Por Comunidades Autónomas Andalucía encabeza la lista con un 23,6%, seguida de Cataluña con un 16,4%, Canarias con un 14,5% y la Comunidad de Madrid con un 12,7%(4).

**Total mujeres víctimas mortales 2003-2019: 1.033**

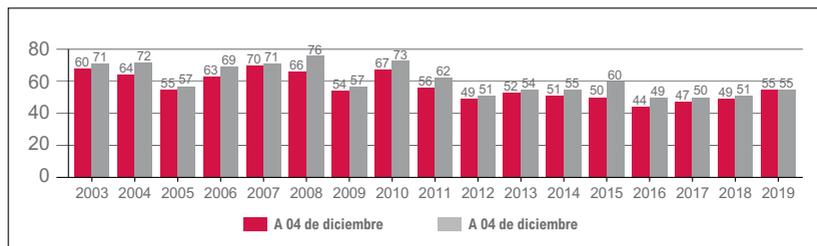


Gráfico 1. Evolución del número de mujeres víctimas mortales por violencia de género en España. Años 2003 a 2019.

Fuente: Estadística de Víctimas Mortales por Violencia de Género. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. <http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/home.html>

Comunidad / Ciudad autónoma	Número	%
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>
Andalucía	13	23.6
Aragón	1	1.8
Asturias, Principado de	0	0.0
Baleares, Illes	1	1.8
Canarias	8	14.5
Cantabria	2	3.6
Castilla y León	3	5.5
Castilla - La Mancha	0	16.4
Cataluña	9	12.7
Comunitat Valenciana	7	0.0
Extremadura	0	5.5
Galicia	3	12.7
Madrid, Comunidad de	7	1.8
Murcia, Región de	1	12.7
Navarra, Comunidad Foral de	0	0.0
País Vasco	0	0.0
Rioja, La	0	0.0
Ceuta	0	0.0
Melilla	0	0.0

Tabla 2.1. Mujeres víctimas mortales por violencia de género en España, por comunidad o ciudad autónoma en que se produjo el suceso. Año 2019.

Fuente: Estadística de Víctimas Mortales por Violencia de Género. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. <http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/home.html>

Desde el 1 de enero de 2007 hasta el 31 de diciembre de 2016 han llegado a los juzgados un total de 1.324.263 denuncias por violencia de género, siendo el año 2016 el que mayor número de denuncias por violencia de género ha registrado, con 142.893 (5).

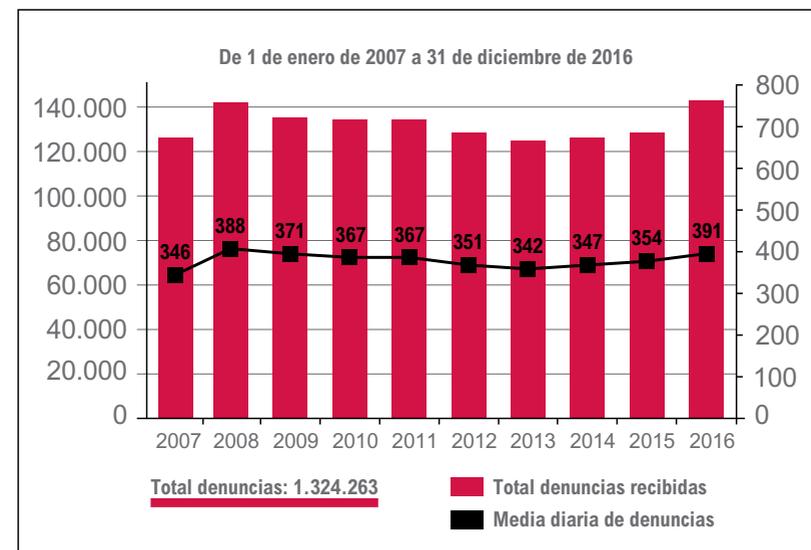


Gráfico 2.1. Número de denuncias por violencia de género y media diaria, por año. Fuente: X informe del observatorio estatal de violencia sobre la mujer 2016 Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad.

Ante los datos obtenidos se han establecido recursos y actuaciones llevadas a cabo por las comunidades autónomas en materia de violencia de género encaminadas a garantizar los derechos a las víctimas, para prevenir y erradicar esta problemática, cada una en el ámbito de sus competencias.

## 2. Normativa vigente

En España, en los últimos años, se ha producido un incremento de leyes a favor de los derechos de las personas y en contra de la violencia de género, como:

- Ley Orgánica 11/2003 de 29 de septiembre, de medidas Concretas en Materia de Seguridad Ciudadana, Violencia Doméstica e Integración Social de los extranjeros (6).
- Ley Orgánica 15/2003 de 25 de noviembre, que modifica la L.O./1995 de 23 de noviembre, del Código Penal o la Ley 27/2003 de 31 de julio, reguladora de la Orden de Protección de las víctimas de violencia doméstica (7).
- Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (8).

La Ley Orgánica 1/2004 en su artículo 1, de Protección Integral contra la Violencia de Género define a la violencia de género como “Todo acto de violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia. (...) que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.

## 3. ¿Cómo afecta a las víctimas de la violencia de género su salud mental?

La agresión psíquica es detectada con dificultad, ya que en muchos casos la mujer lo considera como algo natural, reforzado en algunas ocasiones por religiones o gobiernos, estableciéndose códigos éticos y mitos al respecto (9,10).

Entre los mitos encontrados:

- La violencia es natural, siempre existió y continuará existiendo.
- El hogar es un espacio privado, nadie debe intervenir en él
- La violencia se da en estratos sociales bajos, donde prevalece la pobreza y la baja escolaridad

- El alcohol y las drogas provocan los episodios de violencia
- El agresor es violento en todas sus acciones y relaciones interpersonales. “él es así”
- Golpear es prueba de amor. “Te pego porque te quiero”

Estas víctimas piensan que lo que les ocurre “no tiene importancia y no es grave” por lo que no toman iniciativas para finalizar los hechos; no se atreven a comentarlo a familiares o conocidos, y mucho menos denunciarlo a los órganos competentes; en muchas ocasiones cuando comentan la situación alguien de su entorno y confianza les dice que deben permanecer en esa relación por el bien de sus hijos o para garantizar los derechos adquiridos a través del matrimonio.

Estas situaciones conllevan a muchas alteraciones en salud mental como abuso de alcohol y drogas, depresión y ansiedad, trastornos alimentarios y del sueño, sentimientos de vergüenza y de culpa, fobias y trastornos de pánico, inactividad física, baja autoestima, trastorno de estrés postraumático, trastornos psicósomáticos, tabaquismo, conducta suicida y autodestructiva, conducta sexual e insegura entre otras (11,12).

## 4. Descripción del caso

Nuestro caso trata de dar respuestas a los conflictos generados ante la Orden de Alejamiento entre el agresor y la víctima que trabajan en el mismo centro de trabajo, (las agresiones no han ocurrido en el lugar de trabajo) para garantizar la protección de la víctima, y el mantenimiento de los derechos laborales del agresor (13); así como un ambiente laboral muy tenso en el centro ya que los compañeros de trabajo están divididos apoyando a algún miembro de la expareja, dificultando las actividades laborales, así como las relaciones interpersonales y la convivencia en el lugar de trabajo, al tiempo que se cuida la autoestima de la víctima y continúe con su seguimiento médico.

Trabajadora, que en el momento actual está en seguimiento por un servicio sanitario que valora y atiende los problemas de daño emocional que padecen las mujeres y menores víctimas de violencia de género, con y sin orden de protección, prestándole atención psiquiátrica, psicológica y social.

Antecedentes: Recibió malos tratos por parte de su pareja (violencia física), a los 15 meses de iniciar su vida en común.

Durante este período se produce un deterioro paulatino de la relación de pareja (la víctima trabaja fuera de casa, se encarga de la casa y del cuidado de los hijos, el marido cada vez presenta mayor desvinculación de la convivencia del núcleo familiar)

Se produce una descalificación constante por parte del marido, así como violencia física con golpes en brazos y piernas, así como maniobras violentas en las que rompe objetos y enseres del domicilio. El marido realiza comentarios en su entorno como “está mal mentalmente”, “como tuvo anorexia, no ha quedado bien”.

Durante 12 años escondió lo acontecido y no lo comentó a familiares o amigos y efectúa tras este período la primera denuncia por malos tratos. Se produce la separación del matrimonio y en este período hay múltiples conflictos como correos y mensajes electrónicos amenazantes e intimidantes, así como incumplimiento de la orden de alejamiento

Durante este período ha presentado múltiples estados de ánimo desde: depresión, síntomas de estrés postraumático (angustia, pesadillas, dificultad de concentración, miedos), y reacción adaptativa en contexto de separación problemática que han precisado de períodos de baja laboral, con tratamiento médico y terapéutico.

En el momento actual presenta un “ánimo depresivo con trastorno de adaptación y con síntomas de ansiedad en tratamiento médico y psicológico” y tras mejoría de su estado general, se recomienda incorporación al trabajo, refiriendo la víctima “sensación de acoso por parte de algunos compañeros” y con miedo y vergüenza por la situación existente.

Además, con el agravante de que los dos miembros de la pareja trabajan en el mismo centro de trabajo, creando un ambiente “enrarecido” ya que los compañeros defienden a cada uno de ellos según su grado de amistad, empatía, entorpeciendo la correcta realización de las actividades laborales y creando situaciones de discusión y violencia entre ellos, que necesitó la intervención de mandos superiores para controlarlo. Actuaciones:

La Dirección, una vez informada de la situación valora diferentes escenarios para hacer cumplir la legislación vigente tanto para la protección de la víctima como para su expareja.

En primer lugar, se decide ubicar a la víctima en otro centro de trabajo, apartado de aquel en el que venía realizando su actividad laboral, que le permita conciliar su vida familiar y laboral y pueda desempeñar las tareas habituales de su profesión sin ningún tipo de limitación. Tras la valoración desde distintas perspectivas el puesto de trabajo ofertado, así como su localización son acordes a las necesidades de la víctima y sobre todo cumple la orden de alejamiento, así como su protección. Se incorpora a su puesto de trabajo, manteniendo la mayor confidencialidad sobre este y sin notificarlo a su entorno familiar y personal.

Referente a su expareja seguirá realizando sus tareas en su puesto y centro de trabajo habitual, manteniendo sus derechos laborales.

La trabajadora continuará en seguimiento por el servicio sanitario habitual, el tiempo que sea necesario, facilitándole la ayuda que precise.

En relación, a la situación de conflicto existente en el centro de trabajo, se decide abordar desde la dirección, para evitar posiciones contrapuestas que impidan el correcto desarrollo de la actividad laboral y de las relaciones interpersonales, ya que los sentimientos y las emociones de los compañeros de trabajo de la expareja tienen un papel muy importante rompiendo cualquier tipo de comunicación e impidiendo su resolución, con peligro de aparecer riesgos psicosociales

Tras la propuesta por parte de la dirección los trabajadores aceptaron voluntariamente formar parte del proceso.

Se inicia un proceso de mediación por ser uno de los métodos más efectivos de gestión y resolución de conflictos, a través de una persona neutral e imparcial designada por la Dirección, sin implicación en el conflicto y con la competencia suficiente para la resolución.

Se establecen dos grupos de trabajo, en función de los partidarios de uno u otro miembro de la expareja, en el que exponen sus puntos de vista y opiniones al respecto.

Posteriormente, se establecen reuniones de comunicación conjuntas en que los miembros de cada grupo expresan sus opiniones, respetando en todo momento la opinión del resto de compañeros, intentando aproximar posiciones para entender las distintas posturas.

Con la finalidad de que los trabajadores realicen un cambio en su forma de pensar y actuar y puedan colaborar y ayudar para solucionar el problema en lugar de seguir luchando.

Tras un período de aproximadamente seis meses:

Se reconduce el proceso, en el cual los trabajadores dialogan y no discuten, pasando a mantener la mayor imparcialidad posible en relación con el tema de la expareja, entendiendo que con sus actuaciones perjudican más que ayudan, a pesar de que algún sujeto del grupo no acaba de aceptar la situación.

Se finaliza el proceso con un acuerdo mayoritario por parte de los trabajadores implicados para resolver la situación con una mejora del clima laboral y trabajando en equipo, mejorando la situación a niveles previos al inicio del conflicto.

Los resultados se basan en tres puntos clave:

- Seguimiento durante el tiempo necesario por el servicio sanitario que la atiende prestándole la atención psiquiátrica, psicológica y social demandada por la víctima.
- Siguiendo la Ley Orgánica 1/2004 y para realizar el cumplimiento de la Orden de Alejamiento de la víctima para su protección y evitar que la víctima y el agresor coincidan en tiempo y lugar de trabajo, la Dirección organiza la actividad de la empresa separando y reubicando a los dos trabajadores, manteniendo la más estricta confidencialidad, para evitar que la expareja y su entorno conozcan la localización del nuevo centro de trabajo al que ha sido destinada la víctima.
- Iniciar una vía de mediación en los trabajadores del centro de trabajo para mejorar el clima laboral, sensibilizando a los trabajadores para establecer estrategias para solucionar el conflicto y restablecer las condiciones de trabajo adecuadas.

## ■ Conclusión

La sintomatología referida en el informe médico aportada por la trabajadora, coincide con signos referidos en la bibliografía manifestados por las víctimas de violencia de género.

Al inicio de los hechos descritos no se atrevió a comentarlo a nadie de su familia y su entorno, escondiendo todo lo sucedido. A lo largo del proceso, se describen situaciones de violencia física (golpes en brazo y piernas) en las que rompe enseres y objetos.

Más adelante empieza rumorología en su entorno por parte de su pareja como “está mal mentalmente” o “como tuvo anorexia, no ha quedado bien”.

La trabajadora durante este tiempo presenta una sintomatología como depresión, síntomas de estrés postraumático (angustia, pesadillas, dificultad de concentración, miedos), y reacción adaptativa en contexto de separación problemática que han precisado de períodos de baja laboral, con tratamiento médico y terapéutico.

Todo lo referido indica que la trabajadora presenta signos y síntomas referidos por la OMS y la ONU con violencia física y psíquica

Con todo ello se han establecido recursos y actuaciones jurídicas y socio sanitarias para ayudar a la víctima como es la reorganización del trabajo por parte de la Dirección de la empresa reubicando a la víctima en un nuevo centro de trabajo, manteniendo la total confidencialidad de datos, y atención por un servicio sanitario que valora y atiende los problemas de daño emocional que padecen las mujeres y menores víctimas de violencia de género, con y sin orden de protección, prestándole atención psiquiátrica, psicológica y social.

Por último, al compartir la pareja el mismo lugar de trabajo se han creado situaciones de conflicto en el entorno de trabajo, entre los compañeros, por lo que se han establecido estrategias para solucionarlo, a través de un proceso de mediación.

Ante situaciones de violencia de género que repercuten en el entorno laboral, por compartir ambos cónyuges el centro de trabajo, aunque estas situaciones de violencia no ocurran en el ámbito laboral deben activarse todos los mecanismos disponibles para reconducir la situación y apoyar a la víctima y al entorno laboral.

## ■ Referencias bibliográficas

Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. ONU 85ª sesión plenaria. 20 de diciembre de 1993.

World Report on Violence and Health: Summary. ISBN 92 4 154562 3

Isabel Ruiz Pérez. Violencia contra la mujer y salud.

Estadística de Víctimas Mortales por Violencia de Género. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad.

<http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/home.htm>

X Informe del observatorio estatal de violencia sobre la mujer 2016 Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad.

LEY ORGÁNICA 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros. Jefatura del Estado «BOE» núm. 234, de 30 de septiembre de 2003. Referencia: BOE-A-2003-18088.

Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Referencia: BOE-A-2003-21538.

Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Referencia: BOE-A-2004-21760.

Arruda da Silva P., Pereira da Costa Kerber N., Costa Santos S.S., Netto de Oliveira A.M., Santos da Silva M.R., Dos Santos Luz G. La violencia contra la mujer en el ámbito familiar: estudio teórico sobre la cuestión de género. *Enferm. glob.* [Internet]. 2012 abr [citado 2020 Feb 11]; 11(26): 251-258. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412012000200017&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200017&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000200017>.

Siendones-Castillo R, Perea-Milla E, Arjona JL, Aguera C, Rubio A, Molina M. Violencia domestica y profesionales sanitarios: conocimientos, opniones y barreras para la infradetección. *Emergencias* 2002; 14: 224-232.

Organización Panamericana de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Consecuencias para la salud. Washington, DC : OPS , 2013. WHO/RHR/12.43 1. Violencia contra la Mujer. 2. Género y Salud. 3. Violencia Sexual. 4. Impactos en la Salud.

I. Título. II. Organización Mundial de la Salud. Clasificación NLM: WA309 © Organización Mundial de la Salud, 2013

Lara Caba et al. Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (RACC)* ) ISSN-e 1852-4206, Vol. 11, Nº. 1, 2019, págs. 1-8

Elena García Testal Efectos de la Orden de Alejamiento en la relación laboral y en el concepto de colocación adecuada. *Revista de Trabajo y Seguridad Social. CEF*, núm.304

## ***La intervención y la participación activa de la comunidad en la prevención de la violencia en los mayores***

**M<sup>a</sup> Rosario Limón Mendizábal**, Catedrática de Pedagogía Social del Departamento de Estudios Educativos. Facultad de Educación de la Universidad Complutense de Madrid

Correspondencia: mrlimonm@edu.ucm.es

**María Chalfoun Blanco**, Doctora en Educación por la Universidad Complutense de Madrid

Correspondencia: marchalblanc@gmail.com

### ■ **Resumen**

El reto demográfico del que deben de concienciarse las naciones del mundo entero radica en el ritmo acelerado del envejecimiento de la población, pues de aquí a 2050, el número de personas mayores de 60 años en el mundo habrá alcanzado los 2000 millones. Garantizar el estado del bienestar de este colectivo es objetivo prioritario, pues son muchos los factores que ponen en riesgo la salud tanto física como mental de los adultos mayores y por consecuencia su estado de bienestar. Uno de estos factores es el maltrato y los abusos que sufren los mayores. Al perder la capacidad de vivir independientemente ya por dificultades de movilidad, dolor crónico, o por problemas mentales o físicos, se vuelven dependientes y necesitan asistencia a largo plazo. Estas situaciones de soledad e incomunicación favorecen los casos de maltrato, se sienten abandonados, sufren falta de atención y de cuidados.

El reconocimiento de la existencia de violencia hacia las personas mayores es más reciente que en otros tramos de edad, y es un problema invisible que es necesario visibilizar. La prevención es un elemento clave y tiene carácter educativo.

**Palabras clave:** adultos mayores, salud mental, estado de bienestar, violencia.

### ■ **Abstract**

Acceleration of population aging is a demographic challenge that nations of the whole world must be aware, in 2050, the number of people over 60 in the world will have reached 2000 million. Ensuring this age group well being is a priority, since there are many factors that risk physical and mental health of older adults and thus their wellbeing. One of these factors is abuse violence. By losing the ability to live independently because of mobility difficulties, chronic pain, or mental or physical problems, they become dependent and need long-term assistance. These situations of loneliness and lack of communication favor cases of abuse; mostly they feel abandoned, and suffer from lack of attention and care.

The recognition of the existence of violence towards the elderly is more recent than in other age groups, and it is an invisible problem that needs to be visible. Prevention is a key element and has an educational feature.

**Keywords:** older adults, mental health, welfare state, violence.

### ■ **Introducción**

El envejecimiento de la población, la salud en general y, más en concreto la salud mental, son factores de impacto en el estado del bienestar mundial. De aquí a 2050, el número de personas mayores de 60 años se habrá doblado con creces en el mundo hasta alcanzar los 2000 millones, y, si se toma como referencia los datos de los mayores que sufren maltrato en la actualidad, esta cifra sería de 320 millones de afectados.

En 1997 el Consejo de Ministros de Sanidad de la Unión Europea, bajo la Presidencia de Finlandia, incluye en la Agenda Europea el tema de la Salud Mental. En 2010, se promulga el Pacto Europeo para la Salud Mental y el Estado del Bienestar, con el objetivo de aunar fuerzas en la inclusión de la Salud Mental dentro de la Agenda Política de los Estados Miembros. La salud mental y el bienestar emocional tienen la misma importancia en la edad mayor que en cualquier otro periodo de la vida.

Desde un punto de vista general se promueven acciones en cinco ámbitos:

- La prevención de la depresión y el suicidio.
- La salud mental en jóvenes y educación.
- La salud mental en ambientes laborales.
- La salud mental en mayores.
- El combatir el estigma y la exclusión social.

De todos los citados el tema de la salud mental en mayores es el menos estudiado. Aunque se han realizado informes varios sobre los factores que inciden en la salud mental de los mayores, hay uno, el de la violencia que requiere un mayor estudio. En general, continúa siendo un tabú.

Según la OMS (2002), la violencia hacia las personas mayores se define como: “acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza, que causa daño o angustia a una persona mayor”.

Como señalan Paniagua y Mota (2002, 2008), el reconocimiento de la existencia de violencia hacia las personas mayores es más reciente que en otros tramos de edad, y es un problema invisible que hay que visualizar. Se trata de un conflicto iceberg del que solo se conoce una parte, ya que las personas mayores no hablan por no poder, no querer o no saber. Además, en muchos casos las víctimas no tienen la capacidad suficiente para denunciar al estar aquejadas de limitaciones cognitivas y de comunicación por causa de enfermedades degenerativas.

Según un Comunicado de prensa de la Organización Mundial de la Salud, dado en Ginebra, el 14 de junio de 2017, uno de cada seis adultos mayores sufre algún tipo de maltrato. Estas cifras irán aumentando ante el incremento de la población en la franja de edad de mayores de 60 años. Martínez Maroto (2003: 276) se decanta por una definición de maltrato de contexto amplio, pues ello facilita no dejar fuera actuaciones u omisiones que, aunque de manera no grave, traen consecuencias negativas para la vida de los mayores. Y lo define como “acciones u omisiones realizadas, intencionada o negligentemente, que no tienen carácter de accidentalidad, y hacen referencia a daños físicos, psíquicos y/o económicos”.

El maltrato a los mayores continúa siendo una de las formas de violencia menos estudiadas en las encuestas nacionales de salud y una de las menos incluidas en los planes nacionales de prevención de la violencia. No suele ser una cuestión que se trate en los círculos de toma de decisiones.

Esto puede ser debido, entre otras causas, al hecho de que el afectado esté ingresado en una residencia para mayores, o que requiera ser hospitalizado, o bien que necesite ser atendido en un servicio de urgencias. La mayoría están solos o aislados y es difícil, el recoger datos en estas circunstancias.

En la reunión de los Ministros de Salud de la Asamblea Mundial de la Salud (mayo de 2016) establecieron una Estrategia de acción coordinada entre países para alcanzar los objetivos establecidos en el Plan sobre Desarrollo Sostenible.

Se incluyeron medidas prioritarias para luchar contra el maltrato a los ancianos, estableciendo la necesidad de invertir en estudios sobre la frecuencia del maltrato a las personas de edad, sobre todo en los países de los que se dispone de pocos datos como son aquellos de ingresos medianos o bajos de Asia Sudoriental, Oriente Medio y África.

Y se vio la necesidad de elaborar medidas eficaces de prevención y control del maltrato a los ancianos. La obligación de los poderes públicos, que mediante la inspección de hospitales, residencias, etc., recojan datos en materia de formación de cuidadores y de utilización de servicios telefónicos de ayuda, los evalúen y publiquen los resultados de estas evaluaciones.

Y, por último, concienciar y fomentar iniciativas con relación al tema, estableciendo un Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez- el 15 de junio. Una de las actividades a realizar es facilitar a los medios de comunicación que permitan denunciar los posibles casos de abusos infligidos a los ancianos.

Es necesario el abordaje multidisciplinar de esta cuestión y fomentar estudios e investigaciones en este ámbito para prevenir y combatir las distintas formas de maltrato y su incidencia negativa en el bienestar de las personas mayores.

Crecimiento acelerado del envejecimiento de la población mundial y sus consecuencias

El proceso del envejecimiento de la población mundial crece de forma desigual a otros grupos de edad. Actualmente en España, el número de personas mayores de 65 años es superior al de la población infantil de 0 a 14 años.

### Población mayor y población infantil en España y Comunidad de Madrid a 2019

Tramos de edad	España		Madrid	
	0-14 años	6.878.502	14.64%	1.016.355
65 a más años	9.039.193	19.22%	1.178.778	17.70%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE: Estadística del Padrón Continuo. Datos provisionales a 1 de enero de 2019.

Se ha calculado que para este año 2020 el porcentaje de los mayores de 60 años será del 22% del total de la población mundial. Por ello, los gobiernos de los países y, en concreto España y las distintas Comunidades Autónomas, deben de tomar conciencia y adecuar los cuatro pilares del Estado del Bienestar (el de la seguridad social, el de educación, el sanitario y el de los servicios sociales) a este reto demográfico.

### Población de 65 a 100 años y más (hombres y mujeres) en España a 2019

	Total	65-79	80-99	100 y más
<b>Ambos sexos</b>	9.055.580	6.191.239	2.847.954	16.387
Hombres	3.911.133	2.858.805	1.048.847	3481
Mujeres	5.144.447	3.332.434	1.799.107	12906
	<b>Total (%)</b>	<b>65-79 (%)</b>	<b>80-99 (%)</b>	<b>100 y más (%)</b>
<b>Total</b>	68.37	31.45	0.18	100.00
Hombres	43.19	31,57	11.58	0.04
Mujeres	56.81	36.80	19.87	0.14

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE: Estadística del Padrón Continuo. Datos provisionales a 1 de enero de 2019.

El estado del bienestar debe garantizarse y es materia de reflexión, estudio y actuación hacer frente a los problemas que se deriven de este envejecimiento de la población mundial.

Estas acciones bien elegidas e implantadas, pueden contribuir a luchar contra las consecuencias negativas que la falta de salud tiene sobre la sociedad, las personas y sobre las economías de los países. .

La falta de salud mental puede afectar a todas las personas en algún momento de su ciclo vital. Los problemas de la salud mental influyen directamente en la producción del individuo. Las personas mayores con problemas mentales tienen más probabilidades de estar aisladas y ser menos activas en su comunidad. Los problemas de salud mental cubren una amplia gama de enfermedades, incluidos trastornos como ansiedad y depresión leve o moderada, trastornos por consumo de drogas y alcohol, y graves trastornos como depresión severa, trastornos bipolares y esquizofrenia. Algunos trastornos mentales pueden afectar a las personas solo por un corto tiempo, mientras que otros afectan a individuos toda su vida. Los problemas de salud mental a menudo resultan de una interacción compleja de muchos factores, incluidos factores genéticos, sociales y económicos, y pueden ser provocados o agravados por factores conductuales y ambientales como el abuso de alcohol y drogas, pobreza y deudas, traumas o problemas de salud física.

En 2015 el Consejo de la OCDE publicó la Recomendación del Consejo sobre Salud Mental Integrada, Habilidades y Política de Trabajo (OCDE, 2015). Esta recomendación es la manifestación de que los gobiernos de los países de la OCDE tienen la necesidad de prevenir enfermedades mentales en todas las edades, juventud y adolescencia, edad adulta y mayores.

## 1. Estado del Bienestar y Salud Mental

El estado de bienestar en el individuo viene determinado por su habilidad de afrontar las dificultades normales de la vida, su capacidad de conocer sus propias capacidades a la vez que puede desempeñar un trabajo de forma productiva y contribuir de forma activa en la comunidad.

Todo lo anterior se cumple en la mayoría de los casos de personas mayores de 60 años, esto es, por lo general pueden vivir esos años adicionales de vida con buena salud, pueden ser buenos amigos y vecinos, buenos compañeros de trabajo, voluntarios activos en asociaciones y organizaciones, etc. Tras la jubilación pueden emprender nuevas actividades, como continuar los estudios, iniciar una nueva profesión, retomar antiguas aficiones, ampliar su círculo social, viajar, etc. Sin embargo, alcanzar y desarrollar todo lo anteriormente expuesto depende en gran medida de un factor: la salud en general y la salud mental en particular.

El envejecimiento de las personas se manifiesta por un descenso de capacidades moleculares y celulares que causan un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales y un aumento del riesgo de enfermedad. Es una realidad pues el elixir de la eterna juventud es aun un mito.

Analizamos pues, aquellos factores de riesgo que ponen en peligro el estado de bienestar de los mayores:

- La enfermedad física y el dolor crónico invalidan y pueden causar depresión y falta de autoestima.
- La pérdida de personas o familiares queridos.
- La pérdida de empleo como actividad central de las persona, el descenso de capacidad económica en situaciones donde aún perduran gastos importantes por afrontar como hipotecas, ayuda a hijos no emancipados a causa del paro juvenil, etc. Son factores socio familiares que influyen en aumentar situaciones de ansiedad y depresión.
- La enfermedad mental: depresión, senilidad, estado continuado de ansiedad, etc.

Si comparamos las premisas del estado del bienestar del individuo, los factores de riesgo que atentan contra la salud mental y los factores de protección resulta el siguiente cuadro:

Principios del estado de bienestar	Factores de riesgo (salud mental)	Factores de protección
Afronta dificultades normales de la vida	Trastorno mental: depresión, trastornos alimenticios, esquizofrenia, abuso de alcohol, drogas, etc.	Creencias, espiritualidad
Consciente de sus propias capacidades	La edad afecta a las personas mayores	Desarrollo de Habilidades Sociales
Trabaja de forma productiva	Baja autoestima, pérdida de empleo	Autoestima, confianza en uno mismo
Contribuye a su comunidad	Situación socio-familiar: pérdida de personas cercanas (familiares/ amigos), violencia, maltrato, abusos	Tener una vida familiar cohesionada, Círculo de amistades
Mantener un buen estado físico	Dolor crónico o enfermedad física grave	Buena salud, desarrollo de actividades físicas, intelectuales. Deporte y aficiones

Fuente: Elaboración propia.

Vemos cómo los denominados factores de protección se combinan con la definición del estado del bienestar.

## 2. La promoción de una buena salud mental entre las personas mayores es una prioridad política

Este grupo de personas constituye un valor imprescindible a la sociedad, primero como miembros activos de la familia, aportan experiencia vital, afectividad y ayuda a sus hijos y nietos.

Responden a la solidaridad frente al individualismo, se configuran como excelentes voluntarios en labores sociales y en servicios a la comunidad.

Laboralmente son participantes activos en el ámbito del trabajo. Aportan experiencia y habilidades sociales propias de su generación.

La mayoría de las personas mayores tienen una buena salud mental, pero, es cierto, que el envejecimiento es un proceso natural donde se van perdiendo facultades, especialmente, si no se tienen unos hábitos de vida saludables y sobre todo es necesario que esté presente el principio de actividad en los planos físico, mental, social y espiritual (Ortega y Limón, 2019). Muchas personas corren el riesgo de presentar trastornos mentales, enfermedades neurológicas o problemas de consumo de sustancias, además de otras afecciones, como la diabetes, la hipoacusia o la artrosis.

El bienestar mental debería ser una parte clave del envejecimiento activo y saludable junto con la salud física (López-Noguero y Gallardo-López, 2019). Ya hemos significado los factores de riesgo para la salud mental relacionados con el envejecimiento, por ejemplo, una jubilación anticipada, o una incapacidad relacionada con enfermedades físicas, el aislamiento social y la soledad afectan a la autoestima de las personas mayores.

Existen factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de las personas. Muchos pierden la capacidad de vivir independientemente ya por dificultades de movilidad, dolor crónico, o por problemas mentales o físicos. Se vuelven dependientes y necesitan asistencia a corto - medio plazo. La soledad viene determinada por el proceso de vivir la angustia de pérdida de seres queridos, amigos o también de irse aislando de las personas y recluirse. Muchos mayores son víctimas de maltrato, se sienten abandonados, sufren falta de atención y cuidados.

Para promover el bienestar mental entre las poblaciones mayores, las intervenciones se han centrado en la promoción social. Esto es, actividades que fomentan el bienestar mental, por ejemplo a través de la participación ciudadana, actividades sociales, intervenciones educativas psicosociales, actividades intergeneracionales y voluntariado.

Otras acciones se encaminan principalmente para reducir la soledad y el aislamiento. En Inglaterra, se financian actividades locales como clubes de almuerzo, tardes de baile, servicios de amistad y grupos deportivos. En Noruega, se otorgan subvenciones del gobierno a las áreas locales para crear actividades sociales con un componente de participación social, mientras que en Islandia los voluntarios de la Cruz Roja realizan visitas semanales a personas mayores, enfermas o aisladas. Este tipo de actividades se realizan también en España, con ayudas de subvenciones públicas y/o privadas a entidades u organismos sociales (entre los que también cabe destacar Cáritas y Cruz Roja)

Hay países que centran la prevención de este maltrato a los servicios sociales mientras que otros actúan desde los servicios sanitarios. Pensamos que se debe promover la colaboración interdisciplinaria entre el sector de servicios sociales; el sector de la educación y el sector sanitario pero también es importante la colaboración vecinal para lograr mayor eficacia en la lucha contra el maltrato y abuso de los mayores.

Señala Rosario Paniagua (2012: 91) que en el ámbito vecinal se ha puesto de manifiesto la importancia de la colaboración del voluntariado, los proveedores, los carteros, los vecinos, los empleados de entidades bancarias.....( también, podemos incluir a los farmacéuticos, y a los porteros o conserjes de las casas o fincas) para la prevención de casos de violencia hacia los mayores en el espacio doméstico. Estos son informantes clave y colaboradores de primera línea de los equipos de intervención. La colaboración vecinal sobre el entorno de la víctima añade eficacia a la lucha contra la violencia.

### 3. Violencia, abusos y maltratos como factores de riesgo

La violencia, los abusos y maltratos a personas mayores constituyen factores de riesgo que atentan al estado del bienestar de las personas mayores. Un estudio financiado por la OMS de 2017 que recopila datos de 52 investigaciones realizadas en 28 países de diversas regiones, incluidos 12 países de ingresos bajos y medianos, evidencian que durante el último año el 15,7% de las personas de 60 años o mayores fueron objeto de alguna forma de maltrato (datos publicados por la OMS en junio de 2018). Aunque probablemente, estos datos no son exactos y el porcentaje de maltrato es mayor a causa de que solo se denuncia uno de cada 24 casos de maltrato a personas mayores.

Tipo de maltrato	Maltrato a personas mayores en entornos comunitarios (1)	Maltrato a personas mayores en entornos institucionales (2)	
	Notificado por personas mayores	Notificado por personas mayores y sus representantes	Notificado por trabajadores
Prevalencia General	15.7%	No hay suficientes datos	64.2%, o dos de cada tres trabajadores
Maltrato psicológico	11.6%	33.4%	32.5%
Maltrato físico	2.6%	14.1%	9.3%
Abuso financiero	6.8%	13.8%	No hay datos suficientes
Negligencia	4.2%	11.6%	12.0%
Abuso sexual	0.9%	1.9%	0.7%

Fuente: OMS (2018). Maltrato de las personas mayores.

Concurren como causantes probables del maltrato a mayores los siguientes factores:

- La falta de adecuación de los niveles de la atención sanitaria, los servicios sociales y los centros asistenciales para las personas mayores.
- Personal con formación deficiente y mal remunerado con carga excesiva de trabajo.
- Entorno físico deficiente.
- Se favorecen más los intereses del centro institucional que el de los residentes.

De los datos recopilados del estudio anteriormente citado se pueden apreciar los porcentajes según el tipo de maltrato:

- Un 11,6% de las personas de 60 años o más han sido víctimas de maltrato psicológico. Este tipo de maltrato lo incluyen aquellos actos vejatorios para el mayor que inciden directamente en su bienestar, como las agresiones verbales, las amenazas, las burlas, la destrucción de efectos personales o el aislamiento de amigos y familiares.
- Un 6,8% de abuso económico referido al uso ilegal de fondos u otros recursos de la persona mayor.
- Un 4,2% de negligencia referido al descuido u omisión en el cumplimiento de las necesidades vitales para la persona, como la alimentación, la vivienda, la ropa y la atención médica.
- Un 2,6% de maltrato físico
- Un 0,9% de agresiones sexuales

### 4. Estrategias para la prevención

Es prioritario trabajar la prevención de la violencia y el maltrato a las personas mayores “las grandes desconocidas” desde la educación social, buscando la aplicación de medidas especialmente dirigidas hacia la educación y formación. Dentro de las acciones llevadas a cabo principalmente en países desarrollados destacan:

- Fomentar campañas de sensibilización para el público y los profesionales;
- Establecer un sistema de detección de posibles víctimas y agresores;
- Implantar programas intergeneracionales en las escuelas que reducen las actitudes sociales negativas y los estereotipos hacia los ancianos.
- Realizar intervenciones de apoyo a los cuidadores (programas de gestión del estrés, asistencia de relevo).
- Poner en marcha políticas efectivas de inspección sobre la atención en residencias.
- Formación sobre la demencia dirigida a los profesionales, cuidadores asalariados (trabajadores que atienden a los mayores en el domicilio) y a los familiares encargados del cuidado del mayor.
- Notificación obligatoria del maltrato a las autoridades.
- Crear grupos de autoayuda.
- Disponer de casas refugio y centros de acogida de emergencia.
- Aplicar programas de ayuda psicológica dirigidos a las personas que infligen malos tratos; el apoyo a los cuidadores después de un caso de maltrato reduce la probabilidad de que se repita.
- Facilitar teléfonos de asistencia que proporcionen información y derivación.
- Mayor frecuencia de intervenciones de apoyo a los cuidadores. Dar apoyo a los cuidadores antes de que ocurra el maltrato mediante cursos y programas de sensibilización.
- La colaboración interdisciplinaria entre el sector de servicios sociales (mediante la prestación de apoyo jurídico, financiero y domiciliario); el sector de la educación (mediante campañas de sensibilización y actuaciones encaminadas a educar a la sociedad en relación con los senescentes); el sector de la salud (mediante la detección y el tratamiento de las víctimas por el personal de atención primaria de salud).

## 5. Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato 2018 - 2021

La Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato 2018–2021, fue aprobada por el Pleno del Consejo Estatal de Personas Mayores en la sesión extraordinaria del día 30/11/2017.

### Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato 2018-2021.

#### Líneas de actuación



Fuente: Elaboración propia.

En su apartado 6 plantea una Línea de Actuación para evitar el abuso a las personas mayores en los ámbitos familiar, residencial o profesional:

- Exigir a los poderes públicos tolerancia cero con el maltrato a las personas mayores, sancionando todo tipo de abuso.
- Incrementar los mecanismos de supervisión, fortaleciendo asimismo, los mecanismos judiciales.

