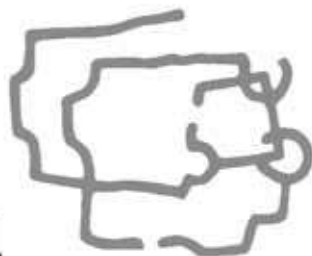


NORTE

DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen VIII nº 38 Octubre 2010



“Una portada para Norte”

NORTE de salud mental, además de su labor de divulgación de conocimiento e intercambio asociativo, quiere cumplir otro papel añadido y que no por secundario deja de tener su importancia. Además del privilegio de contar en su cabecera con un diseño de Eduardo Chillida, desde sus portadas y páginas interiores ha venido apostando por la divulgación de la obra gráfica de jóvenes artistas de la Facultad de Bellas Artes de Leioa de la Universidad del País Vasco. El interés de esta colaboración informal motivó un intento de ampliación de la experiencia, enfocándola más concretamente a la expresión artística específica de temas en relación con la salud-enfermedad mental. Nos dirigimos con este fin al colectivo de estudiantes de la asignatura “Diseño Gráfico Publicitario” del 4º Curso de Publicidad y Relaciones Públicas, de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación (UPV-EHU, en el campus de Leioa). A través de su profesor, Iñaki Zaldumbide, se les propuso un proyecto de diseño e ideas para posibles portadas de Norte.

Autoras de portada: Amets Díaz y Nerea Rodet

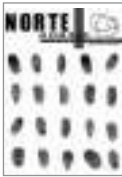
La imagen nos muestra varios lápices de colores, y entre ellos aparece un hueco blanco en el que falta uno. Más concretamente, ha sido borrado, al parecer su color no quedaba bien con el resto de colores de la sociedad. Y es que a veces, aunque veamos los diferentes colores que hay, la gente tan diferente, hay algunos colores que seguimos excluyendo de nuestra paleta.

Contacto: ametst@hotmail.com • nerea_rodet@hotmail.com

Volumen VIII



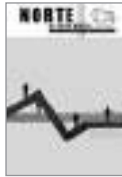
Nº 33



Nº 34



Nº 35



Nº 36



Nº 37



Nº 38

Volumen VII



Nº 27



Nº 28



Nº 29



Nº 30



Nº 31



Nº 32

Volumen VI



Nº 22



Nº 23



Nº 24



Nº 25



Nº 26

Volumen V



Nº 16



Nº 17



Nº 18



Nº 19



Nº 20



Nº 21

Volumen IV



Nº 11



Nº 12



Nº 13



Nº 14



Nº 15

NORTE de Salud Mental

Consejo Editorial:

Chicharro, Francisco
Colina, Fernando
Estévez, Juan
Martínez-Azumendi, Óscar
Martínez de Benito, Roberto

Medrano, Juan
Molina, Germán
Munarriz, Mikel
Retolaza, Ander
Rodríguez Pulido, Francisco

Santander, Fernando
Tarí, Antonio
Uriarte, José Javier

Director:

Markez, Iñaki

Consejo Asesor y de Redacción:

Achótegui, Joseba
Álamo, Cecilio
Álvarez, José M^a
Angosto, Tiburcio
Aparicio, Víctor
Arias, Paz
Ayuso, José Luis
Ballesteros, Javier
Blas Fernández, Luis V.
Bravo, Mari Fe
Berrios, Germán E.
Català, Laura
Collazos, Francisco
Caldas d'Almeida, José
Comelles, Josep M^a
De la Gandara, Jesus
De la Rica, José Antonio
De la Viña, Pilar
Desviat, Manuel
Elortegi, Izaskun

Erkizia, Blas
Escudero, Consuelo
Esteban, M. Luz
Esteban, Ramón
Fernández Liria, Alberto
Ferrera, Beatriz
Filgueira, José
Garnica, Eva
Gay, Eudoxia
Gil, Eugenia
Gómez, Chus
Gómez-Beneyto, Manuel
González Brito, Natalia
González-Pinto, Rodrigo
González Torres, Miguel Á.
Guimón, José
Gutiérrez Fraile, Miguel
Hernández, Mariano
Hernández Padilla, María
Hernanz, Margarita A.

Huertas, Rafael
Irurzun, Juan Carlos
Jimenez Estevez, Juan Fco.
Laespada, Teresa
Lamas, Santiago
Lasa, Alberto
Lázaro, José
Levav, Isaac
Marín, Mónica
Marqués, M. José
Marquínez, Fernando
Meana, Javier
Meneses, Carmen
Mezzich, Juan
Morchón, J.
Moreno, Ana
Olabarría, Begoña
Palacios, Antonio J.
Pérez, Fermín
Pérez-S, Pau

Polo, Cándido
Redero, J. M^a
Rendueles, Guillermo
Rodríguez, Beatriz
Rotelli, Franco
Saraceno, Benedetto
Sepúlveda, Rafael
Soler, M^a del Mar
Susparregui, J. M^a
Thornicroft, Graham
Tizón, Jorge Luis
Torrens, Marta
Vallina, Oscar
Villasante, Olga
Ylla, Luis
Zuazo, José Ignacio

Acceso disponible en: www.ome-aen.org/norte.htm • Correo-e: norte@ome-aen.org

Todos los artículos publicados, incluyendo editoriales y cartas, representan la opinión de los autores y no reflejan las directrices de *NORTE de Salud Mental* salvo que esté así especificado.

Todos los artículos están accesibles de modo gratuito en la web: www.ome-aen.org

NORTE de Salud Mental es accesible también en el Servicio Bibliográfico y Accesos abiertos de:

- CDD/SIIS (Centro de Documentación del País Vasco)
- DIALNET
- Dulcinea
- DOAJ
- IME (Índice Médico Español)
- Psiquiatría Sur
- Repositorio AEN



NORTE de salud mental

Vol VIII nº 38, Octubre 2010 www.ome-aen.org/norte.htm

Realización y Administración:

Ekimen-2000 • Apdo. Correos nº 12 • 48950 Erandio. Bizkaia
norte@ome-aen.org

Autoras de la portada: Amets Díaz y Nerea Rodet

Logo Norte de Salud Mental: Eduardo Chillida • Fotografías: Archivo OM Editorial y AEN

Publicación cuatrimestral no sujeta a control obligatorio de difusión por ser la tirada inferior a 3.000 ejemplares. Ejemplar atrasado: 30 euros.

Tarifa anual: Profesionales 100 € Instituciones 150 €

Esta publicación ha contado para su edición con la subvención y colaboración de:



- Laboratorios farmacéuticos: **Angelini, Lilly, Rovi, MSD.**

NORTE de salud mental no tiene conflicto de intereses con las firmas de la industria farmacéutica colaboradoras.

Revista de:

- Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, Osasun Mentalaren Elkartea, (OME).
- Asociación Aragonesa de Neuropsiquiatría, (AAN).
- Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental, (ACLSM).
- Asociación Castellano Manchega de Neuropsiquiatría y Salud Mental, (ACMNSM).
- Asociación Canaria de Neuropsiquiatría, (ACN).
- Associació Valenciana de Neuropsiquiatría, (AEN-PV).
- Asociación Española de Neuropsiquiatría, (AEN).



Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental



www.ome-aen.org



www.ascane.es



www.aen.es

© Copyright 2008 NORTE de salud mental

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización del titular del Copyright.

ISSN: 1578-4940 • Depósito Legal: 1565/02

Diseño y maquetación: Marra Servicios publicitarios, S.L. • Imprime: Lankopi, S.A.



Norte de salud mental está bajo una licencia de Creative Commons.

Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciodor (pero no de una manera que sugiera que apoyan el uso que hace de su obra). No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original. Licencia completa: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/es/>

Sumario

NORTE de salud mental nº 38. Octubre 2010

Editorial	5
• Los profesionales de salud mental ante la barbarie.	7
Originales y revisiones	9
• De la emoción a la razón a través del Grupoanálisis. <i>José Miguel Ribé.</i>	11
• Escala de Riesgo Psicosocial FEAFES Castilla y León (ERP): procedimiento de construcción mediante metodología cualitativa y presentación de la escala. <i>Vargas, Patricia Quintanilla, Beatriz Vega y Ángel Lozano.</i>	26
• El estigma en el Comic Infantil: El caso de Tintín. <i>Juan Medrano, Pablo Malo, José Juan Uriarte, Ana Pía López, Pablo Medrano.</i>	36
• La patologización de la transexualidad: reflexiones críticas y propuestas. <i>Miquel Missé y Gerard Coll-Planas.</i>	44
• ¿Hacia la despatologización de la transexualidad? Apuntes desde una lógica difusa. <i>Trinidad Bergero Miguel, Susana Asiain Vierge, María Dolores Cano-Caballero Gálvez.</i>	56
• Discapacidad y derechos humanos. <i>Xabier Urmeneta.</i>	65
Formación continuada	75
• Diagnósticos enfermeros más frecuentes en pacientes con demencia asociada a VIH. <i>Aitziber Pinillos, Eva Collado y Leire Varona.</i>	77
• Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (IX). <i>Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor.</i>	83
Nota clínica	89
• “Rota y Loca”. <i>Nicolás Vucínovich, Rafael Romero, Silvia Poves.</i>	91
In memoriam	97
• A propósito de Jorge García Badaracco.	
Opinión	99
• 10-10-10, Día de la Salud Mental: nada que celebrar. <i>Mikel Munarriz.</i>	
Actualizaciones	101
• Hacer camino con Freud. <i>Eduardo Braier.</i>	103
• Desigualdad. un análisis de la (in)felicidad colectiva. <i>Richard Wilkinson y Kate Pickett.</i>	105
• Trabajo familiar y multifamiliar en la psicosis. una guía para profesionales. <i>G. Bloch Thorsen, T. Gronnestad y A. Lise Oxnevad.</i>	107
• Tiempos de glaciaciones. Viaje al mundo de la locura. <i>Salomón Resnik.</i>	108
• El malestar en la evaluación. Reseña del Foro: lo que la evaluación silencia. Un caso urgente: El autismo. <i>Félix Rueda.</i>	109
Agenda	112

Summary

NORTE de salud mental No 38. October 2010

Editorial	5
• Mental health professionals to barbarism.	7
Original and reviews articles	9
• From the emotion to the reason across the Groupanalysis. <i>José Miguel Ribé.</i>	11
• FEAFES Castilla y León Psychosocial Risk Scale (PRS): construction procedure using qualitative methodology and presentation of the scale. <i>Vargas, Patricia Quintanilla, Beatriz Vega, Ángel Lozano.</i>	26
• Psychiatric Stigma in Comics for Children: The case of Tintin. <i>Juan Medrano, Pablo Malo, José Juan Uriarte, Ana Pía López, Pablo Medrano.</i>	36
• The pathologization of transexuality: critical reflections and proposals <i>Miquel Missé, Gerard Coll-Planas.</i>	44
• Depathologization transsexualism? Notes from a fuzzy logic. <i>Trinidad Bergero Miguel, Susana Asiain Vierge, María Dolores Cano-Caballero Gálvez.</i>	56
• Disability and human rights. <i>Xabier Urmeneta.</i>	65
Continuing Education	75
• Most common nursing diagnosis in patients with HIV-associated dementia. <i>Aitziber Pinillos, Eva Collado, Leire Varona.</i>	77
• Continuing Education in Clinical Psychiatry: Self Opinion (IX)... <i>Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor.</i>	83
Clinical notes	89
• “Broken and crazy”. <i>Nicolás Vucínovich, Rafael Romero, Silvia Poves.</i>	91
In memoriam	97
• Jorge García Badaracco	
Opinion	99
• 10-10-10. Mental Health Day, nothing to celebrate. <i>Mikel Munarriz.</i>	
Book reviews	101
• Hacer camino con Freud. <i>Eduardo Braier.</i>	103
• The Spirit Level. Why More Equal Societies Almost Always Do Better. <i>Richard Wilkinson, Kate Pickett.</i>	105
• Family and Multi-Family Work with Psychosis. <i>G. Bloch Thorsen, T. Gronnestad, A. Lise Oxnevad.</i>	107
• Temps des glaciations. <i>Salomón Resnik.</i>	108
• Discomfort in the evaluation. Forum Review: what muted assessment. A case of emergency: Autism. <i>Félix Rueda.</i>	109
Calendar	112

Los profesionales de salud mental ante la barbarie

Los seres humanos somos en ocasiones agentes de atrocidades cometidas individual o colectivamente. La contemplación de hechos como los de el genocidio armenio, el holocausto judío o el genocidio en Ruanda, como la lectura en las páginas de sucesos de esos episodios en los que un individuo ejerce violencia sobre otro, nos conmueve y suscita la pregunta sobre cómo tal cosa ha sido posible, porque nos parece incompatible con la naturaleza del ser humano en el que nos complace reconocernos. A los profesionales de la salud mental nos toca a menudo salir al paso de los intentos de conseguir la reconciliación con nuestra idea benevolente de la humanidad a base de atribuir la maldad que no podemos admitir en nosotros a los efectos de alguna suerte de enfermedad que -como los antiguos demonios (y por la misma razón)- se ha apoderado de quienes se apartan de la benevolencia que a los humanos nos gusta predicar de nosotros y nuestros semejantes. Porque los que trabajamos con enfermos mentales sabemos que tales comportamientos son más compatibles con lo que sabemos de la humanidad, que con lo que conocemos de los trastornos mentales y de las personas que los padecen.

A las ciencias del comportamiento se les han pedido en ocasiones explicaciones sobre cómo un ser humano, antes indistinguible del resto, puede, en determinadas circunstancias, convertirse en un perpetrador de atrocidades así. Las hipótesis propuestas por autores como Albert Bandura, Stanley Milgram o Philip Zimbardo, por poner sólo algunos ejemplos obvios, apuntan en direcciones muy diferentes pero tienen en común el hallazgo de que al contemplar retrospectivamente el camino recorrido hasta momento de verse netamente implicado en la perpetración, el sujeto puede no haber sido consciente de haber traspasado una raya en un momento concreto.

Por eso colocar balizas que nos permitan identificar en qué punto estamos en el recorrido hacia nuestra implicación en el mal puede tener un efecto preventivo. El informe titulado “Situación de los centros de internamiento para extranjeros en España” dirigido por el psiquiatra Pau Pérez Sales y publicado por CEAR en diciembre de 2009, demuestra que a los profesionales de la salud mental nos cabe algún papel en esta labor de balizado.

Los Centros de Internamiento de Extranjeros son la versión española de los establecimientos de detención para personas emigrantes que, por no tener regularizada su situación en un país de la Unión Europea, están esperando que se les deporten a su país de origen. Son personas que no han cometido ningún delito, pero que en función de nuestra legislación pueden permanecer en estos centros -después de la última reforma de la Ley de Extranjería- hasta 60 días. Teóricamente las personas allí internadas deberían mantener todos sus derechos excepto el de movimiento. No son establecimientos penitenciarios. Pero precisamente por no ser establecimientos penitenciarios carecen hasta de la reglamentación que afecta a éstos. Y han sido, desde sus orígenes, sede de la más absoluta arbitrariedad.