- Garantizar la protección especial de las personas mayores en situaciones de vulnerabilidad.
- Formación específica de profesionales para la detección de las situaciones que impliquen riesgos de abandono, maltrato o violencia por parte de encargados, profesionales o no, de atender a las personas de edad en el hogar o en contextos comunitarios o institucionales.
- Iniciativas comunitarias: Promoción de la cooperación entre el gobierno y la sociedad civil, incluidas las organizaciones no gubernamentales, en la lucha contra el maltrato de las personas mayores.
- Mayor inversión en estudios que investiguen las causas, naturaleza, magnitud, gravedad y consecuencias de todas las formas de violencia/maltrato contra personas mayores, con la obligación de difundir resultados de los mismos.
- Implantar programas de capacitación de los profesionales asistenciales y la forma de encarar los casos de maltrato a las personas mayores, con la obligación de informar y denunciar dichas situaciones.
- Perseguir el abandono de las obligaciones familiares, los ingresos en residencias contra la voluntad de la persona mayor, los engaños y las estafas o defraudaciones, así como las coacciones para conseguir firmas de donaciones o cesiones y otras formas de suplantar la voluntad de las personas mayores.
- Establecer un plan de prevención primaria mediante campañas de sensibilización, formación, fomentando actitudes positivas hacia las personas mayores y planteando el envejecimiento como un proceso natural de la vida. Integrar en todos los ciclos del ámbito educativo (Educación Primaria y Secundaria) programas con contenidos dedicados al conocimiento del proceso de envejecimiento y las diferentes etapas de la vida, aspectos relacionados con el uso del lenguaje, estereotipos y mitos preconcebidos asociados a la edad.
- Invertir en el incremento de las plantillas de profesionales especialistas en geriatría y en gerontología desde las distintas Administraciones Públicas (central, autonómica y local).

- Promover la solidaridad y la convivencia intergeneracional en el ámbito universitario, laboral, deportivo y espacios de ocio. Erradicar la publicidad edadista.
- Divulgar información sobre los derechos de las personas mayores, mediante la creación de unidades de información, asesoramiento y atención a las personas mayores, familiares, cuidadores, profesionales y público en general, sobre las situaciones de malos tratos.
- Creación de Servicios de Orientación Jurídica para informar sobre los mecanismos de protección existentes: tutela, autotutela, testamento vital, voluntades anticipadas, etc.
- Implantar un servicio telefónico nacional y especializado. El teléfono estará activo 24 horas al día, los 365 días del año, y deberá ser accesible a personas mayores con discapacidad. Así como el establecimiento de un protocolo de intervención en situaciones de emergencia.

### ■ Conclusión

El tema del maltrato es una realidad de suficiente envergadura que en modo alguno es despreciable y afecta a un gran número de personas mayores. Y la mayor parte del maltrato no se denuncia por diferentes motivos.

La mayor parte de las acciones u omisiones maltratantes son constitutivas de delito o falta y muchas de ellas llevan unida la responsabilidad civil.

Dado que no suele haber denuncias de malos tratos y sus consecuencias suelen argumentarse como motivadas por otras causas, debe velarse desde los ámbitos sanitarios, desde los Servicios Sociales y del ámbito vecinal por la detección de los malos tratos y la información de las vías judiciales. Especial referencia merecen las personas mayores que se ven afectadas por patologías psíquicamente invalidantes.

En la institucionalización requiere un cuidado especial la salvaguarda de los derechos y libertades de las personas mayores y por ende la preocupación por todo lo relacionado con el maltrato. La tutela judicial en relación con estas cuestiones es más insistente en el ámbito institucional, como también lo es la disposición a la denuncia.

La mayoría de las personas mayores tienen una buena salud mental, y constituyen un pilar valioso a la sociedad, primero como miembros activos de la familia, aportan experiencia vital, afectividad y ayuda a sus hijos y nietos.

Responden a la solidaridad frente al individualismo, se configuran como excelentes voluntarios en labores sociales y en servicios a la comunidad.

Laboralmente son participantes activos en el ámbito del trabajo. Aportan experiencia y habilidades sociales propias de su generación.

Pero, es cierto, que el envejecimiento es un proceso natural donde se van perdiendo facultades y muchas personas corren el riesgo de presentar trastornos mentales, enfermedades neurológicas o problemas de consumo de sustancias, además de otras afecciones, como la diabetes, la hipoacusia o la artrosis.

Muchos son los que por motivos de soledad, aislamiento son vulnerables y sufren actos vejatorios que inciden directamente en su bienestar, como las agresiones verbales, las amenazas, las burlas, la destrucción de efectos personales o el aislamiento de amigos y familiares.

Ante el reto demográfico que se avecina, es prioritario trabajar desde la prevención, buscando la aplicación de medidas para luchar contra el maltrato y los abusos a las personas mayores. Hay países que centran la prevención de este maltrato a los servicios sociales mientras que otros actúan desde los servicios sanitarios.

Es necesaria la colaboración interdisciplinaria entre el sector de servicios sociales (mediante la prestación de apoyo jurídico, financiero y domiciliario); el sector de la educación (mediante campañas de sensibilización y educación del público e incorporar en el diseño curricular una asignatura transversal en la que se contemple el paso del tiempo, aprender a envejecer, la tolerancia y las posibilidades reales de enseñanza que ofrecen las personas mayores a las generaciones más jóvenes); el sector de la salud (mediante la detección y el tratamiento de las víctimas por el personal de atención primaria de salud) para lograr mayor eficacia en la lucha contra el maltrato y abuso de los mayores.

Es necesario acabar con la discriminación de las personas por exclusivas razones de edad y apostar por una vejez llena de posibilidades de realización personal y social. Y como señala Paniagua (2012) concienciar que esta etapa de la vida sea vivida con calidez humana y con calidad existencial. Y que en el claroscuro que se deriva de cumplir años veamos las ventajas que tiene para las personas y la sociedad comprender y aprovechar la valía y los recursos que aportan las personas mayores.

### ■ Referencias bibliográficas

López-Noguero, F. y Gallardo-López, J.A. (2019). Ocio, Tiempo libre y Salud en Personas Adultas y Mayores. . En A. De-Juanas y A. E. Rodríguez Bravo, Educación de Personas Adultas y Mayores, pp.219 – 251. Madrid: UNED.

Martínez Maroto, A (2003). Aspectos legales y consideraciones éticas básicas relacionadas con las personas mayores. Máster en Gerontología Educativa y Social, Tomo III pp. 261-295. Universidad Complutense de Madrid y el Instituto de Formación en Gerontología y Servicios Sociales.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018) Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato 2018–2021. Aprobado por el Pleno del Consejo Estatal de Personas Mayores en la sesión extraordinaria del día 30/11/2017. Madrid: IMSERSO.

OECD/European Union (2018), “Promoting mental health in Europe: Why and how?” in Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris/European Union, Brussels.

Organización Mundial de la Salud (2002). Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores.

Organización Mundial de la Salud (2017). La salud mental y los adultos mayores. (12 de diciembre de 2017).

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

Organización Mundial de la Salud (2018). Maltrato de las personas mayores (8 de junio de 2018). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

Ortega Navas, M.ªC y Limón Mendizabal, M.ªR.( 2019 ). Hábitos saludables para un envejecimiento activo. En A. De-Juanas y A. E. Rodríguez Bravo, Educación de Personas Adultas y Mayores, pp.253 – 289. Madrid: UNED.

Paniagua Fernández, R. (2012). Las personas mayores. Aproximación a una realidad. Madrid: Editorial El Perpetuo Socorro, 2ª edición (revisada y aumentada).

Paniagua, R. y Mota, R. (2002). La violencia hacia los mayores. En: Los desafíos de la violencia. Un compromiso del Trabajo Social por una sociedad más justa. IV Congreso de Escuelas de Trabajo Social, Alicante, "Cuadernos de Trabajo Social", núm. 10, pp. 231-241.

Paniagua, R. y Mota, R. (2008). Maltratos familiares hacia las personas mayores. Factores de riesgo y estrategias para la intervención. En A. García Mina (Coord.). Nuevos escenarios de violencia, pp. 85-118. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

## ***Violência e drogas: a dinâmica simbólica do desejo***

**Djason Barbosa da Cunha**, Psicólogo Clínico e Psicanalista. Pós-Graduado em Teoria e Clínica Psicanalítica, Brasil

Correspondencia: djason@uol.com.br

### ■ **Resumo**

Este trabalho trata da questão da relação entre violência e droga no contexto da vida social e toma por base de análise a dinâmica simbólica do desejo. A noção de dinâmica, oriunda da física, tem servido para analisar a natureza conflitual do social, na medida em que o conflito não é um epifenômeno, mas uma dimensão reprodutora de toda a vida em sociedade. A concepção que se instaura nesta abordagem é alargada pelo fato de evitar as noções reducionistas, as análises fechadas, que tendem a sinalizar para conceitos uniformes sobre esses termos. A preocupação é suscitar ampla discussão e evidenciar o caráter de complexidade da conduta dos indivíduos.

**Palavras chaves:** Violência, Droga, Representação simbólica, desejo.

### ■ **Abstract**

*This work deals with the question of the relationship between violence and drugs in the context of social life and takes as a basis for analysis the symbolic dynamics of desire. The notion of dynamics, derived from physics, has served to analyze the conflictual nature of the social, insofar as the conflict is not an epiphenomenon, but a reproductive dimension of all life in society. The conception established in this approach is broadened by the fact that it avoids reductionist notions, closed analyzes, which tend to signal for uniform concepts about these terms. The concern is to raise a wide discussion and highlight the complexity of the conduct of individuals.*

**Key words:** *violence, Drugs, Symbolic representation, desire.*

## ■ Introdução

O uso indiscriminado de drogas de abuso na vida social contemporânea, consideradas como qualquer tipo de substância que provoca profundas alterações no funcionamento do organismo humano, tem aumentado consideravelmente no mundo atual, com consideráveis consequências na vida individual e social do indivíduo. E dentre todas as questões que se apresentam decorrentes desse fenômeno, o problema da violência é identificado como o mais grave que, além de comprometer à saúde mental do indivíduo, amplia o o quadro de criminalidade, com forte desagregação da qualidade de vida social.

Nessa perspectiva, importa assinalar que a dinâmica simbólica do desejo, como parte de com-preensão entre a violência e o uso indiscriminado de drogas, enseja um novo olhar no trato da toxicomania. A ferida simbólica que se abre na identidade do toxicômano ultrapassa em muito a casuística dos tratamentos tradicionais, requerendo uma outra visão na abordagem dos conteúdos da cons-ciência em que a questão do desejo, como símbolo mediador do significado do mundo, instaura a relação ambígua de dependência entre o sujeito e o objeto. O desvio da toxicomania encarado como uma transgressão do tipo legal, e que enseja na ordem jurídica um procedimento punitivo, precisa ser compreendido no contexto da cultura e da personalidade, muito mais como expressão de um comportamento adaptativo a uma sociedade que não mais redime o homem nem moral nem intelectualmente do que uma conduta necessariamente marginal.

Assim, apreendida através de três dimensões essenciais - a violência, a droga e o desejo - a dinâmica social da toxicomania não pode ser interpretada de forma unívoca. Sua existência, antes de tudo, reflete, em todos os casos, o imperativo de uma estrutura particular de poder, dotada de uma dimensão irracional, incerta e perigosa, com a qual a realidade nos confronta. Neste sentido, é permitido aplicar ao comportamento do homem as mesmas palavras utilizadas por Kant para qualificar o ser humano: "Ele é feito de uma madeira tão nodosa, que não podemos talhar com ela traves direitas".

## 1. A violência como atributo humano

A questão da violência é extremamente complexa. Em primeiro lugar não existe uma violência, mas violências, que devem ser entendidas em seus contextos e situações particulares. Ortega e Gasset forjou uma frase que sintetiza bem a dimensão dessa realidade, quando afirma: "Yo soy yo y mi circunstância". Para esse filósofo espanhol, a vida humana é uma realidade estranha, uma realidade radical, onde se dão todas as demais realidades, as coisas e as ideias, o próprio eu em suas circunstâncias.

Essa definição sinaliza para a variabilidade e a plasticidade do ser humano, com suas reações imprevisíveis, e para os importantes papéis que desempenham a experiência e a aprendizagem no estabelecimento de todos os padrões de seu comportamento.

Os fatos apoiam suficientemente a concepção segundo a qual o agir do homem é mediado pela interação da experiência com a constituição genética e que nenhum comportamento humano específico é biologicamente determinado. Naturalmente, a visão de que o ser humano é instintivamente um matador repousa em teorias que defendem ser o homem agressivo em sua natureza e que sua agressi-vidade é herdada de seus antepassados pré-históricos e animais.

Quando pensamos em violência, a primeira coisa que nos ocorre é o assassinato, o extermínio do outro, ou a dizimação em massa de uma população. Porém, ela está sempre conosco, entrincheirada na pobreza, na miséria, nas desigualdades sociais, que não a explicam, mas são indiscutivelmente fatores básicos que contribuem para a constituição de um campo propício aos diferentes tipos de violência. Ela nos rodeia no cotidiano:

"os guardas uniformizados da paz matam estudantes; policiais são mortos por assaltantes armados; operários e pacifistas lutam nas ruas; líderes políticos são assassinados; homens e mulheres que trabalham por seus direitos civis são surrados e mortos; os habitantes dos centros urbanos revoltam-se e queimam suas próprias cidades; terroristas matam por motivos políticos; assassinos e estupradores andam pelas ruas escuras; carcereiros e

inquisidores excedem-se no exercício de suas funções; e mesmo no interior de casas de família, crianças espancadas morrem de ferimentos inexplicados<sup>4</sup>.

A violência contra seres humanos por seus semelhantes não nos surpreende. Há registros que comprovam o uso da violência entre povos tão antigos quantos os mais velhos registros que existem na terra. A narrativa de uma de nossas principais mitologias civilizadoras se inicia com o registro de um acontecimento fratricida. Em cada época, em cada século, até a versão atual que aparece no jornal da manhã, as realizações humanas sempre foram acompanhadas pela violência. Todavia, de um ponto de vista ético, é preciso distinguir a violência como ato e processo coletivo de contestação da ordem estabelecida, através de meios violentos, da violência como atitude pessoal e comportamento individual.

Apesar - como assinala Ashely Montagu:

“de existirem no cérebro substratos que podem ser ativados para funcionar em comportamentos agressivos, a maior parte, se não a totalidade, da agressividade humana é adquirida, e grande parte de sua aprendizagem é realizada em interação com quaisquer potencialidades genéticas para a agressão que possam existir<sup>5</sup> .

Assim, começa a tornarse claro que o tema da violência humana, suas causas e curas, é por sua natureza intrinsecamente complexa e que qualquer exame não pode se deter em analogias e respostas simples, sem correr o risco de perder-se em evidências equivocadas. Se, por um lado, a violência é tratada como um tabu, como um “demoníaco” engravado no coração do sujeito, identificada como “um negativo absoluto da razão”, tornando-se uma categoria sacralizada; por outro, definida como a condição de possibilidade natural do existir humano - dado o seu caráter de impulsão primeira e permanente do psiquismo -, é identificada como uma realidade trivial, como a relação inevitável com o outro, tornando-se, portanto, uma categoria banalizada.

Mas, se a violência é identificada como um “negativo absoluto da razão”, indaga em um certo momento François Gantheret:

4 MONTAGU, Ashely. A natureza da Agressividade Humana. Rio de Janeiro: Zahar, 1978, p. 13.

5 MONTAGU, Ashely. A Natureza da Agressividade Humana. Rio de Janeiro: Zahar, 1978, p. 13.

“Como um conceito - trabalho da razão que se apropria dos objetos - pode apreender o que é a anti-razão, o negativo absoluto da razão? É neste sentido que a violência não é um conceito, assim como não o são a loucura ou a paixão. A agressividade é um conceito, a neurose, igualmente. A razão pode fazer trabalhar estes conceitos, delimitá-los em sua substância como em sua extensão, distinguindo-os como elementos de cadeias lógicas, ou seja, animados pela ideia de causalidade: isto é a definição de um conceito. Ora, o mesmo não acontece com a violência ou com a paixão e a loucura. Se não podemos chamá-los conceitos, como devemos chamá-los? Eles têm esta característica particular de ser ao mesmo tempo seres de linguagem pura, designando puros movimentos. E, mesmo assim, ‘movimento’ parece impróprio, na medida em que sugere finalidade ordenada. Para permanecer na linguagem do corpo, evocaríamos, antes, o espasmo ou a convulsão, quer dizer o que abala o corpo em um radical transbordamento de qualquer funcionalidade<sup>6</sup> .

Por outro lado, se a violência é definida como a “condição de possibilidade natural do existe humano”, devido ao seu caráter de impulsão primeira e permanente do psiquismo, sua significação adquire a qualidade de uma categoria a priori irredutível a qualquer espécie de análise, identificada como a relação inevitável com o outro, fundamento da própria humanização. É nessa escala arbitrária de significação simbólica - como produto da interação cultural - que a condição humana é apreendida como um epifenômeno da violência, ou seja, a violência é pensada como um verdadeiro instinto da história e da cultura, instalada no coração do sujeito. A lógica desse argumento tem por base a noção de violência em sua clássica versão aristotélica, ou seja: “violência como a qualidade do movimento que impede as coisas de seguirem seu movimento natural”<sup>7</sup> .

À primeira vista, a lógica dessa argumentação se averigua pedagogicamente insinuante, tem por base o postulado de uma suposta naturalidade do psiquismo, que tende a sofrer continuamente a ação violenta do mundo externo ou do ambiente. No entanto, tal argumento se revela frágil quando

6 GANTHERET, François. Regard Psychanalytique sur la violence. Paris: Université Lyon VII, 1980, p. 416.

7 BOURDIEU, Pierre e PASSERON, Jean Claude. A Reprodução. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975, p. 16.

submetido ao teste de coerência teórico-clínico. A psicanálise, ao definir o psiquismo como um fato cultural, rejeita a ideia de sua origem se achar imersa na natureza, independentemente da cultura. Sendo um fenômeno de cultura, é contraditório pressupor, ao mesmo tempo, “uma noção de psiquismo como produto da interação cultural e uma noção de violência que pressupõe a naturalidade deste psiquismo”<sup>8</sup>.

O que de fato esse tipo de raciocínio chancela é a ideia de que tanto a cultura como o psiquismo têm na ação da violência o seu motor-propulsor de reprodução. A justificativa para esse tipo de raciocínio parece residir sobre um argumento biológico, oriundo das pesquisas em etologia - ciência do comportamento animal -, de que a violência é produto da conduta humana impulsionada pelo instinto e não pela razão. Tal forma de pensar corresponde a afirmação de que a violência nem sempre é irracional. Contudo, “a violência nem sempre é irracional e, mesmo nos casos em que a irracionalidade dá origem a violência, não se pode dizer que esta irracionalidade é instintivamente animal. A irracionalidade da violência, quando existe, nunca coincide com a ação puramente instintiva”<sup>9</sup>.

Numa primeira démarche, quando analisamos as conotações dadas à noção de irracionalidade, em suas relações com a violência, observamos que há uma estreita associação da acepção do termo “irracionalidade” ao de “emocional”. Assim, é comum se dizer que alguém cometeu uma violência impulsionado por uma força sem controle, de raiva ou de desespero. Nesse sentido, a afirmação deixa implícito que “irracional” é idêntico ao “emocional”. A equivalência estabelecida entre violência, irracionalidade e descontrole emocional dá lugar a afirmação de que o emotivo é igual ao instintivo. No entanto, “um comportamento emocional (no sentido de comportamento impulsivo, descontrolado, que é o sentido difundido no senso comum) não é um comportamento destituído de razão. O sujeito pode agir emocionalmente e com violência, sem que isto exclua a participação da razão. Emocional - na acepção ordinária do termo e não na definição científica - não é o oposto de racional; é o oposto de indiferente, apático, abúlico etc. A violência provocada pelo emoção pode ser racional e, frequentemente, o é”<sup>10</sup>.

8 COSTA, Jurandir Freire. *Violência e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Graal, 1984, p. 16.

9 COSTA, Jurandir Freire. *Violência e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Graal, 1984, p. 16.

10 Idem. *Ibid.*

Mesmo porque, salvo os casos abertamente patológicos, em que a consciência se acha comprometida quanto a sua clareza e estruturação normal, nenhuma conduta humana é irracional, porque a razão e a racionalidade são tomadas como propriedades sinonímias dos conteúdos da consciência.

De modo que:

“a irracionalidade do comportamento violento se deve ao fato de que a razão desconhece os móveis verdadeiros de suas intenções e finalidades. A violência é irracional quando e porque se dirige a objetos substitutivos, na acepção psicanalítica do termo. É irracional esmurrar uma porta ou bater num filho, quando se desejava bater num inimigo ou num chefe; é irracional linchar um assaltante, atribuindo-lhe a responsabilidade pelas condições de miséria em que vive a população; é irracional exterminar judeus e deflagrar uma guerra mundial, como o fizeram as hordas nazistas, sob o pretexto de que as ‘raças inferiores’ eram responsáveis pelo caos econômico e social do mundo. Seria este o sentido preciso da violência como sinônimo de irracional, sentido que nada tem a ver com obscurecimento ou desestruturação da consciência, o ato de violência”<sup>11</sup>.

Por outro lado, podemos cogitar que a violência racional se caracteriza por todo comportamento destrutivo do sujeito que se orienta contra o objeto adequado. Aceitar, por conseguinte, essa distinção entre violência irracional - aquela que se dirige ao objeto substitutivo - e a violência racional - a que se dirige ao objeto adequado - implica em, pelo menos, descaracterizar a “agressividade ou instinto de destruição” como determinante da violência e admitir a profunda diferenciação que existe entre a agressividade animal e a violência humana. A primeira é realmente instintiva; porém, a segunda é obra da aprendizagem.

Assim, podemos afirmar com argumento pertinaz que:

“violência é o emprego desejado da agressividade com fins destrutivos. Esse desejo pode ser voluntário, deliberado, racional e consciente ou inconsciente, involuntário e irracional. A existência destes predicados não altera a qualidade especificamente humana da violência, pois o animal não deseja, o animal necessita. E é porque o animal não deseja que seu objeto é fixo, biologicamente determinado”<sup>12</sup>.

11 COSTA, Jurandir Freire. *Violência e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Graal, 1984, p. 29.

12 COSTA, Jurandir Freire. *Violência e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Graal, 1984, p. 30.

Com relação ao homem, a violência é indissociável da relação simbólica com o objeto. O sujeito violentado percebe no sujeito violentador o desejo de destruição, a ação agressiva adquire o significado de ação violenta. De modo que só existe violência no contexto da interação humana, porque mediada pelo mundo dos símbolos, dos valores culturais.

## 2. A dimensão sociocultural da drogadição

Numa segunda sequência de análise, temos a questão das drogas e sua relação com a violência. O assunto é também extremamente complexo e se situa num mundo cultural hipotética-mente chamado de “mundo das drogas”. Entrementes, podemos adiantar que com relação à questão das drogas não existe uma causa única para a sua explicação, mas variáveis múltiplas que se associam em sua gênese e que devem ser entendidas em seus contextos e situações particulares.

Quando pensamos em drogas, a primeira coisa que imaginamos é a fascinação paradoxal de uma substância capaz de proporcionar tanto um êxtase prazeroso incrível quanto uma descida radical ao fundo do poço existencial. Porém, o que se observa, de fato, é que há uma mitificação em relação às drogas. E por não entender a linguagem desse fascínio, as pessoas rejeitam e tratam as drogas como se fossem o grande mal da sociedade. No entanto, é preciso salientar que a humanidade sempre consumiu drogas e que o seu uso sempre vai existir, não sendo necessariamente uma coisa nociva. A observação de diferenças culturais e sociais no grau de consumo de drogas relacionadas a sexo, idade, grupos étnicos, status social, nível de urbanização e pertença religiosa, torna clara a importância dos fatores socioculturais na etiologia da toxico-mania.

Por outro lado, faz parte do senso comum, especialmente na imprensa falada e escrita, a noção de um “mundo das drogas”, entendido como uma rede social subterrânea capaz não somente de organizar sua produção, distribuição e consumo, mas também de articular a formação de um conjunto de crenças, valores, estilos de vida e visões de mundo que expressariam modos particulares de construção da realidade sociocultural.

No contexto da Ciências Sociais, o conceito de noção de “mundo” remete às obras de Alfred Schutz e George Simmel, que basicamente conferem a

essa expressão um significado capaz de classificar e identificar domínios da realidade diferenciados que se distinguiriam mediante fronteiras e descontinuidades socioculturais<sup>13</sup>.

Com certa particularidade, podemos afirmar que a sociedade contemporânea, conhecedora de um processo crescente de complexificação e diferenciação de redes sociais, tende a multiplicar os espaços e domínios sociais e simbólicos que a linguagem científica chama genericamente de “mundos”. Assim, a existência de um hipotético “mundo das drogas”, conceito análogo ao originário dessa visão científica, parece estabelecer um recorte da realidade no bojo da amplitude da sociedade contemporânea.

Na verdade, o que se constata nas grandes metrópoles como Nova York, Paris, Rio de Janeiro, São Paulo, Bruxelas e Amsterdam, são grupos variados, categorias sociais e indivíduos que consomem drogas de modo diferenciado. Daí a necessidade de contextualizar e relativizar as análises que tomam por estudo o consumo de drogas, mesmo porque:

“a própria noção de tóxico e o conceito de drogas são altamente problemáticos e, dependendo do critério e da posição do investigador, podemos abarcar desde a heroína até o papo-de-anjo. [...] A contribuição da antropologia para a compreensão desta problemática consiste em mostrar como existem maneiras de utilizar as substâncias, em função de variáveis culturais e sociológicas. Estas não só se somam, como complexificam as distinções que possam ser registradas ao nível da análise bioquímica”<sup>14</sup>.

Por conseguinte, não há como homogeneizar comportamentos e atitudes no consumo de drogas dentro do que pode chamar de “mundo das drogas”. Trata-se de conceito bastante amplo, que suscita estabelecer diferenciação e especificidades, mesmo porque essas diferenças além de acompanharem a assimetria da estratificação social e econômica, por um lado, associam-se também, por outro, às orientações e tradições culturais e às particularidades

13 SHUTZ, Alfred. Fenomenologia e relações sociais. Rio de Janeiro: Zahar, 1979 e SIMMEL, George. On Individuality and social forms. Chicago: Chicago Press, 1981.

14 VELHO, Gilberto. “Uma perspectiva antropológica do uso de drogas”, in *Jornal brasileiro de Psiquiatria*, 29(6). Rio de Janeiro: 1990.

no consumo de drogas específicas como maconha, álcool, cocaína, morfina, crack etc. Em determinado contexto histórico, por sua vez, a mesma droga pode apresentar usos e padrões diferenciados de consumo.

É justamente a partir dos anos de 1960, com o surgimento de movimentos contraculturativos nos Estados-Unidos e na Europa Ocidental que o consumo de drogas foi utilizado dentro de um conjunto de valores imbricado a um estilo de vida alternativo.

“Como se sabe, o movimento denominado de contracultura caracterizava-se por uma rejeição a um modo de vida convencional em que os valores familiares, educacionais e de trabalho eram duramente criticados, quando não rejeitados em princípio. Enfatizava-se, por outro lado, uma concepção de mundo em que a liberdade amorosa, sexual, o comunitarismo, um certo tipo de hedonismo e o descompromisso com objetivos materiais eram marcantes”<sup>15</sup>.

A música, por sua vez, passou a ser um elemento forte e constitutivo desse *modus vivendi*, com ênfase explícita na dimensão lúdica e imaginária do mundo.

É preciso frisar que mesmo assim não se tratava de um fenômeno homogêneo, pois a utilização de diferentes tipos de drogas se achava vinculada à existência de grupos e categorias sociais que se distinguiam no tocante ao seu estilo de vida, à dimensão do poder aquisitivo e aos múltiplos significados simbólicos atribuídos a essa utilização. Daí a necessidade de se reforçar a exigência de uma contextualização indispensável à compreensão do fenômeno das drogas. Todas as tentativas de explicações genéricas, baseadas em premissas fisiológicas e psicológicas, tenderam a ficar no nível da rotulação e da estigmatização.

Assim, a hipótese etiológica que mais afirmação tem na linguagem científica, hoje, remete à interação de múltiplas causas, com ênfase no aspecto da dependência, levando os estudiosos do tema a utilizar o conceito de “síndrome biopsicossocial”. É nessa perspectiva que a OMS define o alcoolismo como “síndrome de dependência”, vinculando o conceito ao universo do fenômeno

15 VELHO, Gilberto. “A dimensão cultural e política dos mundos das drogas”, in *Droga e Cidadania: Representação ou Redução de Riscos*. Alba Zaluar (org). São Paulo: Editora Brasiliense, 1994, p. 25.

da drogadição. Com efeito, mesmo se considerando o aspecto farmacológico e psicológico na ingerência do álcool, com maior propriedade se deve considerar o caráter simbólico e seus significados intercambiáveis como papel decisivo no desencadeamento da síndrome da toxicomania.

### 3. O desejo como mediação simbólica

Numa terceira dimensão de análise, temos a questão do desejo, que instaura a relação ambígua de dependência entre o sujeito e o objeto. Essa é, por exemplo, a relação construída entre o indivíduo e a droga. Na perspectiva psicanalista de Lacan,

“o desejo nasce do afastamento entre a necessidade e a exigência; é irreduzível à necessidade, porque não é fundamentalmente relação com um objeto real, independente do indivíduo, mas com o fantasma (fantasia); é irreduzível à exigência na medida em que procura impor-se sem ter em conta a linguagem nem o inconsciente do outro, e exige ser reconhecido em absoluto por ele”<sup>16</sup>.

Nessa perspectiva, e a título de esclarecimento, podemos distinguir a necessidade da exigência, dizendo que a necessidade visa um objeto específico e satisfaz-se com ele, enquanto a exigência é formada e dirige-se a outrem; embora incida ainda sobre um objeto, este não é para ela essencial, pois a exigência articulada é no fundo exigência de amor. No caso específico das drogas e de sua relação com a violência, o desejo parece ser o elemento mediador. Mas, antes de elucidarmos essa questão, convém precisar certas evidências ligadas ao uso de drogas.

Em 1969, especialistas da OMS propuseram o termo “fármaco-dependência” para definir o pro-duto droga. Para eles, esse termo caracterizaria um

“estado psíquico e às vezes igualmente físico, resultante da interação entre um organismo vivo e um medicamento. Esta interação se caracteriza por modificações do comportamento e por outras reações que obrigam cada vez mais intensamente o usuário a tomar o medicamento de forma continuada ou periódica, a fim de obter seus efeitos psíquicos e algumas vezes para evitar o mal-estar da privação. Este estado pode ser acompanhado ou não de tolerância”<sup>17</sup>.

16 LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J. B. *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1983, p. 160.

17 OLIEVENSTEIN, Claude. *A Clínica do Toxicômano*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980, p. 13.

Essa descrição, quase fenomenológica, implica em uma dependência psíquica e só acessoria-mente o uso de drogas produz dependência física quando o dependente sofre o mal-estar de intensos distúrbios orgânicos pela privação da droga. Porém, certas questões fundamentais ficam sem resposta nessa definição; como, por exemplo, por que, como e quando a divisão é mais psíquica do que orgânica, ou como se diferencia a dependência humana da dependência animal? O fato é que precisamos evidenciar certas condições estruturais que desempenham relevante papel na compreensão da dependência segundo o momento da história do próprio indivíduo. Para isso, tomamos por base a teoria equacional de Claude Olievenstein, elaborada em sua obra *A Clínica do Toxicômano*. Para esse autor, sem o termo da “falta”, nada pode ser dito nem compreendido sobre dependência. Para ele, há quatro dimensões que se interagem na construção da toxicomania:

“1º) A primeira é que a droga existe sem o toxicômano. O objeto droga, matéria inerte, existe, sempre existiu, em todos os tempos e todos os lugares; 2º) Diante deste objeto, a atitude do homem é variável, conforme o espaço, a ideologia, o lugar e o momento sociocultural; 3º) Em um mesmo momento sociocultural, a atitude dos indivíduos é variável, conforme a vulnerabilidade pessoal ligada à história do sujeito diante da falta; 4º) Toda a falta no ser humano remete a uma outra falta arcaica, e é nisso que se situa a especificidade da dependência humana”. Tudo isso, segundo o autor, pode ser resumido numa questão: “o encontro de um produto com uma personalidade e um momento sociocultural”<sup>18</sup>.

No que concerne ao produto, a “síndrome da privação” está estreitamente relacionada à ausência do produto, pois quando este está presente a dependência não se manifesta. Para Claude Olievenstein, a dependência só pode existir quando os três parâmetros de sua equação se apresenta ao sujeito em estreita ligação, permanente e transcendida com ele: a presença do produto, sua personalidade e a sociedade. Assim, afirma ele: “se a dependência faz o toxicômano, ou antes sua definição, é sua edificação que faz o problema como construção da necessidade com o material fornecido pelo produto e seus efeitos”<sup>19</sup>. De modo que, acentua o autor:

18 OLIEVENSTEIN, Claude. *A Clínica do Toxicômano*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980, p. 14.

19 Idem. Ibid.

“A dependência psíquica é a ponte imaginária cujos arcobotantes são os mecanismos da dependência física; a dependência é uma luta contra o hábito. A dependência é um fenômeno tanto ativo como passivo, e por este lado põe em cena o desejo. Isto pode ser constatado em cada dia da vida de um toxicômano: é na falta que se exprime melhor este desejo totalitário”<sup>20</sup>.

Neste momento histórico do indivíduo, o desejo é uma afecção que não tem arbítrio, por isso não conhece limites, tornando-se poderoso e destrutivo em sua não-realização. O desejo não-realizado é a falta do prazer. Na realidade, o sofrimento é a alternativa desejada, na falta do prazer. Quanto mais intenso for o sofrimento, maior parecerá o prazer da intoxicação e maior poderá ser o grau da transgressão, porque insuportável é a própria falta que se transforma em objeto do desejo. A dependência específica do homem então começa; a recordação do prazer não é mais do que forma degradada, já substitutiva do objeto droga, que leva o toxicômano a inscrever em sua memória a imagem idealizada e superestimada do prazer, e a decepção com tudo o que encontra em seu caminho é que o leva a transgredir sempre mais, no início, antes que encontre a droga; por todos os caminhos, na tentativa de encontrar na duplaface uma completude para sua identidade social fragmentada.

É do centro desta experiência que se decide o destino do toxicômano. Na realidade, toda a toxicomania é substitutiva. É no instante em que se organiza esta substituição que a própria falta se transforma em objeto do desejo, substituindo o objeto droga, que não pode mais cumprir seu papel senão pela comparação. De algum modo:

“ao se tornar toxicômano, o sujeito, por uma espécie de mutação, escapará aos efeitos do produto: o prazer e a ‘viagem’, para inclinar-se para o mundo do constrangimento. Mas este constrangimento tem para ele uma função positiva, redutora do enorme constrangimento em que ele vivia antes do encontro com o produto, que era o constrangimento do não-ser. Há esta enorme vantagem que não se deve jamais esquecer que é repetitiva do desejo, anuladora do desejo, desde que se possua este objeto inerte; é somente a droga que possui esta capacidade de inverter toda a vida psíquica, anulando, nem que seja momentaneamente, o traumatismo fundador do futuro toxicômano”<sup>21</sup>.

20 OLIEVENSTEIN, Claude. *A Clínica do Toxicômano*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980, p. 14-15.

21 OLIEVENSTEIN, Claude. *A Clínica do Toxicômano*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980, p. 17

E, exatamente, esse “estágio do espelho quebrado” em que o sujeito ao olhar-se a si mesmo não consegue perceber a completeza de sua identidade, pois ela se acha na cinética de um movimento afetivo fragmentado, que se personifica na incerteza de sua identidade, arcobotante fundador da im-potência e do desespero do sujeito na consciência de que nada jamais poderá “colar os pedaços dis-persos do espelho”. Certamente, é da incerteza de ser ou não-ser, de ser amado ou de não ser amado, de ser ambíguo em sua sexualidade, de ser andrógino, que sofre o sujeito desde quando o espelho se quebra, e drogar-se, no sentido mais lato do termo, parece ser a sua alternativa maior, quando entrega-se unicamente ao verdadeiro árbitro de si mesmo. Naquele estado de incerteza, onde só há deses-perança, dor e sofrimento, existe agora, na dependência, a certeza da repetição. Pois, é somente na dependência que o sujeito pode afirmar, a cada vez novamente, a fantasia de um desejo.

E, portanto, no desejo, enquanto estado psicoafetivo que tende a absolutizar-se em si mesmo, na sua privação como ausência do prazer, que se situa o movimento dinâmico da violência em relação ao uso de drogas. Se, por um lado, o sujeito se violenta quando investe na dimensão da relação inelutável com a droga; por outro, torna-se violentador, agente de violência, quando dela é privado e quando a dependência se instala como um fenômeno psíquico ativo, movida por um desejo de destruição.

Em síntese, o que se pretende afirmar é que não existe violência sem desejo de destruição e a droga, como um objeto que interage com o sujeito, num movimento ambíguo de presença e ausência, desempenha relevante papel no construto do comportamento violento, principalmente porque o sujeito experimenta o trauma da fragmentação da identidade social, comoção existencial e ritualizada, idêntica a uma espécie de “ferida simbólica”, encravada como uma tatuagem na personalidade.

### ■ Considerações finais

É de fundamental importância compreender que o exame isolado do uso de drogas falseia o en-tendimento da realidade e gera estereótipos e preconceitos que redundam num processo exacerbado de estigmatização<sup>22</sup> de grupos sociais e criminalização de indivíduos. A questão, entretanto, assume um novo perfil cultural principalmente porque a disseminação das drogas atinge categorias sociais mais elitizadas. A ameaça surge de uma mudança global que se manifesta de forma dramática em várias dimensões da vida.

A solidão e a depressão substituem a convivência e a euforia. A droga aparece como uma rup-tura do modo de vida, como reveladora de um mal-estar não mais unicamente social, mas também individual e familiar. A multiplicação dos produtos e sua periculosidade subvertem a realidade de toda a vida social: a morte por overdose, principalmente quando a droga é injetada, demonstra o in-verso das noções de prazer ou de viagem. O embasado de maconha dos hippies dos anos de 1970 é substituído pela seringa de cocaína ou heroína dos toxicômanos dos anos de 1990, ameaçando dramaticamente fronteiras mais estritas do comportamento, no mundo metropolitano da sociedade industri-al.

Mas, mesmo que este novo perfil tenda a adquirir feições irreversíveis, com consequências graves ao nível da estrutura social, familiar e individual, a sua compreensão não deve limitar-se a uma análise isolada de conteúdo estritamente farmacológico, epidemiológico ou mesmo psicológico, mas deve buscar com certa exigência as noções significativas de cultura, que valorizam

“a rede de significados, a construção social da realidade, a identificação do arbitrário e a percepção das diferenças de visão de mundo e estilo de vida. Isto tem sido fundamental para buscar entender não só as diferenças entre

<sup>22</sup> O estigma é definido como um “atributo que torna (o estranho) diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser incluído, sendo até de uma mesma espécie menos desejável num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem e constitui uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real”. (GOFFMAN, Erving. Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1975, p. 12.

sociedades mas, cada vez mais, nos nossos tempos, a heterogeneidade interna de sociedades complexas e contemporâneas como a brasileira”<sup>23</sup>.

Essa reflexão conduz à noção, cada vez mais corrente e aceita nos dias atuais, de que para se emitir julgamentos balizados sobre o uso de psicoativos, é necessário considerar três aspectos de sua atuação: os aspectos farmacológicos, relacionados à ação no organismo da substância em si, o estado psíquico do indivíduo consumidor e o contexto sociocultural em que se dá o uso. Sem essa abordagem do fenômeno das drogas e de sua relação com a violência todo e qualquer discurso sobre o tema viceja em obscurantismo, cuja compreensão deságua em duas vertentes: a policalesca e a sanitária, ambas igualmente desprovidas de um mínimo de entendimento das razões, intenções e motivos envolvidos na experiência do uso e tráfico de drogas. O desvio da toxicomania encarado como transgressão do tipo legal e que enseja na ordem jurídica um procedimento punitivo, precisa ser compreendido no contexto da cultura e da personalidade, muito mais como expressão de um comportamento adaptativo a uma sociedade que não mais redime o homem nem moral nem intelectualmente, do que uma conduta necessariamente marginal.

De modo que, para uma compreensão madura e eficaz da dinâmica da violência e das drogas - implícito o problema do alcoolismo -, quer ao nível das razões, intenções e expectativas dos indivíduos e grupos na demanda do produto, quer na avaliação de políticas de prevenção e controle de uso, a “síndrome da dependência” só pode existir enquanto objeto de uma análise científica segura se os três parâmetros dessa equação forem contemplados: a presença do produto, a personalidade do indivíduo e a cultura.

23 VELHO, Gilberto. “A dimensão cultural e política dos mundos das drogas”, in Droga e Cidadania: Repressão ou Redução de Riscos. Alba Zaluar (org). São Paulo: Editora Brasiliense, 1994, p. 28.

## ■ Referências bibliográficas

- BOURDIEU, P. e PASSERON, J. C. A Reprodução. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975, p. 16.
- COSTA, J. F. Violência e Psicanálise. Rio de Janeiro: Graal, 1984, p. 16.
- GANTHERET, F. Regard Psychanalytique sur la violence. Paris: Université Lyon VII, 1980, p. 416.
- MONTAGU, A. A natureza da Agressividade Humana. Rio de Janeiro: Zahar, 1978, p. 13.
- GOFFMAN, E. Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1975, p. 12.
- LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J. B. Vocabulário de Psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 1983, p. 160.
- OLIEVENSTEIN, C. A Clínica do Toxicômano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980, p. 13.
- SIMMEL, G. On Individuality and social forms. Chicago: Chicago Press, 1981.
- SHUTZ, A. Fenomenologia e relações sociais. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.
- VELHO, G. “Uma perspectiva antropológica do uso de drogas”, in Jornal brasileiro de Psiquiatria, 29(6). Rio de Janeiro: 1990.
- “A dimensão cultural e política dos mundos das drogas”, in Droga e Cidadania: Repressão ou Redução de Riscos. Alba Zaluar (org). São Paulo: Editora Brasiliense, 1994, p. 25.

## **Consecuencias neuropsicológicas de las violencias contra los niños**

**Miguel Bettin**, Presidente del IEPSIV de Bogotá

Correspondencia: migbettin@yahoo.com

### ■ Resumen

Las conductas adictivas, así como las disfunciones cognitivas y de personalidad, aparentemente son parte de las secuelas que deja la violencia en personas que fueron sometidas a ella durante la infancia. En consecuencia en este estudio con un grupo de sujetos drogodependientes y/o alcohólicos en tratamiento, hombres y mujeres, se determinó mediante entrevista estructurada que habían sido víctimas de alguna forma de violencia física y/o psicológica durante su niñez, se evaluaron y describieron sus características de personalidad a partir de la aplicación de la prueba MMPI 2 (Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota), así como los procesos atencionales, de concentración, funciones ejecutivas, abstracción, memoria, cálculo, lenguaje y orientación, a través del test Montreal Cognitive Assessment (MOCCA). Se establecieron las correlaciones entre las variables características de personalidad, los procesos cognitivos y la violencia durante la infancia.

**Palabras clave:** Personalidad, Adicción, Drogodependencias, Procesos Cognitivos, Violencia.

## **La gestión positiva de los conflictos violentos en la escuela cauce para una construcción saludable de la identidad social**

**José V. Merino Fernández**, Catedrático de Pedagogía Social. Facultad de Educación. Universidad Complutense de Madrid

Correspondencia: : jomerfer@gmail.com

### ■ Resumen

Este trabajo afronta desde la pedagogía social las vivencias violentas como factor de riesgo para la salud mental. Estudia el conflicto como recurso didáctico en la prevención de conflictos violentos en la escuela y la incidencia de estos en la génesis de traumas en la conformación de identidades personales/sociales. Rediseña las funciones de educar para la convivencia en la sociedad actual, abordando determinadas vivencias negativas en la escuela provocadas por la violencia estructural y cultural, la marginación y exclusión en el aula y en el centro, el fracaso escolar, las dependencias digitales, etc. En la parte práctica, brinda respuestas de gestión positiva y proactiva del conflicto como recurso de aprendizaje de la convivencia, presentando itinerarios didácticos y metodológicos en la doble dirección de: a) desaprender lo aprendido por la normalización de la violencia, y b) aprender competencias y habilidades personales y sociales para la gestión pacífica de los conflictos.

**Palabras clave:** Violencia escolar, Gestión del conflicto, identidad personal/ social, educación para la convivencia.

### ■ Introducción

Tanto si el ser humano es por naturaleza un ser social (Aristóteles), antisocial (Hobbes), o es la sociedad quien lo corrompe (Rousseau), la naturaleza social del hombre ha sido y sigue siendo uno de los ejes principales de estudio antropológico, biológico, psicológico, pedagógico y social. El hombre cuando nace es un ser inacabado que se despliega y conforma como tal en las relaciones armoniosas con el mundo que le rodea. De ahí, la necesidad

de que sus procesos de individualización y socialización se desarrollen de manera positiva y saludable.

El aprendizaje de una serie de habilidades para mantener relaciones humanas y sociales que permitan crecer en armonía consigo mismo, con la naturaleza y con la sociedad es uno de los principales retos de la educación social y de la educación para la salud. La falta de relaciones sociales positivas o unas relaciones sociales equivocadas o violentas propician un fracaso de la socialización y desencadenan conflictos en las relaciones interpersonales, contribuyendo a configurar y desarrollar una identidad social desorientada con el consiguiente riesgo para la salud mental.

El mantenimiento de un cuerpo bello, sano y en forma física es una de las obsesiones de personas e instituciones en la sociedad actual. Por el contrario, la prevención y el cuidado de la salud mental quedan un poco descuidados y, con más frecuencia de la deseada, olvidados. Coincido con Martínez-Otero y Gaeta (2014) en la presentación del número monográfico de la Revista Iberoamericana de Educación sobre “Entornos escolares saludables: prevención de riesgos psíquicos y promoción de la salud mental”, cuando recuerdan que la salud mental es resultado de factores y procesos complejos y plurales:

“Es sabido que la salud mental no depende únicamente de factores ambientales del centro escolar, pero es innegable que cuando el clima social institucional se distingue por la falta de acogida, la conflictividad, la fragilidad comunicativa, la rigidez, la competitividad y el excesivo control, entre otras negativas características, las personas tienen más probabilidades de presentar alguna alteración.

La institución educativa, desde la etapa infantil hasta el nivel universitario, no es ajena a la profunda mutación sociocultural, y en su seno a veces se descubren algunas claves de perturbación psíquica, que podemos compendiar en las siguientes: el uso inadecuado o abusivo de la tecnología; la tendencia segregacionista; las malas relaciones personales y la conflictividad en la comunidad educativa; la adopción de un discurso docente descompensado, en general atento a la vertiente cognitiva pero insensible a los aspectos afectivos, estéticos, sociales y morales de la educación; la exagerada preocupación por la productividad de alumnos y profesores, así como la estructura y la gestión predominantemente rígidas, controladoras y verticales.”

Este predominio del conocimiento desvía la auténtica misión y funciones de la escuela actual, poniendo en duda el valor educativo de las mismas. Las numerosas críticas a la institución escolar así lo reflejan. No procede ahora entrar en la casuística generada por estas críticas. Sin embargo, permítanme que recuerde los tres cauces principales por los que discurren:

1. El abandono, al menos parcialmente, de una educación integral e inclusora ante las presiones del mercado que coloca la rentabilidad económica en la cúspide de la jerarquía axiológica.
2. Resistencia crónica a las innovaciones socioculturales y desconexión de los intereses vitales de los educandos. Esta crítica obliga a clarificar la identidad de la escuela como institución educativo-social. El debate gira hoy sobre la antinomia ¿escuela como organización de reproducción socio-cultural resistente al cambio o escuela como organización abierta a la universalidad y vertiginosidad de las transformaciones de la postmodernidad? En ambos casos, me pregunto ¿Dónde queda la educación?
3. El predominio de la información sobre el conocimiento y del conocimiento sobre otros procesos vitales del hombre tiene como consecuencia el desarrollo de un didactismo unidireccional más centrado en transmitir el pasado cultural que en responder de manera integral a las necesidades presentes y futuras de sus educandos.

Este trabajo no aborda el complejo problema de la incidencia de gestión de los conflictos en la salud mental desde una perspectiva clínico-psicológica sino desde la pedagogía y especialmente desde la pedagogía social, centrándose en el aspecto concreto de las vivencias violentas en la escuela. El estudio del tema puede afrontarse por dos cauces principales: Profundizar en el problema a través del análisis y reflexión, planteando las claves principales del mismo, o a través de una recopilación y revisión bibliográfica con el riesgo de caer la trampa de convertirlo en una revisión de revisiones más. Descartamos esta última porque Internet está plagado de revisiones al respecto y basta con utilizar unas cuantas veces el ratón para acceder con facilidad a las mismas. Opto por el primer cauce. Trato de ofrecer planteamientos que ayuden a replantear y avanzar en el camino que la pedagogía y ciencias afines han emprendido para recuperar y desarrollar en la escuela una educación integral e inclusiva.

Por otra parte, está suficientemente demostrado que el cultivo de una sola de las dimensiones de la persona humana, como es el conocimiento, ayuda poco en el aprendizaje de las habilidades sociales necesarias para interrelacionarse adecuada y positivamente con otras personas y con el entorno social cercano y global, y, por ende, para desarrollar una socialización sin traumas. Socialización que requiere un proceso de construcción y desarrollo normalizado y saludable de la propia identidad personal/social y de la ubicación de cada uno en la sociedad.

La complejidad, universalidad, multiculturalidad y vertiginosidad del cambio en la sociedad actual incrementa la necesidad de que individuos y grupos dispongan de un bagaje de competencias y habilidades sociales cada vez mayor. Bagaje imprescindible para una gestión de los naturales conflictos a través del diálogo y del encuentro y no de la violencia, puesto que el conocimiento es insuficiente para responder con éxito al reto convivencial. Una educación integral e inclusiva se hace cada vez más necesaria.

La institución escolar no puede seguir más tiempo anclada en su reduccionismo cognitivo-academicista. El reto de abordar, entre otras dimensiones, la enseñanza aprendizaje de competencias y habilidades sociales necesarias para prevenir los conflictos violentos es cada vez más urgente, porque los conflictos violentos en las aulas y en los centros escolares son hoy una realidad cada vez más visible.

El problema es complejo y polivalente, razón por la cual nos limitamos aquí al proceso de construcción de la identidad personal/social y, concretamente, a la necesidad de una gestión positiva y proactiva de los conflictos para evitar vivencias violentas en el aula y prevenir patologías en el proceso de construcción de la misma. Abundan los estudios (Martínez-Otero y Gaeta, 2014; Cid, 2008) que muestran que la vivencia de conflictos violentos en la escuela produce no solo dificultades de aprendizaje, sino también numerosos daños físicos, así como trastornos emocionales y de salud. Problemas que inciden negativamente en el desarrollo de una identidad saludable y sin patologías.

## 1. Contextualización conceptual

### 1.1. Identidad social

La identidad social es un concepto complejo en el que confluyen numerosos factores y procesos.

La identidad personal y la identidad social son el resultado de la dialéctica entre las percepciones interiorizadas que los individuos tienen de sí mismos (autoconcepto, autoimagen, autoaceptación), de sus relaciones con los grupos y de su ubicación en la sociedad. En esta dialéctica intervienen procesos cognitivos, valorativos, emocionales, culturales y sociales. La identidad personal, por lo tanto, no es un simple proceso natural de crecimiento biológico, aunque lo biológico interviene, sino el conjunto de valoraciones personales y sociales de un proceso subjetivo de autodefinición, abierto y, por lo tanto, en permanente construcción, deconstrucción y reconstrucción. Ambos procesos, el subjetivo de definirse a sí mismo y el social de pertenencia o rechazo han de tenerse en cuenta al estudiar la identidad, porque, en última instancia, la identidad personal/social es el resultado de la dialéctica entre la individualización y la socialización, y por lo tanto de la valoración que cada uno hacemos de nuestro yo dentro de la sociedad en la que vivimos.

Es bastante común afirmar que identidad personal y social van unidas, e incluso que son un constructo único. Resulta ciertamente difícil separar el autoconcepto que tenemos de nosotros mismos (identidad personal), del lugar en el que nos situamos en relación con las demás personas y con la sociedad en general (identidad social). Se trata, en definitiva, de un proceso que nos define como personas en relación con nosotros mismos y con nuestra ubicación en el grupo y en la sociedad.

Esta dinámica procesual de la construcción de la identidad personal/social permite concluir que la identidad no es única e invariable sino que está en permanente evolución y reconstrucción. La realidad muestra que uno puede desarrollar varias identidades a lo largo de la vida, e incluso identidades diferentes en función de los distintos grupos con los que se relaciona. Por ejemplo, una identidad en el grupo familiar, otra en el institucional, otra con el grupo de amigos, otra en el trabajo, etc. Por lo tanto, cuando se acusa a los jóvenes actuales de falta de sentido o de falta de identidad se comete, en mi opinión, un error.

En el marco de este proceso complejo de construcción de la identidad personal/social armoniosa y sin traumas es necesario subrayar el papel sustancial que tienen los procesos relacionales en la escuela sobre todo en la infancia y adolescencia. Prevenir la vivencia de conflictos violentos se convierte, por lo tanto, en una de las tareas prioritarias de la escuela como institución educativo-social.

### **1.2. Violencia escolar. Conflicto y conflicto violento o violencia en la escuela**

Cuando se aborda el problema de la violencia predomina, sobre todo en el imaginario social y también en muchos profesores, la idea que asocia conflicto con violencia. Esta asociación fomenta el error de confundir conflicto con conflicto violento o violencia y violencia escolar con conflictos violentos escolares o en la escuela. Frente a este equívoco es importante insistir que conflicto y violencia son dos procesos distintos. La violencia es la respuesta agresiva a la existencia de un conflicto manifiesto o latente.

El conflicto es algo natural y positivo para el hombre que surge en el momento que entramos en contacto con otros hombres. Todos somos diferentes y tenemos igualmente percepciones distintas de nosotros mismos, de los demás y de la realidad. El problema se origina cuando utilizamos medios violentos para superar nuestras naturales diferencias y defender nuestras ideas, nuestras percepciones de la vida, nuestros legítimos intereses, etc. Si utilizamos medios pacíficos y de diálogo en la gestión y resolución del conflicto fortaleceremos una convivencia saludable y productiva; por el contrario, si la gestión de los conflictos la realizamos a través de medios ofensivos, belicosos, en suma violentos, desencadenaremos situaciones de violencia perjudiciales para la convivencia y, por supuesto, para nuestra propia salud física y mental. La investigación de Miguel Betín (2015) ofrece datos y argumentos suficientes y muy valiosos para relacionar violencia con problemas mentales.

El reto no está en evitar el conflicto sino en la forma de asumirlo y gestionarlo. “Los conflictos (...) pueden generar nuevos caminos de entendimiento y de desarrollo social y personal o, por el contrario, vías de destrucción y desconocimiento de los derechos y necesidades que como seres humanos todos tenemos” (Torrego 2000,37).

Con relación a la violencia escolar en la actualidad y a sus relaciones con la violencia social es necesario clarificar dos equívocos:

1. No es lo mismo violencia escolar que violencia en la escuela. Es cierto que la violencia escolar es reflejo de la violencia social, e incluso, las formas y fuentes de la violencia social se reproducen en la escuela. Violencia escolar es la violencia generada por la gestión violenta de los conflictos propios de las dinámicas escolares. Violencia en la escuela es la gestión violenta dentro de la escuela de aquellos conflictos que se generaron fuera de la misma.
2. La violencia escolar hoy no es un simple problema de disciplina sino algo mucho más complejo y multifactorial, puesto que los factores incidentes en la misma sobrepasan los límites de la escuela.

La violencia escolar y la violencia en la escuela han adquirido desde hace años dimensiones inéditas. La globalización y el gran avance de las tecnologías educativas y de la comunicación hacen que ambas violencias, escolar y en la escuela, superen la capacidad de la escuela para gestionarlas por sí sola.

El reto en el tema que nos ocupa ahora está en rediseñar las funciones de educar para la convivencia en una sociedad globalizada y tecnologizada en donde la cultura de la violencia se ha normalizado como forma de vida, aunque se trate de disfrazar bajo la idea de competitividad. Normalización que está bastante presente en la escuela. En el libro “La violencia escolar. Análisis y propuestas de Intervención Socioeducativas” (Merino, 2006) analizo y documento con detalle todas estas variables y equívocos. La remisión al mismo me libera de extenderme más en este trabajo.

### **2. Vivencias negativas producidas por la violencia y por la violencia escolar**

Las vivencias negativas provocadas por los distintos factores y procesos que confluyen en la violencia y en la violencia escolar en cualquiera de sus formas (directa, estructural y cultural) son numerosas e inciden en la salud mental de los escolares y de los profesores. La casuística en este sentido es cada vez mayor. Separar las vivencias violentas en la familia, en la calle, etc. de las vividas en la escuela resulta a veces bastante difícil porque la violencia, excepto las acciones puntuales de violencia física o moral, responde a un conjunto de procesos y factores que se unen cual eslabones de una cadena fraguada por abusos de poder.

Sin pretensión de exhaustividad describiré brevemente aquellas situaciones y procesos generadores de vivencias violentas negativas que se repiten con más frecuencia en los estudios y publicaciones al respecto.

### 2.1. Violencia estructural y cultural

Estas dos formas de violencia son las más dañinas para las personas y para los grupos porque una y otra son una violencia originada por estructuras, normas, legislaciones, cultura (violencia cultural) que las instituciones reproducen en sus estructuras organizativas, y las personas y los grupos asumen de manera imperceptible como forma de vida normalizada y por consiguiente como norma de comportamiento. Son tipos de violencia invisible e indirecta que se incrustan en el tejido social y hacen que las personas, los grupos y los pueblos no puedan satisfacer sus necesidades fuera o al margen de ellas.

Un ejemplo claro de violencia estructural actual para varias generaciones de jóvenes es la falta de trabajo adecuado a su preparación académica y profesional. La dinámica social directa o indirectamente indica que si una persona no se incorpora al sistema educativo no tendrá un trabajo digno bien remunerado, luego resulta que las estructuras sociales y laborales no garantizan una salida profesional digna y justamente remunerada adecuada a los estudios ofrecidos por el sistema educativo.

### 2.2. Marginación y exclusión social

La marginación y la exclusión social es otro de los efectos de la gestión y resolución injusta de las diferencias y de los conflictos derivados la misma. La European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (1995,4) define la exclusión social como el “proceso mediante el cual los individuos o grupos son total o parcialmente excluidos de una participación plena en la sociedad en la que viven”.

Las diferencias individuales y sociales siempre han existido en la sociedad y en la escuela. Uno de los efectos de la globalización y de los procesos migratorios consiste en que la escuela es cada vez más multicolor, multiétnica y multicultural. Esta realidad obliga a la escuela a despertar de su obsesión por el conocimiento y a asumir otras funciones de educación social que tenía aparcadas por las presiones curriculares. No se trata de un lavado de cara, sino de hacer innovaciones profundas tanto a nivel organizativo como didáctico.

La vivencia de la exclusión social es hoy más perversa para los individuos y grupos porque existe una contradicción entre el decir y el hacer en la sociedad actual y en sus instituciones y organizaciones. Por un lado, se exhibe una cultura de la inclusión y de la participación social como norma de vida; y, por otro, las estructuras y dinámicas económicas, normativas, culturales, educativas, etc., dificultan cada vez más el que muchas personas y grupos puedan acceder en igualdad de condiciones a los recursos existentes. En suma, la sociedad trata de mostrarse teóricamente como una sociedad incluyente, sin embargo, la realidad práctica la convierte en una sociedad excluyente. Tan excluyente que produce cada vez más marginación y exclusión.

Un ejemplo de esta contradicción e hipocresía se refleja en la población actual juvenil. A este grupo de población se le reconoce sobre todo en los países desarrollados y en vías de desarrollo como una población más educada, más formada y con mayores posibilidades de acceso a la información, pero esto ¿aumenta sus oportunidades laborales y de acceder al poder político y económico? ¿Las perspectivas para las generaciones de niños escolarizados en primaria y secundaria son más optimistas? La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en la publicación editada por D. Trucco H. Ullmann (2015, 261-262) muestran que la respuesta a estos dos interrogantes son poco optimistas:

En comparación con generaciones anteriores, (refiriéndose a la juventud actual) se les reconoce 262 Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) como una población más educada, pero con menores oportunidades laborales; con más acceso a la información que nunca antes, pero con pocas oportunidades de acceder al poder en espacios de representación; más saludable, pero al mismo tiempo con menor reconocimiento de la política pública a sus necesidades de salud específicas, y con altos niveles de acceso al consumo simbólico, pero muchas restricciones para materializarlo. Para conciliar estas paradojas y lograr que todos los jóvenes de la región puedan hacer efectivos sus derechos alcanzando una plena inclusión en la sociedad, realizar su potencial y contribuir a construir sociedades más igualitarias y productivas, se requieren políticas que consideren al sujeto joven en su integralidad.

El problema no es solo educativo y de salud, porque son muchos los factores que confluyen en el mismo. Sin embargo, la escuela no puede permanecer al margen. Su tarea como institución educativa y social es doble:

- Fomentar la búsqueda y desarrollo de procesos e instrumentos dirigidos a gestionar los conflictos generados por la marginación y la exclusión social, educando para la convivencia.
- Comprometerse con la sociedad en la superación de las lacras de la marginación y exclusión, implicándose con otras instituciones en llevar a cabo programas y dinámicas de intervención socio-educativa, dirigidos tanto a sensibilizar como a formar líderes comprometidos con el reto de generar y desarrollar dinámicas y estructuras de inclusión social.

### 2.3. Fracaso escolar

El fracaso escolar o el hecho de que los estudiantes no logren un resultado satisfactorio (resultado esperado en función de sus capacidades y posibilidades) o resultado suficiente (resultado acorde con la normativa establecida) es producto de numerosos factores, que van desde problemas de salud hasta una metodología inadecuada y poco significativa, pasando por situaciones de marginación, acoso y otras muchas circunstancias. La gran casuística existente al respecto hace que no proceda en este momento abordar el tema del fracaso escolar. Conviene recordar, no obstante, que existe una especie de feedback entre el fracaso escolar y otros problemas de salud, de aprendizaje, marginación, etc.

### 2.4. Fracaso escolar

No se puede negar que la tecnologización ha transformado ya, unas veces de manera positiva y otras negativa, la forma de comunicarse e interrelacionarse en la sociedad actual. Transformación que adquiere mayores dimensiones en los niños y en los jóvenes. La digitalización en la búsqueda y registro de la información y el uso indiscriminado de Internet, especialmente de las redes sociales, unido a la permanente comunicación a través de teléfonos móviles generan nuevas formas de convivencia y, en consecuencia, se originan vivencias y diferentes conflictos, que requieren, a su vez, el aprendizaje de nuevas habilidades sociales, cognitivas, técnicas, etc. Por ejemplo, la facilidad para acceder a gran cantidad de información, la comunicación inmediata con numerosas personas de distintas culturas, desconocidas y que se encuentran en cualquier parte del mundo, el anonimato en la comunicación, la formación de comunidades virtuales, la automatización, etc.

Esta nueva realidad obliga a plantear y analizar los límites en el uso y los riesgos inherentes en el mismo para una socialización normalizada, y

en consecuencia para el desarrollo de una formación de la identidad personal/social saludable y sin traumas emocionales. La gran casuística generada por esta nueva realidad puede concentrarse en dos cauces de análisis:

- El aumento cuantitativo de las ocasiones y circunstancias de sufrir toda serie de vivencias negativas.
- La menor capacidad de autorregulación emocional de los menores y jóvenes y, en consecuencia, de respuesta autónoma y saludable a la presión social.

Son muchos los ejemplos que pueden citarse en este sentido. Solo por citar algunos que destacan tanto por su frecuencia y presencia como por el daño que hacen a todos y especialmente a niños y jóvenes, me permito subrayar los cuatro siguientes:

- Las dependencias patológicas de los medios.
- La atracción y seducción mediante el engaño de niños y jóvenes para abusos sexuales, que es conocido como grooming y en español como acicalamiento.
- La violación y publicación en videos de imágenes lesivas para la intimidad.
- El ciberacoso o cyberbullying en cualquiera de sus formas, etc.

Frente a los nuevos retos educativo-sociales que la actual realidad plantea, cabe preguntarse si el sistema formal educativo actual está preparado para responder con eficacia a los mismos. Es cierto que la violencia ha estado siempre presente en la escuela, como ya hemos apuntado, pero las fuentes, formas y complejidad de la misma adquieren hoy dimensiones y frecuencia inéditas.

El reto es claro. La respuesta requiere esfuerzo, valores solidarios y actitud abierta de las instituciones y de la comunidad educativa (profesores, padres, otros agentes educativos...). ¿Es capaz la escuela actual de ofrecer educación y formación para que los estudiantes adquieran suficientes herramientas para protegerse de los riesgos inherentes en la revolución digital? ¿Lleva a cabo una innovación y formación permanente a tono con las exigencias de las diferentes revoluciones existentes en la sociedad actual (conocimiento, digitalización, universalidad de los cambios, convivencia en los escenarios sociales multiculturales, etc.)?

### 3. Gestión de los conflictos violentos en la escuela. Claves para la prevención de las vivencias violentas en la misma

#### 3.1. Gestión del conflicto para facilitar el aprendizaje de la convivencia

La búsqueda de cauces, estrategias y formas de abordar el conflicto es tan antigua como la misma humanidad. Como hemos dicho antes el conflicto es inherente a la naturaleza humana y por lo tanto es omnipresente en la historia de la humanidad.

La mejor estrategia y el mejor método en la resolución de conflictos violentos es hacer que éstos no se produzcan. Este principio está en la raíz del enunciado de este punto, es necesario gestionar el conflicto de manera que fomente el aprendizaje de la convivencia. El estudiante en la escuela pasa la mayor parte del tiempo en el aula. El clima del aula es muy importante en la gestión positiva del conflicto. Un clima autoritario donde el alumno se sienta mal, manipulado, objeto, etc. desencadena situaciones de vivencias poco satisfactorias, por el contrario un clima de aula positivo y proactivo genera situaciones y vivencias personales satisfactorias. El profesor directa o indirectamente es, por lo tanto, una pieza clave en la gestión del potencial educativo del conflicto. En este contexto, conviene recordar que la gestión del aula no se fundamenta exclusivamente en la variable curricular sino que convergen en ella otras dimensiones de las personas y de la sociedad, requiriendo la cooperación de la familia, los grupos, las redes, etc. Razón por la cual, la educación para la gestión no violenta de los conflictos adquiere gran importancia entre las funciones del profesor y de otros agentes internos y externos a la comunidad educativa. La concreción didáctica está en activar mecanismos, procesos, recursos y situaciones impulsoras de la percepción del conflicto y la utilización del mismo de manera positiva y proactiva en el aprendizaje de la convivencia.

La intervención en este sentido adquiere un abanico de acciones, cuya casuística podemos sistematizarla en torno a las cuatro tendencias bloques siguientes:

1. Acciones de concienciación y concientización social. La idea de que la violencia es necesaria para competir con éxito predomina en la sociedad actual. El predominio de esta cultura de normalización de la violencia contamina la institución escolar y condiciona sus modelos, estructuras y

dinámicas relacionales. En este contexto es necesario generar y desarrollar programas de intervención socioeducativa que tengan como objetivo contrarrestar la normalización de la violencia como forma de vida y por lo tanto descartarla como objeto de aprendizaje.

2. Acciones pedagógico-didácticas orientadas a fomentar el aprendizaje de gestionar los conflictos por procedimientos pacíficos. Ello implica que las personas a nivel individual y en grupos adquieran competencias y habilidades y sociales.
3. Acciones dirigidas a generar, impulsar y desarrollar grupos y procesos de grupo participativos y responsables en la acción social y comunitaria.
4. Acciones dirigidas a desarrollar políticas de consenso y no de enfrentamiento.

#### 3.2. Itinerarios didácticos en la concreción metodológica: desaprender y aprender

##### 3.2.1. Desaprender la idea de que hay que ser violentos

La violencia al igual que la convivencia se aprende. Como ya hemos indicado antes, la idea de que hay que ser violentos para ser competitivos predomina tanto en la sociedad actual que la misma se convierte en objeto de aprendizaje, aunque se camufle bajo la expresión “hay que ser competitivos y eficaces”.

Frente a esta cultura de normalización de la violencia, el primer paso en la gestión del conflicto como recurso didáctico para el aprendizaje de la convivencia se concentra en desaprender todo aquello que conduce a pensar que ser violentos es una necesidad para el éxito personal y profesional. En este sentido, considero de gran interés el trabajo de P. Ortega, R. Mínguez y P. Saura (2003, 26-27) en el que recopilan y analizan una serie de elementos para tipificar la imagen negativa del conflicto (Cito literalmente):

1. Procesos competitivos: Las partes compiten unas contra otras porque creen que sus objetivos son opuestos y, por lo tanto, no pueden ser alcanzados por ambas partes a la vez.
2. Distorsiones perceptivas y sesgos: A medida que el conflicto avanza, las percepciones se distorsionan, el pensamiento se vuelve estereotipado y sesgado.

3. Emocionalidad: Los conflictos tienden a cargarse emocionalmente a medida que las partes se van volviendo ansiosas, irritadas o frustradas. Las emociones tienden a dominar el pensamiento.
4. Disminución de la comunicación: Las partes tienden a interrumpir la comunicación con las personas con las que están en desacuerdo y a incrementarlas con las que están de acuerdo.
5. Difuminación de los problemas: Las cuestiones centrales de la disputa se difuminan y pierden una definición clara. Asuntos nuevos y no relacionados con el conflicto fácilmente se suman.
6. Compromisos rígidos: Las partes se aferran a sus posiciones. Los procesos cognitivos se tornan rígidos y se tiende a simplificar los asuntos en vez de verlos en su complejidad.
7. Se exageran las diferencias y se minimizan las similitudes: Se enfatizan los elementos que los separan y distinguen, mientras que se simplifican o minimizan los aspectos comunes compartidos.
8. Escalada del conflicto: Cada parte se atrinchera en sus puntos de vista, se vuelve menos dialogante y más defensivo y emocional.

### 3.2.2. Prevención primaria, secundaria y terciaria

Subrayo que la gestión de los conflictos violentos en la escuela hay que contextualizarla en la percepción del conflicto como algo positivo, como un elemento congénito a la especificidad diferencial de la naturaleza humana y que se convertirá en algo positivo o perjudicial para las personas en función de sus actitudes y habilidades personales, así como de las circunstancias de los contextos sociales. Por lo tanto, la gestión del conflicto ha de llevarse a cabo desde la perspectiva que considera el conflicto como un potencial lleno de posibilidades de aprendizaje, y no como un elemento negativo a erradicar. Desde este planteamiento positivo y complejo, el conflicto constituye un recurso pedagógico-social y didáctico importante y valioso en el aprendizaje de la convivencia.

Dentro de este marco conceptual, la gestión de los conflictos en el aula y en el centro es tanto un problema educativo-social preventivo (prevención primaria y secundaria) como de corrección y reconducción (prevención terciaria). La prevención primaria trata de evitar mediante acciones e intervenciones

educativas y sociales que la violencia se origine, facilitando formación en habilidades sociales y desarrollando climas sociales positivos y proactivos en la escuela para que las vivencias violentas no surjan. La secundaria aborda el problema de la violencia en su inicio; dicho de otra manera, enfrentando los pequeños brotes de vivencia violenta que ya se detectan en la convivencia escolar para reconducirlos, teniendo en cuenta que la acción educativa ha de predominar todavía sobre la correctiva en este nivel. La terciaria es ya una intervención de tratamiento y de corrección.

### 3.2.3. Activar la educación social en la escuela

El predominio de la información/transmisión de contenidos culturales, científicos y de la instrucción en los procesos de enseñanza-aprendizaje en la escuela ha tenido como consecuencia que la educación social haya sido relegada, por no decir eliminada, de la actividad educativa escolar. Durante siglos, la de educación social ha sido llevada a cabo con eficacia por la familia, las iglesias y otras asociaciones e instituciones de tipo educativo social. La complejidad de la sociedad actual supera la capacidad de la familia, hace insuficiente la contribución de otras asociaciones e instituciones sociales y requiere que la escuela recupere esta dimensión educativa que nunca debió abandonar, integrándola de manera formal en su actividad educativa y formativa.

No se trata de que el profesor asuma todas las funciones educadoras cual si fuera superman o una super woman experto en todo aquello que es objeto de enseñanza y aprendizaje, sino de que la escuela sea capaz de transformar sus estructuras, atascadas en lo instructivo, para posibilitar una diversidad profesional mayor, facilitando que otros profesionales como el educador social se integren de manera permanente y formal en la tarea educativo-social que la escuela tiene abandonada (Quintana, 2018).

### 3.2.4. Enseñanza-aprendizaje de competencias y habilidades sociales

Las publicaciones sobre la enseñanza aprendizaje de competencias y habilidades sociales se han multiplicado en los últimos años. Razón por la cual no abordo ahora el tema. Sin embargo, me permito el señalar dos itinerarios principales a desarrollar en la escuela:

- Aprendizaje individual y en grupo: Aprender a ser asertivos, a identificar los sentimientos y emociones y a expresarlos de manera positiva, a participar,

- a ser uno mismo en el grupo de amigos sin intolerancias pero con libertad y responsabilidad, a respetar las normas de convivencia, a escuchar, a disculparse, a hacer un elogio, a pedir un favor, a decir que no sin traumas ni violencia, a ponerse en lugar del otro, a negociar, a controlar los miedos, etc.
- Creación de entornos humanos favorecedores del aprendizaje y la vivencia de la convivencia: Estilos de enseñanza-aprendizaje basados y articulados sobre la persona (humanistas y personalizados) y no sobre el currículum, desarrollo de climas sociales positivos en el aula y en el centro, una relación profesor alumno que huya de los dos extremos: el autoritario y el de *laissez faire*, programas y métodos alternativos que fomente la participación y la convivencia (aprendizaje invertido o *flipped learning*, aprendizaje colaborativo, aprendizaje servicio, intervención normalizada sobre los problemas de convivencia para no clinicalizar las tutorías ni la ayuda psicológica, etc.
  - Tratamiento de los conflictos violentos avanzados de manera especializada por diferentes especialistas en función de la gravedad y características del conflicto.

## ■ Referencias bibliográficas

- Antelm, A.M., Gil, A.J., Cacheiro, M.L., y Pérez, E. (2018). Causas del fracaso escolar: un análisis desde la perspectiva del profesorado y del alumnado. *Enseñanza & Teaching*, 36(1), 129-149.
- Bettin, M. (2015) (Tesis Doctoral). Descripción de los rasgos de personalidad y las características neuropsicológicas en excombatientes del conflicto armado colombiano. Madrid: Universidad Complutense, Departamento de Psicobiología.
- Cid, P. et al. (2008) Agresión y violencia en la escuela como factor de riesgo del aprendizaje escolar. *Cienc. enferm.* [online]. 2008, vol.14, n.2 [citado 2020-02-09], pp.21-30. Disponible en: <[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532008000200004&lng=es&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532008000200004&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0717 9553. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532008000200004>.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (1995), Public Welfare Services and Social Exclusion: The Development of Consumer Oriented Initiatives in the European Union, Dublín.
- Martínez-Otero, V. y Gaeta, L. (coords.) (2014). Entornos escolares saludables. Prevención de riesgos psíquicos y promoción de la salud mental. *Revista Iberoamericana de Educación*. Número 66. Septiembre-Diciembre / Setembro-Dezembro 2014. (Número monográfico)
- Merino, J. V. (2006) La violencia escolar. Análisis y propuestas de intervención socioeducativa. Santiago de Chile: Arrayán.
- Ortega, P.; Minguez, R. y Saura, P. (2003). *Conflicto en las aulas*. Barcelona: Ariel.
- Quintana, J. (2018). *La educación social en la escuela: un futuro por construir*. Madrid: CCS.
- Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories*. Cambridge University Press (Versión en castellano, Barcelona: Herder, 1984).
- Trucco, D. y Ullmann, H. (2015) Juventud: realidades y retos para un desarrollo con igualdad. Libros de la CEPAL, N° 137 (LC/G.2647-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe .
- Turner, J. C., & Reynolds, K. J. (2001). The social identity perspective in intergroup relations: Theories, themes and controversies. En R. Brown & S. Gaertner (Eds.), *Blackwell Handbook of Social Psychology. Intergroup Processes*. Oxford: Blackwell Publishing.

## ***La salud mental y la superación de la violencia se producen al superar los niveles de consciencia***

**Tina Lindhard**, Consciousness Studies, International University of Professional Studies (IUPS), Maui, Hawaii, USA

Correspondencia: t.lindhard@iups.edu

### ■ Resumen

Si queremos comprender algunos de los requisitos para la salud mental, primero tenemos que saber a qué nos referimos con el término mental, que está relacionado con el término mente. Para esto, se recomienda explorar la naturaleza de la consciencia y, aunque esto a menudo, se lleva a cabo utilizando el enfoque de 'afuera hacia adentro', es solo a través del estudio de la naturaleza de nuestra consciencia desde la posición 'adentro hacia afuera' que podemos comenzar a comprender la naturaleza de la consciencia de otro. Se necesita usar nuestra voluntad y redirigir el cursor de nuestra mente superficial hacia los reinos internos, más profundos de nuestro ser. Este es un arte natural, pero para las personas que lo han olvidado, ciertos métodos de meditación somáticos, centrados en el corazón, pueden ayudar. Como los niveles más profundos, debajo de nuestra mente pensante, están vinculados con los sentimientos y las emociones, es importante aprender más sobre ellos, especialmente porque muchos trastornos de salud mental están vinculados con las emociones, incluida la violencia. Cuando la ira se ha convertido en parte de la personalidad en la sombra de una persona, esta puede estallar con muy poca provocación y hacer que la persona actúe de una manera violenta, que sea inapropiada para la situación. Las emociones en la sombra también pueden proyectarse sobre otros o incluso contra un colectivo de personas. Aprender sobre los niveles de consciencia y cómo "surfear" las diferentes sensaciones corporales durante la meditación, como una forma de sacar a la luz nuestras emociones inconscientes y restaurar la salud mental, merece más atención e investigación científica.