El informe que comentamos ha sido posible porque forma parte de un estudio europeo más amplio promovido por la Comisión Europea. Con ocasión de él, tres de los nueve CIEs que existen en nuestro país han recibido por primera vez la visita de una ONG que ha podido dar cuenta de las condiciones de vida en el mismo. Hasta esa fecha todas las solicitudes de realizar visitas por parte de todas las ONGs que trabajan con inmigrantes, habían sido denegadas por el Ministerio del Interior en una actitud sin precedentes dado que hasta los campos de concentración alemanes pudieron ser visitados por la Cruz Roja durante la segunda guerra mundial.

El informe, llevado a cabo con una rigurosa metodología, da cuenta de un importante incumplimiento de la legislación en el momento de realizar las visitas con una muy importante vulneración de los derechos de las personas internadas y de las personas relacionadas con éstas que permanecen fuera del centro confirmando algunas de las peores denuncias realizadas en informes anteriores elaborados por otras ONGs en base a testimonios de personas que habían estado internadas o que tenían noticias de las aún recluidas.

Ello ha tenido algunas consecuencias: Se han tomado medidas para paliar algunas de las situaciones denunciadas, como la falta de identificación de los policías que custodian a los internos, la existencia de ángulos muertos en las cámaras de vídeos que permitirían la realización de malos tratos sin que quedaran registrados, las condiciones de incomunicación o los peores extremos de unas condiciones higiénicas deplorables. Está por determinar si la drástica reducción de subvenciones recibidas del Estado español sufrida por la ONG que realizó el informe (Comité Español de Ayuda al Refugiado) puede considerarse como una segunda parte de las consecuencias del informe.

Pero del informe cabría esperar una tercera serie de consecuencias que se inscribirían en la labor de balizado de nuestra transición hacia la maldad a que me refería más arriba. El informe pone de manifiesto que durante años se han estado manteniendo sistemáticamente por parte de instituciones del Estado situaciones contrarias a la legalidad para algunas personas que han sido internadas en estas instituciones. Y no son instituciones que hayan permanecido ocultas. Son instituciones de cuyas condiciones generales y de cuya situación de hacinamiento todos hemos tenido alguna noticia porque han aparecido imágenes en los informativos. Lo que sucede es que hemos preferido mirar a otro lado y seguir con nuestra sobremesa.

Con todo, la existencia de situaciones al margen de la legalidad no me parece el más grave de los hechos que los CIEs ponen de manifiesto. Lo que se está produciendo ahora mismo en Europa -y los CIEs y sus equivalentes en el resto de los países europeos son paradigmáticos al respecto- es

algo mucho peor que una trasgresión sistemática de la legalidad, aunque ésta pueda ser en ocasiones una trasgresión monstruosa. Es la edificación y la consiguiente aplicación de una legalidad monstruosa. La legalidad que instituye los CIEs: una legalidad que permite que algunas personas puedan ser consideradas como carentes de derechos en función de su situación administrativa y que la relación de la administración con ellas quede fuera de todos los mecanismos de control. La legalidad que instituye las cercas y los mecanismos, como el Frontex, que impiden el paso al continente europeo de las personas que huyen de la miseria y el hambre en el continente africano y que ha conseguido que parte de la brutalidad que sería poco decorativa en nuestro territorio, sea ejercida, por delegación y para nuestro exclusivo beneficio, por las fuerzas represivas a las órdenes de gobiernos que pagan así los fondos de cooperación que reciben de nuestras arcas, con el resultado de un importantísimo incremento en el número de personas que, al intentar sortearlos mueren en el océano o en el desierto.

Hoy resulta obvio que si bien pudo sumamente doloroso que los guardias o los capos de Auschwitz, en ocasiones, no se sometieran al reglamento de ese establecimiento, lo verdaderamente preocupante (y de lo que habría que pedir cuentas no sé si al pueblo alemán o al género humano) no es por haber consentido esas transgresiones, sino por haber permitido un orden legal en el que Auschwitz podía ser considerado una “solución”. Un orden que hizo que algunas personas pudieran dejar de ser consideradas seres humanos. Algo que no me parece tan distinto de lo que hoy está sucediendo en Europa.

El informe que coordinó Pau Pérez demuestra (además de que la situación de estos establecimientos clama al cielo) que también como profesionales podemos tener un rol en poner coto a la barbarie. Y que, por tanto, puede que tengamos la obligación moral de hacerlo.

Alberto Fernández Liria

De la emoción a la razón a través del Grupoanálisis

From the emotion to the reason across the Groupanalysis

José Miguel Ribé Buitrón.

Psiquiatra psicoterapeuta.

Centro de Salud Mental de Adultos de Sant Andreu.

Fundació Vidal i Barraquer, Barcelona.

*“Entro en mí, me caigo en mis oscuros adentros,
y al querer aferrar la verdad de mi yo,
la raíz de mi nombre y mi rostro,
sólo me quedan entre las manos palabras secas,
no mías, sino de cualquiera;
y al querer entenderme, acusándome y absolviéndome,
me pongo delante una máscara de mí mismo
hecha de palabras que casi me convencen,
pero que no sé si son yo.”*

José María Valverde, poeta español

Resumen: De la mano del grupoanálisis, instrumento terapéutico y de investigación muy válido para el estudio de las relaciones interpersonales y del mundo emocional, se expone a continuación un intento de formulación y revisión teórica de algunas dificultades de los miembros de un grupo. Tomando como ejemplo al gremio de profesionales en salud mental el autor se centra en la dificultad que tienen algunos de éstos a la hora de conectar con su parte emocional y grupal. Se exploran principalmente las dificultades de poder pasar, de terapeuta a ser persona en un grupo, y las interferencias comunicacionales con su parte emocional debidas al uso de lenguajes artificiosos y racionalizadores contenidos por conocimientos teóricos no elaborados propios de la profesión. Finalmente, se reflexiona acerca de la necesidad de un clima emocional suficientemente bueno para que el grupo sea un auténtico espacio vivencial cómo curativo y el dañino requerimiento de la teoría para entender las cosas que nos suceden. Para ello, el autor del texto especula a partir de su propia experiencia grupoanalítica y se apoya en varios autores relevantes de la psicoterapia grupoanalítica, así como variantes cercanas a ésta.

Palabras clave: grupoanálisis, racionalización, clima emocional, lenguaje, psicoterapia.

Abstract: Of the hand of the groupanalysis, therapeutic instrument and of research very valid for the study of the interpersonal relations and from the emotional world, there is next exposed an attempt of formulation and theoretical review of some difficulties in the members of a group. Taking as example to the professionals' union in mental health the



author centres on the difficulty that there have some of these at the moment of connecting with their own emotions as from the group. There are explored principally the difficulties of being able to change of being therapist to be a member in a group, and the communication interferences with his emotional part owed to the use of artful languages and high-minded theoretical knowledges not elaborated but proper to the profession. Finally, it is thought about the need of an emotional enough good climate in order that the group is an authentic existential space as curative and the harmful requirement of the theory to understand the things that happen to us. For it, the author of the text speculates from his own groupanalytic experience, relies on several relevant authors of the groupanalytic psychotherapy, as well as variants near to this one.

Key Words: groupanalysis, rationalization, emotional climate, language, psychotherapy.

I. Introducción

Escribir acerca de las emociones no resulta tarea fácil. A menudo sentimos que son pero no sabemos que son. Además, con frecuencia y creo por fortuna, no encontramos palabras ni lenguaje exactos para describirlas.

No son muchos los autores que procedan del mundo psicoanalítico y de la psique en general que hayan tratado de “escribir” acerca de las emociones. El propio Freud se mostraba incómodo en estos lares. El vienés las describía como “fuerzas psíquicas internas” (1) y mencionaba que eran esencialmente irracionales. También y durante mucho tiempo trató de definir las y redefinirlas estableciendo largos y espúreos debates con sus colegas acerca de su terminología en unos galimatías interminables; que si *Affekt*, en alemán podría ser traducido como afecto, *Empfindung* como sensación y *Gefühl* como sentimiento. Curiosamente, el vocablo emoción no hace mucho acto de presencia en la jerga psicoanalítica, en el diccionario Laplanche ni aparece. Algo también interesante es el apreciar desde siempre la poca atención prestada, desde los textos psicoanalíticos, al aspecto de las emociones. Éstas se señalan más en la esfera teórica que en la propia práctica psicoterapéutica psicoanalítica. Posiblemente este hecho se deba a algo muy ligado a la propia ortodoxia clásica del psicoanálisis antiguo que, de acuerdo con unos parámetros teóricos de una época de contenido muy intelectual y frío, se rehuía de todo apego vivencial entre el terapeuta y el paciente. Afortunadamente y de la mano de muchos análisis

tas, que se han incluido ya en el nuevo paradigma psicoanalítico del modelo relacional o intersubjetivo (2) se empieza a escuchar con más firmeza y en círculos psicoanalíticos la necesaria implicación y proximidad emocional del terapeuta en la terapia y que las sugerencias interpretativas, instrumento propio del psicoanálisis, provengan en mayor medida de las vivencias intersubjetivas más que de hipótesis teóricas.

Viendo que grandes pensadores y autores han presentado a lo largo de la historia dificultades para definir “de qué” se tratan las emociones, podríamos reflexionar acerca de la dificultad del uso de la razón para esclarecer y pensar sobre “algo” que se nos torna escurridizo en el mundo racional. A pesar de ello y sorprendente es, el escuchar como muchos autores reconocidos, y en especial Nietzsche -como paladín del pensamiento racional-, a pesar de su racionalidad, genialidad y sus teorías no pudo evitar una tormentosa y jaquecosa vida. Éste, al igual que otros, defendieron que las emociones poseen su propia racionalidad e inteligencia.

Huelga decir, y hasta donde yo conozco, que existen autores existencialistas de la escuela humanista y post-gestáltica que han tratado de acercarse a las emociones siendo coherentes con su propia técnica psicoterapéutica, donde priman las emociones sentidas por el cliente y las del propio terapeuta. También, y entre otros, encontramos los post-kleinianos como Donald Meltzer, Wilfred R. Bion y Siegfried H. Foulkes que han escrito en lo referente a las emociones aplicadas en la psicoterapia. Tanto para Bion

como Foulkes -padre a quien se le atribuye el término *grupoanálisis*-, a diferencia de grandes maestros del lenguaje y de los matemas como Jacques Lacan -como principal representante de la exclusión al afecto en terapia-, pusieron insistentemente el acento en la experiencia emocional y en el afecto, en donde para estos autores está el inicio del pensar y aclararse con uno mismo.

Sin duda las personas nos valemos del lenguaje para comunicarnos. El lenguaje verbal es el que habitualmente utilizamos -cuando no es éste el que nos utiliza a nosotros-, de forma consciente cuando nos relacionamos con los otros y con nosotros mismos. Éste, constituye posiblemente la herramienta más perfeccionada de la cultura humana y paradójicamente la que más dificultades nos acarrea cuando nos atrapa, nos esconde tras las emociones y evita la conexión con los otros. El mismo que nos permite expresar el amor hacia los otros es también el que nos enreda, gobierna, distancia de los otros y peor aún, de nosotros mismos.

Cuando las emociones no son sentidas y reconocidas como tales es cuando el lenguaje más vacío de sentido entra en acción para apaciguar el mundo interno. Sentimos una necesidad de encontrar palabras propias para expresar nuestras turbulencias emocionales y cuando no las hallamos o la emocionalidad resulta desbordante buscamos palabras de otros, convencionalismos, tópicos, experiencias vividas por otros y vamos, distanciándonos de nuestro propio ser y de la realidad del entorno más cercano, aislándonos en una dañina soledad que nos aboca a una auténtica confusión y, en su extremo, a la locura.

De la mano del grupoanálisis, instrumento terapéutico y de investigación muy válido para el estudio de las relaciones interpersonales y del mundo emocional, se expone a continuación un intento de formulación y revisión teórica de algunas dificultades de los miembros de un grupo. Tomando como ejemplo al gremio de profesionales en salud mental el autor se centra en la dificultad que tienen algunos de éstos a la hora de conectar con su parte emocional y grupal. Se exploran principalmente las dificultades de poder pasar, de terapeuta a ser persona en un

grupo, y las interferencias comunicacionales con su parte emocional debidas al uso de lenguajes artificiosos y racionalizadores contenidos por conocimientos teóricos no elaborados propios de la profesión. Finalmente, se reflexiona acerca de la necesidad de un clima emocional *suficientemente* bueno para que el grupo sea un auténtico espacio vivencial cómo curativo y el dañino requerimiento de la teoría para entender las cosas que nos suceden. Para ello, el autor del texto especula a partir de su propia experiencia grupoanalítica y se apoya en varios autores relevantes de la psicoterapia grupoanalítica, así como variantes cercanas a ésta.

II. De terapeuta a persona en un grupo: sus (nuestras) dificultades

Se decía en la entrañable película *“Conversaciones con mi jardinero”* que *“si te haces psiquiatra escudriñas las mentes de los demás y evitas la tuya propia”*. Y es que opino que, en ocasiones, nos resulta muy engorroso pasar de terapeuta a *ser paciente*, de observador a *ser observado* y en consecuencia a *observarse a uno mismo*. En este tránsito uno toma conciencia de la dificultad que tiene, para salirse de su identidad como persona que sabe dar respuestas y formular preguntas a los demás que le requieren, para convertirse en quien reciba respuestas y preguntas desde otra posición mucho más incómoda, pero que a la vez le brinda una oportunidad para ayudarse(nos).

Al inicio de todo grupo, como nos recuerda Daniel Valiente *“existen resistencias comunes, generalizadas e inespecíficas, consecutivas a los problemas de reajuste emocional que tienen los individuos ante una situación nueva, como es el grupo de psicoterapia”* (3) y añade que conviene diferenciar estas resistencias iniciales de las *“que aparecen a lo largo de la evolución del grupo, que son más específicas y derivadas de las necesidades defensivas del yo”*. A lo largo de este artículo me referiré principalmente a este segundo tipo de resistencia o dificultad que se halla más enraizada en el núcleo de la forma de ser de cada persona y que creo, abunda en especial en los profesionales de corte psicoanalítico, quienes acostumbran a ser complejos (4), y pienso más neuróticos que la media poblacional.