**Palabras Clave:** consciencia, mente, emociones, meditación, salud mental, sombra, proyección, exploración interna.

### ■ Introducción

La mayoría de las personas, incluidos los psicólogos, desconocen las profundidades de su consciencia, y no se dan cuenta de que debajo de su mente pensante, existen otros niveles que se pueden experimentar al usar su voluntad. Esto requiere redirigir el cursor de su mente superficial hacia los reinos internos de su ser (Arka, 2003). Esta es una habilidad natural, pero para alguien que ha olvidado este arte, ciertos métodos de meditación somáticos centrados en el corazón pueden ayudar.

Una vez que podemos redirigir nuestra consciencia superficial para descubrir nuestro Ser, automáticamente comenzamos a despertar las capas más profundas. Esto lleva a un viaje de autodescubrimiento que, si se emprende con total seriedad, puede llevar al practicante a la iluminación. Según Sanatana Dharma, la filosofía espiritual de la India, la realización de la naturaleza ilimitada del Ser, que nos lleva más allá de nuestra identidad del ego, es una forma perenne de curación (Sri Nisargadatta Maharaj en Louchakova, 2007).

Partimos de la premisa de que para comprender la naturaleza de la consciencia de otro primero se necesita experimentar la naturaleza de la propia consciencia. La teoría que se describe aquí se basa en las experiencias personales de Arka (2013) y sus alumnos. Se conoce como Los Seis Niveles Principales de Consciencia y, como los niveles más profundos están vinculados con los sentimientos y las emociones, es importante aprender más sobre ellos, especialmente porque muchos trastornos mentales están relacionados con las emociones.

Esta teoría se basa en la idea de que una inteligencia no física se manifiesta a través de todas las formas y, como somos parte de esta inteligencia, podemos investigar la naturaleza de nuestra consciencia; una posición conocida como monismo calificado.

En este artículo, describimos los diferentes niveles de mente que Arka (2013) menciona en su teoría, cómo activarlos, la investigación científica sobre ellos, las características de algunos de los niveles más profundos y cómo podemos navegar los relacionados con las emociones.

Esperamos que a través de esto tengamos una idea más clara de lo que implican los trastornos mentales y también cómo restaurar la salud mental.

## 1. Antecedentes

En Oriente, la naturaleza de la consciencia se ha estudiado durante miles de años. En la tradición cristiana, los Padres del Desierto también utilizaron un método conocido como Oración del Corazón, que tiene como objetivo el descubrimiento de la "construcción topológica viva del Ser" a través de la introspección fenomenológica experimental (Louchakova, 2007, p. 82).

Más tarde fue adoptado por la Iglesia Ortodoxa, pero mucho antes de esto, fue utilizado por los antiguos egipcios, judíos y otras culturas mediterráneas. También está cerca de las tradiciones relacionadas con la autoinvestigación (Atma-vichara) y el Shaivismo de Cachemira, así como con la tradición sufí y tántrica en la India. (Louchakova, 2004).

En esta presentación, nos referimos a un método basado en el corazón, actualmente conocido como el método de Meditación Intuitiva (IM), ya que es un poco más fácil que la Oración del Corazón, puede ser practicado por todos, independientemente de su religión, y también tiene una teoría vinculada con ella que facilita la prueba científica.

## 2. La teoría de los seis niveles principales de consciencia

La teoría de los seis niveles principales de consciencia de Arka (2009; 2013) está relacionada con su definición de consciencia pura, que considera como "principalmente una entidad no física pero poderosa que es el punto central de toda vida y activa los sentidos en cada ser vivo. Es altamente sensible y expresiva, y activa muchos niveles, especialmente en humanos" (Arka, 2013, p. 37).

Según Arka (2013), en los humanos, esta inteligencia también se manifiesta a través de un subproducto llamado "mente" que consta de varios niveles. Como somos parte de esta inteligencia, podemos usar el cursor de nuestra mente superficial para explorar la naturaleza de nuestra consciencia, ya sea hacia arriba o debajo de nuestra mente pensante. En los métodos de enfoque somático, como el método de Mediación Intuitiva, uno va por debajo de la mente pensante. Los diferentes niveles de la mente que Arka identifica en su teoría son:

- M (Mente) - Consciencia: La mente es la primera capa, que se manifiesta en la superficie de la región cerebral. A medida que se agudiza esta capa al cultivar el aprendizaje se convierte en una facultad llamada intelecto.
- SM (Mente-subliminal) - Consciencia: El segundo nivel, que está debajo de la mente superficial, es la mente subliminal o subconsciente. No somos conscientes de su potencial y capacidad, que pueden parecer increíbles para la mente superficial. Muchas actividades diarias se rigen por la mente subconsciente.
- F (Mente-sensible) - Consciencia: El tercer nivel es la mente sensible. Esta consciencia del sentimiento generalmente prevalece en el área del corazón y, por lo tanto, puede llamarse el Corazón de la Consciencia del Corazón. Incluye una facultad emocional llamada intuición. Casi todas las madres tienen esta facultad naturalmente disponible y fácilmente accesible para ayudarlas a comprender las intensas necesidades de sus hijos y de las personas que les importan.
- H (Corazón-emocional) - Consciencia: la cuarta capa es el corazón más profundo donde sientes emociones con una intensidad aún mayor. Esto se puede llamar el corazón espiritual, o tu consciencia interior. Se reduce la presencia de la mente superficial y se mejora la presencia de la mente subliminal o subconsciente. Está formado por impresiones reunidas a través de lo que has aprendido y experimentado junto con el recuerdo de tu personalidad.
- HS (Corazon-alma) - Consciencia: El quinto nivel se encuentra entre el corazón más profundo y el ser esencial (Alma). Aquí experimentas el espacio interior y el Universo Místico, donde las leyes de la física comienzan a revertirse y te llevan a experimentar muchas realidades alternativas y posibilidades que dan acceso a tu alma. Aquí te conectas más con la Naturaleza y las fuerzas del Universo.
- PS (la pureza del ser) - Consciencia: La sexta capa es la Consciencia del Núcleo. Esta es la esencia misma de toda tu presencia y de todo lo que sientes, piensas y haces. Se trata como Alma o Ser. (Arka, 2013, págs. 37-38).

### 3. Despertar o volver a despertar las capas más profundas

A medida que Arka (2013) habla de rebobinar nuestra consciencia superficial, el término volver a despertar los diferentes niveles es probablemente el más preciso. Comenzamos nuestro viaje de autodescubrimiento desde donde estamos en este momento, y para la mayoría de nosotros, es cuando hemos desarrollado nuestra mente pensante, que, cultivándola, se ha convertido en intelecto.

Este nivel está asociado con la superficie de la región frontal del cerebro. Como esta es solo la parte superficial de nuestra consciencia, debemos dirigir la consciencia del cursor de nuestra mente, para que vaya por debajo o por encima de ella. Como ir más abajo es más fácil (Arka, 2013), en el método de Meditación Intuitiva, los practicantes usan sus manos para dirigir el cursor de su mente hacia donde quieren que vaya.

En las etapas iniciales, el practicante no lucha con la naturaleza pensante de uno de su mente, sino que la invita a ir a donde quiera, mediante el uso del tacto con toques consciente a 19 partes diferentes del cuerpo.

Cuando se combina el tacto, con la respiración rítmica y un sonido vibratorio, se convierte en una forma relativamente fácil de entrenar a la mente superficial para que se someta a la voluntad y a la dirección de uno. Este método también despierta las capas más profundas del Ser, al traer los niveles cada vez más profundos de consciencia a la superficie.

Al principio y al final de la práctica, este método también va acompañado de un gesto que invita al practicante a llevar su consciencia al centro de su pecho superior, conocido como el centro del corazón.

### 4. Rebobinando nuestra consciencia superficial y el desarrollo del cuerpo

Parece que hay una relación inversa entre rebobinar nuestra consciencia superficial y el orden de nuestro desarrollo anatómico (Lindhard, 2020, en prensa). Esta hipótesis podría arrojar algo de luz sobre la naturaleza topográfica de los niveles que encontramos al emprender el viaje interno, así como sobre dónde e incluso cómo se pueden ubicar los trastornos en el cuerpo.

Esto podría conducir a una mayor comprensión de ciertos trastornos somáticos y la ubicación de lo que Freud denominó inconsciente, un término que popularizó en su teoría psicoanalítica (Lindhard, 2020, en prensa).

### 5. Experiencias individuales y comunes

La historia de vida de cada uno es diferente. Esto también se aplica cuando emprendemos el viaje interior. Cada persona tendrá sus propias experiencias únicas. Arka (2009; 2013), sin embargo, propone que hay un cierto punto en común sobre cada uno de los niveles principales que encontramos en nuestra búsqueda del Ser más profundo, que los practicantes pueden descubrir y experimentar.

Los científicos también pueden aprender sobre estos niveles preguntando a los practicantes sobre sus experiencias. Este enfoque se utilizó al construir la Escala conocida como la Escala de Consciencia de Sentimiento (FCS) (Lindhard, 2016). Las variables obtenidas provienen de personas que han practicado el método IM regularmente durante aproximadamente dos años, se informaría sobre la calidad de la consciencia vinculada con el corazón. Este enfoque también se puede utilizar para los otros niveles, aunque uno debe recordar que cada persona parte de una consciencia diferente de los diferentes niveles y progresa a su ritmo, por lo que es necesario elaborar las variables conectadas a los niveles en función de la longitud de tiempo practicando el método, no es tan sencillo.

También, es a menudo, solo en retrospectiva que algunos practicantes pueden identificar más fácilmente aspectos de su consciencia durante una determinada etapa.

### 6. Hallazgos científicos sobre IM

Los beneficios completos de este método aún deben investigarse científicamente, pero la investigación en el tercer nivel, utilizando un diseño de medidas repetidas, reveló una diferencia significativa con el primer nivel entre las puntuaciones.

En este estudio, 31 participantes completaron la Escala de Consciencia de Sentimiento (FCS) antes y después de asistir a cinco sesiones de entrenamiento de MI, repartidas en 6 semanas (un total de 13.5 horas). La

segunda vez que se administró la encuesta, se agregaron varias preguntas abiertas. Tanto los puntajes de la escala como las preguntas abiertas indicaron que los participantes experimentaron una consciencia más basada en los sentimientos después de recibir capacitación en IM (Lindhard, 2016; 2017; 2018). Los resultados de este estudio son tentativos y deben repetirse utilizando un tamaño de muestra más grande, que también incluya más participantes masculinos. Los otros niveles también necesitan ser investigados.

### 7. Oración del corazón

Aunque no hay estudios cuantitativos sobre el método conocido como Oración del Corazón, los informes fenomenológicos también indican que hay un cambio de la mente de la cabeza a la mente del corazón. En sus etapas iniciales, comienza "asociando la repetición de los Nombres Divinos... con el sentido somático de uno mismo en el pecho" (Louchakova, 2005, p. 295). Sin embargo, en la forma "acelerada" contemporánea, la atención inicial se fija en el pecho para acceder a la "mente del corazón" gnóstica... De ahí que el análisis fenomenológico de la Oración del Corazón descubra la estructura interna de la consciencia dentro de este 'mente del corazón' en oposición a 'mente de la cabeza' (Louchakova, 2005, p. 295). Aquí vemos una distinción entre la mente pensante y la mente del corazón. Además, señala que "los datos de los grupos focales muestran que la consciencia intencional, asociada con la cabeza, generalmente consiste en construcciones autorreflexivas, analíticas / sintéticas, basadas en la lógica, en oposición a la experiencia vivida en el pecho" (Louchakova, 2005, p. 295). En esto, La oración del corazón (Prayer of the Heart) es consistente con los niveles iniciales descritos por Arka (2013) en su teoría (Lindhard, 2016).

### 8. Sentimientos, emociones y niveles de consciencia

A medida que descendemos de la mente lógica pensante y entramos en las capas más profundas de nuestro ser, la calidad de nuestra consciencia cambia. Se basa más en los sentimientos. El FCS consiste, entre otros, en variables como un sentimiento de paz, intuición, estar centrado, darse cuenta de uno mismo, estar presente en el cuerpo, los pensamientos están más tranquilos y hay un sentimiento de energía. En el estudio de Lindhard, los

puntajes de escala y las respuestas a las preguntas abiertas confirmaron el cambio en la consciencia de los participantes respecto de estas variables (2016; 2017; 2018).

Nuestra consciencia de la experiencia también se vuelve cada vez más emocional a medida que profundizamos, y esto es probablemente más agudo en las mujeres que en los hombres, aunque esto no se ha investigado. Al principio, esto puede ser muy desconcertante para el practicante porque, mientras que los sentimientos son como el agua, "las emociones son como olas" en el mar interior de la consciencia "(Arka, 2003, p. 18).

Hay una cierta superposición entre los sentimientos y los niveles emocionales de consciencia, donde las emociones más superficiales llegan primero a la consciencia, luego también hay ondas más profundas y rítmicas, relacionadas con los sentimientos de bienestar y dicha que puede experimentar el meditador más experimentado.

Siempre se ha esperado que los meditadores manejen los cambios que están ocurriendo en el interior, permitiendo que la energía se abran paso a través de los llamados "bloqueos". He notado que esto es difícil para algunos occidentales.

Yo, como profesor de Meditación Intuitiva, combino una terapia basada en el corazón para ayudar a los profesionales con esta capa. Este remedio implica desacoplar nuestra identificación verbal con nuestras emociones mediante el cambio de "Estoy enojado" a "una parte de mí está enojada". Solo decir "una parte de mí está enojada", en lugar de "estoy enojado", produce un cambio enorme en la experiencia somática interna de uno, y esto puede ser verificado por uno mismo.

Parece que nuestro cuerpo no distingue los eventos externos, de las historias que nos contamos a través de nuestro diálogo interno de pensamientos, por lo que, al cambiar la forma en que expresamos nuestros pensamientos, produce un cambio en la reacción de nuestro cuerpo hacia ellos (Lindhard, 2015). La ventaja de decir "una parte de mí está enojada, ansiosa o triste o lo que sea" es que no entramos en negación y convertimos la energía de esa emoción en parte de nuestra personalidad oscura. Esto ayuda al intrépido explorador del mundo interior, a investigar también dónde guarda las diversas emociones y sentir las experiencias que comienzan a ocurrir en su interior.

Arka (2013) habla de convertirse en un surfista del mundo interior, y para cualquiera que haya tomado consciencia de esta capa, la descripción es adecuada. Al enseñar el método de meditación Intuitiva durante más de 15 años, me doy cuenta de que tenemos muchas emociones en nuestra sombra y cuando nos relajamos en la meditación, comienzan a aparecer en nuestra consciencia. Aunque inicialmente desagradable, esto es normal y nos da la oportunidad de trabajar con nuestra personalidad emocional en la sombra.

Una vez que la energía de una emoción reprimida sale a la luz, pierde su potencial de surgir cuando menos lo esperamos. Entonces, desde esta perspectiva, la salud mental implica llevar nuestras emociones de la sombra a la luz.

También es bien sabido que las emociones que tenemos en nuestra sombra se pueden proyectar en otro o incluso en un grupo de personas. Esto hace que sea particularmente importante que trabajemos en la capa emocional, ya sea a través de la terapia, navegando las sensaciones durante la meditación, o en una combinación de ambas.

Las emociones parecen ser el pegamento que mantiene nuestros viejos recuerdos en su lugar, y en el viaje del autodescubrimiento, estos deben ser llevados a la consciencia. Afortunadamente, no necesitamos concienciar el recuerdo del evento, sino las sensaciones internas que lo mantienen en su lugar. Obtuve esta idea del método de curación del trauma de Levin conocido como "experiencia somática" (Levine y Frederick, 1997).

En la meditación y probablemente también con otros métodos, el practicante a veces recibe una visión o un sueño que le ayuda a ver el evento traumático desde una perspectiva nueva y más amplia. Por ejemplo, los niños que han sido maltratados físicamente por uno de sus padres reciben una visión o un sentimiento en el que ven que su madre o padre también fue maltratado físicamente cuando eran niños. El trabajo de Geldin (1981) sobre la "sensación experimentada" está relacionado con este tema. "Una sensación sentida no viene a ti en forma de pensamientos o palabras u otras unidades separadas, sino como un sentimiento corporal ((p.32). Esta comprensión, junto con dejar ir el almacenamiento del trauma en la consciencia más profunda a través de surfear la sensación en la meditación, trae nueva vida al sistema, que luego puede estar acompañada por un sentimiento de compasión hacia los antepasados.

## 9. Desórdenes mentales

Los trastornos mentales se pueden dividir en varias categorías amplias, como las relacionadas con emociones como la personalidad, el estado de ánimo y la ansiedad, y aquellas que se basan en los patrones de conducta de la persona, como el abuso de sustancias y los trastornos alimentarios.

Como se señaló, las emociones que están en nuestra sombra pueden llegar a nuestra consciencia superficial mientras meditamos. Aunque desagradable, se considera una oportunidad para reintegrarlos conscientemente. En nuestra vida cotidiana, también pueden darse cuando nos provocan o cuando algo en el entorno los desencadena, incluidas las historias internas que nos contamos. Esto puede ser abrumador y hacer que la persona actúe de manera "fuera de orden" e incluso llevarla a actuar de manera violenta contra sí misma o contra otra persona.

Otro mecanismo psicológico es una proyección que implica visualizar nuestra parte o partes de la sombra sobre otra persona o un grupo de personas, y luego condenar ese rasgo en ellas. Uno ve esto en la reacción exagerada de algunos padres al enojo en sus hijos. ¿Con qué frecuencia escuchamos "no debes estar enojado" expresado en un tono de voz enojado, cuando el niño está enojado? Los padres a menudo prefieren regañar la manifestación de ira en el niño que enfrentar su ira que está dentro.

Para mantener el amor de los padres, el niño comienza un patrón mediante el cual suprime esta emoción y se convierte en parte de su sombra, oculta a los demás y, lo que es peor, oculta a la persona misma, al igual que la de su padre.

Otro ejemplo es cuando un bebé nace en una familia, los padres a menudo esperan que el niño mayor esté encantado. Muchos están celosos y enojados. Una madre que acaba de dar a luz a su segundo hijo compartió conmigo que su primogénito le dijo que deseaba que su hermana volviera al vientre de su madre. Es mejor reconocer los sentimientos del niño por ejemplo la madre podría decirle: sí, puedo sentir que una parte de ti está enojada, esto es difícil para ti, ya que antes podía prestarte la mayor parte de mi atención y ahora tienes que compartirlo con tu hermana que es más pequeña que tú. Comprendo que esto no sea fácil para ti, pero podremos pasar tiempo de calidad juntos. Te quiero mucho y cuando te sientas molesto, dímelo y

podemos hablar de ello. Aquí se reconoce la ira y los celos, pero solo como una parte, la madre muestra que comprende la causa de la emoción y confirma que ama al niño. Además, la madre sugiere que el niño pueda hablar con ella sobre sus sentimientos cuando lo necesite. En este escenario, el amor de los padres no está vinculado a la reacción emocional del niño.

Las emociones que hemos visto parecen pertenecer a niveles más profundos de nuestra consciencia, donde el corazón posiblemente juega un papel. Esto es consistente con las experiencias de alrededor del 5 al 15 por ciento de las personas que, al recibir un trasplante de corazón, pueden percibir los recuerdos del donante, hasta sus gustos o disgustos. Estos informes conducen a muchas preguntas sobre la memoria y su almacenamiento. "¿Está almacenado en el sistema circulatorio del corazón, debajo de la capa de neuroectodermo del cerebro, la totalidad de la capa del mesodermo, el corazón como órgano o incluso fuera del sistema, donde el corazón juega un papel en su recuperación?" (Lindhard, 2020, en revisión).

Con respecto a los trastornos relacionados con los patrones de conducta, parece que la persona podría estar buscando ir más allá de su consciencia mental, que luego es alterada temporalmente por la sustancia. Esto podría aliviar un pensamiento mental hiperactivo o exigente por un corto tiempo, ya que realizar una acción externa que sea placentera, como comer, podría ayudar a una persona a escapar de experimentar su consciencia. Las señales fisiológicas (o "marcadores somáticos") vinculadas a ciertas emociones, asociadas con resultados pasados, también pueden influir en estas elecciones de comportamiento (Damasi et al, 1991). Muchas personas prefieren mantenerse activas en lugar de sentarse a meditar, sin darse cuenta de que debajo de su consciencia mental superficial y la activación de la capa emocional, hay otros niveles que brindan una enorme alegría una vez que se eliminan los inconvenientes iniciales.

Luego están los trastornos relacionados con el trauma, como los trastornos de estrés postraumático. Anteriormente sugerí que el pegamento que mantenía viejos recuerdos en su lugar es una emoción. Esto hace que limpiar nuestros recuerdos sea un desafío, ya que esto requiere activar la sensación que tiene que ver con la memoria traumática, incluida la emoción que la mantiene en su lugar, pero esto es mucho más fácil que activar la memoria misma. Cuando esto se hace, según Levine (1997), la persona se retraumatiza a sí misma.

Entonces, desde esta perspectiva, la terapia de enfoque somático o surfear las emociones durante la meditación son formas diferentes en que lentamente podemos dejar nuestro pasado atrás.

Las dolencias más graves como los trastornos psicóticos como la esquizofrenia son complejas. Algunos casos están relacionados con traumas que se han agravado más tarde con el abuso de sustancias. Las sustancias como los cigarrillos, el alcohol y las drogas blandas y duras tienen un gran efecto en nuestra experiencia consciente.

Una amiga mía a quien se le diagnostica esquizofrenia ha cambiado su estilo de vida para ver si esto ayuda con sus síntomas de oír voces. Esto incluye dejar el alcohol, los cigarrillos y el café. Ella declara que esto ha tenido un efecto positivo y ahora está probando diferentes formas de meditación (Beyer, 2019). También admite abiertamente que estaba severamente traumatizada en una etapa de su vida, por lo que parece que la etiología de algunos trastornos mentales es múltiple.

El inicio de la esquizofrenia también ocurre a menudo cuando la persona se encuentra en una etapa vulnerable de su vida, como el comienzo de la adolescencia. Mientras que la esquizofrenia se considera un problema médico en la sociedad occidental, en muchas sociedades tradicionales se considera un problema espiritual (Edgerton, 1980; Gaines, 2014). Quizás las Sociedades Occidentales podrían aprender más sobre las formas de manejar este tipo de trastornos de las sociedades tradicionales. Muchas experiencias son aterradoras cuando van mucho más allá de nuestras experiencias normales, por lo que cuanto más sepamos acerca de los estados, más fácil será para nosotros comprender ciertas experiencias internas que a menudo se consideran patológicas. Posiblemente con el enfoque y la capacitación adecuados, la persona puede comenzar a hacer frente a su mundo interno de una manera nueva.

También hay trastornos conocidos como trastornos cefálicos, que generalmente son afecciones congénitas que están relacionadas con el desarrollo del sistema nervioso. La correlación de los niveles de consciencia con las capas formadas durante el desarrollo de nuestro cuerpo podría conducir a una mayor comprensión de la consciencia de las personas cuyo desarrollo cerebral se detiene, como los niños con hidranencefalia.

Estos niños no continúan desarrollando la consciencia mental pensante, ya que los hemisferios cerebrales en la región de la corteza cerebral están completamente o parcialmente llenos de un saco membranoso lleno de líquido cefalorraquídeo (Global Hydranencephaly Foundation, 2019), pero eso no significa que ellos no experimentan un sentimiento de consciencia corazón-mente.

Esto también se aplica a las personas que sufren otros tipos de trastornos cefálicos. El modelo de consciencia presentado aquí va más allá del de ciertos neurocientíficos que consideran que la consciencia es un producto del cerebro. Como se sugirió anteriormente, una vez que consideramos que hay diferentes niveles de consciencia, las personas con daños en el sistema nervioso en desarrollo, no significa que no estén conscientes, solo significa que es posible que no puedan desarrollar una consciencia intelectual.

Cuando descubrimos y recuperamos nuestra capacidad de acceder a los niveles más profundos de consciencia, nos damos cuenta de que experimentar estos niveles más profundos, puede agregar otra dimensión a nuestra vida. Esto implica que experimentar la consciencia de los niños con ciertos trastornos cefálicos puede ser satisfactorio, pero no necesariamente completo. Sin embargo, si tienen muchos problemas emocionales no resueltos, su consciencia experimental podría estar dominada por problemas emocionales no resueltos que, dependiendo de la emoción, pueden dar lugar a arrebatos de ira que conducen a actos agresivos contra ellos mismos u otros.

### 10. Nuestro cuerpo como contenedor

Vivimos en un cuerpo que puede verse como un tipo de contenedor (Arka, 2003). Se forma en grados sucesivos vinculados a capas de consciencia, donde los genes, el medio ambiente y una entidad no física pero poderosa juegan un papel fundamental. En biología, hablamos de las tres fuerzas detrás del desarrollo, mantenimiento y destrucción del cuerpo material de un organismo vivo, incluidas las células, como anabolismo, metabolismo y catabolismo (Bhakti Niskama Shanta, 2015).

A través de percances durante el embarazo, sabemos que el entorno juega un papel importante, principalmente a través de la madre. "Lo que las madres

comen, beben y sienten, los entornos que experimentan afectan diariamente el desarrollo neuronal de su hijo por nacer" (Scheibel, en Lindhard, 2016, p. 91). Esto incluye el abuso de sustancias por parte de la madre y posiblemente también sus pensamientos. Sabemos que nuestros pensamientos, puede considerarse que contienen una cierta cantidad de energía, afectan nuestro cuerpo (Lindhard, 2015), pero no sabemos cómo los pensamientos de la madre pueden afectar el crecimiento del cuerpo del embrión o su consciencia.

En el caso del ser humano, la vida uterina se extiende por un período prolongado e incluso después del nacimiento, el bebé depende de sus cuidadores durante muchos años. Durante estos períodos, pueden suceder muchas cosas que dan forma a la consciencia del ser en crecimiento, especialmente emocionalmente.

Sabemos por los monos de Harlow, que los bebés necesitan mucho más que comida y refugio para convertirse en seres con habilidades sociales adecuadas, en el experimento cuando el contacto con una madre viva estaba ausente y el bebé era atendido por una madre de tela o alambre, los monos infantes no sabían cómo relacionarse con su tribu cuando fueron reintroducidos. Los "monos aislados socialmente también mostraron un comportamiento perturbador, un comportamiento hiperactivo e incluso automutilación, cuando se los reintrodujo en el grupo, no estaban" seguros de cómo interactuar; muchos se mantuvieron separados del grupo y algunos incluso murieron después de negarse a comer "(APS, nd párr.2). Parece que los bebés humanos, como esos monos bebés, necesitan afecto, sentimiento y contacto para desarrollar adecuadamente sus habilidades sociales. En los humanos, hablamos de amor, y el amor de la madre siempre ha sido considerado como realmente especial.

### 11. Experiencias anteriores

Todos hemos sufrido experiencias negativas durante nuestras vidas, algunas más que otras y estas experiencias seguramente habrán dejado una marca en nuestra consciencia. Estas experiencias pueden afectar radicalmente nuestras vidas, pero cómo y cuánto, es difícil de decir. El desarrollo de la consciencia mental pensante y nuestras habilidades intelectuales son muy valorados en nuestra sociedad, pero esta capacidad no significa que nuestras habilidades emocionales estén bien evolucionadas.

El modelo presentado aquí sugiere que hay sentimientos y niveles emocionales por debajo de nuestro nivel superficial de consciencia mental, donde la mente del corazón juega un papel clave. Esto es apoyado por Armor (1991; 2007; 2008) que ha demostrado que el corazón tiene un sistema nervioso intrínseco propio y por McCraty (2009) que ha descubierto que el corazón envía más señales al cerebro que viceversa.

Se ha sugerido aquí, que a través de nuestra voluntad podemos dirigir el cursor de nuestra mente hacia las capas más profundas de nuestro ser y rebobinar nuestra historia, para que podamos encontrar nuestra verdadera naturaleza del Ser más profundo que impregna el ser y está más allá.

Esta experiencia tiene un gran impacto en la persona. Los santos y los sabios de todas las tradiciones que siguen un camino místico son testimonio del tremendo cambio que experimentan a través de esta experiencia. Sin embargo, no todas las personas están interesadas o dispuestas a emprender este viaje interior hasta el final, pero, como lo indiqué en este documento, hay enormes beneficios si podemos volver a conectarnos con nuestra mente del corazón y también superar las emociones superficiales que comienzan a manifestarse, durante las fases iniciales de nuestro viaje interior.

Aprender a desarrollar nuestra mente intelectual no es suficiente para una satisfacción total en la vida. Es bien sabido que las emociones pueden afectar o sesgar los procesos humanos de toma de decisiones (Lowenstein y Lerner, 2003; Pfister y Böhm, 2008) y si estas decisiones se basan en problemas emocionales no resueltos relacionados con nuestro pasado, esto puede tener grandes consecuencias para nosotros e incluso para otras personas, especialmente si esa persona ocupa una posición de poder.

### ■ Discusiones y conclusiones

La buena noticia para los humanos es que, a pesar de las experiencias negativas relacionadas con nuestro pasado, el ser humano, o al menos la mayoría de nosotros, puede rebobinar nuestra consciencia superficial e integrar nuestras vivencias pasadas de nuevas maneras, ya sea a través de la meditación, la terapia o a través de la manera que hemos descubierto. Si todos nosotros podemos rebobinar todas nuestras experiencias pasadas es incierto, el abuso de sustancias en varias fases de nuestra vida puede

dejar nuestro sistema gravemente dañado. En la tradición yóguica donde el practicante busca la unión mística entre el espíritu individual o el yo con el Espíritu Universal o el Ser (Ayush, n.d., párrafo 1), el practicante a menudo sigue una dieta estricta, pero este tema está más allá de nuestro análisis aquí.

Este enfoque arroja nueva luz sobre los trastornos mentales, al indicar que muchos de estos pueden superarse si la persona está dispuesta a comenzar el viaje interno a través de cualquier método que le atraiga. Esto indica que probablemente necesitamos más personas que puedan facilitar a otros en este viaje, si necesitan ayuda.

Basado en la teoría de los seis niveles principales de consciencia, nos damos cuenta de que desarrollar la mente pensante no es la historia completa y que, por debajo de la consciencia mental relacionada con la parte frontal del cerebro tenemos otros niveles que podemos aprovechar y rebobinar la historia que incluye la integración de experiencias traumáticas de una manera nueva.

El desarrollo de nuestra capacidad intelectual no traerá una satisfacción completa y que las personas, especialmente los jóvenes, necesitan afecto, sentimiento y contacto para desarrollar adecuadamente sus habilidades sociales.

La tendencia de las madres a volver al trabajo cuando el bebé aún es muy pequeño puede generar déficits en el desarrollo emocional del niño y debemos ser conscientes de esto. Nuestro sistema educativo actual, que se ocupa principalmente del desarrollo de la capacidad intelectual de los niños, también debe ser consciente de esto y tal vez considerar combinar la capacitación intelectual con formas de superar los problemas emocionales (Lindhard, 2019).

Los encargados de formular políticas sociales, estar conscientes de la necesidad de los niños de una "maternidad" adecuada y de la importancia de esto para su estabilidad emocional, podría buscar una forma de dar incentivos financieros a las madres para que cuiden a sus hijos durante un período determinado antes de regresar al trabajo. Esto podría no solo ahorrar a los contribuyentes miles de euros necesarios para ayudar a las personas con problemas emocionales más adelante en sus vidas, sino que también podría ayudar a crear una sociedad más estable y equilibrada

En un nivel teórico, la teoría de los seis niveles principales de consciencia indica que nuestra consciencia mental de pensamiento es solo un nivel y que debajo de este, tenemos otros niveles a los que se puede acceder y experimentar al dirigir el cursor de nuestra mente hacia lo más profundo niveles. Desde la perspectiva presentada, tenemos una 'mente' conectada con el pensamiento y del cerebro, pero debajo de esto, tenemos una mente basada en los sentimientos, que comprende varios niveles conectados con el corazón. Esto no significa que estas capas más profundas no se reflejen en ciertas áreas del cerebro, pero parece que las experimentamos a través del cuerpo.

También hemos indicado que, para transitar a través de los niveles, tenemos que aprender a surfear las olas de experiencia que ocurren en el mar de nuestra consciencia interior. Al permitir que nuestras emociones, que están en nuestra sombra o relacionadas con eventos traumáticos pasados, lleguen a nuestra consciencia, nos permite transmutar la energía detrás de ellas.

Cuando podemos distinguir lo que está sucediendo afuera de una manera que no está influenciada por nuestras emociones inconscientes, probablemente nos permite actuar de manera más apropiada, específica a la situación y no condicionada por nuestro pasado.

Parece que las emociones pierden su poder cuando son reconocidas. Un cambio en la tendencia a proyectar nuestras emociones no reconocidas en los demás, podría marcar una gran diferencia en nuestra relación con ellos y, por lo tanto, en la forma en que vivimos en este planeta.

Las sugerencias presentadas aquí justifican una mayor investigación científica, ya que aprender a surfear las sensaciones, mitigar el efecto del trauma y llevar los aspectos sombríos de nuestra personalidad, como la ira, a la luz de la consciencia, parece ser uno de los requisitos para la salud mental y para crear una sociedad más armoniosa, basada en sentimientos, más sensible y consciente.

## ■ Reconocimientos

Estoy muy agradecida con todas las personas que me han ayudado a comprender este tema, especialmente el filósofo y yogui Srinivas Arka que me inspiró y animó a pensar, sentir y ver las cosas en su verdadera perspectiva, a través de la ciencia, la lógica y la experiencia intuitiva. También le agradezco por compartir sus ideas sobre la naturaleza de la consciencia y la mente. Además, agradezco al Dr. van der Wal por ayudarme a ver nuestro pasado embrionario a través de varias lentes.

## ■ Referencias bibliográficas

- APS (2018). Harlow's Classic Studies Revealed the Importance of Maternal Contact. The Association for Psychological Science. Retrieved from <https://www.psychologicalscience.org/publications/obsonline/harlows-classic-studies-revealed-the-importance-of-maternal-contact.html>
- Arka, S. (2003). *Becoming inspired*. London: Coppersun Books.
- Arka, S. (2009). *Arka Dhyana. An adventure of Self-discovery through the practice of intuitive meditation*. Middlesex, UK: Coppersun Books.
- Arka, S. (2013). *Arka Dhyana Intuitive Meditation. An enlightening journey into your inner realms initiated by your breath, sound and touch*. Middlesex, UK: Coppersun Books.
- Armour, J. A. (1991). Anatomy and function of the intrathoracic neurons regulating the mammalian heart. In I. H. Zucker & J. P. Gilmore (Eds.), *Reflex control of the circulation*. Boca Raton: CRC Press. p. 1–37.
- Armour, J. A. (2007). The little brain on the heart. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 74, 48–51.
- Armour, J. A. (2008). Potential clinical relevance of the 'little brain' on the mammalian heart. *Experimental Physiology*, 93(2), 165–176.
- Ayush, (n.d.). Definition of Yoga. [Ayush.gov.in](http://ayush.gov.in). Retrieved from <http://ayush.gov.in/about-the-systems/yoga/definition-yoga>
- Bhakti Niskama Shanta, (2015). Life and consciousness – The Vedāntic view. *Communicative and Integrative Biology*. 8 (5): e1085138. doi: 10.1080/19420889.2015.1085138 Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4802748/>
- Course Hero, (n.d). Neuroanatomy. Duke University. PSY 91. Retrieved from <https://www.coursehero.com/file/233323/braintour/>

- Damasio, A.R. (1994). *Descartes' Error: emotion, reason and the human brain*. New York: Grosset/Putnam.
- Edgerton, R.B. (1980). Traditional treatment for mental illness in Africa: A review. *Cult Med Psych* 4, 167–189 (1980) doi:10.1007/BF00051433 Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00051433#citeas>
- Gains, R. /2014). *Culture & Schizophrenia: How the Manifestation of Schizophrenia Symptoms in Hue Reflects Vietnamese Culture*. In SIT Digital Collections. Retrieved from [https://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2851&context=isp\\_collection](https://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2851&context=isp_collection)
- Gendlin, E. T. (1981). *Focusing*. USA: Bantam Books
- Global Hydranencephaly Foundation (2019). Retrieved from <https://www.hydranencephalyfoundation.org/about>
- Levine, P. & Frederick A. (1997). *Wakening the Tiger: Healing Trauma*. CA: North Atlantic Books.
- Lindhard, T. (2015). Emotions including anger, bodily sensations and the "Living Matrix." *The Open Psychology Journal*, 8, 3–10. Retrieved from <http://benthamopen.com/TOPSYJ/VOLUME/8/ISSUE/001/>
- Lindhard, T. (2016). *Unlocking the secrets of the heart through meditating on the self*. PhD diss., Dept. of Consciousness Studies, University of Professional Studies. DOI: 10.13140/RG.2.2.16952.96008
- Lindhard, T. (2017). *Experiencing peace through heart-based meditation on the Self*. *The Open Psychology Journal*. 10(1): 27–40. doi:10.2174/1874350101710010027
- Lindhard, T. (2018). *The Theory of Six Main Levels of Consciousness: A Study of the Third level*. *Journal of Consciousness Exploration & Research*, Vol 9, Issue 1. DOI10.13140/RG.2.2.35972.22402
- Lindhard, T. (2019). *Western Institutional Education System, Cultural Diversity and Violence*. In J. Martín Ramírez and Valentín Martínez-Otero Pérez (Ed). *Violencia y Diversidad*. Madrid: Universidad Antonio de Nebrija.
- Lindhard, T. (2020). *Anatomical Correlates of the Main Levels of Consciousness*. (in press).
- Louchakova, O. (2004). *Essence of the Prayer of the Heart*. In *Gasping for air in a vacuum*, edited by L. Lozowich, 35–50. Prescott, AZ: Holm Press 2004.
- Louchakova, O. (2005). *Ontopoieses and union in the Prayer of the Heart: Contributions to psychotherapy and learning*. In A.-T. Tymeinjecha (Ed.), *Analecta Husserliana: Logos of phenomenology and phenomenology of the logos*. Book four (Vol. 91, pp. 289–311).

- Dordrecht, Netherlands: Springer.
- Louchakova, O. (2007). *Spiritual heart and direct knowing in the Prayer of the Heart*. *Existential Analysis*, 18(1), 81–102.
- Lowenstein, G., & Lerner, J.S. (2003). *The role of affect in decision making*. In R. Davidson, K. Scherer, & H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective science*, pp. 619–642. New York: Oxford University Press.
- McCraty, R. (2009). *The coherent heart-brain interactions, psycho physiological coherence, and the emergence of system-wide order*. *A Transdisciplinary Transcultural Journal*, 5(2), 11–114.
- Prendergast, J. (2019). *The Deep Heart: Our Portal to Presence*. Colorado: Sounds True ISBN:168364252X
- Pfister, H.R., & Böhm, G. (2008). *The multiplicity of emotions: A framework of emotional functions in decision making*. *Judgment and decision making*, 3(1), 5-17.