A menudo, muchos terapeutas se adentran en la psicoterapia grupal tras haber pasado por un diván varios años, haber recibido terapia de otros enfoques o haber realizado un exhaustivo autoanálisis extraído a partir de sus inferencias e interpretaciones de lo que en cada momento, se quiere y puede leer, así como escuchar de los otros. Tales análisis, previos a la participación como persona en un espacio terapéutico grupal, conllevan grandes dificultades de índole defensivo para el terapeuta transformado en el grupo en persona. Una de las defensas, por así decirlo, más predominantes con la que nos encontramos es la incapacidad para salirse del propio rol de terapeuta para vivir el grupo como persona. Es por ello que entre los terapeutas más “insabios” abunda la defensa de la racionalización y sobretodo la intelectualización. Aunque resultan ser términos afines deben diferenciarse entre sí. La racionalización, según Laplanche y Pontalis, constituiría aquel procedimiento mediante el cuál el sujeto intenta dar una explicación coherente, desde el punto de vista lógico, o aceptable desde el punto de vista moral, a una actitud, un acto, una idea, un sentimiento, etc., cuyos motivos verdaderos no percibe (4). Desde la oposición a la facultad de “lo afectivo” surge la intelectualización, término poco desarrollado en la literatura psicoanalítica y que resulta esclarecedor en los textos de Anna Freud. En éste, el sujeto intenta dar una formulación discursiva a sus conflictos y sobretodo a sus emociones, con el fin de controlarlos (5, 6).

Pero, obviamente no sólo estas defensas son propias de los terapeutas, ambas representan a mi entender algunas de las más predominantes en nuestra dificultad de cara a reunirnos, diluir nuestra identidad –en especial en los grupos grandes- y zambullirnos en el océano emocional del grupo.

Así pues, por medio de la intelectualización y la propia disección psicológica o autoanálisis, muchas veces engañoso, el terapeuta en el grupo suele “defenderse-protegerse” cuando le señalan en el grupo sus propias dificultades. Frecuentemente acostumbra a escucharse, y lo expreso de forma caricaturesca, sobretodo en los terapeutas de vertiente dinámica, réplicas del tipo “¡sí!, ya lo sé, sé perfectamente que soy rígido”, “...bueno será la forclusión del padre, qué quieres que te diga”, “...sé que debo des-

arrollarme y superar mi fijación en la fase anal, aunque no entiendo porque me decís esto” o por ejemplo también “esto que te sucede es una clara herida narcisista”. Palabras, circunloquios, aporías y teorías vacías de vivencia alguna son vertidas como despliegue evasivo ante cualquier cuestionamiento, señalamiento o invasión emocional que pudiera identificar al auténtico “yo” que se esconde tras los conocimientos. Desde estas posiciones resulta muy difícil llegar a la persona, pues todo está herméticamente dicho. Si el resto de miembros del grupo “conoce” dichas teorías puede perpetuarse la evasiva de forma exponencial, en forma de interacciones fátuas de autoestimulación intelectual mecanicista, mediante saberes insabidos sin ningún contenido emocional, cuyo único fin es la evasión, la confusión y el estacionamiento como resultado. Sin ir más lejos, y refiriéndome al “conoce” anterior, observamos los ingentes debates y escisiones que brindan los acólitos desde que Lacan y Freud tratasen de explicar que era la *forclusión del padre*, el *complejo de Edipo* o el *de Elektra*, por no ponerlo siempre en el varón. Actualmente encontramos tantas connotaciones y opiniones dispares al respecto como psicoanalistas existen, incluso los que creen ser de la misma escuela, que aún poseyendo un mismo lenguaje a menudo acostumbran a entender cosas bien distintas.

Discursos abstractos y supraterrales resultan poco prácticos, en el sentido de llevar a cabo la tarea grupal, si sólo uno “sabe” lo que quiere decir. Suponen monólogos, que la persona se repite diariamente, no sólo en el grupo sino posiblemente en su quehacer cotidiano, tendiendo a la repetición compulsiva, que llevan al individuo al aislamiento, al soliloquio y a lo impersonal. El esfuerzo del conductor del grupo y de todos los miembros será el tratar de traducir a un lenguaje práctico “lo” que la persona está tratando de decir y que en ese instante es, mediante un lenguaje prestado, la única forma de que dispone para expresarse. Sin duda una forma protésica que, por el momento y en numerosas circunstancias de la vida, le ha “servido” para integrar su yo y protegerlo de las Euménides (de sus emociones innombrables) (7).

Entramos y transitamos como podemos en el grupo, escondiendo nuestro propio “yo” mediante

nuestras propias defensas, sin embargo, rara vez el “verdadero yo” a los ojos de los demás puede escaparse en un grupo. Las definiciones teóricas se irán transformando en indefiniciones poco operativas para el trabajo grupal y poco a poco se irán abriendo brechas al mundo emocional de la persona. También la comunicación no verbal (8) en forma de aspectos fisiológicos, paraverbales, gestuales, de normativa y estructura comunicativa acostumbran a ser el noventa por ciento de lo que las personas tratan de comunicarnos. Y es que la emocionalidad puede transmitirse de muy diversas formas: el tono de voz, su volumen, las pausas, los silencios, el ritmo, la implicación corporal...

Resulta hartamente difícil ser terapeuta en tu labor diaria y encontrarte como paciente en un grupo. De terapeuta a paciente, de dirigir y conducir a ser conducido, obviamente los más controladores acaban chirriando en demasía. Se hace patente que los que estamos en el mundo de la “psi”, por deformidad profesional, frecuentemente nos cuesta abandonar nuestros conocimientos y actitud de psicoterapeutas para establecer relaciones “normales” con los otros. Por todo ello, el primer escollo para los profesionales en salud mental que inician una experiencia grupal es pasar a ser paciente, haciendo también alusión a la propia paciencia con la que nuestros clientes nos tienen acostumbrados. Se debe procurar dejarse cuidar, quitarse la bata, dejar la pluma y mullirse en el meollo emocional que brinda el espacio grupal. En la experiencia grupal *“todos estamos en el mismo barco, y debemos trabajar duramente para quitarnos lo profesional para poder abarcar elementos más íntimos y personales”* (9).

III. La necesaria “traducción” verbal y el lenguaje grupal como medio para empezar a entenderse

Decía Meltzer que *“nuestro idioma es muy rico en palabras para describir objetos y funciones, pero muy pobre para describir las emociones”*.

Ante el susto del encuentro grupal como el propio emocional, cada miembro trata de protegerse como puede, a lo largo de todo el proceso psicoterapéutico, de sus propias invasiones emocionales cómo la de sus compañeros, que suelen

ser las propias especulares. Algunos miembros que poseen más dificultades a nivel emocional tenderán a expresarse de formas difícilmente comprensibles por el resto del grupo. Hablarán de forma antinatural y el grupo se lo hará saber con caras de extrañeza, perplejidad o peor aún indiferencia. Estas formas de lenguaje si no son conocidos por el grupo conducirán a estas personas a una incomunicación y a un hondo vacío emocional, que posiblemente ya traían de casa antes de entrar en el grupo.

A veces uno no sabe como expresarse, otras teme decir lo que siente y maquilla sus sentimientos, otras necesita probar al grupo lanzando bengalas de humo para ver si le responden, o son de fiar y otras es incapaz de manejar su descontrolado abanico de emociones y requiere albergar, con un lenguaje prestado, una cierta ilusión de control sobre lo emocional. También se puede hablar de mucho a la vez, en grupo, y no transmitir nada. Es lo que se denomina resistencia verbal locuaz. Hay quienes pueden argumentar y pensar muy bien, pero hacerlo sobre auténticas estupideces. En la esfera de lo racional cualquiera puede tener razón siempre que utilice la lógica de una forma más o menos adecuada. Tan cierta puede ser su teoría si está bien argumentada como otra teoría diametralmente opuesta con un buen razonamiento. De tal forma que, mientras alguien habla de mil y una cosas el grupo no entiende nada, se relaja porque existe un miembro que trata de llevar el peso de la tarea grupal y el miembro siente un cierto control, pues mientras habla nadie le puede preguntar ni incomodar. Agotado el tiempo de la sesión el miembro “verborreico” puede escaparse de la situación grupal sin haber trabajado nada. En estos monólogos racionalizadores no existe realmente *discusión de flujo libre*, cada palabra es vertida de forma premeditada y previamente pensada.

Sin duda, tras estos mecanismos defensivos mediante lenguajes vacíos de contenido, prestados y meramente racionales se esconde un sufrimiento emocional importante. Son lenguajes que constituyen lo que podría denominarse sistemas antiemocionales pseudocontenedores. Cuantas veces hemos visto en consulta sujetos muy fuertes físicamente, que se ejercitan en los gimnasios hasta la extenuación, que son evitati-



vos ante los conflictos y temen su propia agresividad. A menudo he pensado que, para no enfrentarse a los conflictos, inseguridades o “ver” su agresividad se confeccionan un cuerpo imponente capaz de disuadir o mantener a raya a posibles individuos que puedan increparlos o irritarlos, poniendo a prueba su capacidad de contención y su autoestima. Análogamente, y a partir del ejemplo anterior, creo que en el lenguaje teórico y artificioso encontramos, apoyándonos en Bion, un auténtico *exoesqueleto* (10) “intelectual”, pseudoprotector de la precariedad del mundo interno emocional.

Estos lenguajes racionales son aquellos que nos ayudan en muchas circunstancias de la vida cotidiana en la que cuestiones emocionales están en juego, sin embargo otras nos atrapan. Como dice Antonio Murillo *“gracias a este lenguaje prestado, podemos acceder un poco más a los demás y a nosotros mismos. Pero también podemos utilizar ese lenguaje justamente para mantener la distancia, para distraer, para aislarnos... a veces parecemos tener lenguaje para decir (lo), y otras veces parece que el lenguaje nos tiene a nosotros”* (11).

Sin embargo, la propia naturaleza habla en un lenguaje claro y es por tanto fundamental que el grupo trate de aclarar que quiere decir cada persona para poder compartir un lenguaje común a partir del cuál poderse entender, acompañar y ayudarse mutuamente. Foulkes nos recuerda, muy al hilo de este apartado, que *“el lenguaje de la neurosis es privado, y pertenece con sus signos y símbolos, a la edad de la infancia en que se forjaron los síntomas. Este lenguaje precisa ser traducido a lenguaje adulto para ser comprendido. Una de las funciones del grupo es ayudar en esa traducción. Los sentimientos sin palabras han de ser expresados verbalmente. Tiene que crearse la situación grupoanalítica para escuchar, paciente y amablemente, estas primeras palabras y animar al paciente a ampliar su ámbito de comunicación. Entender es empezar a curar”* (12). Mientras no se aclare que quiere decir cada uno, instalaremos a cada miembro, con dificultades en la expresión, en la más áspera soledad emocional aún estando físicamente presente en el grupo. Foulkes, refiriéndose a lo síntomas, lo expresaba de otra forma: *“los síntomas, en sí mismos autistas e imposibles de compartir, ejercen, por razones diversas, una presión creciente en el individuo,*

que se ve impelido a expresarlos. En tanto que no es capaz de ello en una forma más comunicativa, no encuentra alivio real (...), debe trabajar una y otra vez hasta transformar los síntomas en un lenguaje articulado, socialmente aceptable. La comprensión por otros miembros del grupo sólo puede producirse cuando las energías que invisten los síntomas pueden transformarse en moneda de cambio, por así decir” (13). Inicialmente ante la imposibilidad de comunicar de algunos miembros del grupo debemos tratar de desbrozar los obstáculos que no nos permiten avanzar. Para ello el grupo y el conductor harán la función de traducción y se analizará la resistencia del emisor enseñándole, desde la función pedagógica y terapéutica del *grupoanálisis*, a hablar desde uno mismo y sin generalizar, para transmitir, comunicar y permitir ser ayudado. A partir de entonces, tratará de mantenerse en ese plano comunicacional donde los compañeros presumiblemente podrán entender que dice; realmente es como si cada miembro aprendiese otro idioma o lenguaje necesario para comunicarse y entenderse con sus compañeros. Desde luego y como dice Irwin Yalom *“algunas veces la tarea del aquí y el ahora resulta tan poco familiar e incómoda para el paciente que no es distinto a aprender una nueva lengua; uno tiene que atender con la máxima concentración para no deslizarse en la propia lejanía acostumbrada”* (14).

A medida que se vayan descubriendo las “palabras carnavaleras” y se hagan accesibles para el resto de los miembros se podrá trabajar mejor en la tarea grupal gracias a que el resto del grupo va entendiendo que se quiere expresar. Haciendo una analogía con los distintos lenguajes comunicacionales de los individuos en un grupo, se podría decir que cada uno se dirige al grupo con su propia moneda de cambio (libras, francos, liras, marcos, pesetas...) y mediante el establecimiento del Euro, como moneda común, los intercambios monetarios son más precisos y no contienen tantas confusiones. El Euro, por así decirlo se constituiría como el lenguaje común propio de la *mentalidad grupal* (15) del grupo. De alguna forma es cómo si con la constitución de un lenguaje común se estuviera abonando el terreno para el devenir del grupo, sin embargo tal labor ya constituye *per se* el inicio del grupo. Nada escapa al grupo.

Esta lejanía de nuestras palabras con “lo emocional” es advertida también cuando en nuestras consultas con los pacientes utilizamos de forma convencional frases de libros, teorías, interpretaciones estereotipadas o comentarios de supervisiones clínicas, que utilizamos de forma defensiva, a veces desde el aburrimiento, la pereza, la comodidad y sobre todo desde reacciones posiblemente contrafóbicas a los elementos emocionales que nos transmiten las personas que tenemos delante. Son palabras vacías de sentido que como dice el grupoanalista vasco José María Ayerra acostumbran a ser “engañosas, que en un primer momento resultan tranquilizadoras, pero que no se pueden comprobar en el ejercicio práctico ya que los textos originales se encuentran en la propia vida y en los pacientes, familias y grupos que atendemos” (16). Cabe reflexionar, que desde lo meramente cognitivo y sin apoyo vivencial, la lejanía emocional se traslada también a nuestros pacientes que difícilmente podrán conectar con nosotros, ni con nuestros señalamientos.

En esta fase en la que los miembros del grupo tratan de comunicarse como pueden, el terapeuta debe aprender a tolerar pacientemente el conocimiento deficiente en esa comunicación y contener su sabiduría. Su cometido, nos recuerda Foulkes, no es enseñar, sino ayudar al grupo en su aprendizaje, que desde luego es el aprender a dialogar y comunicarse.

IV. Desmontando precarias ligazones emocionales con representaciones no integradas, (re)construyendo nuevas y articuladas a través y con el grupo. Compartiendo

Dice el filósofo Robert Solomon que la ruta más inmediata y aparentemente más obvia hacia la comprensión emocional parece pasar por la atención al curso de nuestras experiencias personales (17). Desde lo emocional a lo racional, así reza el título del artículo, esa debiera ser la dirección predominante de todo proceso psicoterapéutico, la dirección inversa confunde, ensombrece y es autoengañoso.