## ***Exploring impact of emotional violence on mental health of school students***

**Muhammad Nasir Khan**, Research Associate, International Islamic University, Islamabad, Pakistan

Correspondencia: nasiriu786@gmail.com

**Yasir Khan**, Former Consultant, UNODC, Vienna

Correspondencia: yasirmutalli@gmail.com

### ■ Abstract

**Objectives:** The study aims to explore impact of emotional violence on mental health of school students. **Methods:** The study is conducted through snowball sampling technique for the selection of participants including school teachers and students in Punjab province of Pakistan. For this purpose, unstructured interview is used as a tool of research to achieve the objectives of study. **Findings:** The study concludes that emotional violence exists in the secondary school students in the form of emotional abuse and bullying that is affecting the mental health of students in the form of psychological disorders. **Applications:** In general, findings of the study are applicable in launching counselling and guidance centers in school education department, Punjab province of Pakistan.

**Keywords:** Significance, Psychology, Health, Policies, Practices.

### ■ Introduction

Seventy percent children from low income families have been found in street crimes (Hill, Levermore, Twaite, & Jones, 1996). A number of school students are with mental health concerns which affect their learning ability (Azzi Lessing, 2010). Many psychological, physiological and environmental causes exist for the mental health in which poverty is one of the major causes of stress. Effect of the factor contributing mental health of students can be observed in the classroom (Jensen, 2009).

The challenge to the schools is how to address the mental health concerns of students with launching different academic programs. The critical concern of most of the schools is how to address the mental health situation in the students (Kutash, Duchnowski, Lynn, 2006).

Several studies have shown that this is urgent need to support the mental health problems of youth (Adelamn & Tylor, 2006).

Emotional violence can cause isolation (Follingstad, Coyne, & Gambone, 2005). World Health Organization (2011) reports that 20 percent adolescents suffer from mental disorders like depression and anxiety at school level. Swami (2010) concluded that life satisfaction is concerned with mental health of the people. World Health Organization Bangladesh (2019) reported that mental disorders have been found the school adolescents and an urgent focus is required to reduce the ratio of mental health disorders in the youth. World Health Organization concluded that major or minor disorder have been found in the Indian school adolescents (India Today, 2017, April18).

Burton (2008) states that some of the effects of violence on adolescents occur in their cognitive development, this manifests as negative effects on their intellectual development of. Allen (2005) believes that some of the effects experienced by victims of violence are low self-esteem and peer relationship difficulties.

Children living with domestic violence have been described as the 'forgotten' or 'invisible' victims. Causes of violent acts among students refer to students' socio-economic positions of their parents (Kalogridi, 1995). There are empirical evidences that poor parental discipline and supervision are a relevant risk factor for the antisocial behaviors in adolescents (Loeber et al., 1993; Yoshikawa, 1994).

In Pakistan, national mental health policy was framed in 1986 to address the mental health problems and issues. But unfortunately, this policy was completely implemented until 2002 (Karim et al. 2004). In Indonesia, each year, 3.5 million high school students fall victim to crimes at school. Almost 1 million of these incidents involve in sexual violence. During the 2015–16 school year, the rate of violent incidents per 1,000 students was higher in middle schools (27 incidents) than in high schools (16 incidents) and primary schools (Diliberti, M., Jackson, M., and Kemp, J. ,2017,p-3).

## ■ Discussion

The collected data from the participants declare that emotional violence must be addressed to overcome the mental health disorders in the school adolescents. Majority of the participants were agreed that there must be launched mental health policies at school level. The participants were in opinion that family background is one of the major causes of emotional violence in the school youth. Imitation plays a fundamental role for children in social and academic settings. Children exposed to violent home and community environments may be more likely to imitate, and transfer learned behaviors to the classroom setting. Children often imitate modeled behavior in social environments, specifically during peer interaction. The process of imitation and socialization become pertinent to the identification process as students socialize more with like-minded peers (Aloise-Young & Chavez, 2002; Ellenbogen & Chamberland, 1997 as cited in McGahaGarnett, 2008).

### 1. Primary Research Question

The main objective of the study was to explore the perceptions of teachers and students of secondary schools towards the impact of existing emotional violence on the mental health of school adolescents.

### 2. Sub-Questions

The sub-questions include the recommendations concerning the solutions of impact of emotional violence on the mental health of students.

### 3. Scientific Contributions & Significance

The scientific contributions of the study include empirical addition in the knowledge for the comprehension of impact of emotional violence on the mental health of secondary school students.

### 4. Research Method

The participants of the study were teachers teaching to secondary schools and the students of 9th class. The participants were asked open ended questions concerning the existing situation of emotional violence and its impact on the mental health of school students. The study was qualitative in nature. After

collecting the data, thematic content analysis was used in which themes were identified to meet the objectives of the study. "This method is used to analyze classifications and present themes. It elaborates the data in a vast detail and deals the subjects via interpretations" (Boyatzis, 1998). Codes were assigned to participants' responses to develop concepts, constituting the start of the analytic process.

## ■ Conclusion

The study concludes that emotional abuse is continuously producing anxiety and frustration in the students. Loneliness was found as emerged theme of effects of emotional violence. Anxiety and frustration has been found in the students with emotional violent activities. A number of students have been found in emotional abuse and bullying. The participants recommended to launch a clear policy on mental health of students. Major revisions in teacher training programs are needed to overcome the emotional violence in the adolescents.

## ■ Funding Sources

This work did not received financial support from any public or private organization.

## ■ References

- Adelman, H. & Taylor, L. (2006) Mental Health in Schools and Public Health Public Health Reports, 121, 294-298.
- Azzi-Lessing, L. (2010) Meeting the Mental Health Needs of Poor and Vulnerable Children in Early Care and Education Programs. ECRP, 12, 1-14.
- Follingstad DR, Coyne S, Gambone L. A representative measure of psychological aggression and its severity. *Violence and Victims*. 2005;20:25-38.
- WHO (2011). Mental health: a state of well-being. [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/retrieved on 7.6.2019](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/retrieved%20on%207.6.2019)
- Swami, V.& Furnham, A. (2007). General health mediates the relationship between loneliness, life satisfaction and depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
- Mathers, C. (2008) The global burden of disease: 2004 update. World Health Organization, USA.

World Health Organization Bangladesh (2019). Developing a national mental health policy in Bangladesh. <http://www.searo.who.int/bangladesh/>.

India Today (2017, April 18). 9 types of mental disorders in children: Symptoms and warning signs. <https://www.indiatoday.in/education-today/gk-current-affairs/story/common-mental-disorders-among-children-972126-2017-04-18>.retrieved on 7.6.2019

China Daily (2018, May 24). Mental health issues rise among children.<http://www.chinadaily.com.cn/a/201805/24/WS5b0604b0a3103f6866eee3d8.html> retrieved on 7.6.2019.

Zhang,F & Zhao,J(2015).China is Prepared to Fight Against Emerging Mental Health Disorders?;International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience, Vol. 17, No.3, pp. 628-634, ISSN 1522-4821.p-629.file:///C:/Users/as/Downloads/china-is-prepared-to-fight-against-emerging-mental-health-disorders-1522-4821-1000244.pdf.

National Mental Health Policy (2001-2005).Directorate of Community Mental Health: Directorate General of Community Health: Department of Health-Social Welfare: Republic of Indonesia, Jakarta, March 2001, p-19.

<https://mhpolicy.files.wordpress.com/2011/06/menal-health-policy-indonesia-2001-05.pdf>  
World Health Organization (2013) Draft comprehensive mental health 2013-2020. The World Tilford, S. (Eds.) (2006) Mental Health Promotion: A Lifespan Approach. Maidenhead: Open University Press.

Karim, S.& Jenkins, R. (2004). Pakistan mental health country profile. International Review of Psychiatry, 16(1-2), 83-92.

World Health Organization: Mental Health Atlas (2005).

Comer, J.P. (1984). Home-school relationships as they affect the academic success of Humayun, A.(2016, November 19).Mental Health Priorities. Daily, "Dawn".

De Pedro, K.& Esqueda, M.C. (2011). The children of military service members: Challenges, resources, and future educational research. Review of Educational Research.

Liu, Y. Y., & Lu, Z. H. (2011). The Chinese high school student's stress in the school and academic achievement. Educational Psychology.

Hossain, A. & Razia, S.(2018). Mental Health Disorders Status in Bangladesh: A Systematic Review; JOJ Nursing & Health Care.Vol 7, Issue 2.p-3.

Kutash, K., Duchnowski, A., Lynn, N. (2006). School-Based Mental Health: An Empirical Guide for Decision-Makers. The Research and Training Center for Children's Mental Health. University of Southern Florida.

## ***Experiencias tempranas de violencia: impacto en la salud biopsicosocial y la disposición a la paz***

**Mikel García García**, Doctor Internacional en "Estudios Internacionales en Paz, Conflictos y Desarrollo", Universitat Jaume I (UJI Castellón).  
Psicoterapeuta de orientación analítico-integrativa

Correspondencia: iratxomik@gmail.com

### ■ Resúmen

Se estudia el efecto del trauma temprano sobre la paz interna y social. Se diseñó una investigación cualitativo-cuantitativa con la participación de 174 personas que han sufrido experiencias traumáticas en España y Colombia. Los resultados muestran que quienes sufrieron experiencias de violencia, especialmente en edades tempranas, presentan alta traumatización, perfiles patológicos de personalidad, hostilidad, apegos hostiles, falta de empatía, y moralidad deontológica. El subgrupo de alta disociación no es consciente del trauma y tiene los perfiles menos saludables. Se ha evidenciado mayor traumatización en experiencias acumulativas de violencia, especialmente en violencia derivada de conflictos armados y en las mujeres. La psicoterapia resulta efectiva para modificar perfiles patológicos de personalidad y aumentar la paz. Los resultados confirman las hipótesis de la investigación aunque se trata de un estudio más exploratorio que confirmatorio por el diseño no probabilístico y por haber necesitado más muestra. Las implicaciones de los datos son relevantes tanto para entender la complejidad del problema como para proveer cambios educativos y clínicos. Con la información científica obtenida se han diseñado protocolos de intervención psicosocial con la finalidad de desplegar en los participantes paz un mejor afrontamiento psicosocial del trauma que transforme positivamente su predisposición a la paz social.

**Palabras claves:** Violencia, salud mental, trauma, paz, conflicto.

## ■ Summary

*The effect of early trauma on internal and social peace is studied. A quantitative qualitative research was designed with the participation of 174 people who have suffered traumatic experiences in Spain and Colombia. The results show that those who experienced experiences of violence, especially at an early age, have high trauma, pathological personality profiles, hostility, hostile attachments, lack of empathy, and deontological morality. The high dissociation subgroup is not aware of the trauma and has less healthy profiles. There has been greater traumatization in cumulative experiences of violence, especially in violence derived from armed conflicts and in women. Psychotherapy is effective to modify pathological personality profiles and increase peace. The results confirm the research hypotheses although it is a more exploratory study that confirms by the non-probabilistic design and for having needed more sample. The implications of the data are relevant both to understand the complexity of the problem and to provide educational and clinical changes. With the scientific information obtained, psychosocial intervention protocols have been designed with the purpose of deploying in the peace participants a better psychosocial coping with the trauma that positively transforms their predisposition to social peace.*

**Keywords:** *Violence, mental health, trauma, peace, conflict.*

## ■ Presentación

La Paz es un significativo vacío, al que podemos atribuirle diversas acepciones, bastantes de ellas imaginarias, ya que no tenemos experiencia suficientemente estable de la paz. Los efímeros períodos de ausencia bellí constituyen, el núcleo experiencial de paz que experimentan la mayoría de los sujetos: Paz interiorizada desde la negatividad. Construir la paz es un proceso de doble negación para la mayoría de los sujetos, cuyo resultado será una paz posibilista, real, no idealizada, es decir: paz imperfecta (Muñoz, 2001, p. 46). Sin embargo, la mayoría de los sujetos tienen un sentimiento de haber vivido un pasado de paz, que se describe como calma profunda y ausencia de conflictos. Es un núcleo que se descubre tras desenmarañar capas de conflictos y sufrimientos y desde el que se puede construir la paz, de dentro hacia fuera, curando la herida traumática en segunda intención. Parece obvio, pero hay que insistir en que, al menos la vida intrauterina ha

sido para la mayoría un período de paz y que el nacimiento fue el primer trauma como se expone en la revisión Otto Rank y la controversia sobre el trauma del nacimiento (Obaid, 2012).

Aunque las relaciones pacíficas puedan conseguirse, es muy distinto si se logran por esfuerzo de contención-pacto o por el desarrollo de capacidades propias de los sujetos que los motivan para la búsqueda de la paz como una condición de existencia.

Al relacionar la paz con el fenómeno del trauma, introducimos un enfoque nuevo en la investigación, ya que no encontramos en la literatura, antecedentes que relacionen los eventos traumáticos tempranos en la adquisición de una cultura de paz. Afirmamos que es posible y necesario superar la división entre ciencias humanas, naturales y sociales. Esta investigación trata de evitar sesgos reduccionistas, el Zeitgeist actual, y se hace desde una disposición de consiliencia, complejidad, integración e intersubjetividad. La investigación se realiza acorde con las perspectivas del Enfoque Integrado Multimodal, la Investigación-Acción Participativa y la Perspectiva de género.

Diversas aproximaciones teóricas desde la psicología profunda han centrado el interés en las relaciones objetales entre cuidadores y sus retoños desde el nacimiento o antes. Basándose en la teoría del apego que propuso John Bowlby (1969) se ha constatado que los vínculos emocionales son determinantes del desarrollo evolutivo y que el estilo de apego constelizado, es un patrón que se mantiene durante toda la vida, y que se manifiesta en la cognición, la búsqueda de sujetos afectivos y la conducta social. Diversas investigaciones constatan la relación entre trastornos mentales y apegos traumáticos. Gumley et al. los detectan en: trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos por estrés postraumático, trastornos psicóticos y de la conducta alimentaria (Gumley et al., 2014; Wickham et al., 2015). Otra forma de estudiar las experiencias tempranas se basa en la Teoría de Rango Social (Gilbert, 2001). Según esa perspectiva, el foco es el recuerdo de los sentimientos en relación a las conductas de sus cuidadores. Los niños que tienen miedo de sus padres pueden adoptar comportamientos defensivos, por ejemplo, un comportamiento sumiso. La conducta sumisa, basada en el miedo, se asocia a la inhibición del comportamiento asertivo (Gilbert et al., 2002). Cruddas et al. hacen hincapié en que el trauma temprano, además de apegos patológicos, dañan la capacidad para confiar en los otros (Cruddas et al., 2012).

La experiencia clínica y diferentes investigaciones señalan que una consecuencia del trauma es la disociación (Herman, 2004; Ogden et al., 2009; Onno van der Hart et al., 2008). La persona traumatizada no puede hacer frente al impacto que el trauma produce en su psique, la información no se procesa en el neocórtex, pero deja huellas mnémicas a nivel somatizadora y emocional. Por lo tanto, puede no haber recuerdos de los traumas vividos junto con un conjunto de defensas para que los recuerdos no sean salientes en la conciencia. Teniendo en cuenta este fenómeno nos encontramos con una dificultad para evaluar adecuadamente, que se ha solventado en la investigación mediante el uso del test de lectura de imágenes de miradas LMO. Lectura de la mente en los ojos, de Baron-Cohen (Baron-Cohen, S., Wheelwright, S. & Hill, J., 2001). El trauma afecta a la capacidad de reconocer las emociones y adivinar los pensamientos que se transmiten por la mirada, reflejándose en una baja puntuación en el test. El resultado de este test se contrasta con la percepción subjetiva de haber tenido trauma según las respuestas a los cuestionarios de eventos vitales negativos y recuerdos de experiencias traumáticas según etapas del desarrollo. De este modo se detecta el trauma inconsciente.

Cuanto mayor poder ha tenido la persona que perpetra el daño, mayor ha sido su capacidad para definir la realidad, y más efecto en que sus argumentos prevalezcan sobre los de la propia víctima y esta los asuma como propios (Serrano Hernández, 2012; Watzlawick, 1989). El perpetrador se convierte en una segunda piel. Concepto que Esther Bick (1968) postula como contenedor.

Las experiencias traumáticas afectan al colectivo y se transmiten de generación a generación. La información que precede al sujeto se transmite de varias maneras. El modo intersubjetivo en la familia permite la transformación por el sujeto de los contenidos psíquicos. En el modo trans-psíquico hay una abolición de los límites y el espacio necesarios, para que los contenidos psíquicos recibidos puedan tornarse propios (Kaës, 1996). La transmisión trans-psíquica se puede relacionar con noción de inconsciente colectivo (IC) de Jung (2010).

	<b>Sentimiento</b>	<b>Explicación</b>
<b>Transformación de conflictos</b>	Compasión, piedad, culpa, arrepentimiento y humildad	Tristeza por el mal ajeno
	Congratulación	Alegría por el bien ajeno
<b>Violencia</b>	Despiedad, insensibilidad, crueldad	Falta de tristeza por el mal ajeno
	Envidia, némesis	Tristeza por el bien ajeno

Tabla 1. Esquema fenomenológico violencia-conflictos basado en Strawson.  
Fuente: Mikel García (Strawson, 1995).

Según Galtung «no hay alternativa a la transformación empática, no violenta y creativa de un conflicto» (2003). Empatía para conocer realmente a las partes, creatividad para poder superar contradicciones, y no-violencia que promueve las necesidades básicas.

Los participantes en la investigación fueron reclutados de la red de contactos del investigador, incluyendo psicoterapeutas y miembros de ONGs, principalmente en España y en Colombia. Esta técnica de muestreo no probabilística se ha elegido como la más apropiada para captar sujetos potenciales en investigaciones delicadas en donde los sujetos son difíciles de encontrar. La muestra completa son 174 sujetos que representa el 21,85% de los 796 sujetos que han participado y han contestado 24 cuestionarios con una dedicación media de 2,5 horas. El 98% de los instrumentos y escalas han pasado el filtro de fiabilidad.

## Resultados

1. Se ha encontrado un constructo de paz integrado por 21 variables que constituyen el mejor modelo que combina el principio de parsimonia y mayor varianza explicada mediante un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) realizado con el módulo AMOS de ecuaciones estructurales del programa estadístico SPSS v.25. Tiene buenos estadísticos.  $2(184, N=174) = 424,825$   $p < .001$ ;  $CMIN/DF (2/gl) = 2,309$ ;  $(FMIN) = 2,456$ ;  $(RMSEA)$  de Steiger-Lind=0,08. El modelo ha sido validado externamente tanto convergente (Paz\*Resiliencia  $r^2 = .503^{**}$ ,  $p > 0.001$ ), como divergentemente (Paz\*Hostilidad  $r^2 = -.428^{**}$ ,  $p > 0.001$ ).

Al constructo lo denominamos Paz Emergente. Tiene cuatro dimensiones: Interna; Actitud Relacional; Acción intersubjetiva y Transpersonal. El constructo mejora la hipótesis inicial de una Paz Holística Transpersonal formulada con tres dimensiones. La dimensión Actitud relacional representa un espacio imaginario de "construcción de la realidad" antes de interactuar con los otros.

Casi todas las variables tienen carga positiva, menos miedo a la muerte que disminuye la dimensión interna y moralidad deontológica<sup>24</sup> que disminuye la dimensión Acción intersubjetiva. La cooperación con el prisionero ha resultado una variable determinante, resulta de evaluar el dilema del prisionero: Dos sospechosos de un delito son encerrados en celdas separadas. Si ambos confiesan, cada uno será condenado a tres años de prisión. Si únicamente uno de ellos confiesa, éste será liberado y su testimonio será utilizado contra el otro, que será condenado a cuatro años. Si ninguno confiesa, ambos serán condenados por un delito menor y pasarán un año en prisión.

<sup>24</sup> Los dilemas morales que implican el sacrificio de alguien provocan un fuerte conflicto entre la disposición deontológica que prohíbe causar daño instrumental a nadie (Kant, 2008) y la disposición para lograr el mayor bien que se denomina respuesta "utilitaria" (Mill, 1998; Dussel, 1998) aunque implique sacrificar a alguien.

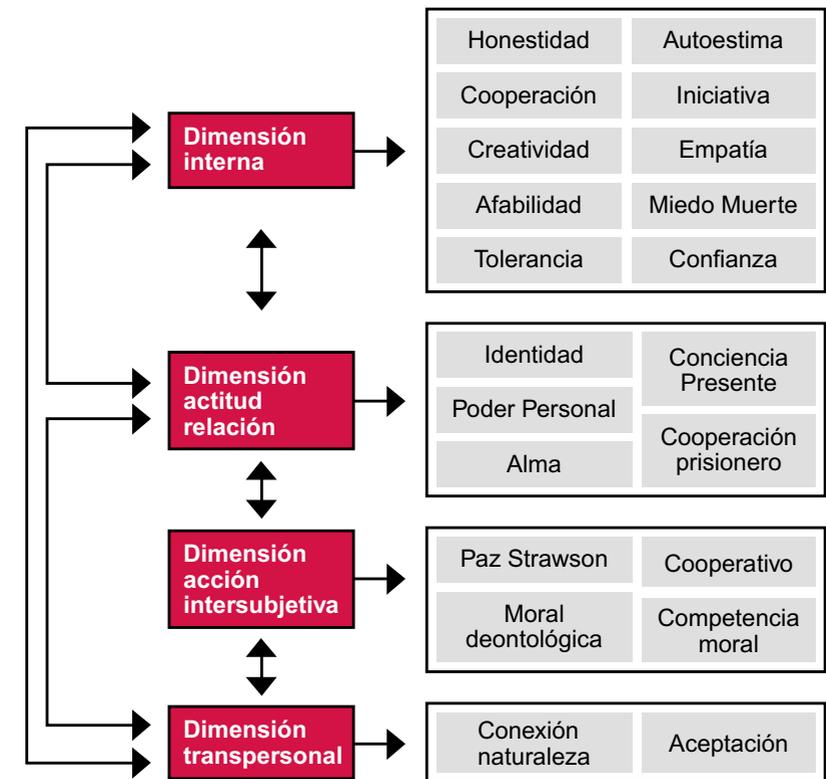


Ilustración 1. Constructo de Paz.

Hemos categorizado a los sujetos en función de sus puntuaciones en las dimensiones de paz. Sólo el 7,5% tienen valores positivos en todas las dimensiones, serían quienes tienen disposición a la paz positiva. El 82,8% podría hacer paces negativas con pactos, y el 9,8% requeriría fuerte contención. Esto ha sido validado convergente y divergentemente con diferencias de medias T-Student en las variables: creatividad, hostilidad, resiliencia y cooperación. Estos resultados son compatibles con lo apuntado en la ilustración 2. En esta ilustración se relacionan los niveles del desarrollo de los sujetos y las modalidades sociales de paz. El desarrollo truncado y fijado en lo prepersonal, consecuencia del trauma más temprano, antes de los 7 años, y el fijado en lo personal, hasta la adolescencia, requerirá pactos

sociales contenedores de las pulsiones de los sujetos, una “paz negativa”. La capacidad para una paz positiva, solo es posible en sujetos que han tenido un desarrollo mucho más saludable, accediendo a una integración transpersonal.

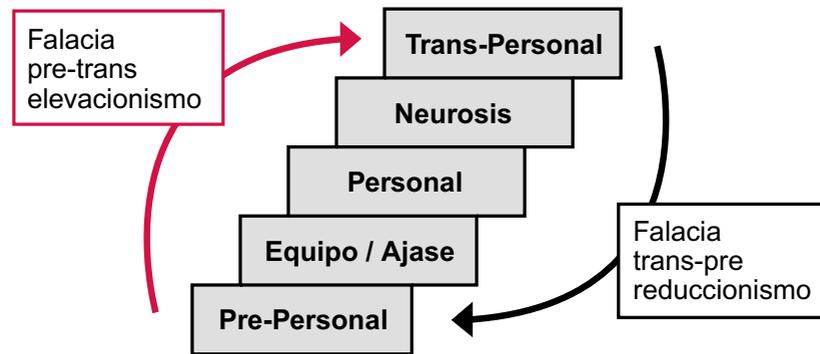


Ilustración 2. Relación entre las dimensiones evolutivas y los tipos de Paz.  
Fuente: Mikel García. Congreso Holismo, Essex University, Colchester Uk. (2017).

Los sujetos “no paz” puntúan muy alto en miedo a la muerte y moral deontológica, mientras que, puntúan muy bajo en empatía y en colaboración con el prisionero. Un análisis SEM revela que las mujeres puntúan un poco más que los hombres en la paz, sobre todo por su dimensión transpersonal, y que el incremento de edad aumenta significativamente la disposición a la paz.

2. Sobre el trauma. 83 sujetos: 49 mujeres, (59,1%), y 34 hombres, el (41,0%) no tienen conciencia o percepción subjetiva de haber tenido trauma, tienen una puntuación muy baja en el test de lectura de la mente en los ojos, LMO, y puntúan muy bajo en paz. Y de estos el 40% tampoco refieren haber tenido ninguno de los 28 eventos traumáticos evaluados. Se ha realizado un análisis discriminante con variables que no han sido utilizadas para el constructo de la paz: apego, personalidad, disociación, resiliencia, deseabilidad social. El resultado es una función discriminante significativa en la que el grupo hipotético de trauma inconsciente puntúa bajo en las modalidades saludables de esas variables. Su perfil es: un apego inseguro, baja apertura en las relaciones, alto neuroticismo, baja resiliencia y alta disociación. Queda validada la hipótesis de trauma inconsciente asociado a disociación y déficit en maduración.

Un 12,8 % de la muestra afirma sufrir trauma consciente en las cuatro etapas evaluadas, y un análisis estructural SEM, que incluye el grado de severidad del trauma consciente en las cuatro etapas y la empatía, encuentra que todas las etapas conforman una dimensión que tiene una covarianza negativa con empatía, y que la etapa de antes de los siete años, es la que más peso tiene. El trauma temprano condiciona, limitando la capacidad de superar nuevos eventos traumáticos. Tanto trauma consciente como trauma inconsciente tienen un impacto negativo en la dimensión actitud relacional de la paz, sobre todo el trauma inconsciente.

Un análisis estructural SEM encuentra un modelo causal con suficientes buenos estadísticos (Chi-square=2043,22, Gl=132,  $p<0,001$ ), requiere, por su importancia, profundizar en la interpretación de su significado. Muestra dos rutas que son causa de cambios en empatía, y el efecto de empatía en la dimensión interna de la paz. Una ruta es causa de disminuir la empatía la otra de aumentarla. Ambas vías tienen sus variables agrupadas en dos núcleos “temprano” y “posterior”, en ambas el “temprano” es causa de cambios en el posterior.

En la ruta de disminuir la empatía el apego Resolución hostil conflictos, rencor y posesividad y los abusos sexuales son causa de incrementar un núcleo temprano que, a su vez es causa de incrementar el trauma inconsciente y un núcleo posterior, estos, pero sobre todo trauma inconsciente, son causa de disminuir la empatía. Las siguientes variables, son causa del núcleo posterior: asco a la muerte, cuidar a los demás, manejo evitativo de los conflictos, alta minuciosidad-seguridad, autoengaño y neuroticismo. La psicoterapia disminuye el neuroticismo e incrementa la paz. En la ruta de aumentar la empatía el apego seguro es causa de incrementar un núcleo temprano que, a su vez es causa de un núcleo posterior, que es causa de aumentar la empatía. Las siguientes variables, son causa del núcleo posterior: Competencia personal-resiliencia; experiencias trascendentes; aceptación de uno mismo y de la vida-resiliencia; cordialidad-personalidad.

Las dos vías tienen utilidad para intervenciones educativas y para talleres de promoción de la paz, sobre todo la vía positiva, esta vía cumple uno de los objetivos de la investigación: detectar en qué nos podemos apoyar para fomentar la paz. La vía negativa aporta información más útil en intervenciones

correctoras psicoterapéuticas y talleres de promoción de la paz en los que se profundice en una vía terapéutica.

3. Gestión de la muerte. El miedo a la muerte, medido con ítems que hacen saliente la muerte, disminuye la dimensión interna de la paz. En el diseño se trataba de profundizar analizando niveles más profundos y simbólicos de la psique para validar aspectos de Teoría de Gestión del Terror. Tras el test de la personificación de la muerte, buscando un efecto de primado, se eligen, de entre unas figuras de la muerte, cuáles encajan con la personificación imaginada. Un análisis factorial de estas figuras, encuentra varios factores de interés. En uno están las figuras de la muerte: autónoma, específica y vacía, es decir, las que no tienen emociones y son más distantes de lo humano, se puede hipotetizar que esto corresponde a una dimensión de un Tánatos impersonal, que actúa en planos profundos de la psique. Otro factor agrupa las figuras: acogedora, afable consoladora y amorosa.

Un análisis estructural SEM encuentra relaciones causales de interés. Thánatos y asco a la muerte son causa de aumento de miedo a la muerte. El trauma es causa de aumento de Thánatos. Thánatos es causa de fijación del desarrollo del sujeto en la etapa del "ego". Miedo a la muerte es causa de una muerte amorosa acogedora, y esta figura no afecta a la paz. Este análisis SEM es coherente con la Teoría del Terror respecto a las defensas distales. E indica que en estos dinamismos subyace un funcionamiento patológico, derivado del trauma. También apunta a que la expectativa de muerte amorosa sea una defensa ante el miedo a la muerte. Correlaciones de Muerte Acogedora Amorosa: negativa con Responsabilidad (personalidad) ( $r^2 = -.261^{**}$ ,  $p = 0.024$ ), y positiva con las variables que bajan la empatía ( $r^2 = .405^{**}$ ,  $p = 0.005$ ).

4. La moralidad se ha estudiado con varios componentes. La competencia moral, variable que forma parte de la Dimensión acción intersubjetiva de la paz, que sirve para validar la coherencia de otras respuestas morales tiene una correlación negativa con autoengaño. Los estadios morales de Kohlberg medidos con el dilema de Heinz. Un 56,4% de la muestra está en el estadio 6, el más evolucionado. El asco moral, el pensamiento mágico y la repugnancia tienen relación con el fanatismo. Los dilemas morales, tres para evaluar la modalidad deontológica o utilitarista (ver apéndice), complementados con otros seis, que añaden a la racionalidad,

la emociabilidad y los fundamentos morales. La disonancia moral, mide el sentimiento de inclusión y pertenencia a la comunidad moral.

El análisis cualitativo de las respuestas a los dilemas morales mediante el Atlas.ti ha modulado las respuestas categóricas "sí" o "no", en tres categorías de sujetos: deontologistas, el 61%, utilitaristas, el 17 y relativistas el 10%. Al ser prevalente la modalidad deontológica se ha construido un índice cuantitativo Deontologismo que es la variable con carga negativa en la dimensión Acción intersubjetiva de la paz. Los sujetos deontologistas puntúan menos en empatía y competencia moral y más en miedo a la muerte. Las mujeres son más deontologistas que los hombres. La correlación entre colaborar con el prisionero y moral deontológica es significativa y negativa ( $N = 174$ ,  $r^2 = -.203^{**}$ ,  $p = 0,007$ ).

Los sujetos cuya moralidad es acorde a la de su comunidad, tienen menores puntuaciones en las dimensiones de paz, especialmente en las relacionales: Actitud relacional y acción intersubjetiva. Y estas diferencias son significativas entre países, los colombianos acordes a la moral de la comunidad puntúan significativamente menos en paz que los españoles.

Un análisis factorial del asco moral, seguido de uno de diferencia de medias, encuentra que puntuar alto en asco al sexo, y productos del cuerpo humano, con pensamiento mágico, disminuye significativamente la competencia moral y la dimensión acción intersubjetiva de la paz.

En análisis causales Unianova MLG [ $F(8,041)1,12$ ,  $p < .001$ ,  $ETA^2 = 0,76$ ;  $r^2 = ,85$ ] se ha encontrado que variables como Thánatos, miedo a la muerte y asco la muerte, son causa de una moralidad deontologista. A su vez el Deontologismo es causa de las elecciones a algunos otros dilemas, por ejemplo, en rechazar la relación incestuosa entre hermanos. Se detecta que un 30% de la varianza de Deontologismo está causado por desarrollo traumático y apegos inseguros. Causar dolor correlaciona negativamente con empatía ( $r^2 = -.365^{**}$ ,  $p > 0,001$ ) y positivamente con deontologismo ( $r^2 = ,158^*$ ,  $p = 0,038$ ). ¿Estaría reflejando esto un indicador de cierta aproximación a la violencia apetitiva en los sujetos en los que se cumplen estas correlaciones?

5. Confiar es una capacidad que se adquiere con un buen desarrollo psicoafectivo. Las mujeres y los colombianos confían menos en quien respondiese de modo contrario a su respuesta al dilema del moribundo. En ambos casos las diferencias son significativas.

En un análisis causal Unianova MLG [ $F(14,134)1,104$ ,  $p=.034$ ,  $ETA2=0,64$ ;  $r2=.56$ ] se ha encontrado que Apego evitante, Maltrato histórico y Trauma Consciente, son causa de desconfiar de quien conteste lo contrario en los dilemas morales, y explican un porcentaje alto de la varianza. Los que desconfían son más deontologistas. En un análisis de diferencia de medias verificado con el test de Kruskal-walis, los utilitaristas que confían puntúan significativamente más en las dimensiones de la paz que los deontologistas que no confían. La confianza en uno mismo correlaciona negativamente ( $r2=-,180^*$ ,  $p>0,05$ ) con desconfiar de quien da una respuesta contraria en el dilema del moribundo y positivamente con la dimensión interna de la paz. ( $r2=,582^{**}$ ,  $p>0,001$ ).

6. Género. Se ha encontrado que, en las mujeres, el trauma consciente y el trauma acumulado es significativamente mayor que en los hombres y que el apego inseguro, el maltrato, y los abusos sexuales, predicen tener una pareja maltratadora. Respecto a la cooperación con el prisionero, las mujeres son muy poco colaboradoras, con una diferencia muy significativa respecto a los hombres. Mujeres ( $N=269$ ,  $M=-,948$ ,  $DT=1,31$ ). Hombres ( $N=178$ ,  $M=2,58$ ,  $DT=,90$ ). ( $t(445)=14,48$ ;  $p=.001$ ;  $IC99\%$ ).  $TE: d$  Cohen= $3.13$   $SDpooled =1.12$ ;  $\delta$  Gate= $2.69$   $SDpooled =1.31$ ;  $g$  Hedge= $3.03$   $SDpooled =1.16$ . Un tamaño del efecto TE de alta magnitud ( $> 0.8$ ). Un análisis estructural SEM con buenos estadísticos, encuentra que la cooperación con el prisionero resulta disminuida por causa de dos dimensiones, el conjunto de maltrato histórico y maltrato de pareja en la mujer es la dimensión que más disminuye la cooperación, la otra dimensión está constituida por apegos negativos junto a la variable cuidar a los demás.

Un análisis causal Unianova, ha encontrado que miedo a la muerte y apego inseguro son causas de un incremento de cuidar a los demás. Con un buen ajuste  $r2=.507$ . Cuidar a los demás puntúa significativamente más en los monoteístas que en los agnósticos.

7. Países. Se ha encontrado una diferencia significativa entre España y Colombia respecto a la dimensión actitud relacional de la paz. Los colombianos puntúan bastante menos. ( $t(161)=4.22$ ;  $p=.001$ ;  $IC99\%$ ). Y en cuanto a las víctimas específicas del conflicto armado en este caso la muestra es de 44 sujetos, sus diferencias en relación al resto de las

la muestra (559) son muy importantes en el dilema del prisionero, en los eventos traumáticos, la empatía y el deontologismo.

Esto apunta a que a medida que se experimenta violencia manifiesta la desconfianza, la necesidad de sobrevivir y no colaborar, se incrementa mucho, a la vez que el deontologismo. Es aún más evidente en las mujeres.

8.- Psicoterapia. La psicoterapia es una intervención correctora de los efectos traumáticos. Los traumas dejan heridas abiertas, que la psicoterapia puede cerrar liberando de sus condicionamientos, y aunque queden las cicatrices, hay aprendizaje. Con la terapia hay oportunidad de superación de la incapacidad y de "sobrepasar" (original traducción del término de Hegel *Aufhebung*) los condicionantes del desarrollo ontogenético, en tres niveles de significación: a) negar o suprimir, b) salvaguardar o retener, c) elevar o sublimar a un nuevo orden. La psicoterapia es un laboratorio privilegiado para posibilitar la construcción o reconstrucción de las relaciones en la experiencia emocional correctiva el proceso común en todas las psicoterapias:

"...re-exponer al paciente, en circunstancias más favorables, a situaciones emocionales que no pudo manejar en el pasado. El paciente, para que se le pueda ayudar, debe vivir una experiencia emocional correctiva adecuada para reparar la influencia traumática de las experiencias previas" (Alexander & French, F., 1965, p. 66).

La distribución de las capacidades para la paz, según la necesidad de hacer terapia y su duración, constata que los que hacen psicoterapia se acercan hacia la paz positiva, aunque sin llegar a los niveles saludables de los sujetos que no necesitaban terapia. Hemos encontrado que cuando la psicoterapia dura más de un año es causa de disminuir la moral deontológica, el trauma inconsciente, y Thánatos, y es causa de aumentar el poder personal, la identidad y la consciencia del presente. Estos cambios aumentan la dimensión actitud relacional de la paz.

## ■ Discusión

Se ha encontrado que la psicoterapia disminuye el neuroticismo. Esto choca con la fundamentación biológica de los 5 grandes (Big Five), podría ser compatible si los cambios solo afectan a la expresión del neuroticismo, o cuestiona la teoría. Requiere más investigación.

Thánatos representa la simbolización de una figura arquetípica de la muerte, muy difícil de imaginar y confrontar, y, acorde a la TGT generar defensas distales e incremento del fanatismo y restar recursos atencionales para construir la realidad. El aumento de Thánatos disminuye la paz. La investigación (Zheng et al., 2018), encuentra que el esfuerzo para sacar la muerte de la conciencia, resta recursos atencionales para resolver otros aspectos de la experiencia.

Hemos encontrado que la moralidad deontológica es el tipo de moralidad más frecuente y que es dependiente de un desarrollo traumático y del terror a la muerte en un porcentaje importante de su varianza. También hemos encontrado que la moralidad consecuencialista está más asociada a perfiles de salud y de paz, y que se incrementa por la psicoterapia. Son elementos que concuerdan con los resultados de (Patil et al., 2018). La elección utilitarista está asociada a procesos deliberativos, a mayor confianza y no lo está a la disposición de hacer daño al sujeto que se sacrifica.

La moral deontológica podría ser eficaz para la estabilidad de una sociedad de “paz negativa”, funcionando como un contenedor superyoico, que informa del castigo si se salta la ley. No contendría las pulsiones destructivas en los sujetos que carecen de un superyó integrado.