Me sirve pensar el grupo como una gran sopa de letras. Las letras y palabras que conforman nuestras emociones están en la sopa grupal. Entre

todos los miembros y mediante el calor –un buen clima emocional- de la sopa, las palabras se irán conformando y articulando con las emociones.

Podemos nombrar o ligar palabras a lo que sentimos de muy diversas formas y sentidos para aclararnos o para mitigar nuestra angustia, sin embargo, mientras las emociones o afectos no se movilizan difícilmente podremos cambiar algo. André Green lo explica muy bien, aunque se refiere al análisis individual, cuando comenta que *“el análisis nos enseña, en efecto, que los contenidos representativos han sufrido los desplazamientos y las sustituciones, mientras que los afectos no han cambiado, (...) en el sueño como en las psiconeurosis, los disfraces, las deformaciones, se dan sobre los contenidos representativos. La censura que se ejerce sobre estos, tropieza con los afectos que constituyen la parte resistente, única que puede indicarnos cómo hay que completar el conjunto”* (18).

En el grupo, cuando un miembro trata de expresar una emoción y todos los compañeros del grupo entienden algo distinto puede que algo no esté bien integrado a nivel representación-emoción. Aún así, el hecho de que todos los miembros del grupo entiendan cosas distintas brinda una oportunidad al emisor inicial para aclarar lo que, desde su sincera emoción, realmente quería decir. A menudo en el grupo uno puede encontrarse con la tajante frase: “yo no he entendido nada”. Ante tal aseveración el conductor puede pensar que tal persona ha querido explicar o transmitir algo de una forma maquiada o velada para que nadie “le ataque” –para aquellos con cierta angustia persecutoria-, para evitar sentirse en contacto con su vulnerabilidad emocional o que, simplemente, el receptor no ha entendido nada porque se halla tan confuso emocionalmente que lo expresado por su compañero le ha atrapado emocionalmente dejándolo bloqueado. Junto con el grupo, se irá desmenuzando y diseccionado palabra por palabra lo que cada persona siente. Será la confianza, el clima emocional y la seguridad en el grupo la que le permita poner emoción y sentimiento a cada palabra para acabar aclarándose y liberarse del artificio en el que sus palabras intrusas le tenían atrapado. Cada palabra estimulara, por *resonancia*, el pensamiento vivencial del resto del grupo. Pensamientos y emociones que serán

devueltas proyectivamente a la persona que inicio un pensamiento o emoción podrán movilizar a dicha persona para que pueda seguir articulando sus emociones a sus pensamientos reanudando su proceso terapéutico. Para ampliar lo anterior me apoyo en un fenómeno observado por Foulkes: *“una pregunta no puede contestarse con otra pregunta, pero la segunda pregunta puede poner en marcha una segunda línea de pensamiento que puede conducir a la respuesta (...)”* (12). Sunyer complementa a Foulkes diciendo que: *“(...) y es que justamente conociendo el relato del otro, cada miembro se encuentra ante la posibilidad de identificar aspectos que son similares, iguales u opuestos a los propios. Y tanto en la similitud como en la diferencia, aparece un lazo de conexión”* (8).

En ocasiones la resistencia racional de un miembro puede ser tan férrea, siendo la intensidad de ésta posiblemente proporcional a su sufrimiento, que será muy difícil que se vaya metabolizando y extrayendo el grano de la paja. A pesar de ello, más tarde o más temprano este miembro puede caer en la cuenta que uno se aleja del yo desde lo racional y que sus palabras están vacías de contenido. Esta situación puede llevar a la persona desde un alto grado de frustración, que puede conducir a un mutismo y estado de rabia, a empezar a comunicar como un bebé, balbuceando y expresando lo que siente, desde uno mismo, a nivel primario por palabras simples pero muy claras. Posteriormente ir desarrollándose, desmontado progresivamente un lenguaje nudoso para ir reconstruyéndolo y articulándolo de forma coherente a sus emociones. Y es que, como alguna vez he escuchado decir a Ayerra, a veces, para comunicar bien antes hay que aprender a balbucear. Creo que este fenómeno se percibe muy bien en la propia transparencia de los niños, que son pura emoción, y que cuando se les escucha no hay duda de lo que quieren, sienten o desean, sin tapujos. Al igual que los autistas, en la comunicación racional y autística muchas veces, a parte del intento de balbucear cada miembro puede tratar de expresarse desde lo corporal adoptando manierismos que no dejan de ser formas primitivas, gestos e intentos de establecer una comunicación (19).

El objetivo del grupo a nivel comunicacional y práctico es hacer de lo complejo sencillo para

poder trabajar mejor. *“En cada dificultad humana hay numerosos componentes implicados, quizás tres o cuatro de esenciales muy posiblemente más, y lo que es más complejo en multitud de permutaciones indescifrables”* (20); en el grupo creo sucede algo parecido en el hecho de que tengo la impresión que se repiten siempre los mismos temas a tratar pero en muy diversas formas y variantes, casi como en la psicopatología, donde cada paciente expresa su malestar de muy diversas formas siendo el origen en sí mismo muy parecido a otros que presentan una fenomenología bien distinta.

El lenguaje de cada uno mantiene, a la hora de transmitir algo al grupo, una relación con las emociones. Y cada palabra puede tener para cada miembro un significado bien distinto y generar incomunicaciones en el grupo. Como nos recuerda el grupoanalista catalán José Miguel Sunyer *“ese mismo lenguaje crea incomunicaciones importantes, en parte debido a que otorgamos significados diferentes a términos idénticos. Significados que derivan no sólo de contextos culturales en ocasiones muy diferentes sino porque cada uno tiene una experiencia particular, afectiva, con las palabras, lo que hace que cada término aporte a cada uno una serie de relaciones, de asociaciones diversas; pero en parte también porque las palabras nos asustan y acabamos creyendo, en ocasiones, que la palabra crea la propia realidad”* (21). A través del grupo y mediante la *matriz grupal*, como crisol de una amplia gama de emociones con las que nos podemos identificar, cada miembro irá aclarando el significado más cercano e íntimo de cada palabra con su propio sentir diferenciando los mensajes meramente cognitivos de los puramente afectivos.

En ocasiones puede que un miembro no encuentre la palabra que integre una emoción. A partir del elemento “*experiential*” de otros compañeros, es decir, sintiendo a través del otro, y por *resonancia* puede aclararse y poner voz y nombre a un sentimiento. A menudo la vivencia de los otros permite abrir cicatrices mal cerradas del resto del grupo. Otras veces, emociones bloqueadas pueden desbloquearse a partir del eco de otras emociones sentidas por y a través del resto del grupo. Con Lacan aprendemos que, o así lo entiendo yo, mediante el *estadio del espe-*

jo (22), a partir de una identificación primaria con la imagen del semejante podemos apropiarnos de nuestra propia imagen. Es viendo o sintiendo al otro como nos podemos hacer una idea de lo que somos y sentimos. En el grupo se trata continuamente de averiguar que emoción se esconde tras cada palabra, de alguna forma se liga y se hace coherente lo vívido con lo dicho. A cada palabra se le liga una emoción que, con la plétora de vivencias distintas de cada miembro del grupo, permite al emisor principal aclararse e articular lo vivido o sentido con lo dicho. Como piensa Leslie Greenberg: *“en la terapia se ayuda a los clientes a identificar mejor, experimentar, explicar, dar sentido, transformar y manejar flexiblemente sus emociones. Como resultado de esto los clientes se vuelven más hábiles para acceder a la información importante y a los significados sobre ellos mismos y su mundo, que contienen las emociones: de igual forma se vuelven más hábiles para usar esta información para vivir vital y adaptadamente”* (23). En palabras de Klapman, y recogido por Foulkes, la terapia de grupo es, predominantemente un método de *reeducación afectiva*.

En la novela de Yalom *“El día que Nietzsche lloró”* (24) existe un diálogo muy al uso con lo que trato de transmitir: *“perdóneme si le parezco impaciente pero hay un gran abismo entre saber algo intelectualmente y saberlo emocionalmente (...) el director escénico de mi mente no parece verse afectado por la razón”*. Toda emoción es tamizada y registrada como placentera o desagradable de forma primitiva mediante lo que la razón y nuestras experiencias pasadas nos dicen. De alguna forma inventamos una realidad, sin embargo desconocemos el proceso que sigue nuestra mente para ello. Con el grupo se trata de conocer ese proceso a partir de los múltiples intercambios emocionales, transferenciales y vivenciales, de cada miembro, elaborados o no, integrados o desarticulados que serán puestos al servicio de cada miembro y del grupo para irse aclarando. Desmontados los lenguajes artificiosos o las formas de comunicación defensiva el proceso, que a mi entender debe llevarse a cabo de forma esencial para la comprensión y la cura de cada miembro, debe transitar desde lo vivido a lo racional: *“el trabajo terapéutico consiste en una secuencia alterna de, en primer*

lugar, experimentación y expresión del afecto, y en segundo lugar, de análisis y comprensión de dicho afecto” (25).

El encuadre grupal favorece más claridad, mediante la diversidad emocional y cognitiva, a la hora de poderse aclarar cada miembro con sus vivencias. En psicoanálisis individual el analista puede contemplar o centrarse más en algunas, sin embargo, su pensamiento inevitablemente tenderá a un reduccionismo escolástico y “experiencial” salvable en el grupo, donde las perspectivas y especulaciones se multiplican por el mayor número de miembros que se encuentran.

Con el grupo mayores serán las dudas, y posteriormente, mayores serán las certezas. No sucede lo mismo en el análisis individual en donde analista y analizado se encuentran en un diálogo limitado a las experiencias personales y emocionales del analista y del paciente. Si bien es cierto que en la consulta individual tanto el analizado como el analista “traen al consultorio” a sus familiares, amigos, lecturas y experiencias varias, la riqueza que puede ofrecer un grupo es mucho más amplia. La interconexión con varias experiencias a la vez es mucho mayor y la posibilidad de recodificación y desciframiento de las experiencias de cada persona traducidas a un lenguaje articulado son múltiples. La posibilidad de diferentes significados es mayor en el grupo en comparación con las muchas veces únicas respuestas y escasas alternativas ofrecidas por el analista individual.

Resulta interesante que los terapeutas hayamos pasado por experiencias terapéuticas que pueden aportarnos, aunque no sea ello una garantía, mayor libertad para manejarnos en cuestiones emocionalmente complicadas que nos traen nuestros pacientes sin que nos salpiquen en demasía. A pesar de ello, y aún creyendo que podemos ahondar en cuestiones no resueltas o no previamente experimentadas los conductores grupales pueden evadir algunos temas de forma inconsciente. Ya lo decía Freud en 1910 en su obra *“el Porvenir de la Terapia Psicoanalítica”* (26), que *“ningún psicoanalista va más allá de lo que le permiten sus propios complejos y resistencias internas”*. Es precisamente en estos instantes de resistencia o bloqueo del propio conductor donde el grupo nos(se) podrá echar un



cable ya que existirán miembros que podrán traer elementos emocionales, difíciles para nosotros, que tendrán más elaborados y que los podrán transmitir con gran coherencia y cercanía al resto de compañeros. Y es que los miembros del grupo se transforman en auténticos terapeutas y su participación es terapéutica para ellos y para el resto de miembros. La potencia terapéutica, en un plano sobretodo de interrelación más que de profundidad, es a mi entender mayor que en terapia individual.

V. La dimensión emocional y la matriz grupal como elementos necesarios para el efecto terapéutico

Un hecho que llamó la atención a Bion, durante la Segunda Guerra Mundial, en el trabajo con diversos grupos en Northfield (Escocia) fue la observación de la **conducta** de sus integrantes en el contexto grupal y el **clima emocional** que allí se desarrollaba. Los grupos reunidos para realizar una tarea específica evidenciaban actitudes y desarrollaban métodos que poco tenían que ver con las metas propuestas. Bion (15) al igual que Freud (1955) (27) apreció con cierto asombro dos elementos: la futilidad de la conversación del grupo donde él se refería a la carencia casi por completo de contenido intelectual y que el juicio crítico faltaba casi por completo. Sin embargo, lo que creo le llamó más la atención fue que la situación grupal estaba cargada de emociones que ejercían una influencia poderosa. Consideraba que las emociones de los integrantes del grupo estaban movilizadas en detrimento de su juicio y como el grupo se debatía frecuentemente con problemas intelectuales borrascosos que ahora desde otra posición (más emocional) los individuos iban resolviendo. Ya desde entonces Bion menciona, con cierto escepticismo, la importancia de la atmósfera emocional y de la importancia de las emociones en la terapia como algo que puede pasar inadvertido pero que mantiene una influencia en el grupo destacable.

Uno de los ingredientes básicos para el buen devenir de un grupo terapéutico es el *clima emocional*. Clima emocional que, tras el establecimiento de los miembros del grupo de una atmósfera de intimidad, confianza y fiabilidad, se irá

constituyendo y facilitará la descompresión del estreñimiento emocional existente de los integrantes.

En numerosas ocasiones me he imaginado al grupo terapéutico como una olla llena de pegotes de grasa que esconden el inconsciente, y en donde, a partir de un cierto calentamiento grupal—clima emocional—esos pegotes pueden desengancharse y permitir el acercamiento al inconsciente individual como grupal. La terapia focalizada en las emociones de Greenberg sostiene que *“las emociones mismas tienen un potencial adaptativo innato que si es activado puede ayudar a los pacientes a cambiar estados emocionales problemáticos o experiencias personales no deseadas”* (23). La calidez grupal permite la liberación de muchas emociones contenidas que, por efecto dominó, van movilizándose otras mediante un efecto amplificador curativo. El acento emocional en el grupoanálisis se ubica especialmente en la propia experiencia vivencial que se “vive”, valga la redundancia, en el grupo, posibilitando grandes modificaciones en la mente humana a partir del acto de sentir más que el de pensar. Es sólo a partir de la participación emocional o el pensamiento “desde las vísceras”, como dijera el británico Patrick de Maré, donde realmente se produce lo vivencial y el cambio. De alguna forma, el efecto curativo de este tipo de terapia recae en las modificaciones efectuadas en el núcleo de las emociones y conductas mediante caricias en la amígdala cerebral. El aspecto emocional permite movilizar ciertas estructuras internas que permitirán el proceso psicoterapéutico por medio de la palabra. Recuerda esto último a la *experiencia emocional correctiva* (28) que el húngaro Franz Alexander mencionase en el 1946.

Este clima emocional permite “experimentar” de forma más fluida las emociones tanto grupales como internas. Como mencionaba en el apartado anterior, pienso que esas emociones no pueden quedarse en el sentir, si no que posteriormente deben significarse así como resignificarse. Yalom y Vinogradov puede que lo expresen mejor *“la psicoterapia es, al mismo tiempo, una experiencia emocional y correctiva. Con el fin de que se produzca el cambio, el paciente, primero, tiene que experimentar algo con intensidad en el escenario grupal y sufrir la sensación de catarsis que*

acompaña a dicha intensa experiencia emocional. Entonces, el paciente debe proceder a integrar el suceso catártico a través de la comprensión de su significado, primero, en el contexto del grupo, y segundo, en el contexto de su vida exterior” (25), ya que los miembros del grupo crean dentro del grupo el mismo tipo de mundo interpersonal que habitan en el exterior.

En ocasiones parece que la atmósfera emocional atrapa al grupo. Es algo que he sentido en los grupos de formación para profesionales en salud mental que transitan por la experiencia vivencial y, sinceramente no puedo afirmar que sea un hecho habitual en otros grupos. Cuando varios miembros del grupo se encuentran muy contentos o en los grupos grandes el clima emocional tiende a ser muy placentero se puede caer en un cierto “situacionismo” engañoso que puede manejar y determinar nuestra conducta en función del clima emocional grupal y no del propio. Incluso, finalizada la sesión grupal, los miembros del grupo fuera de ésta tienden a comportarse excesivamente dulcificados. Clima emocional azucarado que bien pudiera “ser cierto”, sin embargo podría tratarse también de un elemento defensivo para no afrontar algunos aspectos conflictivos que se están sucediendo. Acercándome a Morris Nitsun se podría pensar que este estado emocional grupal puede constituirse, si el conductor del grupo no lo tiene presente, como un posible elemento “antigrupal”.

Otro ingrediente terapéutico básico en el grupoanálisis es la *matriz grupal*. Yo la entiendo como la llave multiusos al servicio de todos los miembros del grupo, que maneja cada integrante para irse aclarando. Llave que se constituye de emociones, experiencias, transferencias cruzadas, conocimientos y relaciones de interdependencia con los miembros del grupo entre sí, con las familias y relaciones de fuera del grupo de cada miembro, con el propio grupo y con el propio conductor. Es sin duda la llave que contiene las respuestas y las preguntas, una llave que va desarrollándose y perfeccionándose a lo largo de todo el proceso grupal. Foulkes, que debido a su repentina muerte no pudo acabar de perfilar su definición se refirió a ella como “*la hipotética red de comunicación y relaciones en un grupo determinado. Es la base común compartida que en último término determina el significado y la sig-*

nificación de todos los sucesos y desde el que todas las comunicaciones e interpretaciones, verbales y no verbales, permanecen” (21, citado a partir de Sunyer). La matriz en el grupo es el rico conjunto de interconexiones entre los individuos del grupo que brinda inconmensurables matices emocionales, de significado, de nuevas narrativas y relacionales al servicio de los dilemas psicológicos que trae cada miembro por separado. Cuesta pensar, que es la única emoción de un miembro la que condujo a la emoción negada o no sentida de otro, ya que hubo otra emoción previa a la primera que pudo facilitar alguna conexión emocional. La matriz es el la Red de redes emocionales, mentales y psíquicas.

El grupo, con una buena matriz y clima emocional constituye, tomando prestada el término del argentino García Badaracco, una auténtica “*mente ampliada*” en donde prima lo emocional como filtro de realidad de las vivencias que se suceden entre los miembros entre sí.

VI. La soledad del raciocinio y su dañina individualidad

Desde hace años y cada vez, más apreciamos como en quioscos y estancos encontramos ingentes cantidades de revistas de autoayuda y de psicología al alcance de toda la sociedad. Recuerdo por allá 1995 como Daniel Goleman adquirió una fama mundial a partir de la publicación de su libro “*Inteligencia emocional*” (29). Sin duda fue un fenómeno literario en el que creo, muchos de nosotros, pusimos grandes esperanzas para la solución a nuestras dificultades y acabamos encontrando la “nada”. Desafortunadamente, salvo palabras y experiencias muy ricas del autor, nuestras dificultades permanecían estacionadas porque lo que leíamos no era nuestro y buscábamos de forma desproporcionada un uso terapéutico en el libro que no contenía. Y es que cuando leemos establecemos un diálogo con el texto, le otorgamos significados y entendemos lo que podemos o necesitamos entender en cada momento. Y me cuestiono... ¿entendemos lo que leemos, adecuamos ideas o conceptos para lo que necesitamos, nos engañamos, nos liamos más, qué importancia le damos a lo que leemos y en suma, que poder le damos a la teoría en nuestras vidas?

En muchas ocasiones siempre he creído que en charlas y conferencias, en especial de psicoanálisis, cuanto más compleja y técnica, a nivel semántico, es la ponencia mayor dificultad existe en la comprensión y cada vez es mayor mi convencimiento que el ponente no sabe ni lo que quiere transmitir. Y es que resulta todo más claro cuando el conferenciante permite a su experiencia tener un papel preponderante en su discurso, en vez de los propios textos académicos en donde, en numerosas ocasiones, se pierde el sentido común. A pesar de ello, buscamos y rebuscamos en las teorías y en lo racional respuestas a nuestras dificultades. Hay quienes nos embarcamos en masters, congresos, compras compulsivas de libros... perdiéndonos más de lo que ya estábamos. ¿Qué se esconde pues... detrás de la necesidad de teorizar y buscar razones a nuestras dificultades? Principalmente obtener “objetos” en forma de lenguaje y pensamientos para llenar un vacío o aclarar un embrollo emocional. Un vacío emocional que empuja a la persona a buscar una representación mediante palabras que sea capaz de apaciguar un mundo interno vacío y turbulento. A veces también la inseguridad y el afán de mantener a raya nuestras emociones no elaboradas ni integradas. El caso es que tendemos a tratar de comprender, de forma individual, que nos pasa a través de la razón y no, en compañía de otros, a través de la intuición o el afecto. Tomamos prestadas teorías o experiencias vividas por otros, como decálogos de lo que nos pasa, sin revisar de forma auténtica nuestro propio *self*. Y aquí empieza el embrollo pues, a partir y tapando un “lío emocional”, se buscará una explicación teórica sin elaborar y se dará por válida sin cuestionamiento alguno. Posteriormente y a partir de ésta, se articularán nuevas emociones y sobre éstas nuevas teorías. El resultado será el de centenares de nudos en forma de emociones artificialmente articuladas a palabras sin sentido que a su vez contendrán emociones posteriores sobre una base original totalmente precaria. Si el “yo” no contiene recursos satisfactorios bien apuntalados desde un sólido aprendizaje emocional el sujeto se inclinará a buscar “objetos” controlables desde la teoría como recursos protésicos que satisfarán los déficits yoicos iniciales.

Nos cuesta más fiarnos de nuestra intuición, de nuestro sentir o de lo que la portera de nuestro piso nos viene diciendo desde hace años, que lo que las teorías de libros y grandes ponentes de congresos ajenos a nuestra realidad nos dicen. A menudo necesitamos colocar a la teoría y a personas “listas” en un lugar muy alto para sentir que lo que dicen acerca de nosotros está en lo cierto. Posteriormente y de forma cómica, nos percatamos que lo que nos creíamos a pies juntillas acerca de lo que nos decían otras personas desconocidas hacía mucho tiempo que nos lo decía nuestra familia, pareja, amigos, el quiosquero de la calle... A menudo, me he aclarado más, a partir del sentido común de una persona cercana de la calle, no viciada por el mundo de la psique, que a través de imponentes teorías psicológicas que no dejan de ser meras reformulaciones muy elaboradas del propio sentido común. Y es que hay que recordar que la psicología popular representa las observaciones y experiencias acumuladas por la humanidad.

Cuando la persona busca a la teoría o al mundo racional para aclararse acerca de “algo” de su propio ser corre, a menudo el riesgo, de caer en un laberinto en donde el “yo” se va alejando cada vez más de sí mismo, de su esencia y de lo emocional. El saber que toma prestado, ajeno a la propia realidad de la persona, para aclararse entra en conflicto con sus emociones y desemboca en confusión, soledad y trastorno mental. La persona, adentrada en el mundo de la razón, acostumbra a vivir ajena a la realidad externa, incluso a veces esta situación puede asemejarse a un estado psicótico en el sentido de constituir sus teorías y palabras vacías un “*error necesario*” –protector de la dolorosa fragilidad emocional-, como mencionaba el fallecido cordobés Castilla del Pino (30) cuando se refería en su libro a los delirios de los psicóticos. Vive acompañado de sus teorías pero en plena soledad. Las ideas y teorías se instalan de forma corrosiva en el campo de la cabeza, alejándose del mundo emocional, llevando a la persona a la repetición continua, como si de una centrifugadora se tratase, de sus pensamientos sin esclarecimiento franco alguno. El sujeto cae definitivamente en un onanismo mental egocéntrico que provoca el ver la realidad por debajo de su barbilla, que la razón –por supuesto- se escurre

siempre hacía nosotros y que obtengamos únicamente una temporal satisfacción intelectual y seductora frente a los otros, que indefectiblemente trae siempre parejo, tras bucles racionales y fumarolas varias, al vértigo abismal de la soledad con uno mismo y con su pobre mundo emocional.

Creo que el onanismo mental puede ser igual de estéril como el sexual poco placentero o completo. No se si este último te puede dejar ciego, pero creo que el primero te impide ver más allá de tus narices, no aclarando nada a largo plazo, y sólo obteniendo una sensación de placer fugaz solitario que acaba sumiendo al individuo en la más áspera desesperación. La complejidad de la mente humana, incluyendo la parte emocional y racional no puede entenderse desde un enfoque individual sino que debe contemplar a la “alteridad” para aclararse: a las personas, como grupo, en el elemento emocional y a otras disciplinas –poesía, lingüística, biología, filosofía etc, etc.-, no solamente el psicoanálisis, en el racional. En este punto encuentro que tiene vigencia la teoría del matemático Kurt Gödel, que en sus *teorías de la incompletitud* (31), explica que ningún sistema lógico es completo, pues siempre habrá una serie de enunciados no deducibles desde el propio sistema. Es a partir del mundo externo, donde uno puede aclararse, salir de sí mismo y convertirse mediante los ojos de los demás en observador de sus dificultades y de sus posibles soluciones.

Para este sistema solitario y la intrasubjetividad del individuo el grupoanálisis, como ya he explicado a lo largo de este trabajo, constituye un medio de descentralización del pensamiento, únicamente ubicado en la cabeza del sujeto, y capacitación de éste para ser compartido por el resto de miembros del grupo para salirse de su propia atrapante red racional y ver(se) sus palabras a través de las emociones del resto del grupo.

Nuestras teorías en el grupo son como las familias que traemos, a nivel mental, en forma de creencias, prejuicios... y que las traemos quizás inicialmente como estandarte y defensa, y posteriormente para ser re-definidas articulando lo vivencial con lo racional.

Siguiendo a Sunyer, *“la experiencia siempre marca la forma cómo vamos entendiendo la*

teoría. De hecho la experiencia es la auténtica teoría personal que se va articulando con otras experiencias (otras teorías) de forma que se va construyendo un cuerpo de pensamiento e ideas” (21). De alguna forma para mí entender, el aprendizaje es estructural: primero uno debe poner cimientos –principalmente afectivos y cognitivos simples, pero bien asimilados- y erigir sobre ellos de forma armónica y con coherencia, nuevos. Si se antepone la teoría a la experiencia lo más probable es que el individuo vaya adquiriendo una amalgama caótica de nociones dispersas y confusionales que le van a impedir la correcta incorporación de nuevas. En el grupo se reaprende y aprende a partir del sentir y del vivir intenso de las propias experiencias vitales del grupo. En tal proceso, la persona irá configurando su propia óptica o *corpus teórico* – fruto de los conocimientos adquiridos y las experiencias vividas - con la que realizará sus propias lecturas de la subjetividad. Para Bion, las emociones sentidas en el grupo son el corazón mismo de la evolución personal y del pensamiento (10). En el grupo la dualidad razón-emoción llega a su fin cuando se vinculan las palabras a las emociones.

VII. Conclusiones

Decía el escocés David Hume *“la razón es y debería ser la esclava de las pasiones”*. Sin duda me temo que lo es, sobretodo cuando se niega su supremacía sobre la razón. Desde una perspectiva neurobiológica y a partir de los últimos hallazgos en neurociencia hoy sabemos que los tractos nerviosos que van desde los ganglios basales y la amígdala del sistema límbico -donde se presupone a nivel biológico la residencia de las emociones y del inconsciente- al hipocampo y el lóbulo temporal medial - que representa la parte más consciente de nuestros actos y donde mediante el lóbulo frontal controlamos las tormentas emocionales como podemos - están más desarrollados y van más rápidos que en el sentido contrario (32-35). Este hallazgo explicaría, en parte, la debilidad de lo racional frente a lo irracional. Pretender controlar las emociones desde lo racional supone a la larga una pasión inútil y costosa. Tal parece, y a colación con los apuntalamientos neurobiológicos comentados, que antinatural sería el ir en la dirección opuesta.



Como plantea Solomon, el cómo encajan y funcionan nuestras emociones en nuestra vida ha de comprenderse de maneras diferentes, pero obviamente relacionadas. Una de ellas consiste en la búsqueda del significado de las emociones, que pienso sería abarcado por varias disciplinas: una de ellas el grupoanálisis, otro sería el estudio de un sustrato neurobiológico de las emociones, una tercera que pasaría por la especulación, sobre la historia evolutiva, que correspondería al psicoanálisis, y yo añadiría una cuarta, que bien podría añadirse a la historia evolutiva y que la atribuiría a la cultura, la sociedad y la moralidad.

Espero y deseo que este trabajo constituya el producto de los que Carl Rogers denominó “*aprendizaje significativo*”, algo que definió como “*una forma de aprendizaje que es más que una mera acumulación de hechos. Es una manera de aprender que señala una diferencia –en la conducta del individuo, en sus actividades futuras, en sus actitudes y en su personalidad–; es un aprendizaje penetrante, que no consiste en un simple aumento del caudal de conocimientos, sino que se entretiene con cada aspecto de su existencia*” (21, citado a partir de Sunyer). Al hilo de lo anterior, me refiero a este trabajo como un texto teórico surgido a partir de “lo experimentado”, con elementos integrados, algunos en proceso y otros, afortunadamente todavía por descubrir.

Concluyendo, y como corolario a todo lo argüido en este trabajo, diría que la comprensión de las dificultades que a uno le llevan al sufrimiento psicológico no se remedian en el plano intelectual si no en el afectivo y vivencial (sea en terapia grupal como individual). De la emoción a la razón, no en el sentido inverso, y en compañía las indefiniciones y ambigüedades se transforman en claridad y precisión. El grupoanálisis, se muestra como un instrumento psicoterapéutico muy adecuado, para la experimentación vivencial y emocional de las dificultades psicológicas de las personas, permitiendo, desde una necesaria atmósfera emocional, la articulación de las palabras vacías y confusionales con emociones sentidas a través de cada miembro, de todos y del propio grupo como unidad terapéutica.