El deontologismo puede también favorecer la guerra, y el terrorismo, cuando el “a priori” correcto es matar. La trilogía cinematográfica “La noche de las bestias” (DeMonaco, 2014), de terror ciencia ficción, refleja el anhelo del levantamiento de la censura superyoica.

Nos podemos preguntar si existe una moral innata cuya función esencial fuera promover el desarrollo de la especie humana como consecuencialismo de especie, manifestado mediante elecciones individuales deontologistas. Trémolière et al., (2015) señala que una decisión deontologista por un hombre (no sacrificar una mujer, pudiendo salvar a varias personas si la sacrifica) está basada en el propio interés sexual.

No hemos encontrado moralidades “esencialistas” distintas entre géneros. Las mujeres no puntúan menos en los estadios morales de Kohlberg, ni tienen más disposición a cuidar. Carothers y Reis (2013) encuentran que las construcciones de masculinidad, feminidad y orientación al cuidado son dimensionales, sin encontrar entre géneros diferencias significativas en el cuidado. “Cuidar a los demás” está determinada por un desarrollo

psicoafectivo deficitario o traumático (32%). Un valor espiritual cercano al monoteísmo. Pudiera ser una compensación, espiritual, de la dificultad de relación de apego íntimo con el otro. Correlaciona negativamente con Paz. Si se necesita cuidar, el otro se convierte en un objeto de cuidados lo necesite o no. Cornelius y Faire (1998). Hablan de roles en el triángulo de poder. 1.- perseguidor: Exigen obediencia para protegerse de su temor de perder el poder. 2.- rescatador: es una variación de la anterior. Supone que los demás necesitan ayuda.

El maltrato es causa de disminución de la cooperación con el prisionero y cuando, además, las mujeres son víctimas directas de violencia, todavía disminuye más. Esta variable es determinante en la puntuación de la paz en las mujeres. Cruddas, Gilbert, & McEwan (2012), hacen hincapié en que el trauma temprano, además de apegos patológicos, dañan la capacidad para confiar en los otros.

Las mujeres tienen carencias de entrenamiento en espacios grupales cooperativos y sus grupos de encuentro están más cargados de competitividad alrededor de la autovaloración social. Estas “realidades” pueden ser consecuencias históricas del patriarcado por la división y jerarquización, que se reproducen en el sistema familiar y condicionan las dinámicas de identificación con los géneros.

El envejecimiento disminuye la dimensión interna de la paz en el grupo de “Paz negativa”. Una hipótesis plausible es que, el sujeto incrementa su tensión interna cuando mayor es su experiencia de vida, por mejor conocimiento de la realidad social y de los desajustes internos, sin capacidad de superarlos y ajustarse. El efecto inicial de la psicoterapia también aumenta la tensión interna, pues conduce a cuestionar los estilos de vida y su relación con los síntomas.

### ■ Limitaciones

El tamaño de la muestra es justo, calculamos que un 11% de los resultados pudieran ser falsos positivos. En su conjunto la investigación se encuadra principalmente en lo exploratorio. Aunque se acerca en algunas áreas a lo confirmatorio.

## ■ Conclusiones

Se ha logrado:

- Formular un constructo de paz, que se corresponde con la hipótesis -utópica- formulada de Paz Holística Transpersonal, enriquecida con una cuarta dimensión. El porcentaje de la población preparada para la paz positiva es pequeño. La mayoría podría hacer paces con acuerdos contenedores.
- Verificar el impacto del trauma y la moralidad en la paz
- Encontrar rutas explicativas, que incluyen, además, la dimensión de la muerte, dilemas sociales, y el efecto de la psicoterapia y que diferencian géneros y países.
- Encontrar información útil para promover la paz.

## ■ Aportaciones

Disponer de un constructo operativo de Paz que informa de la complejidad e invita a reflexionar y es un punto de partida para seguir investigando. Los datos que desde la psicología y de la psicoterapia, enriquecen la investigación de la paz que se hace desde la filosofía, la sociología, la antropología. Información para el debate y estudios de perspectiva de género. Información para planificar intervenciones educativas para promover la paz: la ruta de logro empático; el dilema del prisionero

## ■ Proyectos

La construcción de nuevos conocimientos es un requisito esencial para la aplicación de la educación para la paz. Los datos obtenidos han permitido diseñar un taller de intervención para promover actitudes hacia la paz. Realizado mediante Grupos de discusión de 10 a 20 sujetos con 4h de duración basado en el debate del dilema del prisionero e integrando aspectos de diversos autores: Provención (Burton & Dukes, 1990); Coopetencia (Brandenburger & Nalebuff, 2011); Método Transcend Galtung (2006): Reconstructivo. (Lederach, 1989, 2000); Asociación libre del pensamiento, la creatividad (Gray et al., 2019); Reconocimiento y empoderamiento. Bush y Folger (1996); Pensamiento divergente-paragógico. (Hameiri et al., 2014). El propio taller es objeto de investigación para evaluar su eficacia.

Se investigará más profundamente la ética de los cuidados y el fanatismo y comunicarán los resultados a participantes a terapeutas a maestros, en conferencias y artículos.

## ■ Referencias bibliográficas

- Alexander, T., & French, F. (1965). *Terapéutica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S. & Hill, J. (2001). The «Reading the mind in the eyes» test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger Syndrome or High-Functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 241-252.
- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object-relations. *The International Journal of Psychoanalysis*, Vol 49(2-3), 484-486.
- Bowlby, J. (1969). *El vínculo afectivo*. Paidós.
- Brandenburger, A. M., & Nalebuff, B. J. (2011). *Co-Opetition: A revolution mindset that combines competition and cooperation*. Crown Publishing Group.
- Burton, J., & Dukes, F. (1990). *Conflict: Practices in management, settlement, and resolution*. Macmillan.
- Bush, R. A. B., & Folger, J. P. (1996). *La promesa de la mediación. Cómo afrontar el conflicto mediante la revalorización y el reconocimiento*. Granica.
- Carothers, B. J., & Reis, H. T. (2013). Men and women are from Earth: Examining the latent structure of gender. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104(2), 385-407.
- Cornelius, H., & Faire, S. (1998). *Tú Ganas Yo Gano. Cómo resolver conflictos creativamente*. Gaia Ediciones.
- Cruddas, S., Gilbert, P., & McEwan, K. (2012). The relationship between self-concealment and disclosure, early experiences, attachment, and social comparison. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(1), 28-37.
- Dussel, E. (1998). *Ética de la Liberación*. En *la Edad de la Globalización y la Exclusión*. Barcelona: Trotta.
- DeMonaco, J. (2014). *Anarchy: La noche de las bestias*. Blumhouse Productions.
- Galtung, J. (2003). *Paz por medios pacíficos. Paz y conflicto, desarrollo y civilización*. Bakeaz-Gernika Gogoratuz.
- García, M. (2017). *On the path to peace: From dualism to what kind of holism? Presentado en One world: logical and ethical implications of holism*, Colchester. UK.

- Gilbert, P. (2001). Evolution and social anxiety: The role of attraction, social competition, and social hierarchies. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(4), 723–751.
- Gilbert, P., Allan, S., Brough, S., Melley, S., & Milles, J. N. V. (2002). Relationship of anhedonia and anxiety to social rank, defeat and entrapment. *Journal of Affective Disorders*, 71(3), 141–151.
- Gray, K., Anderson, S., Chen, E. E., Kelly, J. M., Christian, M. S., Patrick, J., Huang, L., Kenett, Y. N., & Lewis, K. (2019). “Forward flow”: A new measure to quantify free thought and predict creativity. *American Psychologist*.
- Gumley, A. I., Taylor, H. E. F., Schwannauer, M., & MacBeth, A. (2014). A systematic review of attachment and psychosis: Measurement, construct validity and outcomes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(4), 257–274.
- Hameiri, B., Porat, R., Bar-Tal, D., Bieler, A., & Halperin, E. (2014). Paradoxical thinking as a new avenue of intervention to promote peace. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(30), 10996–11001.
- Herman, J. (2004). *Trauma y Recuperación. Como superar las consecuencias de la violencia*. Espasa Calpe.
- Jung, C. G. (1934). *Los arquetipos y lo inconsciente colectivo* (Obra completa C.G. Jung). Madrid: Trotta (2010)
- Kaës, R. (1996). Introducción al concepto de transmisión psíquica en el pensamiento de Freud. En *Amorrotu* (Ed.), *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones* (pp. 31–74). Buenos Aires, Argentina.
- Kant, I. (2008). *Fundamentación para una Metafísica de las Costumbres*. Madrid: Alianza (Trabajo original Publicado en 1785).
- Lederach, J. P. (1989). Elementos para la resolución de conflictos. En *Cuadernos de No-violencia* (Vol. 1, pp. 25–26). SERPAJ.
- Lederach, J. P. (2000). *El abecé de la paz y lo conflictos: Educar para la paz* (Vol. 104). Los libros de la Catarata.
- Mill, J. S. (1989). *El utilitarismo*. Madrid: Alianza (Trabajo original en 1863).
- Muñoz, F. A. (2001). *La paz imperfecta*. Universidad de Granada.
- Obaid, F. P. (2012). Otto Rank y la controversia sobre el trauma del nacimiento. *Tempo Psicanalítico*, 44, 21.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2009). *El trauma y el cuerpo un modelo sensoriomotor de psicoterapia*. Desclée de Brouwer.

- Onno van der Hart, Nijenhuis, E., & Steeke, K. (2008). *El yo atormentado. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Desclée de Brouwer.
- Patil, I., Zucchelli, M., Kool, W., Campbell, S., Fornasier, F., Calo, M., Silani, G., Cikara, M., & Cushman, F. A. (2018). Reasoning supports utilitarian resolutions to moral dilemmas across diverse measures. *OSF*.
- Serrano Hernández, C. (2012). *Un estudio sobre los efectos de la violencia de género en el desarrollo psíquico de las mujeres*. [Tesis doctoral]. Universidad de Deusto.
- Strawson, P. F. (1995). *Libertad y resentimiento y otros ensayos* (Universitat Autònoma de Barcelona. Institut de Ciències de l'Educació, Ed.; Vol. 37). Paidós.
- Trémolière, B., Kaminski, G., & Bonnefon, J.-F. (2015). Intrasexual Competition Shapes Men's Anti-Utilitarian Moral Decisions. *Evolutionary Psychological Science*, 1(1), 18–22.
- Watzlawick, P. (1989). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Wickham, S., Sitko, K., & Bentall, R. P. (2015). Insecure attachment is associated with paranoia but not hallucinations in psychotic patients: The mediating role of negative self-esteem. *Psychological Medicine*, 45(7), 1495–1507.
- Zheng, R., Lee, S. F., & Bloomer, M. J. (2018). How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), e39–e49.

## ■ Apéndice

**Dilema moral Moribundo.** Explora la dicotomía personal Deontologismo o Utilitarismo. Se presenta mediante una imagen, para que convoque una respuesta inmediata más directa y emocional sin el freno de tener que comprender un texto. En la imagen se ve a un sujeto que sostiene a otro en una balsa repleta de gente, a lo lejos un barco hundiéndose. La imagen evoca que es tras un naufragio, que el sostenido está muy mal, que la balsa peligrará. Se pregunta qué haría en esa situación si fuera el que sostiene al moribundo.

**Dilemas morales vagoneta** (Thomson, Judith Jarvis, 1976). En el primero el actor debe decidir sobre si tirar o no un hombre a una vía para salvar su vida. El segundo plantea lo mismo, pero en ese caso la persona está de acuerdo en que la tiren.

## **Alternativas a la restricción y al aislamiento en la salud mental: una scoping review**

**Michela Atzeni**, Universidad de Cagliari (Italia)

Correspondencia: michela.atzeni93@gmail.com

### ■ Resumen

En todo el mundo, en los servicios de salud mental las personas experimentan violencia, abuso y prácticas coercitivas como el tratamiento involuntario. El uso de la restricción tiene consecuencias físicas, psicológicas y sociales y constituye una violación de los derechos humanos. El objetivo de este artículo es identificar las alternativas a la contención estudiadas hasta ahora e identificar cuáles de estos métodos son válidos y, por lo tanto, efectivos, para reducir y eliminar el fenómeno de restricción. Las iniciativas que surgen muestran que no existe un enfoque único, sino que existe una amplia gama de prácticas, políticas e intervenciones, con diversos grados de evidencia, en el respecto de los derechos humanos y orientados a la recuperación de la persona para prevenir, reducir y eliminar la coerción.

**Palabras clave:** Salud mental; psiquiatría; alternativa a la coerción; obligatorio; reclusión.

### ■ Abstract

*Around the world, in mental health services people experience violence, abuse and coercive practices such as involuntary treatment. The use of the restriction has physical, psychological and social consequences and constitutes a violation of human rights. The objective of this article is to identify the alternatives to containment studied so far and identify which of these methods are valid and, therefore, effective, to reduce and eliminate the phenomenon of restriction. The initiatives that arise show that there is no single approach, but there is a wide range of practices, policies and interventions, with varying degrees of evidence, in respect of human rights and aimed at the recovery of the person to prevent, reduce and eliminate coercion.*

**Key words:** *Mental health; psychiatry; alternative to coercion; compulsory; seclusion.*

### ■ Introducción

El objetivo principal de los servicios de salud mental es promover la salud y el bienestar y apoyar a las personas que utilizan estos servicios. Sin embargo, en todo el mundo, en estos servicios, las personas experimentan violencia, abuso y prácticas coercitivas como el ingreso y el tratamiento involuntario. El uso de medidas coercitivas, intervenciones restrictivas o involuntarias es una de las prácticas más controvertidas en salud mental, un legado de su historia institucional, pero la cantidad de investigación realizada hasta ahora sobre este tema no corresponde a la gravedad, frecuencia e importancia del problema.

La restricción se puede definir como un acto sanitario involuntario, forzado y no consensual que se lleva a cabo a través de medios químicos, físicos y ambientales utilizados directamente en el individuo o aplicados en su espacio circundante para limitar sus movimientos en situaciones donde existe un alto riesgo de acciones auto- y heterolesivas. En realidad, la restricción no tiene un propósito curativo, no es una intervención terapéutica sino protectora. Existen diferentes formas y grados de coerción en la salud mental, algunas más explícitas que otras, como la hospitalización y el tratamiento obligatorio, incluida la terapia con medicamentos sin consentimiento y la terapia electroconvulsiva involuntaria, amenazas implícitas o explícitas, aislamiento y limitación mecánica, física y química.

Se pueden distinguir cuatro tipos de restricciones:

- La contención física: retener manualmente o aplicar protectores sobre la persona o utilizarlos como barrera en el ambiente que reduzcan o controlen los movimientos;
- Restricción química: administración de medicamentos que modifican el comportamiento, como tranquilizantes y sedantes;
- Restricción ambiental: realización de cambios realizados en el entorno en el que vive una persona para limitar o controlar sus movimientos, como el aislamiento;

- Restricción psicológica, relacional o emocional: escucha y observación empática de la persona que se siente tranquilizada y podría reducir la agresividad. "De-escalation".

En muchos países, las prácticas coercitivas ya no se limitan a ingresos hospitalarios involuntarios; sino que se están generalizando también durante la hospitalización voluntaria, en los servicios comunitarios, en las casas familiares y en las instalaciones residenciales para personas con discapacidad en la comunidad.

La contención difiere considerablemente en cuanto a la frecuencia y el tipo de medidas utilizadas; los datos disponibles indican una variación significativa en las tasas de hospitalización involuntaria según el país, la región y el hospital en el mismo país. (Weich et al., 2014). Si están disponibles, los datos a menudo son difíciles de interpretar y comparar, ya que están vinculados a conjuntos complejos de determinantes relacionados con el paciente, el medio ambiente y la salud y están influenciados críticamente por el contexto local (de Jong et al., 2016). La falta de información fiable y comparativa sobre las prácticas coercitivas constituye un serio obstáculo para las reformas y los cambios.

Es paradójico que las intervenciones coercitivas continúen siendo ampliamente utilizadas en la salud mental, aunque no hay pruebas suficientes que sugieran que sean clínicamente eficaces, que mejoren la seguridad del paciente o los resultados clínicos o sociales. (Nelstrop et al., 2006). Por el contrario, las prácticas coercitivas a menudo se asocian con resultados negativos para los usuarios con impactos significativamente negativos en la satisfacción y en la calidad de vida (Kallert et al., 2008).

### 1. Consecuencias de la restricción

Las consecuencias del uso de la restricción pueden ser físicas, psicológicas y sociales. Las consecuencias físicas incluyen hematomas, lesiones nerviosas, lesiones isquémicas, asfixia, aumento de la agitación y aumento de la mortalidad debido al estrangulamiento o como consecuencia de una lesión grave.

El uso de la coerción es emocionalmente estresante para muchos pacientes (Armgart et al., 2013) y para el personal (Wynn, 2003). La contención tiene

efectos traumáticos negativos, se vive con sentimientos de vergüenza y culpa, pérdida de dignidad y autoestima, y pérdida de autonomía (Larue et al., 2013; Gallinagh et al., 2001).

Un estudio sobre los efectos de las medidas coercitivas en los pacientes ha mostrado que el 47% de las personas desarrollaron síntomas de trastorno de estrés postraumático (Whitecross et al., 2013). La autolesión también es común en el aislamiento. Dos casos clínicos recientes describieron pacientes que habían completado el suicidio durante su aislamiento (Grassi et al., 2018). Las intervenciones coercitivas pueden debilitar o dañar las relaciones terapéuticas y disuadir a las personas de buscar tratamientos adicionales, aumentando el riesgo de no adhesión y tratamiento involuntario, especialmente en aquellos con problemas de salud mental a largo plazo (Rose et al., 2017). También es probable que las prácticas coercitivas contribuyan al estigma social contra las personas que sufren de problemas de salud mental provocando el aislamiento social.

La estigmatización sigue siendo un desafío y puede conducir a la violación de numerosos derechos, como el derecho a vivir libremente en la comunidad y el derecho a tomar decisiones sobre el tratamiento. La creencia subyacente, históricamente arraigada y generalizada y respaldada por las leyes de todo el mundo, es que las personas con discapacidades psicosociales no tienen la capacidad intelectual de tomar decisiones por sí mismas, lo que puede generar un ciclo destructivo de marginación y abuso (Drew et al., 2011).

### 2. Violación de los derechos humanos

La restricción constituye una violación de los derechos humanos de los usuarios y es vivida como tal por las personas. Esto equivale a "una crisis global sin resolver" (Brophy et al., 2016; Drew et al., 2011). La naturaleza persistente y omnipresente de la coerción en la salud mental sugiere que "los derechos humanos de los usuarios psiquiátricos son sistemáticamente ignorados" (Turnpenney et al., 2018).

Las prácticas coercitivas niegan el derecho a la igualdad y la inclusión en la comunidad. Este último no es solo un derecho fundamental, sino que, como sugiere la investigación, también es un componente importante del bienestar porque contribuye tanto a la prevención como al tratamiento de

las enfermedades mentales graves. No reconocer este derecho aumenta la marginación y el estigma y representa un obstáculo para el acceso a servicios de atención y cura (Huxley et al., 2003).

La resolución del Parlamento Europeo de 2006 declaró que "el uso de la fuerza es contraproducente", así como los medicamentos obligatorios. Una recomendación de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa de 2016 concluyó que "cualquier instrumento legal que mantenga un vínculo entre las medidas involuntarias y la discapacidad será discriminatorio y, por lo tanto, violaría la CRPD" (Consejo de Europa, 2016).

Los efectos dañinos de la coacción han llevado a los comentaristas, como el Relator Especial de la ONU sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas y degradantes, Juan Méndez y Mijatovi? a proponer que "no se haga ningún tipo de restricción bajo ninguna circunstancia pidiendo a los estados que impongan una prohibición absoluta de todas las intervenciones médicas forzadas y no consensuadas ... incluyendo la administración no consensuada de psicocirugía, electrochoque y drogas que alteran la mente y el uso de restricción".

Una resolución del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 2018 sobre la salud mental y los derechos humanos pide a los estados de "abandonar todas las prácticas que no respetan los derechos, la voluntad y las preferencias de todas las personas en pie de igualdad" y de "proporcionar servicios de salud a personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales sobre la misma base que aquellos sin discapacidades, incluso sobre la base del consentimiento libre e informado".

Además, la plena realización de los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial es un principio general del Plan de Acción Mundial 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud.

### 3. La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, introducida en 2007 (CRPD de la ONU), ha dado nueva luz al tema de la coerción y ha suscitado un importante debate en el ámbito de la salud mental. La Convención establece que la presencia de discapacidades no justifica la aplicación de tratamientos obligatorios y que las decisiones de tratamiento

deben, en cualquier caso, respetar la voluntad y las preferencias de las personas con discapacidades.

La CRPD es uno de los tratados más ampliamente ratificados en la historia y hasta hoy ha sido firmado por 163 Estados. El artículo 12 de la Convención establece que las personas con discapacidad tienen derecho a un reconocimiento igual ante la ley. Con el reconocimiento de la capacidad legal de las personas con discapacidad, los Estados adherentes están obligados a garantizar la plena propiedad de los derechos de las personas con discapacidad en el campo de la salud mental, convirtiendo en ilegítimos los tratamientos de salud obligatorios. El artículo 25 de la CDPD promueve el derecho de las personas con discapacidad al más alto nivel de salud posible en igualdad de condiciones que los demás y sin discriminación por motivos de discapacidad. El artículo 25 (d) obliga a los profesionales de la salud a prestar asistencia "sobre la base del consentimiento libre e informado". La firma y ratificación de la Convención obliga a cada Estado a garantizar que sus disposiciones se apliquen plenamente en las leyes, políticas y prácticas nacionales.

En 2017 al menos 32 países habían emprendido, o estaban en proceso de implementar, reformas de sus marcos de salud mental para complementar el paradigma desarrollado por la Convención.

### 4. QualityRights

La iniciativa QualityRights de la Organización Mundial de la Salud es una emanación directa de los principios y del enfoque indicados en la Convención de los derechos de las personas con discapacidad en el campo específico de la discapacidad psicosocial. El proyecto QualityRights de la OMS ha ido a la vanguardia para garantizar una atención sanitaria que cumpla con los derechos humanos en varios países, promoviendo el empoderamiento, la inclusión y la participación de personas con discapacidad intelectual, psicosocial y cognitiva en países de todo el mundo. Ofrece un nuevo enfoque de la atención de la salud mental basado en los derechos y orientado a la recuperación de la atención de la salud mental. Es un programa sistemático que incluye evaluación, formación y medidas de mejora de la calidad en las instalaciones de salud mental y atención social centradas en los derechos humanos (Funk y Drew, 2017).

La iniciativa de QualityRights de la OMS, además de una plataforma de 'e-training', que ofrece un curso sobre la salud mental, los derechos humanos y recuperación, ha publicado un paquete completo de módulos de orientación y formación para ayudar a alinear los servicios y prácticas con las obligaciones y requisitos de la CRPD de las Naciones Unidas. Este módulo aborda el uso de prácticas coercitivas y violentas en la salud mental y en servicios relacionados, con un enfoque en el aislamiento y la restricción. Su objetivo es promover una mayor comprensión de por qué se utilizan estas prácticas y desarrollar habilidades prácticas para ayudar a poner fin a estas prácticas.

### 5. Objetivo y métodos

Este artículo resume los resultados de una 'scoping review' que identificó 11 estudios sobre las alternativas para prevenir y reducir la "coerción" en el contexto de la salud mental a través de una investigación sistemática de la literatura y una síntesis narrativa. El objetivo de este estudio es identificar las alternativas a la contención estudiadas hasta ahora e identificar cuáles de estos métodos son válidos y, por lo tanto, eficaces, para reducir y eliminar el fenómeno de restricción. En este contexto, una 'scoping review' es particularmente útil para detectar un campo amplio que no ha sido completamente revisado y cuyos conceptos y temas requieren aclaración. Esta revisión sistemática se inspiró en las directrices descritas en la checklist PRISMA 2009. La investigación ha seleccionado los artículos con 'abstract' publicados de 2017 a 2020 en la base de datos de Pubmed, en inglés, español e italiano, y ha incluido los estudios dedicados exclusivamente a los temas considerados.

Se han utilizado las siguientes palabras clave cruzadas en las diversas combinaciones posibles para la búsqueda de los artículos: mental Health; psychiatr\*; alternative; coerc\*; compulsory; seclusion.

Todos los artículos relacionados con adicciones, niños y adolescentes y psiquiatría forense han sido excluidos. Se han identificado un total de 102 artículos, reducidos a 11 después de la eliminación de duplicados, el 'screening' del 'abstract' y del texto completo.

### 6. Resultados

Los resultados de este estudio muestran la presencia de una amplia gama de prácticas y métodos que pueden prevenir, reducir y eliminar el uso de la restricción y del aislamiento, adaptables a diferentes contextos y realidades en muchas partes del mundo. De hecho, se han identificado un total de 45 prácticas y estrategias que son útiles para este propósito. Las iniciativas que surgen de este artículo muestran que no existe un enfoque único para prevenir, reducir y eliminar la coerción y que se han utilizado múltiples actividades para facilitar la reducción del uso de la restricción. Sin embargo, muchos ejemplos comparten algunos aspectos comunes que se pueden agrupar en cuatro áreas principales:

- Medidas legislativas y políticas nacionales;
- Participación de usuarios y familias en planes e intervenciones, e investigación científica dirigida por pares;
- Estrategias en los servicios comunitarios territoriales;
- Estrategias hospitalarias.

### 7. Medidas legislativas y políticas nacionales

Entre las medidas legislativas, los temas más recurrentes y analizados son la introducción de leyes nacionales que tienen como objetivo garantizar los derechos y los intereses legales de las personas con problemas de salud mental; leyes diseñadas para reducir, poner fin o prevenir la coerción y las directivas avanzadas. Los estudios han demostrado que las directivas avanzadas han reducido significativamente el riesgo de coerción (de Jong et al., 2016). Este resultado subraya la necesidad de herramientas que fortalezcan el proceso compartido de toma de decisiones, como el plan común de crisis. La planificación anticipada es una de las herramientas que se pueden utilizar para garantizar que los deseos y preferencias de la persona sean considerados y respetados. Se refieren al proceso de dar a conocer las elecciones y preferencias de una persona sobre situaciones futuras cuando la persona tenga dificultades para dar a conocer sus deseos y preferencias a otros y donde puede ser necesaria una respuesta.

Generalmente son documentos escritos en los que las personas pueden especificar, con respecto a las necesidades de salud y salud mental, qué opciones de tratamiento, atención y apoyo desean y qué opciones de tratamiento, atención y apoyo no desean (OMS, 2019).

### 8. Participación de usuarios y familiares y estrategias comunitarias

Promover la participación de los usuarios de los servicios de salud mental y de las familias en las políticas y en la toma de decisiones tiene el potencial de reducir el estigma al que se enfrentan las personas con discapacidades psicológicas, reducir la discriminación contra ellos y garantizar que su voluntad y preferencias sean fundamentales en todas las decisiones que les afectan y en línea con un enfoque basado en los derechos

Los Centros de Tratamiento de la Crisis y las Casas de Crisis o de Tregua "Peer-run", son eficaces para prevenir y reducir la coerción entre las estrategias aplicadas a los contextos territoriales y comunitarios.

### 9. Estrategias hospitalarias

Son varias las alternativas de eficacia demostrada que se pueden aplicar en un contexto hospitalario, entre las cuales algunas medidas que se pueden implementar a nivel organizativo, modificando la política y la cultura del servicio: políticas de puerta abierta, dimensiones del departamento más pequeñas, cambios en el entorno, sala de confort, formación del personal sobre contención y la atención informada sobre el trauma. Los servicios informados sobre traumas están diseñados para garantizar que "cualquier interacción, dentro de los servicios, sea coherente con el proceso de recuperación y reduzca la posibilidad de volver a traumatizar" 20. Por lo tanto, los servicios informados sobre traumatismos suelen promover "formas de cuidado y apoyo sin fuerza (Denise E Elliott et al, 2005).

El uso de herramientas estandarizadas de evaluación de riesgos y planes individualizados para la identificación de factores desencadenantes del estrés, así como el 'debriefing' con los usuarios reducirán la ansiedad de la persona, garantizarán la seguridad física tanto del paciente como de los profesionales de la salud y minimizarán el riesgo de escalada hacia comportamientos agresivos y, por tanto, evitarán el riesgo de coacción.

Las técnicas 'De-escalation' también demostraron que reducen la agitación psicomotora y el riesgo de escalada de los síntomas, así como la necesidad de medidas coercitivas (Zeller et al., 2010). Se trata de un enfoque dinámico que implica y establece una relación de colaboración con las personas clave implicadas en un conflicto con el fin de resolver la situación. Incluye técnicas de comunicación eficaces, incluyendo la práctica de la escucha activa. Se ha demostrado científicamente que el enfoque "Safewards" reduce el aislamiento y la contención. Este programa pone un fuerte énfasis en la cultura de las instalaciones hospitalarias, incluyendo las interacciones del personal con los usuarios, la familia y los amigos y las características físicas. Los estudios en los que se examinó el enfoque de "Six Core Strategies" han mostrado una reducción significativa del uso de aislamiento y restricción. Se conoce explícitamente como una iniciativa "recovery-oriented" que reformula el aislamiento y la restricción como un fracaso del servicio. El "methodical work approach" podría utilizarse para reducir las prácticas de aislamiento a través de la participación explícita del usuario y de la familia para que trabajen juntos con el objetivo común de reducir el aislamiento. Forma parte de los programas de tratamiento científicamente evaluados para reducir la coerción también "el Engagement model", que prevé el refuerzo de la comunidad terapéutica, la mejora de la atmósfera del departamento y la mejora de los servicios terapéuticos y del ocio.

### ■ Conclusiones

Se reconoce cada vez más la necesidad de hacer que la salud mental sea más consensuada y garantizar que los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental se respeten siempre (Szmukler et al., 2014; P?ras, 2017). A medida que continúa el debate, cada vez hay más pruebas para respaldar la efectividad de los modelos de atención no coercitiva que se alinean estrechamente con los principios de dignidad y autonomía y que no cancelan el derecho al tratamiento. De hecho, existe una amplia gama de prácticas, políticas e intervenciones, con diversos grados de evidencia, que se pueden implementar o probar a nivel local, nacional y regional. Estos modelos incluyen intervenciones y prácticas basadas en la comunidad que enfatizan la voluntad y las preferencias de los usuarios de servicios de salud mental, intervenciones que pueden implementarse en un entorno hospitalario

y cambios en las leyes y políticas nacionales. En general, un enfoque basado en la recuperación, "informado sobre el trauma" y el respeto por los derechos humanos parece ser el camino a seguir para una salud mental libre de violencia. La falta de recursos no debe considerarse un obstáculo para la realización de la visión de la Convención, ya que no se trata de cambiar las prácticas individuales sino de implementar una nueva cultura.

### ■ Referencias bibliográficas

- Armgart C, Schaub M, Hoffmann K, Illes F, Emons B, Jendreyeschak J, et al. Negative Emotionen und Verständnis – Zwangsmaßnahmen aus Patientensicht Psychiatr. Prax. 2013.
- Brophy LM, Roper CE, Hamilton BE, Tellez JJ, McSherry BM. Consumers and their supporters' perspectives on poor practice and the use of seclusion and restraint in mental health settings: results from Australian focus groups. *Int J Ment Health Syst.* 2016.
- De Jong MH, Kamperman AM, Oorschot M, Priebe S, Bramer W, van de Sande R, Van Gool AR and Mulder CL. Interventions to reduce compulsory psychiatric admissions: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2016.
- Denise E Elliott et al. 'Trauma-Informed or Trauma-Denied: Principles and Implementation of Trauma-Informed Services for Women'. *Journal of Community Psychology.* 2005.
- Drew N, Funk M, Tang S, Lamichhane J, Chávez E, Katontoka S, Pathare S, Lewis O, Gostin L and Saraceno B. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *The Lancet.* 2011.
- Funk M and Drew N. WHO qualityrights: transforming mental health services. *The Lancet Psychiatry.* 2017.
- Grassi S, Mandarelli G, Polacco M, Vetrugno G, Spagnolo AG, De-Giorgio F. Suicide of isolated inmates suffering from psychiatric disorders: when a preventive measure becomes punitive. *Int J Legal Med.* 2018.
- Huxley P, Thornicroft G. Social inclusion, social quality and mental illness. *Br J Psychiatry.* 2003.
- Kallert TW, Glöckner M and Schützwohl M (2008) Involuntary vs. Voluntary hospital admission. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.* 2008.
- Larue, C., Dumais, A., Boyer, R., Goulet, M., Bonin, J., & Baba, N. The experience of seclusion and restraint in psychiatric settings: Perspectives of patients. *Issues in Mental Health Nursing.* 2013.
- Mahler L., Mielau J., A Heinz A., A Wullschlegler A. Same, Same But Different: How the Interplay of Legal Procedures and Structural Factors Can Influence the Use of Coercion. *Frontiers in psychiatry,* 2019.
- Mijatović D. Parliamentary assembly of the Council of Europe debate on "Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach. Strasbourg, 2019;
- Méndez, Juan E. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. United Nations General Assembly; 2013.
- Nelstrop, et al. A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews Evid.-Based Nurs.* 2006.
- Rose D, Perry E, Rae S and Good N. Service user perspectives on coercion and restraint in mental health. *BJPsych International.* 2017.
- Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol* 2010.
- Turnpenny A, Petri G, Finn A, Beadle-Brown J and Nyman M. Mapping and understanding exclusion: institutional, coercive and community-based services and practices across Europe. *Mental Health Europe & University of Kent.* 2017.
- United Nations Human Rights Council, Resolution on Mental Health and Human Rights, UN 2017.
- Weich S, McBride O, Twigg L, Keown P, Cyhlarova E, Crepaz-Keay D, Parsons H, Scott J and Bhui K. Variation in compulsory psychiatric inpatient admission in England: a cross-sectional, multilevel analysis. *Health Services and Delivery Research.* 2014.
- Whitecross F, Seary A, Lee S. Measuring the impacts of seclusion on psychiatry inpatients and the effectiveness of a pilot single-session post-seclusion counselling intervention. *Int J Ment Health Nurs.* 2013.
- World Health Organization. Mental health action plan 2013–2020. Geneva, 2013.
- World Health Organization. Supported decision-making and advance planning. WHO QualityRights Specialized training. Course slides. Geneva, 2019.
- Wynn R. Staffs' attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nord. J. Psychiatry.* 2003.
- Zeller SL, Rhoades RW. Systematic reviews of assessment measures and pharmacological treatments for agitation. *Clin Ther.* 2010.

## **Mental Health of e-sports professionals in violent videogames: a study case of Spain**

**Luis A. García-Segura**, *Coordinator of the Nebrija Santander Chair in Risks and Conflicts Management / Director of the Nebrija University Master's Degree in Data Protection, Innovation and Security*

Correspondencia: lgarcise@nebrija.es

### ■ Abstract

*The E-Sports industry includes video games played in a multiplayer and competitive environment in front of spectators, usually by professional gamers. For 2019, the global revenues for E-Sports was estimated at 1.2 billion USD. In Spain, the overall videogame industry has an impact of 3.5 billion EUR in the economy and employs approximately 8.700 people directly. As revenues, fans and professional players continue to grow, there is emerging research been conducted regarding the mental health of E-Sports players and the consequences that violent video games can have in the short and long term on their physical wellbeing. We draw a series of recommendations and conclusions regarding E-Sports player's mental health and overall wellbeing.*

**Key Words:** *E-Sports, Videogames, Violence, Mental health, Spain, Intellectual Property, Labor Rights.*

## **Chosen determinants and consequences of aggression among adolescents**

**Marzanna Farnicka**, *Departamenty of Psychology, Zielona Gora University, Poland*

Correspondencia: marzanna@farnicka.pl

### ■ Abstract

Attachment is one of the more important developmental aspects for predicting a person's level of adaptation and mental health. Previous research in this area suggests a relationship between insecure attachment and behavioural and emotional disorders . The goal of this study was to determine the relationships between adolescents' attachment patterns and aggression– expressed as a tendency to assume the role of the victim or the perpetrator. We hypothesized that insecure patterns of attachment foster both aggression (as a personality feature) and a tendency towards mental health issues, through increasing the frequency of entering the role of a victim or a perpetrator.

### 1. Participants and procedure

One hundred and twenty individuals aged 14-19 took part in the study, mainly high school and university students. The study was conducted in groups, with the consent of participants and their parents. The following methods were used to assess the variables: The Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA), the Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ) and the Mini Direct and Indirect Aggression Inventory (Mini-DIA).

### 2. Results

Our results suggest that a relationship exists between aggressiveness and trust in the relationship with one's mother, as well as between hostility and alienation with regards to one's mother and father. Insecure attachment is a significant risk factor for mental health disorders and social behavior disorders.

## ■ Conclusions

We interpret the results as suggesting that attachment organization plays an important role in a wide array of aspects of adolescent psychosocial development, especially readiness for aggressiveness and victimization process.

**Keywords:** adolescence; aggressiveness; aggression, victimization.

## ***El acoso escolar: contribuciones para su prevención y retos de la educación***

**Martha Leticia Gaeta González**, Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (México)

Correspondencia: marthaleticia.gaeta@upaep.mx

## ■ Resumen

El presente trabajo tiene como propósito reflexionar sobre la importancia de las prácticas educativas en la prevención y eliminación del acoso escolar, y sobre los retos que ello representa para las instituciones escolares. Con tal propósito, en primer lugar, se presenta un panorama general sobre el acoso escolar y sus consecuencias para la salud física y mental del alumnado. En segundo lugar, se plantean distintos modelos de intervención para la prevención del acoso escolar, así como ejemplos de buenas prácticas, a partir de la investigación llevada a cabo en distintos contextos a nivel internacional. Finalmente, se plantea la relevancia de avanzar más decididamente en los esfuerzos para prevenir el acoso escolar, a través de programas de intervención que involucren a toda la comunidad, de manera sistémica, continua y contextualizada.

**Palabras clave:** clima escolar, acoso, ciberacoso, relación entre iguales, ajuste psicosocial, ajuste emocional.

## ■ Abstract

The purpose of this paper is twofold: reflect on the importance of educational practices for bullying prevention/elimination and the challenges that this represents for school institutions. First, I present an overview of school bullying and its consequences for students' physical and mental health. Secondly, I describe different intervention models for the prevention of bullying, as well as examples of good practices, based on research carried out in different international contexts. Finally, the relevance of advancing more decisively in efforts to prevent bullying is raised, through intervention programs that involve the entire community, in a systemic, continuous, and contextualized manner.

**Keywords:** school climate, bullying, cyberbullying, peer relationships, psychosocial adjustment, emotional adjustment.