[1] Puesto que suelen existir dudas acerca de ambos términos bionianos quisiera explicitar,

para no dar lugar a la duda, que la **mentalidad grupal** corresponde a la actividad mental colectiva que se produce cuando las personas se reúnen en un grupo. Está formada por la opinión, voluntad o deseo y es la voluntad, opinión o deseo unánime en un momento dado. Todos los miembros contribuyen de una manera inconsciente. Por otro lado, la **cultura grupal** representaría la manera como se organiza en un momento dado el interjuego entre la propia mentalidad grupal y los deseos de los individuos.

VIII. Referencias bibliográficas

1. Freud S. *Proyecto de una psicología para neurólogos*. En Obras Completas Vol.2. Barcelona: Biblioteca Nueva; 1895.
2. Mitchell S. *Conceptos relacionales en psicoanálisis. Una integración*. México D.F: Siglo XXI Editores; 1988.
3. Valiente D. *Psicoterapia psicoanalítica de grupo*. Madrid: Fundamentos; 1987.
4. Guy J. La vida personal del psicoterapeuta. El impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta. Buenos Aires: Paidós; 1987.
5. Laplace J, Pontalis JB. *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Paidós; 1967.
6. Freud A. *El yo y los mecanismos de defensa*. Barcelona: Paidós; 1961.
7. Euménides (obra). Wikipedia. La enciclopedia libre. Accesible en: URL: [http://es.wikipedia.org/wiki/Eum%C3%A9nides_\(obra\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Eum%C3%A9nides_(obra))
8. Davis F. *La comunicación no verbal*. Madrid: Alianza Editorial; 1998.
9. Sunyer JM. *Psicoterapia de grupo grupoanalítica. La co-construcción de un conductor de grupos*. Madrid: Biblioteca Nueva; 2008.
10. Martínez M. Aportacions de W. Bion a la Clínica. *Revista de Psicoterapia psicoanalítica*, núm. 6 – 2004.
11. Murillo A. La impossibilitat de dir-ho. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, Índex núm. 8, 2005.

12. Foulkes SH, Anthony EJ. *Psicoterapia de grupo. El enfoque psicoanalítico*. Barcelona: Cegaos Press; 1957.
13. Foulkes SH. *Introducción a la psicoterapia grupoanalítica*. Barcelona: Cegaop Press; 1948.
14. Yalom ID. *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona: Paidós; 1998.
15. Bion WR. *Experiencia en grupos*. Barcelona: Paidós; 1980.
16. Ayerra, JM. Grupo grande. *Boletín 7*, 1997, pp.28-45.
17. Solomon RC. *Ética emocional. Una teoría de los sentimientos*. Barcelona: Paidós; 2007.
18. Green A. *El discurso vivo. Una concepción psicoanalítica del afecto*. Valencia: Promolibro; 1973.
19. Cyrulnik B. *De cuerpo y alma*. Barcelona: Gedisa; 2007.
20. Styron W. *Esa visible oscuridad. Memoria de la locura*. Barcelona: La otra orilla; 1990.
21. Sunyer JM. *Orientación psicológica grupoanalítica. Reflexiones desde la práctica*. Madrid: Biblioteca Nueva; 2005.
22. Lacan J. *El estadio del espejo como formador de la función del yo tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. Escritos I*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 1975.
23. Greenberg L., Elliott R., Pos A. Emotion-focused therapy: an overview. *Scientific Journal for Psychotherapy*. Vol.7, nº1, 2007, pp.19-39.
24. Yalom ID. *El día que Nietzsche lloró*. Barcelona: Destino; 2008.
25. Yalom ID, Vinogradov S. *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós; 1996.
26. Freud S. El Porvenir de la Terapia Psicoanalítica. En *Obras Completas*, Vol. 2. Barcelona: Biblioteca Nueva; 1910.
27. Kaplan HI. *Terapia de grupo*. Madrid: Panamericana; 1998.
28. Alexander F, Franck T. *Psychoanalytical Therapy: Principles and applications*. Nueva York: Ronald Press; 1946.
29. Goleman D. *La inteligencia emocional*. Barcelona: Kairos; 1996.
30. Castilla del Pino C. *El delirio, un error necesario*. Oviedo: Nobel; 1995.
31. Jané I. La obra de Gödel en lógica matemática y teoría de conjuntos. *Gaceta de la Real Sociedad Matemática Española*, 2006, Vol. 9, Nº 3, pp.772-788.
32. Ribé JM., Martin T. Psicoanálisis, neurobiología: el fin de una dualidad. *Revista digital Psiquiatría.com*, 2009, núm.13 (1). Accesible en: URL: www.psiquiatria.com/articulos/tratamientos/42990/
33. Paniagua C. Neurobiología y psicoanálisis. *Actas Esp Psiquiatr*, 2000, 28 (1), pp.53-59
34. Pally R. Emotional processing: the mind-body connection. *Int. J. Psycho-Anal*, 1998, 79, pp. 349-360.
35. De Iceta M, Méndez J.A. Articulación entre neurociencia y psicoanálisis: a propósito de dos artículos. En revista de Aperturas Psicoanalíticas. Julio 1999-Nº2. Accesible en: URL: www.aperturas.org/2neurociencia.html

- Recibido: 19-7-10.
- Aceptado: 28-9-10.

Correspondencia:

José Miguel Ribé Buitrón.

Centro de Salud Mental de Adultos de Sant Andreu.

C/ Sagrera, 179 1r. 08037-Barcelona

Telf.: 93 340 86 54; Fax: 93 349 54 98 • jribe8o@hotmail.com

Escala de Riesgo Psicosocial FEAFES Castilla y León (ERP): procedimiento de construcción mediante metodología cualitativa y presentación de la escala

FEAFES Castilla León Psychosocial Risk Scale (PRS): construction procedure using qualitative methodology and presentation of the scale

Martín L. Vargas (1), Patricia Quintanilla (2), Beatriz Vega (3) y Ángel Lozano (4).

(1) Psiquiatra. Servicio de psiquiatría. Complejo Asistencial de Segovia.

(2) Trabajadora social. Coordinadora técnica de FEAFES Castilla y León.

(3) Economista. Técnico de calidad de FEAFES Castilla y León.

(4) Trabajador Social. Gerente de FEAFES Castilla y León.

Resumen: Objetivos: El envejecimiento es un problema prioritario de salud en las personas con enfermedad mental, especialmente en la generación que actualmente se acerca a la edad geriátrica y que ha sido atendida en el marco de la reforma psiquiátrica y de la desinstitucionalización. El objetivo es crear una escala que detecte de manera válida, fiable y eficiente el riesgo psicosocial asociado al envejecimiento en personas con enfermedad mental. Metodología: se ha utilizado metodología cualitativa mediante grupos nominales. Han participado 106 personas de todas las provincias de Castilla y León, de poblaciones de distinto tamaño. Han participado tanto enfermos como familiares y profesionales. Resultados: Se han detectado 40 necesidades, que se han priorizado. Conclusiones: Los 10 ítems que componen la escala son: recursos económicos, tratamiento farmacológico, vivienda, equipo de salud mental, familia, equipo de atención primaria, autonomía personal, hábitos de salud, ocupación y entorno.

Palabras clave: evaluación de la discapacidad, soporte social, envejecimiento, investigación cualitativa, salud mental.

Abstract: Aging is a priority health problem in the mentally ill people, mainly in the generation that nowadays is near the geriatric age and who have been attended under the psychiatric reform and deinstitutionalization frame. The objective is to create one scale to detect age related psychosocial risk in a valid, reliable and efficient way in the mentally ill people. Method: It has been used qualitative methodology by mean of nominal groups. One hundred and six people from all the provinces of Castilla y León have participated, proceeding from different size populations. Patients, as well as relatives and professionals have participated. Results: Forty needs were detected, and it were priori-

tized. Conclusions: The 10 items composing the scale are: economical resources, pharmacological treatment, housing, mental health team, family, primary care team, personal autonomy, health habits, occupation and environment.

Key Words: Disability Evaluation, Social Support, aging, Qualitative Research, Mental Health Disability Evaluation, Social Support, aging, Qualitative Research, Mental Health.

Introducción

El envejecimiento es una de las principales características demográficas de Castilla y León tal y como se describe en el Plan de Atención Sanitaria Geriátrica en Castilla y León 2005-2007 [1]. Castilla y León, con una esperanza de vida de 80,5 años y un 23 % de la población mayor de 65 años es una de las Comunidades Autónomas más envejecida de España y de Europa. Ello es fruto en parte del alto nivel de cuidados de salud y de protección social que se disfrutaban en nuestra Comunidad.

Pero las Personas con Trastorno Mental Grave (PTMG) disfrutaban en menor medida de tal longevidad. El grupo de las PTMG está formado principalmente por personas con esquizofrenia, trastorno bipolar y trastornos depresivos crónicos y graves. Se conoce que la esperanza de vida en la esquizofrenia, que es la enfermedad principal de este grupo poblacional, está reducida en aproximadamente un 20 % [2]. Ello se debe principalmente a una mayor prevalencia de patología cardiovascular, suicidio y hábitos tóxicos como el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. El efecto adverso del tratamiento mantenido con psicofármacos como los antipsicóticos también contribuye a una mayor prevalencia de diversos problemas de salud: diabetes mellitus, síndrome metabólico y discinesia tardía. Incluso se ha propuesto la existencia de un síndrome primario de envejecimiento acelerado en la esquizofrenia [3]. El papel de la atención primaria es fundamental para el mantenimiento general de la salud en las PTMG. Mediante grupos focales se ha estudiado su importancia, encontrándose una alta valoración por parte de las PTMG de la continuidad de cuidados, y del optimismo y capacidad de escucha de los profesionales de atención primaria [4].

La Estrategia Regional de salud mental y asistencia psiquiátrica en Castilla y León [5], reconociendo la importancia del envejecimiento en nuestra

Comunidad, se planteó como objetivo específico el desarrollo de programas integrados de atención psicogeriátrica en los Equipos de Salud Mental. Igualmente comparte la propuesta de la OMS, el definir como una prioridad política el “reconocer y apoyar la importancia de la salud mental en la vejez”. En la misma línea de prioridad, la Estrategia Nacional de Salud Mental [6] asume como propio el objetivo de la Unión Europea de “Promover el envejecimiento (mentalmente) saludable”.

Las necesidades asociadas al envejecimiento en las PTMG se han estudiado principalmente desde la perspectiva del psicogeriatra o de los cuidadores [7]. Las necesidades percibidas por los familiares de las PTMG se han estudiado en los EEUU [8] mediante una encuesta a 157 madres de PTMG, que tuvieron una edad media de 67 años. Este estudio puso de manifiesto que las necesidades que se percibían como no cubiertas eran: 1) programas de apoyo social y para el ocio, 2) entrenamiento en el manejo de la conducta y 3) información para la planificación del futuro. Las necesidades no cubiertas eran mayores cuando los hijos/as pasaban mucho tiempo fuera de casa y cuando tenían peor salud general. Percibían más necesidades no satisfechas las madres que tenían ellas mismas peor salud.

Pero aún se conocen insuficientemente los siguientes aspectos del envejecimiento en las PTMG:

- Las necesidades percibidas desde la perspectiva de los propios enfermos.
- Una visión integral biopsicosocial de las condiciones de salud, que considere no sólo los aspectos puramente médicos sino también la calidad de vida y el bienestar subjetivo, así como los condicionantes sociales de la salud.
- Las necesidades percibidas específicamente en las PTMG de Castilla y León.

Para subsanar esta carencia de conocimiento es necesario disponer de un instrumento que permita evaluar de manera válida el riesgo psicosocial asociado al envejecimiento en este grupo de población. El objetivo del estudio es construir un instrumento de medida del riesgo psicosocial asociado al envejecimiento en las PTMG, que sea válido para la población de Castilla y León y de aplicación breve para su uso clínico sistemático como instrumento de cribado. Para ello un primer objetivo específico será detectar las necesidades que se perciben como prioritarias en el envejecimiento saludable de las PTMG desde una perspectiva de salud integral biopsicosocial. Puesto que se trata de condicionantes de la salud subjetivamente percibidos, se tendrán en cuenta la percepción desde las perspectivas de los tres agentes implicados en este problema de salud, que son:

1. Las propias PTMG.
2. Los cuidadores familiares.
3. Los profesionales de Salud Mental, de Atención Primaria y de Servicios Sociales.

Como segundo objetivo específico, una vez detectadas las necesidades prioritarias, se construirá en base a ellas un cuestionario para la detección de PTMG en situación de riesgo psicosocial asociado al proceso de envejecimiento. Será un cuestionario breve de 10 ítem con respuestas tipo Likert de cinco opciones. Entendemos por riesgo psicosocial asociado a la edad en PTMG como la situación derivada de factores psicológicos y sociales específicos que incrementan el riesgo de sufrir problemas de salud durante el proceso de envejecimiento. Se asumirá que las PTMG que no tengan cubiertas las necesidades detectadas se encuentran en riesgo psicosocial durante el envejecimiento.

Se pretende que los resultados del estudio sean útiles en la planificación de servicios y prestaciones tanto de salud mental como sociosanitarias, más aún en el momento actual en el que la primera generación de PTMG que se benefició de la desinstitucionalización psiquiátrica a principios de los años 80 comienza a envejecer y a perder, por fallecimiento, el apoyo de sus padres. Se pretende que la escala resultante pueda ser de utilidad como instrumento de cribado para la

detección de PTMG en riesgo psicosocial en dispositivos asistenciales sanitarios o sociales.

Material y métodos

Sujetos

Se ha solicitado la participación de tres tipos de sujetos de estudio: enfermos, familiares y profesionales. Para la detección inicial de necesidades se han realizado grupos nominales [9], optando así por una técnica cualitativa que permitiera la detección de dimensiones del problema estudiado sin partir de juicios previos. Cada grupo nominal se formó por un solo tipo de sujetos, distribuyendo la muestra por igual en función del tipo de participante (paciente, familiar o profesional), tamaño del lugar de residencia y provincia. Se estimó que cada grupo generaría la detección de cerca de 20 necesidades. Igualmente se estimó una redundancia de al menos el 70 % entre las necesidades detectadas en los nueve grupos, con lo cual finalmente se pretendía detectar al menos 30 necesidades que servirán para elaborar el instrumento de medida.

Así, se realizaron 9 grupos:

- Tres grupos con enfermos, 3 con familiares y 3 con profesionales (el grupo de profesionales de Palencia se dividió en dos subgrupos por su elevado número de participantes).
- Tres grupos se hicieron con participantes residentes o profesionales de municipios mayores de 50.000 habitantes, 3 en municipios de 10.000 a 50.000 habitantes y 3 en municipios de menos de 10.000 habitantes.
- Cada grupo tuvo lugar en una de las 9 provincias de Castilla y León.

Tuvieron lugar 9 grupos nominales independientes, tal y como se muestra en la tabla 1. En total participaron 106 personas. Los profesionales (n = 46) fueron: 15 psicólogos, 10 psiquiatras, 7 enfermeras, 4 estudiantes, 3 trabajadores sociales, 2 terapeutas ocupacionales, 2 auxiliares de enfermería, 2 monitoras y 1 desconocido. Todos ellos tenían experiencia profesional en la atención a PTMG. Como criterio de exclusión se consideró la motivación insuficiente o dificultades importantes para establecer consensos. Los

familiares (n = 35) fueron: 15 madres, 10 padres, 6 hermanos/as, 2 cónyuges, 1 hijo y 1 cuñado. Todos ellos convivían con algún enfermo psiquiátrico regularmente. Se consideró criterio de exclusión de los familiares la incapacidad para comprender la técnica del grupo nominal por problemas cognitivos o de instrucción. Los enfermos participantes (n = 35) fueron participantes de las actividades de FEAFES (asociación de familiares y enfermos mentales de implantación nacional), todos ellos con alguna enfermedad mental grave, según informe verbal del propio paciente y con confirmación de un técnico de FEAFES. En su gran mayoría se trataba de personas con esquizofrenia. Participaron 27 varones y 8 mujeres, con una edad media de 44,4 años (DS: 12). Se consideró criterio de exclusión el estar actualmente hospitalizado en unidades de agudos, admitiéndose a personas residentes en pisos tutelados, miniresidencias o en unidades de rehabilitación hospitalaria.

Todos los participantes concedieron consentimiento verbal para la participación en los grupos tras informarles de los objetivos de los mismos.

Método

Los grupos se reunieron en una única sesión durante un tiempo de entre dos y tres horas y fueron coordinados por uno de los investigadores. A cada grupo se le hizo una pregunta abierta. *“¿Qué necesidades tienen las personas con Trastorno Mental Grave de edades comprendidas entre 50 y 65 años en Castilla y León?”*

Los grupos transcurrieron en cuatro etapas: 1) Detección individual de necesidades, 2) Agrupa-

ción, 3) Priorización individual, 4) Priorización grupal. En la figura 1 se muestra un ejemplo de la fase de detección individual de necesidades y de agrupación de tarjetas, cada una de las cuales contiene una necesidad detectada por uno de los participantes. Los participantes han prestado consentimiento para la difusión con fines científicos de la imagen.

En cada grupo se generaron varias necesidades detectadas, las cuales se priorizaron primero individualmente y luego grupalmente atendiendo a dos criterios: la cantidad de personas a las que afecta y la posibilidad de que dicha necesidad pueda ser resuelta. Las prioridades generaron una variable ordinal, desde la de mayor prioridad a la de menor. Para poder comparar las prioridades entre los distintos grupos, cuyo número de necesidades detectadas era variable, se transformaron las variables ordinales en puntuaciones Z para cada grupo. De esta manera las puntuaciones tipificadas Z que obtuvo cada necesidad detectada pudieron compararse después entre los distintos grupos.

Por último, los investigadores agruparon según contenidos similares y redundantes las necesidades detectadas en los distintos grupos. Para priorizar estas necesidades se calculó un índice de prioridad para cada necesidad N_i calculado mediante la fórmula:

$$I = P + G, \text{ donde:}$$

- P = media de las prioridades asignadas a N_i en los distintos grupos nominales.
- G = número de grupos en los que dicha necesidad fue detectada.

Tabla 1: Composición de los grupos nominales

Tamaño del municipio	Profesionales	Familiares de PTMG	Pacientes
Pequeño (<10.000 hab.)	Zamora (profesionales que atienden pueblos)	Barco de Ávila (2.624 hab.)	Tudela de Duero (7.946 hab.)
Mediano (10.000 -50.000hab.)	Soria (39.079 hab.)	Astorga (12.078 hab.)	Aranda de Duero (32.460 hab.)
Grande (>50.000 hab.)	Palencia (82.626 hab.)	Segovia (56.858 hab.)	Salamanca (155.740 hab.)

Figura 1: Detección individual de necesidades y agrupación de tarjetas



1.a. Detección individual de necesidades.



1.b. Agrupación de tarjetas.

Tanto P como G se computaron expresados en puntuaciones Z. Cuanto mayor fuera I, mayor fue la prioridad total asignada. De esta manera se consideraron más importantes aquellas necesidades que fueron consideradas importantes por un mayor número de grupos.

Por último, en la elaboración de la escala se eligieron los diez ítems que tuvieron una mayor prioridad en el cómputo global. El resto de ítems se incluyeron en su mayoría como matices de significado en el proceso de puntuación de la escala.

Resultados

En la tabla 2 se muestran las 40 necesidades detectadas por el conjunto de los 9 grupos, ordenadas según su prioridad.

En el anexo se presenta la “Escala de Riesgo Psicosocial FEAFES Castilla y León” (ERP). Esta escala se ha elaborado considerando los ítems que lograron máxima prioridad. Para elaborar los criterios de puntuación en la escala de 0 a 4 se han considerado igualmente las necesidades detectadas.

Tabla 2: Necesidades detectadas, ordenadas por orden decreciente de prioridad

1. Tiene independencia económica, ya sea por sus propios recursos o por prestaciones económicas.
2. Tiene un tratamiento farmacológico para su enfermedad psiquiátrica correcto y supervisado y se adhiere a él para prevenir recaídas.
3. Tiene una vivienda adecuada.
4. Dispone de atención profesional en salud mental adecuada, integral, afectuosa, coordinada, accesible, continuada y si es preciso domiciliaria.
5. Dispone de alternativas residenciales adecuadas para personas con enfermedad mental incluida la edad geriátrica.
6. Cuenta con el afecto, compañía y apoyo de la familia.
7. Disfruta de una asistencia sanitaria en atención primaria próxima, adecuada y accesible.
8. Tiene apoyos para lograr su autonomía personal, toma sus propias decisiones, se ocupa adecuadamente de sus autocuidados y del manejo de su dinero y cuida su hogar.
9. Dispone de ayuda a domicilio y seguimiento domiciliario multiprofesional si lo precisa.
10. Tiene hábitos de vida saludables y hace deporte regularmente.
11. Realiza actividades ocupacionales o tiene empleo adecuados a su capacidad.

12. Tiene buen apoyo y aceptación social en un entorno no estigmatizante y comprensivo.
13. Su entorno tiene buenas políticas de apoyo al discapacitado y colabora con la familia.
14. Cuenta con el afecto, aceptación y compañía de los amigos.
15. Su entorno dispone de un sistema especializado de ingresos involuntarios para enfermos psiquiátricos.
16. Tiene adecuado tratamiento psicológico.
17. Tiene o recupera un trabajo adecuado para él/ella y es bien aceptado en él.
18. Recibe ayuda en el caso de que esté indomiciliado/a.
19. Tiene apoyo profesional de servicios sociales adecuado, accesible, individualizado y continuado.
20. Disfruta del ocio de manera creativa, socializadora y saludable.
21. Dispone de adecuados recursos asistenciales de rehabilitación psicosocial, así como de clubs de ocio bien dotados de recursos materiales.
22. Recibe ayuda en el caso de que esté en prisión.
23. Su entorno dispone de adecuados medios de transporte y buena accesibilidad a nuevas tecnologías y servicios.
24. Tiene apoyo y ayudas económicas y sociales que fomentan su autonomía y desarrollo personal.
25. Su familia está adecuadamente apoyada e informada y recibe psicoterapia si la precisa.
26. Dispone de una atención sanitaria especializada no psiquiátrica accesible.
27. Está bien informado y comprende su enfermedad.
28. Tiene apoyo para la realización de trámites burocráticos y disfruta de una adecuada supervisión por su tutor si está incapacitado/a.
29. Tiene adecuada atención a aspectos específicos de la salud: problemas asociados a la edad, higiene bucal o efectos adversos del tratamiento psiquiátrico.
30. Tiene apoyo para cuidar su red familiar y social.
31. Participa activamente en relaciones sociales, asociativas, de ayuda mutua o de otro tipo.
32. Tiene buena educación sanitaria general.
33. Su sistema sanitario es de calidad en la gestión de programas asistenciales, y en la dotación, formación y dedicación de los profesionales de salud mental.
34. Tiene buena autoestima.
35. Tiene apoyo para la formación y el acceso a la cultura.
36. Tiene un entorno tranquilo y no estresante.
37. Tiene ayudas económicas para el transporte.
38. Tiene apoyo de la comunidad religiosa.
39. Tiene apoyo afectivo para atender a las necesidades específicas del momento de su ciclo vital como el fallecimiento de los padres o la atención a los hijos.
40. Disfruta de una sexualidad satisfactoria.

das con menor prioridad. La escala de 0 a 4 sigue la pauta general de puntuar como 4 la mejor situación posible en cada ítem y como 0 la peor

situación. Reciben 4 puntos los casos en los que la necesidad está correctamente cubierta sin apoyos. Reciben 3 puntos aquellos casos en los que

la necesidad está correctamente cubierta con apoyos. Reciben 2 puntos los casos en los que sólo se cubren los mínimos y pueden dejar de cubrirse si desaparecen los apoyos. Reciben un punto los casos en los que la necesidad sólo está cubierta en momentos excepcionales. Reciben un 0 los casos en los que la necesidad no ha estado nunca cubierta durante el periodo de exploración, que se considera de un mes.

Conclusiones

Se ha realizado un estudio para la creación de un instrumento que detecte de manera válida, fiable y eficiente el riesgo psicosocial asociado al envejecimiento en personas con enfermedad mental. En él han participado 106 personas de todas las provincias de Castilla y León y de poblaciones tanto grandes como pequeñas, urbanas como rurales. Han participado tanto enfermos como familiares y profesionales.

Se han detectado 40 necesidades que se estima deben estar cubiertas para garantizar el envejecimiento saludable de las personas con enfermedad mental. Estas 40 necesidades se han priorizado, resultando al final 10 ítems que conforman la escala que se propone para su uso clínico. Estos 10 ítems son: recursos económicos, tratamiento farmacológico, vivienda, equipo de salud mental, familia, equipo de atención primaria, autonomía personal, hábitos de salud, ocupación y entorno.

Consideramos que por la metodología cualitativa utilizada en la detección de los ítems y por la selección de los grupos participantes se trata de una escala de alta validez de contenido para nuestro entorno de Castilla y León.

No obstante, antes de su uso clínico, es necesario realizar estudios complementarios que permitan conocer su fiabilidad y su potencia diagnóstica en la detección efectiva de sujetos de riesgo.

Bibliografía

1. Junta de Castilla y León. Plan de Atención Sanitaria Geriátrica en Castilla y León 2005-2007. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2005.
2. Hennekens, C.H., et al., Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J*, 2005. 150(6): p. 1115-21.
3. Kirkpatrick, B., et al., Is schizophrenia a syndrome of accelerated aging? *Schizophren Bull*, 2008. 34(6): p. 1024-32.
4. Lester, H., Current issues in providing primary medical care to people with serious mental illness. *Int J Psychiatry Med*, 2006. 36(1): p. 1-12.
5. Junta de Castilla y León. Estrategia regional de salud mental y asistencia psiquiátrica en Castilla y León. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2003.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
7. Vitaliano, P.P., W. Katon, and J. Unutzer, Making the case for caregiver research in geriatric psychiatry. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2005. 13(10): p. 834-43.
8. Smith, G.C., Patterns and predictors of service use and unmet needs among aging families of adults with severe mental illness. *Psychiatr Serv*, 2003. 54(6): p. 871-7.
9. Berra de Unamuno, A., I. Marín León, and R. Álvarez Gil, Metodología de expertos. Consenso en medicina. 1996, Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Agradecimientos:

Los autores agradecen a todos los participantes en el estudio su disponibilidad y colaboración durante el desarrollo de las sesiones. Este trabajo ha recibido financiación de la Junta de Castilla y León con cargo a las ayudas a proyectos de investigación en materia sociosanitaria (ORDEN SAN/1056/2010). Ha recibido también financiación de la Fundación Astra-Zeneca.

Anexo: Escala de Riesgo Psicosocial FEAFES Castilla y León (ERP)

(Vargas, Quintanilla, Vega y Lozano, 2010)

La escala se aplicará por un profesional entrenado, considerando todas las fuentes de información que estén a su alcance. Cada uno de los diez ítems recibirá una puntuación de 0 a 4, de tal manera que los valores más altos indican mejores condiciones psicosociales. Las puntuaciones más bajas indican un mayor riesgo psicosocial. Cada ítem recibirá el valor que mejor describa el estado del sujeto en el último mes. La puntuación total en la escala se obtendrá mediante la suma de los diez ítems.

1. Recursos económicos

- 0. No tiene ninguna fuente de ingresos, o bien ésta es la mendicidad o el delito.
- 1. *No cubre sus necesidades económicas básicas, o si las cubre su fuente de ingresos es inestable.*
- 2. *Tiene ingresos estables que cubren exclusivamente sus necesidades básicas.*
- 3. *Tiene ingresos regulares que cubren holgadamente sus necesidades básicas, pero no dispone de dinero ahorrado.*
- 4. *Tiene una fuente regular y estable de ingresos que cubre holgadamente todas sus necesidades. Tiene además dinero ahorrado.*

2. Tratamiento farmacológico

- 0. Necesitaría tratamiento farmacológico para su trastorno psiquiátrico, pero no lo ha tomado nunca en el último mes.
- 1. Toma el tratamiento de manera irregular e insuficiente.
- 2. Toma el tratamiento tal y como está prescrito, pero sin adherencia terapéutica y sólo si se le supervisa.
- 3. Toma correctamente el tratamiento prescrito y tiene adherencia al mismo, pero necesita supervisión.
- 4. Toma correctamente y con autonomía el tratamiento prescrito y tiene buena adherencia al mismo. O bien no precisa tratamiento farmacológico.

3. Vivienda

- 0. Está indomiciliado y no recibe apoyos sociales.
- 1. Se aloja en albergues, pensiones sociales, viviendas de amigos o similares, de manera irregular y cambiante.
- 2. Tiene alojamiento estable, pero con importantes carencias. Su alojamiento no puede considerarse un hogar: p.e. una pensión impersonal, un piso en malas condiciones o comparte vivienda con desconocidos. O bien vive en un dispositivo residencial claramente inadecuado para su edad.
- 3. Vive en un dispositivo residencial para personas con enfermedad mental adecuado a su edad y en él se encuentra integrado. O bien su residencia normalizada tiene algunas carencias.
- 4. Tiene una vivienda estable, normalizada y adecuada, ya sea que viva con su familia de origen, con su propia familia, con compañeros o él/ella sólo/a. Su vivienda constituye un auténtico hogar.