## ■ Introducción

El acoso escolar o bullying se ha convertido uno de los principales problemas en los centros escolares y sus efectos en la salud física y mental de los niños y adolescentes victimizados, notablemente similares en los distintos países, han llevado a considerarlo un grave problema de salud pública a nivel mundial (American Psychological Association; APA). Se estima que 246 millones de niños y adolescentes experimentan alguna forma de violencia escolar y/o bullying cada año. En la encuesta de opinión (U-Report) de UNICEF en 2016, a la que respondieron 100,000 jóvenes de 18 países, dos tercios de los encuestados informaron que habían sido víctimas de intimidación (UNESCO, 2017) y en España, concretamente, este fenómeno superó en 2017 el millar de víctimas de acoso escolar en un año; con 1,054 casos (Epdata). Asimismo, diversas investigaciones (UNESCO, 2017; Vessey, Lulloff, Hernández, Strout y DiFazio, 2016) han mostrado que el bullying tiende a incrementarse entre los 10 y 16 años de edad y su prevalencia es mayor entre las personas consideradas como “diferentes” física, mental o culturalmente.

Generalmente, el bullying o acoso escolar ha sido definido como “la conducta agresiva, intencional y mantenida en el tiempo, perpetrada por un individuo o grupo de ellos contra otro, al que consideran su víctima habitual” (Cerezo-Ramírez, 2012, p. 24), sin que medie la provocación. En este contexto, se identifican tres tipos de protagonistas: el agresor, la víctima y los espectadores (UNESCO, 2017).

En cuanto a los tipos y manifestaciones del acoso escolar, generalmente se clasifican en directas e indirectas (Vessey et al., 2016; Viscardi, 2011). Las manifestaciones directas son más fáciles de identificar, como el acoso físico, las burlas, los insultos, las amenazas, la intimidación y la humillación de la víctima frente de otros. Sin embargo, las formas indirectas son más sutiles e involucran una manipulación relacional para dañar la reputación de la víctima dentro del grupo, como el hostigamiento sexual entre compañeros, la propagación de rumores y la discriminación por motivo de raza, etnia, religión, discapacidad u orientación sexual e identidad de género.

Como han mostrado diversas investigaciones (Cook, Williams, Guerra, Kim y Sadek, 2010; Gini y Pozzoli, 2009; Hawker & Boulton, 2000), la exposición de niños y jóvenes a este tipo de comportamientos no sólo tiene repercusiones en su desempeño académico y social, sino que puede afectar la salud mental; los alumnos expuestos a estas situaciones pueden sufrir problemas de baja autoestima, ansiedad generalizada y social, altos niveles de síntomas psicósomáticos, problemas de depresión y pensamientos suicidas y, en casos más extremos, pueden llegar al suicidio. El acoso escolar constituye una de las principales causas de suicidios entre los adolescentes (Fadanelli, Lemos, Soto y Hierba, 2013). De igual forma, se ha evidenciado (Kumpulainen, Räsänen y Puura, 2001) que el acoso escolar tiene consecuencias dañinas no sólo para las víctimas, sino también para el resto de alumnos implicados en una situación de esta naturaleza, detectándose, independientemente del rol que se ejerza en la misma -agresor, víctima u observador-, un mayor riesgo de sufrir desajustes psicosociales y trastornos psicopatológicos en la adolescencia y en la etapa adulta en todos los involucrados (UNESCO, 2017).

Estas consecuencias han motivado un amplio incremento de investigaciones sobre este fenómeno, así como de las condiciones que lo generan. De igual manera, en el ámbito de la educación formal e informal se han desarrollado diversas iniciativas y programas de intervención para disminuir estas conductas. Sin embargo, como señalan Del Moral, Suárez y Musitu (2013), no en todos los casos se han realizado evaluaciones rigurosas de su efectividad. Además, aún es necesario un mayor avance en este campo para su prevención.

La mayoría de las investigaciones se han enfocado al contexto escolar, donde los estudiantes interactúan con sus pares de manera directa. Sin embargo, los ambientes virtuales proveen de contextos mediados por el uso de las tecnologías para el Cyberbullying, donde las situaciones de anonimato del agresor y el traspasar los límites de los espacios temporales constituyen características propias de este tipo de acoso (Pérez, Ramos y Serrano, 2017). Cabe señalar que los estudiantes pueden experimentar experiencias de bullying y cyberbullying de manera simultánea, con importantes afectaciones en el ajuste psicosocial (Casas, Del Rey y Ortega-Ruiz, 2013).

Respecto a las causas que pueden desencadenar situaciones de acoso, podemos decir que no existe un patrón, siendo muy variables y diversas, por

lo que cada caso es diferente (Hamodi y Jiménez, 2018). No obstante, como señalan Ortega-Ruiz, Del Rey y Casas (2013, p. 98) “más de la mitad de la implicación en bullying puede ser explicada por aspectos relacionados con las dimensiones que componen la convivencia escolar”. Es por ello que, la comunidad educativa -profesores, padres de familia, estudiantes- demandan soluciones eficaces para prevenir y/o para erradicar las distintas formas de violencia (Del Moral et al., 2013). Esto, junto con la amplia variedad de datos existentes sobre este fenómeno, evidencia la imperiosa necesidad de tomar medidas inmediatas destinadas a prevenir y eliminar esta forma de violencia.

Si partimos de la premisa que la educación representa el desarrollo integral de las capacidades de la persona en formación, mediante destrezas, hábitos, costumbres y conocimientos, la educación tiene un papel fundamental en la formación de comportamientos tendientes a un estilo de vida saludable (Quintanilla, Haro, Vega, González y Ramírez, 2004), por lo que los distintos actores -profesores, padres de familia y profesionales de la salud- tienen la corresponsabilidad de formar en este sentido. Con tal fin, se han intensificado las iniciativas orientadas a prevenir el acoso escolar, en forma de una amplia diversidad de programas e iniciativas en distintos contextos. Algunos ejemplos de proyectos exitosos, y modelos que los comprenden, se muestran a continuación:

El Modelo constructivo de convivencia para prevenir la violencia proyecta acciones que contribuyan a que los estudiantes conozcan el fenómeno del acoso escolar y puedan prevenirlo (Hamodi y Jiménez, 2018). Estas acciones corresponderían a intervenciones curriculares, enfocadas a la población de niños y adolescentes en el contexto del aula, con propósitos de formación académica de los escolares (Vreeman y Carroll, 2007).

Desde este enfoque, en Estados Unidos el programa “Stop bullying on the spot” tiene como propósito el enseñar a los menores a identificar el acoso escolar y a enfrentarlo de manera segura. Mediante esta iniciativa se promueve que las escuelas incorporen el tema de la prevención del acoso escolar en las lecciones y actividades. Algunos ejemplos de estas actividades incluyen: investigación en Internet o en la biblioteca sobre tipos de acoso escolar, cómo prevenirlo y cómo deben responder los niños, presentaciones con juego de roles para detener el acoso, debates sobre el tema, escritura creativa, obras artísticas y en general concientización sobre cómo tratar a otros.

En México el proyecto “Contra la violencia, eduquemos para la paz” (Ortega, Ramírez y Castelán, 2005), que funciona en 2,000 escuelas desde nivel inicial hasta secundaria, busca que los niños aprendan a resolver las problemáticas de manera pacífica y a tomar decisiones basadas en la cooperación y la equidad, lo cual se espera contribuya a la autoestima y a la gestión emocional, así como a tener un pensamiento crítico y creativo. Asimismo, se ha impulsado la actividad física para favorecer la sana disciplina, la autoestima y el desarrollo de habilidades para la convivencia.

Respecto a este último punto, el patio de recreo se ha considerado como un espacio que puede contribuir al fomento de buenas relaciones entre los estudiantes, al promoverse oportunidades y experiencias de sana convivencia, siempre con la supervisión de los adultos. Entre las medidas para prevenir el acoso escolar se encuentran: diversificar los espacios y medios para el desarrollo del juego, diseñar áreas para la convivencia tranquila y relajada, promover el interés por conservar la naturaleza mediante el cuidado de áreas verdes, la dinamización de los espacios a través del cuidado y conservación de los mismos, así como la organización de clubes culturales y deportivos (Pereira, Neto, Smith y Angulo, 2014). En este sentido, el proyecto “Recreos entretenidos” en Chile tiene como propósito el fortalecimiento de las habilidades sociales en un espacio de recreación y sana convivencia, a través de lecturas animadas, ajedrez y diversas actividades supervisadas por el profesorado (Álvarez y López, 2012).

El Modelo de prevención centrado en el trabajo con las emociones busca combatir el bullying principalmente mediante el entrenamiento grupal de habilidades socio-afectivas que fomente la atención a los aspectos emocional, comunicativo e interpersonal (empático), de modo que en el proceso educativo la persona se considere en su integralidad y a su vez se promueva el bienestar emocional de toda la comunidad educativa (Hamodi y Jiménez, 2018).

En tal sentido, la Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos (CEAPA) ha elaborado una guía titulada “Desarrollo de habilidades sociales y emocionales y de valores para prevenir el acoso escolar”. A través de este documento se ofrecen distintas pautas y recomendaciones a familias con niños de entre 6 y 12 años, que ayuden a sus hijos a desarrollar las habilidades necesarias para prevenir el acoso

escolar. Algunas de estas pautas y orientaciones para las familias incluyen: transmitir valores como modelos de comportamiento y escuchar activamente a los niños, ayudarles a adquirir habilidades emocionales (reconocimiento, comprensión y regulación de las emociones), desarrollar la autoestima y la asertividad, ayudar a los niños a que sean conscientes de qué es o no acoso, a conocer las señales de alerta y a pedir ayuda cuando se sientan mal, recordarles que tienen derechos e informarles sobre el uso de Internet en teléfonos móviles y tabletas.

En este punto es importante desarrollar la conducta prosocial -especialmente la empatía-, así como la asertividad, la adquisición de habilidades sociales y valores de convivencia, estimular el pensamiento crítico, educar a todos los niños y adolescentes en la no violencia, y en la tolerancia ante la diversidad (Martínez-Otero, 2000; Save the Children, 2016). Todo ello se considera como aspectos fundamentales en la prevención del bullying y para la generación de una cultura inclusiva, de diálogo y colaboración y de respeto.

Otro interesante proyecto es el desarrollado por investigadores del departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad Complutense de Madrid, liderados por Javier Martín Babarro. Se trata del programa "Mybullying", el cual consiste de un cuestionario disponible en línea, con las respuestas a cuestionamientos como: ¿Quiénes son tus amigos dentro de clase?, ¿Con quién te juntas habitualmente?, ¿Con quién no sueles relacionarte?, ¿A algún compañero o compañera, ¿le pegan o maltratan físicamente?, ¿Le aíslan, rechazan y/o hablan mal de él o ella? o ¿Te lo hacen a ti?... , se genera un mapa social de la clase, en el que se representan los posibles casos de acoso escolar. Con los datos generados se realizan propuestas al departamento de orientación de los centros sobre cómo intervenir, tanto en los casos de detección temprana, como en los ya establecidos. El tipo de intervención que se propone desde el programa es el de ayuda entre iguales, con el propósito de generar una red social que se mantenga en el tiempo y contribuya a la prevención o eliminación del acoso escolar en las aulas.

Otras acciones corresponderían al Mentoring como una estrategia para la construcción de relaciones, metas personales, etc. (Vreeman y Carroll, 2007). En este sentido, en España el Programa TEI (Tutoría Entre Iguales)

está orientado a la educación primaria, secundaria y centros de educación especial. La iniciativa es institucional y de aplicación a toda la comunidad educativa, con el propósito de mejorar la convivencia escolar, la no violencia y la inclusión, a través de la mejora del clima escolar. El programa ha sido desarrollado desde 2003, con la participación de los tutores de diferentes colegios a nivel nacional; en el ciclo académico 2016-17 los colegios ascendieron a 620. Asimismo, se ha implementado fuera de España en Londres, Berlín y Marruecos, y en América Latina en Chile, Colombia, Ecuador y México.

Otro tipo de programas son los fundamentados en el Apoyo de un trabajo social (Vreeman y Carroll, 2007). Desde este enfoque, se considera imprescindible incorporar la figura del psicólogo educativo en los centros escolares. Los psicólogos, consejeros y trabajadores sociales tienen una tarea importante para la planificación e implementación de las diferentes estrategias de detección e intervención del acoso escolar en los centros, que contribuyan a su prevención, promoviendo el apoyo a los diferentes actores -agresor, víctima y espectadores- y considerando, además, las relaciones de apoyo dentro de la familia (Gauze, Bukowski, Aquan-Assee y Sippola, 1996).

Por su parte, los Programas multidisciplinares (o whole school) (Vreeman y Carroll, 2007) incluyen acciones preventivas enfocadas a toda la comunidad educativa e incluyen programas de formación del profesorado, talleres para padres, formación en gestión de conflictos, counseling individual, etc.

El Programa "ABC" desarrollado desde el Centro Nacional de Investigación y Recursos anti-bullying (National Anti-Bullying Research and Resource Centre) en Irlanda, desde 1996 busca la prevención del acoso escolar y la violencia a través de la educación social, alineada con los propósitos de la ONU de asegurar una educación inclusiva de calidad y promover el aprendizaje a lo largo de toda la vida para todos, para 2030. Todo ello, a través de la disciplina asertiva y la enseñanza positiva. De manera más precisa, el programa busca generar conciencia en la comunidad escolar sobre las conductas negativas, así como de medidas de prevención entre sus agentes. Además de contribuir en la formación de los padres de familia, que les permita trabajar de manera activa en casa y con su participación en los centros escolares.

El Modelo de trabajo en red y trabajo comunitario busca involucrar a los diferentes agentes no profesionales para que se involucren en la prevención del acoso escolar, en colaboración con los agentes educativos y contando con la mediación del ayuntamiento (Hamodi y Jiménez, 2018).

Desde este enfoque, el Programa “Kiva” realizado desde la Universidad Turku en Finlandia, tiene como propósito desarrollar una escuela de bienestar entre todos los miembros de la comunidad escolar, que les permita relacionarse de manera pacífica. Con tal propósito la iniciativa está conformada por tres unidades para tres grupos de edad, respectivamente; 6-9 años, 10-12 años y para estudiantes que transitan de la escuela media a la superior. Mediante este programa se plantean acciones como la realización de debates, trabajo en grupo y ejercicios de teatro entorno al bullying. Además, se ofrecen materiales y formación para toda la comunidad educativa, así como un sistema de evaluación y seguimiento. El programa se ha implementado fuera de Finlandia en Estados Unidos, Estonia, Bélgica y Holanda, así como en España (Colegio Escandinavo de Madrid y el Colegio Internacional Torrequebrada en Málaga) con muy buenos resultados.

A partir de la revisión presentada, podemos concluir que existen diversos modelos de prevención con acentos distintos. En el modelo constructivo de convivencia, o de intervenciones curriculares, se considera como aspecto principal la formación académica de los estudiantes en temas de acoso escolar, a través de asignaturas o proyectos específicos. El modelo socio-afectivo se enfoca a la formación integral de los educandos, mediante la promoción del aspecto afectivo y relacional, vinculados al aspecto cognitivo, privilegiando la empatía para un mejor entendimiento del otro y para la generación de un clima de convivencia. Por su parte, los programas de mentoring enfatizan la construcción relacional y de consecución de metas individuales, mientras que los programas de apoyo social se focalizan en el asesoramiento a los adolescentes implicados en actos violentos y sus familias, mediante la intervención de un experto de la salud (psicólogo escolar, trabajador social). Finalmente, el modelo comunitario se centra en el entorno y en los distintos agentes que lo conforman (educadores, psicólogos educativos, padres de familia, agentes de la comunidad, etc.).

Los resultados de éstos y otros análisis de proyectos exitosos (ver Pérez et al., 2017 para una revisión detallada) evidencian que los programas

multidisciplinares, que involucran a todos los agentes educativos, son los que mejores resultados presentan en la disminución de la incidencia del acoso escolar, al contar con un mayor efecto positivo cuando se involucra a más miembros de la comunidad educativa, con un enfoque multidisciplinar y en los distintos niveles educativos. Es por ello que consideramos fundamental en la atención del acoso escolar el involucramiento de toda la comunidad escolar, mediante una mediación educativa contextualizada.

Los programas preventivos han de desarrollarse desde edades tempranas y de manera continua y articulada para que sus efectos vayan permeando en toda la cultura del centro; desde lo individual en la gestión emocional y de comunicación eficaz, pasando por las habilidades sociales y de gestión de conflictos, hasta la promoción de estilos relacionales que fortalezcan el encuentro, el reconocimiento y la aceptación del otro. Cabe señalar que el profesorado tiene un papel importante en este sentido, por lo que debe contar con una formación adecuada para llevar a cabo prácticas preventivas del *bullying*.

Por otro lado, además de los programas preventivos, cuando ya se está suscitada una situación de acoso escolar, es imprescindible la detección temprana para evitar consecuencias profundas en la víctima y en sus agresores. Como hemos señalado, las medidas que se tomen deben implicar a todo el centro educativo como comunidad, incluyendo la participación activa de todos los estudiantes, así como el desarrollo de la capacidad del personal educativo para la prevención y detección del acoso escolar.

En suma, la prevención del acoso escolar requiere una actuación institucional sobre la convivencia, basada en la detección temprana y contextualizada, y en la implementación de programas transversales, graduales y continuos en los que se establezcan normas claras y se potencie la comunicación y expresión de los afectos de todos los agentes -profesores, padres de familia, alumnos-, que en opinión de los expertos (Martínez-Otero, 2005, 2006; Del Moral et al., 2013; Sánchez, 2018), tiene un carácter educativo y por tanto ayudará a garantizar una cultura escolar con condiciones de convivencia y aprendizaje seguras y saludables.

Este enfoque preventivo, que involucre a toda la comunidad escolar, incluiría como acciones principales (Pérez et al., 2017): el desarrollo de normas de

convivencia claras, capacitar y asesorar a los educadores, a las familias y a los educandos, enseñar a educadores y educandos habilidades socio-emocionales, llevar a cabo evaluaciones diagnósticas, dar seguimiento a los procesos de reducción del acoso escolar y a las acciones mediante una revisión de manera permanente, así como las orientaciones claras de manera colaborativa con los educadores. Consideramos que todo ello constituye un reto y a la vez abre importantes posibilidades de avanzar en la mejora de entornos educativos en los que se promueva la sana convivencia entre sus miembros.

### ■ Referencias bibliográficas

- ABC. The Anti-Bullying Centre. Disponible en <https://antibullyingcentre.ie/>
- Álvarez, I y López, S. (2012). Recreos entretenidos, una estrategia para mejorar la convivencia escolar. Tesis de Licenciatura en Educación. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago de Chile, Chile. Disponible en <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/1790/tpeb798.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- American Psychological Association. Disponible en <https://www.apa.org/topics/bullying/>
- Casas, J. A., Del Rey, R. y Ortega-Ruiz, R. (2013). Bullying and cyberbullying: Convergent and divergent predictor variables. *Computers in Human Behavior*, 29, 580-587.
- CEAPA. Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos. Acoso escolar. Guía para padres y madres. Disponible el <https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/Guia%20acoso%20escolar%20CEAPA.pdf>
- Cerezo-Ramírez, F. (2012). Bullying a través de las TIC. *Boletín Científico Sapiens Research*, 2(2), 24-29.
- Cook, C., Williams, K., Guerra, N., Kim, T. y Sadek, S. (2010). Predictors of Bullying and Victimization in Childhood and Adolescence: A Meta-analytic Investigation. *School Psychology Quarterly*, 25(2), 65– 83.
- Del Moral, G., Suárez, C. y Musitu, G. (2013). El bullying en los centros educativos: propuestas de intervención de adolescentes, profesorado y padres. *Apuntes de Psicología*, 31(2), 203-213.
- Epdata. Disponible en <https://www.epdata.es/datos/acoso-escolar-datos-cifras-estadisticas/257/espana/106>
- Fadaneli, M., Lemos, R., Soto, M. F. y Hierba, M. C. (2013). Bullying hasta la muerte. Impacto en el suicidio adolescente. *Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires*, 55(249), 127-135.
- Gauze, G., Bukowski, W. M., Aquan-Assee, J. y Sippola, L. K. (1996). Interactions between family environment and friendship and associations with self-perceived well-being during adolescence. *Child Development*, 67, 2201-2216.
- Gini, G. y Pozzoli, T. (2009). Association between bullying and psychosomatic problems: a meta-analysis. *Pediatrics*, 123(3), 1059-1065.
- Hamodi, C. y Jiménez, L. (2018). Modelos de prevención del bullying: ¿qué se puede hacer en educación infantil? *Revista de Investigación Educativa de la REDIECH*, 9(16), 1-30.
- Hawker, D. y Boulton, M. (2000). Twenty Years' Research on Peer Victimization and Psychosocial Maladjustment: A Meta-analytic Review of Cross-sectional Studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 41(4), 441-455.
- Kiva. KiVa Koulu. There is no bullying in KiVa school! Disponible en <http://www.kivaprogram.net/>
- Kumpulainen, K., Räsänen, E. y Puura, K. (2001). Psychiatric disorders and the use of mental health services among children involved in bullying. *Aggressive Behavior*, 27, 102-110.
- Martínez-Otero, V. (2000). Formación Integral de Adolescentes. Madrid: Fundamentos
- Martínez-Otero, V. (2005). Conflictividad escolar y fomento de la convivencia. *Revista Iberoamericana de Educación*, 38, 33-52. <https://doi.org/10.35362/rie380829>
- Martínez-Otero, V. (2006). Comunidad Educativa. Claves psicológicas, pedagógicas y sociales. Madrid: Editorial CCS.
- Mybullying. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en <https://www.ucm.es/la-herramienta-mybullying,-desarrollada-por-la-complutense,-detecta-el-acoso-escolar-en-solo-diez-minutos-10-de-febrero>
- Ortega, S., Ramírez, M. y Castelán, A. (2005). Estrategias para prevenir y atender el maltrato y las adicciones en las escuelas públicas de la Ciudad de México. *Revista Iberoamericana de Educación*, 38, 147-169.
- Ortega-Ruiz, R., Del Rey, R. y Casas, J. A. (2013). La convivencia escolar: clave en la predicción del bullying. *Revista Iberoamericana de Evaluación Educativa*, 6(2), 91-102.
- Pereira, B., Neto, C., Smith, P. y Angulo, J.C. (2014). Reinventar los espacios de recreo para prevenir la violencia escolar. *Cultura y Educación*, 14(3). <https://doi.org/10.1174/11356400260366115>
- Pérez, A., Ramos, M. y Serrano, M. (2017). Acciones de prevención en acoso escolar utilizadas

por docentes de Educación Secundaria Obligatoria. Contextos Educativos, Extraordinario, 2, 163-179.

Quintanilla, R., Haro, L. P., Vega, J. C., González, J. M. y Ramírez, L. E. (2004). Educación y salud mental. Revista de Educación y Desarrollo, 3, 61-64.

Sánchez, M. L. (2018). Mediación educativa contextualizada: aprendizaje de la convivencia y prevención del bullying. Padres y Maestros, 373, 15-20.

Save the Children (2016). Yo a eso no juego: bullying y ciberbullying en la infancia. SAVE THE CHILDREN España. Disponible en [https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/yo\\_a\\_eso\\_no\\_juego.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/yo_a_eso_no_juego.pdf)

Stop bullying. US Department of Health and Human Services (US DHHS). Disponible en <https://www.stopbullying.gov/>

UNESCO (2017). School Violence and Bullying. Global Status Report. Disponible en <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000246970>

Vessey, J., Lulloff, A., Hernández, L., Strout, T. y DiFazio, R. (2016). Implications of youth bullying on mental health. Horizonte de Enfermería, 27(1), 9-23.

Viscardi, N. (2011). Programa contra el acoso escolar en Finlandia: un instrumento de prevención que valora el respeto y la dignidad. Construção Psicopedagógica, 19(18), 12-18.

Vreeman, R. C. y Carroll, A. E. (2007). A systematic review of school-based interventions to prevent bullying. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 161(1), 78-88.

---

## Lista de participantes

---

## Miembros del Grupo de Investigación Complutense: "Psicosociobiología de la violencia: educación y prevención"



### **Dr. José Luis Barrio de la Puente (España)**

El Dr. José Luis Barrio de la Puente, nacido en Riego de Lomba (Zamora), es Doctor en Filosofía y Ciencias de la Educación (1995) y Licenciado en Filosofía y Ciencias de la Educación (Sección Ciencias de la Educación) (1984), por la Facultad de Educación y Centro de Formación del Profesorado, de la Universidad Complutense de Madrid. También es Diplomado en Profesorado de Educación General Básica (1978), por la Escuela Universitaria "María Díaz Jiménez" de Madrid; y realizó el Master de Especialización, Experto Universitario en Educación de Personas Adultas (2004), por la UNED.

Tiene las siguientes acreditaciones y evaluaciones positivas por la ACAP: Profesor Contratado Doctor (2008), Profesor Doctor de la Universidad Privada (2008), Profesor Ayudante Doctor (2006) y Profesor Colaborador Doctor (2006). El Dr. Barrio tiene la siguiente experiencia docente y profesional: Funcionario de Carrera y Profesor de Enseñanza Secundaria durante 40 años y Profesor Asociado en la Facultad de Educación y Centro de Formación del Profesorado durante 22 años. Ha desempeñado los siguientes cargos: Director del CEPA de San Fernando de Henares (16 años), Jefe de Estudios (1año), Secretario (3 años), Asesor de Formación Permanente del Profesorado (6 años), Coordinador de las TIC y Medios Audiovisuales (8 años), Administrador del Aula Mentor de San Fernando de Henares (12 años) y Colaborador, Coordinador y Tutor del Practicum durante 20 años. Ha realizado 11 Proyectos de Investigación, Innovación y Mejora docente, uno de la Comunidad de Madrid y diez de otras Entidades Públicas y Privadas, habiendo publicado 26 artículos en revistas de Educación y 3 libros. Igualmente ha realizado 48 cursos de formación inscritos en el Registro General de formación permanente del profesorado de la Comunidad de Madrid, y participado en Jornadas de formación y educación, Intercambio de experiencias educativas y Escuelas de verano con 15 ponencias. Sus líneas de investigación más importantes son: la educación de personas adultas, la

educación social, la atención a la diversidad, las escuelas inclusivas, las comunidades de aprendizaje y las nuevas metodologías en la educación del siglo XXI.

[jlbarrio@edu.ucm.es](mailto:jlbarrio@edu.ucm.es)



### **Dra. Natalia E. Fares Otero (Uruguay)**

Natalia E. Fares Otero es Doctora en Psicología (mención europea) por la Universidad Complutense de Madrid por su experiencia internacional en investigación sobre los correlatos neuropsicológicos y psicofisiológicos en niños y adultos que han sufrido maltrato y abandono. Ha trabajado como investigadora en el Departamento de Psicología Médica del Hospital Charité-Berlin (Alemania) y ha realizado una estancia post-doctoral en el departamento de Psiquiatría y Medicina Psicosomática del Hospital Universitario de Zúrich, Universidad de Zúrich (Suiza), donde continúa colaborando. Ha sido miembro del grupo de investigación en sociopsicobiología de la agresión, actualmente denominado de violencia y educación, de la Universidad Complutense de Madrid. También integra el grupo multicéntrico en adicciones del Departamento de Medicina Nuclear, Udelar, Uruguay. Ha sido financiada por el Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación de España y la Agencia Española de Cooperación Internacional y Desarrollo (MAEC-AECID), la Agencia Alemana de Intercambio Académico (DAAD) y el gobierno suizo mediante una Excellence Scholarship for Foreign Scholars (ESKAS).

Desde hace algunos años es docente en en la Universidad Internacional de la Rioja, la Universidad Internacional de Valencia y la Universidad Europea de Valladolid, en modalidad on-line y presencial. Sus principales áreas de estudio son la Neurociencia cognitiva, la Psicofisiología y la Neuropsicología.

[natfares@hotmail.com](mailto:natfares@hotmail.com)



### **Lic. María Eugenia López Barranco (España)**

María Eugenia López Barranco es actualmente Directora del Centro de Educación de Personas Adultas "Arganzuela" (Madrid), Profesora de Educación Secundaria (Filóloga y especialista en Orientación Educativa y Psicopedagógica) y Profesora Asociada en el Departamento de Investigación y Psicología en Educación (Universidad Complutense de Madrid). Ha impartido docencia en los campos de la Psicología Evolutiva, Trastornos del Desarrollo, Psicología del Aprendizaje, Psicología de la Educación, Trastornos y Dificultades del Aprendizaje, Aprendizaje y Desarrollo de la Personalidad, Entrenamiento en Competencias de Aprendizaje, Intervención Psicopedagógica en Trastornos del Desarrollo, Trastornos del Aprendizaje y en Educación Especial. También ha impartido cursos de actualización para el profesorado y coordinado actividades de formación permanente para el profesorado de Educación Primaria y Secundaria en activo. Ha dirigido Trabajos Fin de Máster de Educación Especial y de Psicopedagogía. María Eugenia Ha desplegado gran actividad en Congresos y Encuentros nacionales e internacionales, presentado trabajos y comunicaciones; en la Asociación Española e Iberoamericana de Medicina y Salud Escolar y Universitaria, y en el Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación (UCM). Ha trabajado en los ámbitos de la Integración de los Adolescentes y Jóvenes Inmigrantes, la Escolarización de las Personas en Riesgo de Exclusión Social, el Fracaso y el Éxito Escolar, la Educación Permanente de Personas Adultas, la Orientación Educativa y Psicopedagógica, Las Competencias Básicas, la Promoción de la Salud en el Ámbito Escolar, la Elaboración de Protocolos para el Desarrollo de la Inteligencia Emocional, la Adquisición de Competencias Básicas y la Atención al Alumnado con Necesidades Educativas Específicas.

[melop@edu.ucm.es](mailto:melop@edu.ucm.es)



### Dr. Jesús Martín Ramírez (España)

Director, Cátedra Nebrija-Santander sobre Gestión de Riesgos y Conflictos, Profesor Honorario de la Universidad Nebrija y Presidente de *CICA Internacional*.

Nace en Madrid. Culminando sus estudios médicos, humanistas y jurídicos con tres licenciaturas, doctorándose en Medicina y Cirugía (Neurociencias) y en Filosofía y Letras (Pedagogía) y un Master en Altos Estudios de la Defensa. Ha trabajado en: a) Educación Comparada, en las Escuelas Europeas de la entonces Comunidad Económica Europea, en Italia y en el Benelux; b) Neuropsicología, en las Universidades Libre de Berlín, Stanford y Paris 5 René Descartes; c) Defensa y Seguridad, en el CESEDEN y en la Kennedy School of Government de la Universidad de Harvard y en la Hoover Institution de Stanford; y d) Psicobiología, en la Universidades del Ruhr en Bochum, en Autónoma y Complutense de Madrid y en Sevilla, de cuyo Departamento de Psicobiología fué Director, al igual que en el Laboratorio de Etología del Centro Ramón y Cajal de Madrid. También ha sido Director del Departamento de Psicobiología y del Grupo de Investigación sobre Agresión de la Universidad Complutense de Madrid. Igualmente fue Director el Gabinete de Estudios de la Universidad Autónoma de Madrid. En la actualidad, es director de la Cátedra sobre Gestión de Riesgos y Conflictos de la Universidad Nebrija.

Entre las sociedades científicas internacionales a las que pertenece o ha pertenecido son de destacar: la Sociedad Internacional para la Investigación de la Agresión (ISRA), de cuya Junta Directiva ha sido Vocal durante los periodos 1998-2000 y 2002-2006, así como de sus Comités de Medios de Comunicación y de las Naciones Unidas (como consultor no gubernamental), además de Miembro de su Nominations Committee (2002), la Association Européenne des Enseignants, la Sociedad de Neurociencias, la Sociedad Internacional de Psicología

Comparada, la Asociación Americana de Psicología, la Sociedad Psiconómica y de l'Alliance Internationale. También es miembro de la Academia Mundial de Arte y Ciencias, de la Academia de Ciencias de Nueva York, de la Professors World Peace Academy, y de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, así como del Comité científico de la UNESCO - HUU Network of Science for Peace, del Comité Ejecutivo de la Delphi University for World Leaders (Grecia) y del Consejo Asesor del Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Es igualmente Presidente del Grupo Español del Movimiento Pugwash, originado en el Manifiesto de Bertrand Russell y Albert Einstein y Premio Nobel de la Paz 1995. También es Presidente de la Fundación CICA International.

Entre las múltiples ayudas científicas internacionales recibidas, destacan las becas Humboldt y DAAD, Fulbright, European Training Program in Brain and Behavior Research, British Council, Programa Erasmus, así como Acciones Integradas con Gran Bretaña y con Francia.

Pertenece al Consejo Editorial de numerosas revistas científicas, a saber: *Arcano*, *International Journal on World Peace*, *International Journal of Comparative Psychology*, *International Journal of Evolutionary Psychology*, *Approaches to Psychology and Behavior*, *Behavioral Sciences on Terrorism & Political Aggression*, *Terrorism: An Electronic Journal and Knowledge Base*, *The Open Criminology Journal*, *Partnership for Peace: An Academic Inter-Disciplinary Review*, *Austin Anthropology*, *Security Dimensions*, *International & National Studies*, *Security, Economy & Law*, *Kultura Bezpieczeństwa. Nauka – Praktyka – Refleksje*, y *Polish Psychological Forum (PPF)* y *Pedagogía Social*. Revista Interuniversitaria. Igualmente ha sido Editor Invitado del *International Journal of Neuroscience* (dos números), del *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, de *Terrorism Research*, del

International Journal of Organisational Transformation and Social Change, de Aggression and Violent Behavior, The Open Criminology Journal (dos números), y The Open Psychology Journal (dos números). Cuenta con medio millar de publicaciones, entre libros, artículos y comunicaciones a congresos.

Pico de la Pala, 6 28792 Miraflores (Madrid) - Spain

Phone: 34 918 444 695

Fax: 34 918 591159

[mramirez@ucm.es](mailto:mramirez@ucm.es)

[jmartinramirez@nebrija.es](mailto:jmartinramirez@nebrija.es)

<http://www.jmartinramirez.org>

<http://www.nebrija.com/catedras/nebrija-santander-resolucion-conflictos>



#### **Dr. Valentín Martínez-Otero Pérez (España)**

Director del Grupo Complutense de Investigación:  
Psicosociobiología de la Violencia: educación y prevención.  
Facultad de Educación, UCM

El Dr. Valentín Martínez-Otero Pérez nació en Oviedo (Asturias). Es Doctor en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y Doctor en Filosofía y Ciencias de la Educación por la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), con premio extraordinario. Realizó la especialidad de Psicología Clínica en la Escuela de Psicología y Psicotecnia (UCM), así como diversos cursos de Formación del Profesorado en la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) y en la UNED, entre otras instituciones, que suman más de 3000 horas. Es Máster Universitario en Psicopatología y Salud, así como Experto Profesional en Salud Mental Comunitaria y Formador de Formadores. En la actualidad es profesor-investigador en el Departamento de Estudios Educativos (UCM), así como conferenciante, investigador y docente invitado en academias y universidades de España, Europa e Iberoamérica: México,

Brasil, Ecuador, Venezuela, República Dominicana, Chile, Bolivia, Cuba, Perú, Argentina, Paraguay, Uruguay, Guatemala, Costa Rica, Nicaragua, Portugal, Francia, Reino Unido, Italia, Grecia, República Checa, Suecia, Noruega, Polonia, Rumanía, etc. Entre otras publicaciones, es autor de: Los adolescentes ante el estudio; Temas de nuestro tiempo y Formación integral de adolescentes, publicados por la editorial Fundamentos, así como de La inteligencia afectiva; El discurso educativo; Literatura y educación; Teoría y práctica de la educación; Comunidad educativa; 10 Criterios para educar en valores con El Quijote; Orientación personal y familiar; Modelos de intervención socioeducativa publicados en editorial CCS. Ha recibido varios premios del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid por su labor de creación y difusión científica a través de los medios de comunicación. También le ha sido concedido el premio "Aula de Paz" (Mieres, Principado de Asturias). Director del Grupo de Investigación de la Universidad Complutense: "Psicosociobiología de la violencia: educación y prevención", evaluado positivamente en 2018 por la Agencia Estatal de Investigación (AEI, España). El Dr. Martínez-Otero es también Presidente del Centro Asturiano de Madrid.

[valenmop@edu.ucm.es](mailto:valenmop@edu.ucm.es)



#### **Dr. José-Vicente Merino Fernández (España)**

El Dr. José-Vicente Merino Fernández es Catedrático de Pedagogía Social en la UCM. También ha impartido docencia en universidades de Puerto Rico, México, Cuba y Perú, así como en otras universidades públicas y privadas de España. En todas ellas ha impartido conferencias, módulos de master y de doctorado. Conferenciante y director de cursos de verano en la UCM y la UNED. Director de Formación del Profesorado en el ICE de la UCM. Director y secretario del Departamento de Tª e Hª de la Educación. Fuera del sistema formal, ha sido asesor y profesor en las Universidades Populares, Escuelas de a.s.c., de educación social y de formación en la empresa, así como social worker en EEUU. Educador

social, animador sociocultural. Pertenece a varios comités científicos de revistas. Editor y subdirector de la revista *Pedagogía social: Revista interuniversitaria*. Presidente o miembro de numerosos comités científicos de congresos y seminarios. Presidente del observatorio antisistema. Líneas de investigación: socialización educativa, educación social, animación sociocultural; planificación, participación y mediación social; violencia; educación intercultural. Autor de más de 100 publicaciones entre libros, capítulos de libros y artículos de revistas, entre las que cabe resaltar: Merino, J. V. (2006). *La violencia escolar. Análisis y propuestas de intervención socio-educativa*. Santiago de Chile: Arrayán. Merino, J. y otros (2008) *Cuestionario Meesco-TO5*. Merino, J.V. (2017). *Educación para una ciudadanía ecológica: exigencia ineludible en nuestra sociedad globalizada*. (Editorial). *Pedagogía social. Revista interuniversitaria* [(2017) 30, 9-12] Tercera época.

[merino@ucm.es](mailto:merino@ucm.es)



#### **Dr. Andrés Serrano Molina (España)**

El Dr. Andrés Serrano Molina (España) es Maestro en las especialidades de Ciencias y Pedagogía Terapéutica, Logopeda, Graduado en Pedagogía y Doctor por la UCM. Inició su vida profesional en Centros de la Comunidad de Madrid, dependientes de los servicios sociales, donde ejerció funciones de educador y ocupó cargos de gestión. Posteriormente se incorporó a la docencia en Centros Universitarios dedicados a la Formación de maestros y educadores sociales, donde impartió distintas materias. En la actualidad imparte docencia en la Facultad de Educación de la UCM. Tiene en su haber distintas publicaciones. Su línea de trabajo e investigación versa sobre el bullying, el odio, la vulnerabilidad la promoción de resiliencia en apoyo al desarrollo y la narrativa como técnica de investigación. Es miembro del Grupo Académico de Investigación Sociopsicobiología de la Agresión de la UCM.

[anserr03@ucm.es](mailto:anserr03@ucm.es)



#### **Sara Tejera Díaz-Terán (España)**

Sara Tejera Díaz-Terán, nacida en Madrid, está Graduada en Pedagogía en la Facultad de Educación-Centro de Formación del Profesorado de la Universidad Complutense de Madrid, siendo Especialista en Intervención Socioeducativa con personas con Diversidad Funcional en CESI Iberia. Realizó sus estudios de Master en Sexología en INCISEX en la Universidad de Alcalá de Henares. De carácter proactivo y entusiasta, desarrolla su labor profesional como responsable de proyectos de Vida Independiente en tercer sector, y está acreditada como formadora de atención sociosanitaria para personas en situación de dependencia, así como asesora y educadora sexual en el proyecto Shiro Kuma, centro de salud y bienestar para personas con Diversidad Funcional. Sara ha sido colaboradora honorífica en el Departamento de Teoría e Historia de la Educación de la Facultad de Educación de la UCM y colabora de forma activa en diversos proyectos de cooperación al desarrollo, envejecimiento activo y defensa de los derechos humanos.

[saratejeradt@hotmail.com](mailto:saratejeradt@hotmail.com)



#### **Lic. Mª Cristina del Val Esteban (España)**

Mª Cristina del Val Esteban está Licenciada en Ciencias de la Educación, Sección Pedagogía, por la Universidad Complutense de Madrid en 1985; acreditada por la Comunidad de Madrid como especialista en Servicios Sociales; y especializada como Terapeuta de Familia, desde el enfoque Sistémico, por la asociación ADAPSHU en 1990. Empleada laboral fija desde 1986 en el INSERSO, y después como Técnico Superior del área educativa en la Comunidad de Madrid, asignada a la Consejería de Políticas Sociales y Familia, adscrita desde hace 30 años en Dirección General de la Familia y el Menor, como Técnico primero en el Área de Coordinación de Centros de Protección y después en el

Área de Adopción y Acogimiento Familiar. Formadora en el I.M.A.P.(instituto madrileño de administraciones públicas) de la Comunidad de Madrid en temas relacionados con la mejora de la calidad en el acogimiento residencial de menores del sistema de protección. Profesora asociada en la Universidad Complutense desde el curso 2005 hasta la actualidad, en las Facultades de Psicología y Educación, adscrita al Departamento de Estudios Educativos. Formadora en el área de maltrato infantil en el Máster y experto de "terapia familiar sistémica y de pareja para profesionales de la salud" desde el año 2007 en la Facultad de Psicología. Experta en Infancia y Familia y en la formación de profesionales de los Servicios Sociales.

[cristina@edu.ucm.es](mailto:cristina@edu.ucm.es)

de Mediación y alumnos ayudantes en el IES María Moliner de Coslada. Ha realizado estudios y elaborado proyectos para promocionar hábitos de vida saludable en la adolescencia de carácter interdisciplinar. Ha colaborado con las Universidades Madrileñas públicas y privadas. Ha trabajado como delegada Sindical UGT zona Norte-Área funcional Orientación Educativa- y miembro de la Junta de Personal.

Ha publicado artículos en la Revista Sindical UGT. Profesora asociada de la Facultad de Educación de la Universidad Complutense de Madrid desde el curso académico 2010-2011 hasta el curso 2017-2018.

[adevion@pdi.ucm.es](mailto:adevion@pdi.ucm.es)



#### **Lic. Adela Vión Cacenate (España)**

Adela Vion Cacenate es natural de Cáceres, actualmente es orientadora en el Colegio integrado María Moliner de Andorra. Participa en el proyecto de Igualdad y Convivencia e imparte la optativa Psicología en Bachillerato. Es Licenciada en Filosofía y Ciencias de la Educación en la especialidad de Psicología, también es diplomada en Lengua y Literatura e Idiomas modernos. Tiene el título de experto por la UNED en intervención con familias. Ha estudiado Francés, Italiano, Inglés y Portugués certificados por la EEOOII de Madrid. Ha trabajado como psicóloga clínica y escolar con niños y adolescentes Tiene experiencia como docente en la escuela privada y pública, Escuelas Oficiales de Idiomas, en la especialidad de Francés. Ha trabajado como orientadora en Institutos de Educación Secundaria de distintas localidades de la Comunidad de Madrid. Ha trabajado muy especialmente el tema de la Convivencia y la resolución de conflictos coordinando seminarios de formación, profesorado, alumnado y familias, a través del programa "Convivir es Vivir" y mediante Equipos

---

## Otros participantes



### **Dr. Francisco Alonso-Fernández (España)**

Médico, psiquiatra, neurólogo y psicólogo español. Completó su formación en Zúrich y Viena. Desde 1977 ocupó el cargo de catedrático jefe del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica en la Universidad Complutense de Madrid y, desde 1990, es catedrático emérito de ese mismo departamento. Pertenece a varias asociaciones médicas y ostenta varios cargos honoríficos: miembro de la Real Academia Nacional de Medicina, de la Academia Nacional de Medicina de Perú (1983) y de la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando (2000). Académico correspondiente del Instituto Mexicano de Psiquiatría (1979). Ha sido nombrado presidente de honor de la Asociación Ibero-latinoamericana de Psiquiatría, de la Sociedad Europea de Psiquiatría Social (2005) y de la Sociedad de Psiquiatría de Jalisco (2006). Director asociado de la Fundación ACTA de Psiquiatría y Psicología de América Latina, Buenos Aires (2005). Miembro de honor de sociedades científicas de psiquiatría de catorce países europeos o americanos. Colegiado de honor de diferentes colegios médicos. Fue el primer presidente de la Sociedad Española contra el Alcoholismo y las Drogodependencias (1972-74). Honorary fellow de la American Society of Hispanic Psychiatrists (1988). Director del Instituto de Psiquiatras de Lengua Española y profesor honorífico de esta institución, desde 1992. Ha sido nombrado Doctor Honoris Causa por las universidades de Montevideo, Santo Domingo, Maimónides de Buenos Aires y Fernando Pessoa de Oporto) y Profesor Honorario por siete universidades (México DF, Lima, La Habana, Carabobo de Venezuela, Guadalajara de México, Ibiza Internacional y Autónoma de Madrid). Ha publicado 495 trabajos en revistas científicas de distintos países (algunos de ellos en italiano, francés, alemán, inglés o portugués) y más de cincuenta libros.

[franciscoalonsofernandez@hotmail.com](mailto:franciscoalonsofernandez@hotmail.com)



### **Dra. Silvia Arranz Alonso (España)**

Doctora por la Universidad Complutense de Madrid (UCM). Máster Oficial de Investigación en Cuidados de la Salud. Licenciada en Antropología Social y Cultural. Enfermera Especialista en Enfermería del Trabajo. Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales. Cuenta con 19 años de experiencia asistencial en Vigilancia de la Salud. Autora de más de 50 comunicaciones científicas, artículos y colaboraciones en libros. Enfermera del Trabajo en el Servicio de Prevención Mancomunado de Mapfre Responsable de Formación de Salud Laboral de FUDEN.



### **Lcda. Michela Atzeni (Italia)**

Licenciada en Técnica de la Rehabilitación Psiquiátrica por la Universidad de Cagliari en Italia, donde también obtuvo su máster. En 2019 hizo el curso de formación QualityRight de la Organización Mundial de la Salud y colabora con el centro que se ocupa del desarrollo del QualityRight en el área mediterránea. Ha trabajado en distintas líneas de investigación colaborando con el Centro de Psiquiatría de Consultación y Psicosomática del Hospital Universitario de Cagliari. En una colaboración con la universidad del Museo Social Argentino de Buenos Aires y con el Instituto de Psiquiatría de la Universidad Federal de Río de Janeiro ha profundizado la investigación en el tema de la migración y con la University of the West Indies ha estudiado los sistemas de salud mental en América Latina y en el Caribe.

[michela.atzeni93@gmail.com](mailto:michela.atzeni93@gmail.com)



### **Dr. Djason Barbosa da Cunha (Brasil)**

*Possui graduação em História (1975) e Direito (1986) pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. Graduação em Psicologia (2010) pela Universidade Potiguar e Formação em Teoria e Prática Psicanalítica (2007) pela Associação Psicanalítica do Brasil - APB. Especialista em Ética (2005) pelo Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Especialista em Teoria Psicanalítica (2005) pela Faculdade Redentor/RJ. Mestrado em Antropologia Social - Université Lumière Lyon 2 - França (1978), Doutorado em Direito (2000) pela Universidade Federal de Pernambuco e Doutorado no Programa de Doutorado em Filosofia da Universidade do País Vasco - Espanha área: Filosofia em un Mundo Global. É Coordenador para o Brasil do Programa Internacional de Master e Doutorado da Universidade do País Vasco. Professor Adjunto IV (aposentado- 2002) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Atualmente exerce as funções de Presidente do IHCSA - Instituto Internacional de Humanidades e Ciências Sociais Aplicadas e Diretor Geral do Centro de Estudos Psicanalíticos de Natal. Fundador e Diretor Geral da Universidade Livre de Natal. Atua no Magistério Superior no campo do Direito Público (Introdução ao Estudo do Direito, Filosofia do Direito, Hermenêutica Jurídica e Sociologia Jurídica) e no campo da Psicologia e da Psicanálise.*

[djason@uol.com.br](mailto:djason@uol.com.br)



### **Dr. Miguel Bettin Osorio (Colombia)**

Presidente del IEPSIV y Presidente del Comité Colombiano de CICA

Psicólogo, Doctorado Cum Laude en Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, Magíster en Drogodependencias de la Universidad de Barcelona, Diploma de Estudios Avanzados de la U. Complutense, y estudios de Maestría en Filosofía en la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá.

Ha sido galardonado con los Premios Nacional de Psicología del Colegio Colombiano de Psicólogos, y con el Premio Internacional Reina Sofía de Lucha contra las Drogas de la Corona y de la Cruz Roja Española. Miembro de las Comisiones de Empalme de Salud y de Prosperidad Social para actual Gobierno Colombiano. Experto en Psicobiosociología de las Violencias y la Agresión. Ha sido miembro del Grupo de Estudios de Sociopsicobiología de la Agresión de la U. Complutense de Madrid. Miembro de la Fundación Internacional CICA (Conferencias Internacionales sobre Cerebro y Agresión), y Presidente para Colombia. Fundador, Presidente y Director Científico del Instituto de Estudios Psicobiosociales y de Intervención Violencias (IEPSIV/ 2009-2020). Fundador, Presidente y Director Científico de la Organización para la Promoción, Prevención y Tratamiento de la Salud Mental; Fundación CreSer (FundacreSer/1999- 2020). Fue Asesor de la Secretaría de Seguridad de Bogotá. (2018). Director de la revista científica en violencia y agresión "Quicio". (2016-2020). Director del Centro de Tratamiento de Atención de Drogodependencias FundacreSer en Bogotá. (2000-2020). Director de la Clínica Psiquiátrica Ronald Laing y del Centro de Atención para salud mental "Alexander Luria". (2016-2017). Asesor de la Alcaldía de Barranquilla y el Área Metropolitana para la Prevención y Atención del Uso, Abuso y Dependencia de Drogas y Violencias Asociadas. (2016). Presidente y Organizador de los congresos internacionales: "Violencia, Guerra y Postconflicto (Bogotá, Noviembre de 2015). "Prevención del Consumo y el Abuso de Alcohol y otras Drogas desde las Instituciones Educativas y la Familia" (Bogotá Octubre de 2011). "Agresión, Violencia Política y Terrorismo" (Cartagena, Noviembre de 2010). "Como Prevenir el Consumo de Alcohol y otras Drogas en la Escuela y la Familia" (Bogotá, Mayo de 2010). "Congreso Internacional de Psicopatología Dual" (Bogotá, Mayo de 2018). Fue Director de La Fundación de Tratamiento y Prevención de Drogodependencias "Pida Ayuda", entre 1990 y 1999. Fue el creador y Director del Programa de Prevención y Atención de Drogas y Violencias Asociadas

para Bogotá "Vivir Consentidos". Fue Supervisor-Asesor del programa Distrital de prevención de Drogas y Violencias Asociadas de las Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la U. de los Andes para Bogotá (1988-1989). Elaboró la Política Pública para la Prevención e Intervención en el Uso, Abuso y Dependencia de Drogas y Violencias Asociadas para el Departamento del Atlántico. Fue el Creador, Director, Guionista y Presentador del programa educativo y sociopsicológico de T.V. "Estilos de Vida" en el Canal Señal Colombia. Fundador de la Fundación Alberto Meraní para el desarrollo de la Inteligencia y Psicólogo y Profesor del Instituto Alberto Meraní para Inteligencias Superiores. Ha sido profesor de pregrado y postgrado en varias universidades. Es autor de varias publicaciones de texto y audiovisuales en temas educativos, sociopsicológicos, antropológicos, políticos y de violencias. Ha sido Asesor de la Organización de las Naciones Unidas (ONU-PNUD). Investigador en áreas sociológicas, educativas y psicológicas. Ha sido conferencista en varios congresos nacionales e internacionales.

Tel. 57-1 2137615

Móvil: 315 2487663

[migbettin@yahoo.com](mailto:migbettin@yahoo.com)



### **Dr. Juan Cayón Peña (España)**

Rector, Universidad Nebrija, y miembro de *Pugwash-Spain*

El Dr. Cayón Peña es doctor en derecho por la Universidad Pontificia Comillas (ICADE). Ha sido Secretario General, Vicerrector de Relaciones Internacionales, Jefe del Departamento Académico de Derecho y Relaciones Internacionales, Asesor Jurídico, Profesor Titular (Filosofía del Derecho, Moral y Política) y actualmente es Rector en la Universidad Nebrija. También ha sido profesor asistente en el Ministerio de Justicia y en el Ministerio del Interior (Policía Nacional). Es autor de muchos artículos y coautor de varios

libros. Académico de la Real Academia de Jurisprudencia y Legislación. Benefactor de las Fundaciones Elías de Tejada y Erasmo Percopo, Presidente de la Asociación Sudamericana. De Cultura Católica, Mmiembro de la Società Internazionale Tommaso d'Aquino y de la Unión Internacional de Juristas Católicos, así como de la Academia de Artes y Ciencias, de Puerto Rico (EE.UU.). Ha sido profesor visitante en diferentes universidades: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (Ecuador), Universidad Interamericana de Puerto Rico y Universidad Panamericana de México. El Prof. Cayón es miembro del Movimiento Pugwash y de la Academia Mundial de Arte y Ciencia.

Campus de La Berzosa  
28240 Hoyo De Manzanares, Madrid, España  
Tfno. 91 452 11 01  
[jcayon@nebrija.es](mailto:jcayon@nebrija.es)



#### **Dra. María Enriqueta Chalfoun Blanco (España)**

Doctora en Educación por la Universidad Complutense de Madrid, especializada en temas de Aprendizaje Permanente y Envejecimiento Activo. Ha sido colaboradora honorífica de los Departamentos de Didáctica y Organización Escolar y del Departamento de Teoría e Historia de la Educación de la Facultad de Educación de la UCM. Actualmente es colaboradora externa en el Máster de Formación de Formadores en la Facultad de Educación de la UNED, desde 2014. Es además, archivera/documentalista con participación en proyectos y trabajos de investigación en temas relacionados con la Unión Europea, temas históricos, de propiedad intelectual y de gestión, difusión y dinamización cultural. Ha participado mediante la presentación de diversas comunicaciones y ponencias, en Congresos de Pedagogía Social, Educación para la Salud y Nuevas Tecnologías.

[marchalblanc@gmail.com](mailto:marchalblanc@gmail.com)



#### **Dra. Marzanna Farnicka (Poland)**

*Institute of Psychology Professor at the University of Zielona Góra and Chair of the Polish Committee of CICA*

Dra. Marzanna Farnicka es licenciada y doctora en psicología, profesora adjunta en el Instituto de Psicología de la Universidad de Zielona Góra y directora de su Unidad de Psicología de familia. Es formadora de habilidades sociales y terapia antirretroviral. Es presidente de la rama local de la Asociación Polaca de Psicología, y miembro de la Sociedad Internacional de Investigación sobre la Agresión (ISRA), así como cofundadora del Grupo de Investigación sobre la Familia y los Adolescentes en Europa Central. Su investigación incluye temas de psicopatología del desarrollo relacionados con la vida familiar, sobrellevar el estrés y la agresión y el apoyo al desarrollo. La Dr. Marzanna Farnicka preside el comité polaco de CICA.

[marzanna@farnicka.pl](mailto:marzanna@farnicka.pl)



#### **Dr. Juan Carlos Fernández Rodríguez (España)**

MBA. Director de los Estudios del Grado de Psicología, Universidad Nebrija

Juan Carlos Fernández Rodríguez está Licenciado en Psicología por la Universidad de Oviedo y es Doctor en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid. Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales y Experto Universitario en Gestión de Personas. Profesor acreditado por ANECA. Ha sido profesor titular y visitante en diversas universidades españolas y americanas, desempeñando distintos puestos de gestión universitaria. En la actualidad es Director del grado de Psicología de la Universidad Nebrija.

Campus de La Berzosa  
28240 Hoyo De Manzanares, Madrid, España  
Tfno. 91 452 11 01  
[jfernandr@nebrija.es](mailto:jfernandr@nebrija.es)



### **Dr. Gregorio Ángel Gomez-Jarabo García (España)**

Universidad Autónoma de Madrid

Doctor en ciencias biológicas UCM (1976) Sobresaliente "cum laude". Licenciado en Medicina por la Universidad Maimónides de Buenos Aires (Argentina), 2003. Especialista en Psiquiatría Univ. Maimónides de Buenos Aires (Argentina) 2005. Profesor Titular de Psicobiología UAM. Director del Master en Valoración de Discapacidades. Título propio UAM-IMSERSO. Coordinador de trabajos en Argentina y España para la elaboración de la CIF (OMS 2003). Secretario General del Instituto de Psiquiatras de Lengua Española (IPLE). Introdutor de los estudios de psicofarmacología en el currículo del psicólogo. Autor y coautor de libros como Farmacología de la Conducta, Bases Farmacológicas de la Conducta, Violencia antítesis de la agresividad, trastornos de pánico, etc., así como de numerosas publicaciones

[gregojarabo@gmail.com](mailto:gregojarabo@gmail.com)



### **Dra. Martha Leticia Gaeta González (México)**

Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (UPAEP, México)

Doctora en Psicología y Aprendizaje por la Universidad de Zaragoza, España. Maestra en Psicología por la Universidad de las Américas Puebla, México. Actualmente labora como profesora investigadora en la Facultad de Educación de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (UPAEP), México, donde imparte cursos de maestría y doctorado en el área psicoeducativa y de metodología de la investigación científica. Su investigación se centra en el desarrollo y promoción de competencias cognitivas y socio-afectivas, para un aprendizaje autónomo y eficiente en las diferentes etapas de la formación humana y en la formación de investigadores. La Dra. Gaeta colabora como miembro del comité científico de diferentes revistas nacionales e internacionales. Es miembro del Sistema

Nacional de investigadores (SNI) y del Consejo Mexicano de Investigación Educativa (COMIE), de la Red Mexicana de Investigadores de la Investigación Educativa (REDMIE), así como de la Asociación Científica de Psicología y Educación (ACIPE) en España. Coordina la Red Interuniversitaria de Investigación Educativa, Puebla (REDIIEP).

[marthaleticia.gaeta@upaep.mx](mailto:marthaleticia.gaeta@upaep.mx)



### **Dr. Mikel García García (España)**

Doctor Internacional en "Estudios Internacionales en Paz, Conflictos y Desarrollo", Universitat Jaume I (UJI Castellón). Experiencia clínica: Psicoterapeuta de orientación analítico-integrativa. Con formación experiencial y teórica en: Psicoanálisis, Terapia Sistémica Familiar, Terapia Psicocorporal Reichiana, Psicología Analítica Junguiana, Psicoterapia Transpersonal. Con formación en terapia cognitivo-conductual, sistemas laborales y terapia gestáltica. Médico rural en Navarra (1977-1986). Psicólogo clínico en centro salud mental (CSM Tafalla, 1987-1990) y Hospital de Navarra (unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos, 1990-1993) de Osasunbidea (Servicio Navarro de Salud). Director del equipo de Salud mental de Tafalla. Coordinador del SIDA en Navarra (1989-1993). Coordinador entre Escuela y CSM, de la integración sistémica-psicoanalítica en la atención clínica a escolares. Desde 1993 trabaja como médico y como psicoterapeuta en la práctica privada, colaborando con Osasunbidea en formación continuada a sanitarios de Atención Primaria y centros de Dolor Crónico y Pacientes terminales. Actividades resaltables: Adjudicatario del programa de "Maltrato Infantil y Desprotección de la Infancia" del Ayuntamiento de Donostia (San Sebastián, Guipúzkoa, 2001-2003). Colaborador con ONGs médicas de intervención internacional y en programas de salud comunitarios de diversas instituciones destacando: formación a personal sanitario de atención Primaria; SIDA; maltrato infantil; muerte digna.

[iratxomik@gmail.com](mailto:iratxomik@gmail.com)



**Dr. Luis García Segura (Republica Dominicana/España)**

Coordinador, Cátedra Nebrija-Santander sobre Gestión de Riesgos y Conflictos, Universidad Nebrija

Luis A. García Segura nació en la República Dominicana. Ha estudiado Derecho, obteniendo un Master en Derecho Empresarial y un Doctorado en Ciencias Sociales por la Universidad de Nebrija. Ha trabajado para los sectores público y privado en proyectos de Educación, Derecho y TIC. Actualmente es miembro del Ilustre Colegio de Abogados de Madrid y miembro asociado de la American Bar Association. El Dr. G<sup>a</sup> Segura es el Coordinador, de la Cátedra Nebrija-Santander sobre Gestión de Riesgos y Conflictos, Universidad Nebrija.

Campus de La Berzosa  
28240, Hoyo De Manzanares, Madrid, España  
Tfno. 91 452 11 01  
[lgarcise@nebrija.es](mailto:lgarcise@nebrija.es)



**Dra. María Rosario Limón Mendizabal (España)**

Universidad Complutense de Madrid (España)

Catedrática de Pedagogía Social y Educación de las Personas Mayores en el Departamento de Estudios Educativos de la Facultad de Educación-Centro de Formación del Profesorado, Universidad Complutense de Madrid. Miembro del Grupo de Investigación Desarrollo Tecnológico, Exclusión Sociocultural y Educación. Ha desarrollado diversas responsabilidades en cargos docentes en la Universidad Complutense, entre los que cabe destacar el de vicedecana de Prácticum y directora del Departamento de Teoría e Historia de la Educación. Ha participado, y es autora de artículos, capítulos de libros y libros en el ámbito de la teoría y praxis de la Pedagogía Social/Educación Social; Educación de las Personas Mayores; Envejecimiento Activo; Pedagogía del Humor; Educación y Promoción de la Salud y Foto-elicitación. Asimismo, es miembro de la Sociedad Iberoamericana

de Pedagogía Social, Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología y de la Asociación Española e Iberoamericana de Medicina y Salud Escolar y Universitaria.

[mrlimonm@edu.ucm.es](mailto:mrlimonm@edu.ucm.es)



**Dra. Tina Lindhard, (Dinamarca/EEUU)**

*International University for Professional Studies (IUPS) de Hawaii, (EE.UU.)*

La Dra Tina Lindhard tiene un B.Sc. en Psicología y Sociología por la University of Cape Town, Sudáfrica, Master en Psicología Transpersonal por la Universidad de Sofia (California, EE. UU.) y un Doctorado en Consciousness Studies sobre el método de meditación intuitiva, por la Universidad Internacional de Estudios profesionales (IUPS) de Hawaii, (EE.UU.). Sus investigaciones se ocupan principalmente de la conciencia y de la embriología. Es presidenta del Center for Conscious Awareness Spain y miembro de Pugwash-Dinamarca.

Pico de La Pala 6, 28792  
Miraflores de la Sierra - Madrid (Spain)  
Tfno. 34 659 067797  
[t.lindhard@iups.edu](mailto:t.lindhard@iups.edu)  
[consol.tina@gmail.com](mailto:consol.tina@gmail.com)  
[www.tinalindhard.org](http://www.tinalindhard.org)



### **Lcda. María Ascensión Maestre Naranjo (España)**

Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona. Especialista en Medicina del Trabajo, vía MIR, por la Universidad Complutense de Madrid. Máster en Valoración del Daño Corporal por la UCM. Máster en Seguridad y Salud en el trabajo, por el Centro Universitario en Salud Pública. Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales, Especialista en Ergonomía y Psicosociología aplicada, por el Centro Universitario de Salud Pública. Diploma de Especialización en Auditorías –Acreditación de sistemas de Prevención de riesgos laborales, por la Escuela Nacional de Sanidad. Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales, Especialista en Higiene Industrial, por la Escuela Internacional de Alta Dirección Hospitalaria. Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales, Especialista en Seguridad, por la Escuela Internacional de Alta Dirección Hospitalaria. Gestor de prevención en el Instituto Europeo de salud y Bienestar Social. Máster en métodos cuantitativos de investigación en epidemiología. Trayectoria profesional: Médico adjunto del Servicio de Prevención del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Madrid (HUPHM). Tutora de médicos internos residentes de la especialidad de Medicina del Trabajo en el HUPHM. Clases a residentes de Medicina del Trabajo en la Unidad Docente del Instituto de salud Carlos III, así como a los técnicos de radiodiagnósticos y laboratorio del Hospital. Evaluadora de la Revista Medicina y Seguridad en el Trabajo, editada por la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo del Instituto de Salud Carlos III. Subinvestigadora en la línea de vacunas, a través de IDI del HUPHM. Distintas publicaciones, y asistencia a congresos como ponente y moderadora. Doctoranda por la UCAM (2019). Secretaria del Comité de Tabaquismo del HUPHM. Vocal de la Comisión de Infecciosas del HUPHM.

[mmaestre@nebrija.es](mailto:mmaestre@nebrija.es)



### **Dr. Luis Millana (España)**

Funcionario de Prisiones, Ministerio del Interior. Cátedra Nebrija-Santander sobre Gestión de Riesgos y Conflictos

Trabaja en el Ministerio del Interior español, en la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, como oficial de administración penitenciaria. Luis es Doctor en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid, fue miembro del grupo académico Sociopsicobiología de la agresión de la UCM. Actualmente es investigador del Nebrija-Santander Chair en gestión de riesgos y conflictos. Su investigación se centra en el estudio de la agresión y el placer en los delincuentes.

[lc\\_millana\\_c@yahoo.es](mailto:lc_millana_c@yahoo.es)



### **Dr. Muhammad Nasir Khan (Pakistán)**

Doctor en Educación por la Universidad Islámica Internacional, en Islamabad

El foco de los proyectos de investigación del Dr. Khan es la violencia escolar y el comportamiento desafiante. Completó un proyecto de investigación en el Departamento de Educación de la Universidad de Viena, Austria, en 2016, sobre el análisis comparativo del currículo escolar en Austria y Pakistán. Ha dado conferencias como orador principal en varias conferencias / seminarios en países europeos y asiáticos. También ha trabajado sobre el Sistema de las Naciones Unidas; ha diseñado esquemas de cursos de programas de licenciatura y maestría en el campo de la educación; y organizado seminarios de investigación para promover la visión de la investigación científica en los estudiantes de doctorado en el campo de la educación. Teniendo en cuenta su experiencia en la promoción de la paz, la Federación Universal de la Paz (Viena) le ha nombrado Embajador para la Paz.

[nasiriu786@gmail.com](mailto:nasiriu786@gmail.com)



### **Dra. Carmen Nieto Zayas (España)**

Vicerrectora de Centros y Departamentos, Universidad Complutense de Madrid

Vicerrectora de Centros y Departamentos, Universidad Complutense de Madrid. Doctora en Matemáticas (especialidad Estadística) por la Universidad Complutense de Madrid y profesora titular del Departamento de Estadística y Ciencia de los Datos de la Facultad de Estudios Estadísticos.

Su actividad docente la ha desarrollado principalmente en Estadística y sus aplicaciones, especialmente en el ámbito de las Ciencias de la Salud. Ha obtenido la calificación de profesora excelente en el programa DOCENTIA en el curso 2017-2018. Sus líneas de investigación se centran en la aplicación de la metodología bayesiana en el ámbito de la bioestadística y la bioinformática y ha colaborado en distintos proyectos de investigación con la empresa farmacéutica.

Su experiencia en gestión comenzó siendo Subdirectora de Alumnos de la E.U. de Estadística durante cinco años. También fue la Directora de la E.U. de Estadística hasta que se transformó a Facultad de Estudios Estadísticos de la que ha sido Decana hasta mayo del 2018. Posteriormente continuó formando parte del Consejo de Gobierno como representante del Claustro del PDI permanente.

En la actualidad es Vicerrectora de Centros y Departamentos, Universidad Complutense de Madrid.

[vr.centrosydep@ucm.es](mailto:vr.centrosydep@ucm.es)



### **Dr. Damian Ikechi Onyekere (Nigeria/España)**

Doctor en Psicobiología por la Universidad Autónoma de Madrid, y Vice-Secretario de la Fundación CICA International

[damiankechi@hotmail.com](mailto:damiankechi@hotmail.com)



### **Dra. Belén Sáenz-Rico de Santiago (España)**

Directora del Departamento de Estudios Educativos Universidad Complutense (Madrid)

La Dra Sáenz-Rico es Profesora de la Universidad Complutense de Madrid, adscrita al Departamento de Estudios Educativos de la Facultad de Educación. Miembro del grupo de trabajo Sostenibilización Curricular de la CRUE-SOSTENIBILIDAD. Su labor docente e investigadora se ha desarrollado en el ámbito de la Atención a la diversidad, comportamiento neonatal, desarrollando gran parte de sus investigaciones en el ámbito de la Pedagogía Hospitalaria destacando su especialización en Comportamiento neonatal; presenta un largo recorrido investigador adscrita a equipos de investigación interuniversitarios en Neurociencia y su aportación a los procesos de enseñanza-aprendizaje para la implementación de un modelo inclusivo en la Educación. Desde la cooperación al Desarrollo ha trabajado en pro de los Derechos Humanos, justicia social para sociedades más equitativa e inclusivas. En el ámbito universitario ha desarrollado gestión académica ocupando cargos como Vicedecana de Relaciones Internacionales, Miembro de Consejo de Gobierno, Secretaria Académica y actualmente Directora de Departamento.

[bsaenzri@edu.ucm.es](mailto:bsaenzri@edu.ucm.es)



### Dña Mónica Sánchez Duro (España)

Trabajadora Social en Centros Penitenciarios de la Comunidad de Madrid

Desde hace 10 años, es Trabajadora Social en Centros Penitenciarios de la Comunidad de Madrid (Regímenes Ordinarios/Cerrados) participando en programas específicos de intervención en Instituciones Penitenciarias: Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM), Programa de Prevención de Suicidios (PPS), Programa de Régimen Cerrado, Programa de Módulo Terapéutico de drogodependencias, Programa Módulo de Respeto. Con formación específica en: Salud Mental/ Protocolo de Aplicación del PAIEM en C. Penitenciarios y Abordaje práctico. Atención al drogodependiente con tratamiento de adicciones en C. Penitenciario.

Técnico de Gestión de Empleo en el Servicio Regional de la C. Madrid. Formación específica: Reclutamiento y selección de personal. Habilidades del intermediador laboral. Gestión de programas de empleo y formación del orientador laboral.

Trabajadora Social en Residencias y Centros de Día de Personas Mayores. Formación: Curso de Directores de Centros de Servicios Sociales. Desarrollo de habilidades gerenciales. Atención Social a Personas Mayores. Programador Institucional para turismo de mayores. Habilidades sociales y Trabajo Social.

Coordinadora de Ayuda a Domicilio en Servicios Sociales de la Mancomunidad de la Vega Guadalix y Servicios Sociales de la Mancomunidad de Las Cañadas en la C. Madrid.

Gestor comercial de PYMES en el sector informático y en el sector bancario.

[monicasanchezduro@yahoo.es](mailto:monicasanchezduro@yahoo.es)

## Publicaciones de CICA

*Aggression: Functions and Causes (1985)*

J. Martin Ramirez & Paul F. Brain (eds.)

*Cross-disciplinary Studies on Aggression (1986)*

Paul F. Brain & J. Martin Ramirez (eds.)

*Essays on Violence (1987)*

J. Martin Ramirez, Robert A. Hinde & Jo Groebel (eds.)

*Research on Aggression (1987)*

J. Martin Ramirez (ed.)

*International Journal of Neuroscience, 1988 Vol 41 (3 & 4)*

J. Martin Ramirez & David Benton (eds.)

*Terrorism: Psychological Perspectives (1989)*

Jo Groebel & Jeffrey Goldstein (eds.)

*Terrorismo (1989)*

Francisco Gómez-Antón & Carlos Soria (eds.)

*Aggression in Children (1989)*

Lea Pulkkinen & J. Martin Ramirez (eds.)

*Comparative Psychobiology of Aggression (1990)*

Orlando Gutierrez (ed.)

*Violence. Some Alternatives (1994)*

J. Martin Ramirez (ed.)

*Neuropsiquiatría de la Conducta Agresiva (1995)*

J. Martin Ramirez & Hector Peñaloza (eds.)

*Cross-cultural Approaches to Aggression and Reconciliation (2001)*

J. Martin Ramirez & Deborah Richardson (eds.)

*Neuroscience and Biobehavioural Reviews (2006)*

J. Martin Ramirez (ed.)

*Aggression and Terrorism (2007)*

J. Martin Ramirez (ed.)

*Aggression, Terrorism, and Human Rights. (2008)*

Tali Walters, J. Martin Ramírez & Malgorzata Kossouska (eds.)  
Krakaw: Javelonian University

*Aggression and Terrorism. (2009)*

J. Martin Ramirez (ed.)  
Journal of Organisational Transformation and Social Change. Vol 6 (2)

*Political Violence and Collective Aggression: Considering the Past, Imagining the Future. (2009)*

Rachel Monaghan, J. Martin Ramirez, Tali K. Walters (eds.)  
Jordanstown: University of Ulster

*Attitudes towards Conflict and Aggression: A cross-cultural Approach (2009)*

J. Martin Ramirez & Simha F. Landau (eds.)  
Bodrum, Turkey

*An interdisciplinary analyses of terrorism. (2010)*

Daniel Antonius, Adam D. Brown, Tali K. Walters, J. Martin Ramirez, Samuel Justin Sinclair (eds.)  
Cambridge Scholars Publshers

*Conflict and Aggression in a Society in Transition (2010)*

Borisz A. Szegál (ed.),  
Leányfalu: Willa Székely

*Aggression, Political Violence, and Terrorism (2010)*

Miguel Bettin, J. Martin Ramírez & T. Walters (eds.)  
Cartagena de Indias: IEPSIV

*The Brain and Aggression (2010)*

J. Martin Ramirez (ed.)  
International Social Science Journal, 200/201

*Contemporary Issues on Aggression, Violence, Terrorism: Global to Local Perspectives (2011)*

Stephen N. Thom, Tali K. Walters, J. Martin Ramirez (eds.)  
University of California, Irvine

*Violence is not Biologically Determined. (2011)*

*The Seville Statement on Violence twenty-five years later*  
Camilla Pagani, J. Martin Ramirez (eds.),  
Rome: Consiglio Nazionale delle Ricerche

*Defining 'Terrorism': Moving towards a more integrated and interdisciplinary understanding of political violence (2011)*

Rachel Monaghan, Daniel Antonius, Samuel Justin Sinclair (eds.)  
Behavioral Sciences of Terrorism and Political Aggression

Volume 3, Issue 2

*Cultural Issues in Research of Aggression. An Introduction to A Hot-Topic. (2011)*

Martin Ramirez (ed.)  
The Open Psychology Journal

*CONFLIGO Conflict in a Society in Transition (2011)*

Borisz A. Szegál, István András (eds.)  
Dunaújvaros, Hungary

*Aggression and Crime. A Hot-Topic, (2011)*

J. Martin Ramirez (ed.)  
The Open Criminology Journal

*Terrorism and Aggression:**Towards Unceasing Freedom and Security (2012)*

Tali K. Walters, J. Martin Ramirez, Tatyaba Dronzina & Lindsey Harris (eds.)  
Burgas: Burgas Municipality

*Towards Understanding Conflicts, Aggression, Violence and Peace (2013)*

J. Martin Ramirez, Camilla Pagani (eds.)  
Héviz

*Radicalization, Terrorism, and Conflict (2013)*

Tali Walters, Rachel Monagan, J. Martin Ramirez (eds.)  
Cambridge Scholars Publishing

*Conflict, Violence, Terrorism, and their Prevention (2014)*

J. Martin Ramirez, Chas Morrison, Arthur J. Kendall (eds.)  
Cambridge Scholars Publishing

*Conflict and Aggression: Developmental and Social Conditions (2014)*

Camilla Pagani, Marzanna Farnicka, Hanna Liberska, J. Martin Ramirez (eds.)  
Difin

*Towards a better understanding of Aggression and other related Concepts (2015)*

J. Martin Ramirez, Camilla Pagani (eds.)  
The Open Psychology Journal

*A Central European Face of Criminology and Rehabilitation (2015)*

Martin Ramirez, Marzanna Farnicka (eds.)  
The Open Criminology Journal

*Análisis de Riesgos y Amenazas a Infraestructuras Críticas (2015)*

J.C. Fernández-Rodríguez, Claudio Payá, Martin Ramirez (eds.)  
Centreur, Madrid

*Security in Infrastructures (2016)*

Martin Ramirez, J.C. Fernández-Rodríguez (eds.)  
Cambridge Scholars Publishing

*Cyberspace: Risks and Benefits for Society, Security and Development. (2017).*

J. Martin Ramirez & Luis A. Garcia-Segura (eds.)  
Springer

*Cross-Cultural Dialogue as a Conflict Management Strategy. (2018)*

J. Martin Ramirez & Gracia Abad-Quintanal (eds.)  
Cham (Switzerland): Springer International

*The Future of Security and Defence of Europe (2018)*

J. Martín Ramirez, Luis A. García-Segura  
Nebrija, Madrid

*Violencia y Educación (2018)*

J. Martín Ramirez & V. Martínez-Otero Pérez (eds.).  
Madrid: Universidad Antonio de Nebrija

*Security and Defence in Europe, (2019).*

J. Martin Ramirez & Jerzy Biziewski (eds.)  
Springer International

*Towards a Paradigm shift in Security. (2019).*

J. Martin Ramirez & Luis A. Garcia-Segura (eds.)  
Madrid: Universidad Antonio de Nebrija

*Violencia y Diversidad Cultural (2019)*

J. Martín Ramirez & V. Martínez-Otero Pérez (eds.).  
Madrid: Universidad Antonio de Nebrija

La combinación de la violencia y la salud mental, susceptibles de abordarse desde variadas perspectivas, nos sitúa ante numerosas condiciones negativas, más o menos visibles, que pueden localizarse en el nivel familiar, escolar, laboral o social: las políticas inadecuadas; la injusticia social, la desigualdad y la pobreza persistentes; el uso abusivo e inapropiado de las tecnologías; la ausencia o insuficiencia de medidas inclusivas; el desempleo o la precariedad laboral; la desinformación mediática; el acoso; la desorientación axiológica; la rivalidad feroz; la degradación ecológica; la presión tecnoburocrática; el consumismo rampante; la renuncia a la dimensión espiritual, etc. Analizamos en este libro estos factores, sin soslayar su incidencia diferencial según la vulnerabilidad y circunstancia de la persona.