4. Equipo de Salud Mental

- 0. No tiene ningún profesional de salud mental de referencia, a pesar de que tome tratamiento psicofarmacológico o de que tenga profesionales de atención primaria de referencia. Es reticente a relacionarse con profesionales de la salud mental.
- 1. No tiene ningún psiquiatra de referencia pero acepta la posibilidad de tenerlo. Puede relacionarse ocasionalmente con otros profesionales de salud mental.
- 2. Mantiene contacto regular pero impersonal con un psiquiatra. No tiene otros profesionales de salud mental de referencia.
- 3. Mantiene contacto frecuente y empático con un psiquiatra, que está disponible en caso de crisis. O bien es atendido por un equipo multiprofesional con algunas carencias.
- 4. Es atendido por un equipo multiprofesional, que atiende su trastorno psiquiátrico de una manera integral, afectuosa y coordinada. El equipo profesional es fácilmente accesible, presta atención continuada y de ser preciso presta atención domiciliaria. Existe un protocolo de tratamiento asertivo comunitario.

5. Familia

- o. No tiene ningún vínculo familiar. Si tiene familiares no se relaciona nunca con ellos.
- 1. Tiene algún familiar de referencia con el que se relaciona esporádicamente, o bien las relaciones con su familia son claramente conflictivas.
- 2. Mantiene vínculos familiares, pero estos son superficiales, irregulares u ocasionalmente conflictivos.
- 3. Mantiene vínculos familiares adecuados y afectuosos, pero el sujeto tiene un papel poco participativo, o bien la familia participa poco o inadecuadamente en el plan terapéutico.
- 4. Está bien integrado en un grupo familiar, ya sea su familia de origen o su familia propia, y recibe apoyo de ellos. Comparte afecto satisfactoriamente y asume las responsabilidades propias de su rol familiar. Su familia participa adecuadamente en el plan terapéutico y recibe apoyo profesional si lo precisa.

6. Equipo de Atención Primaria

- o. No tiene ningún contacto con atención primaria y desconocen que el sujeto tiene una enfermedad mental. O bien no está asignado a ningún equipo de atención primaria.
- 1. Su equipo de atención primaria conoce que el sujeto tiene una enfermedad mental pero no tiene ningún contacto con él ni con su familia.
- 2. El equipo de atención primaria renueva las recetas del sujeto y tiene contacto regular con la familia, pero no con el paciente.
- 3. El paciente acude ocasionalmente a su centro de atención primaria y conoce a su médico de familia. La familia tiene buen apoyo en el equipo de atención primaria.
- 4. Realiza un adecuado seguimiento sanitario en atención primaria. Su equipo de referencia es accesible, presta atención continuada y domiciliaria si es preciso y está bien coordinado con los servicios sociales y de atención especializada. Realiza intervenciones preventivas de la patología médica asociada a la enfermedad o al tratamiento psiquiátrico. Podría supervisar u ocuparse de tratamiento psiquiátrico depot y en el caso de precisarse una intervención psiquiátrica urgente sería un apoyo importante.

7. Autonomía personal

- o. Es dependiente de un cuidador que viva con él a diario, pues si no sería incapaz de mantenerse en la comunidad. Si no dispusiera de familia requeriría vivir en una institución psiquiátrica.
- 1. Podría vivir en la comunidad en régimen de vivienda protegida, con supervisión profesional diaria.
- 2. Podría vivir en la comunidad en régimen de vivienda tutelada, con supervisión profesional semanal.
- 3. Es autónomo, pero requiere apoyo en situaciones de dificultad como es la realización de trámites burocráticos, el afrontamiento de eventos vitales o la atención a familiares dependientes. Si está incapacitado, su tutor ejerce efectivamente la tutela.
- 4. Tiene total autonomía personal. Se ocupa adecuadamente de sus autocuidados, maneja correctamente el dinero, hace trámites burocráticos, cuida de su hogar, toma decisiones con autonomía y tiene capacidad para solicitar ayuda cuando lo necesita. Podría hacerse cargo de una persona dependiente. No está incapacitado civilmente.

8. Hábitos de salud

- o. No muestra ningún interés por el cuidado de la salud. Descuida la higiene y el cuidado dental, tiene una alimentación claramente inadecuada y consume drogas de abuso ocasionalmente.
- 1. No muestra ningún interés por el cuidado de la salud. Descuida la higiene, tiene una alimentación claramente inadecuada o consume drogas de abuso.
- 2. Descuida la higiene o la alimentación y tiene poco interés por los cuidados de salud. Realiza las pruebas médicas que le recomiendan.
- 3. Hace deporte ocasionalmente, se preocupa de tener hábitos alimentarios correctos. Realiza las pruebas médicas y actividades preventivas que le recomiendan.
- 4. Cuida activamente de su salud. Participa en las intervenciones preventivas que se le recomiendan. No consume sustancias de abuso, a excepción de un consumo moderado de tabaco, café o alcohol. Hace deporte regularmente.

y cuida de su alimentación. Cuida su higiene dental. Cuida su atuendo. Tiene una actividad sexual satisfactoria. Tiene buena autoestima.

9. Ocupación

- 0. No realiza ninguna actividad laboral, ocupacional ni de ocio. Tampoco realiza ninguna actividad doméstica.
- 1. Participa pasivamente en alguna actividad de ocio, o realiza alguna actividad doméstica.
- 2. Se implica regularmente en alguna actividad de ocio, o bien participa en un taller ocupacional o prelaboral o asume varias tareas domésticas.
- 3. Está desempleado/a pero busca empleo normalizado activamente, o bien tiene empleo como discapacitado/a en un centro especial de empleo. o bien asume muchas tareas domésticas. Además mantiene alguna actividad de ocio.
- 4. Tiene empleo normalizado o realiza competentemente todas las tareas domésticas. Además tiene alguna actividad de ocio, que disfruta de manera creativa, socializadora y saludable.

10. Entorno

- 0. No tiene ningún apoyo social. No tiene amistades. El entorno puede resultarle hostil.
- 1. Se relaciona casi exclusivamente con su familia o con los profesionales que le atienden.
- 2. Tiene algunos amigos/as con los que se encuentra varias veces al mes. La mayoría de sus amistades son otras personas con problemas de salud mental o con problemas sociales.
- 3. Tiene amigos/as con las que se encuentra varias veces por semana. Tiene amistades no relacionadas con la salud mental. Puede pedir ayuda a algún amigo/a si lo precisa. Su entorno es tolerante y no estigmatizante.
- 4. El entorno del paciente es tranquilo. Facilita el desarrollo personal y el acceso a la formación y a la cultura. Existen buenas comunicaciones y adecuado acceso a las nuevas tecnologías. Cuenta con buenas políticas de apoyo a la discapacidad. El paciente participa activamente en una red de amistades independiente de la red familiar y de la red de salud mental.

El estigma en el Cómic Infantil: El caso de Tintín

Psychiatric Stigma in Comics for Children: The case of Tintin

Juan Medrano*, Pablo Malo*, José Juan Uriarte*, Ana Pía López**, Pablo Medrano

(*) Txori-Herri Medical Association

(**) CSM Gasteiz-Centro

Resumen: Existen algunos estudios sobre la presencia de imágenes estereotipadas sobre la enfermedad mental en el cine y la televisión dirigida a los niños. El cómic es también un vehículo para la transmisión de estereotipos. Los autores revisan la serie de Tintín y destacan cómo a pesar de las abundantes críticas formuladas contra sus contenidos nunca se ha comentado la imagen desfavorable que ofrece de los enfermos mentales, lo que consideran un reflejo de la actitud general de la sociedad hacia el colectivo.

Palabras clave: Estigma psiquiátrico – Prejuicio - Cómic infantil – Hergé.

Abstract: There are some studies on the stereotypes on mental illness in movies and television for children. Comic also conveys stereotypes. The authors review Tintin, emphasizing that even though the series has been criticized because of its contents, the unfavorable portrayal of the mentally disordered displayed in several books has never been commented, a feature that the authors consider a reflection of the society's global attitude towards this group.

Key Words: Psychiatric Stigma – Prejudice - Comics for Children – Hergé.

Los estereotipos en torno a la enfermedad mental están firmemente asentados en la sociedad y contribuyen a una imagen errónea y estigmatizante de los pacientes. Un primer estereotipo, el de la peligrosidad se ve reforzado por el hecho de que algunos pacientes cometen delitos graves sintomáticos de su enfermedad y que resultan chocantes y alarmantes vistos desde la perspectiva convencional. Un segundo estereotipo es el de la insensatez e incapacidad. El enfermo mental es “*inocente*” por lo irreflexivo e incontrolable de sus actos, y risible por su discurso y sus comportamientos, lo que justifica un abordaje paternalista e hiperprotector. El tercer estereotipo, el de la genialidad, sustentado en casos como el del Nobel John Nash, olvida que en

muchas ocasiones (como en este mismo caso) los trabajos y las creaciones geniales son previas a la eclosión de la enfermedad. Por último, el estereotipo de la etiología precisable, determinista y no siempre presentable de la enfermedad mental se ejemplifica en la presunta parálisis general progresiva de Nietzsche, o en la idea de la degeneración de Morel. En nuestros días el estereotipo de la etiología precisable está virando hacia el ultradeterminismo genético.

La literatura infantil, como vehículo de concepciones socioculturales y arquetipos humanos, ha propagado clásicamente una imagen estereotipada de la locura. Un ejemplo clásico son los personajes de la Liebre de Marzo y el Sombrero

Loco de *Alicia* (1865), dos referencias sarcásticas a la enfermedad mental y al comportamiento supuestamente propio de los enfermos, que se asimila al de la liebre desahogada en el periodo de celo o al del sombrerero afectado por la encefalopatía demenciante por mercurio, por aquellas fechas enfermedad profesional del gremio. Las conductas estrafalarias y risibles de estos personajes en la historia original se han mantenido en las adaptaciones posteriores de Disney (1951) o en la más reciente de Burton (2010). Cabría preguntarse si la exposición a estas imágenes o a estos estereotipos genera en los niños una idea prejuiciosa de los enfermos mentales.

Algunos artículos han estudiado la presencia de la enfermedad mental en la literatura y en los medios infantiles (1), pero no se ha publicado ningún trabajo que demuestre un efecto de sus contenidos sobre la concepción de niños y adultos acerca de la locura. Los neozelandeses Wilson *et al* (2) analizaron hace años series infantiles de televisión, encontrando frecuentes alusiones a la enfermedad mental, en tono peyorativo (pérdida de control, insensatez). A su vez los canadienses Lawson y Fouts (3), tras analizar los largometrajes Disney de animación estrenados hasta 2001, encontraron abundantes descripciones desfavorables de los pacientes o epítetos insultantes relacionados con la enfermedad mental. Recordemos a la madre “loca” de *Dumbo* (1941), película en la que es notoria la escena de la borrachera del protagonista y su amigo Timoteo, que se dice que fue diseñada por Dalí. Más explícito es el innoble personaje de Lefou (el loco) en *Bella y Bestia* (1992). En su estudio, Lawson y Fouts encontraron que las “referencias a la enfermedad mental” son mucho más abundantes en los filmes de Disney que en los programas de televisión analizados en el estudio previo. Aparecen en el 85% de las películas analizadas (4.6 referencias por film), muchas veces como mero insulto. Un poco más de la quinta parte de los personajes principales es descrito como enfermo mental, lo que según los casos equivale a excentricidad, peligrosidad, perversión, estupidez o pertenencia al estrato más bajo de la pirámide social, como sucede, según los autores, con las hienas de *El Rey León* (1994). Los autores consideran que estos filmes, de enorme difusión e influencia en el público

infantil, dan a los futuros adultos una imagen peyorativa, estereotipada o simplemente divertida de la enfermedad mental. Debe decirse que en los filmes posteriores a 2001 las cosas no han cambiado mucho. Los síntomas psiquiátricos siguen siendo recurso cómico, como la amnesia de Ben, el robot de *El planeta del tesoro* (2002) o el trastorno de memoria a corto plazo de Dory en *Nemo* (2003), en la que el tiburón Bruce y sus amigos siguen el esquema terapéutico de Alcohólicos Anónimos para rehabilitarse de su hábito de comer peces. En *Hermano Oso* (2003), el protagonista es descrito como loco e irreflexivo y en *Zafarrancho en el Rancho* (2004), el caballo Buck, al que las vacas califican repetidamente de loco, es diagnosticado por una de ellas de maniaco-depresivo, mientras que en *Los increíbles* (2004), por fin, se trivializa el suicidio.

No conocemos que se haya explorado la presencia de alusiones a la enfermedad mental en el campo específico del cómic destinado al público infantil, en el que existen personajes proclamados “locos” (*Carioco*, de Conti), series con frecuentes apariciones de enfermos o de psiquiatras (*Astérix*, *Lucky Luke*, de Goscinny) u otras en las que se asimila explícitamente a violencia a la enfermedad mental (*Mortadelo y Filemón*). En el presente artículo se revisa la serie de Tintín, la más antigua y una de las más duraderas del cómic europeo, y que fue además obra de un solo autor, el belga Georges Rémi (1907-1983), conocido como Hergé.

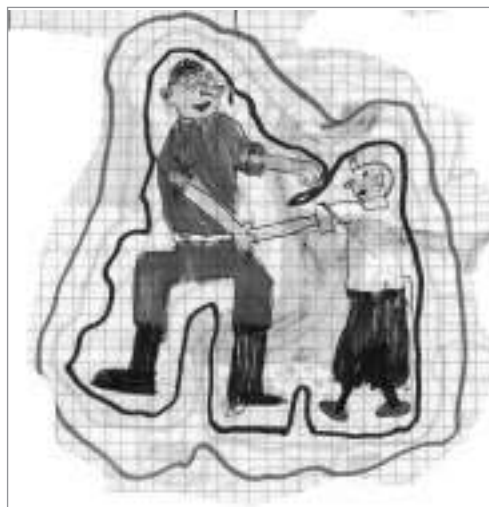
Hergé y la enfermedad mental

Nacido el 22 de mayo de 1907 en Bruselas, Hergé fue un innovador que revolucionó el cómic europeo importando del americano filacterios (bocadillos), onomatopeyas y signos de movimiento, dolor, turbación o excitación y creó la llamada *ligne claire*. En el terreno personal, fue un hombre oscuro, contradictorio, que alternó la generosidad y fidelidad hacia sus amigos con rencores y olvidos. Inicialmente admirado por sus compatriotas, fue después denostado por sus actitudes (o pasividades) políticas durante la ocupación alemana de Bélgica en la II Guerra Mundial, para ser finalmente rehabilitado y reivindicado en el ocaso de su vida.

A lo largo de su vida Hergé tuvo muchos puntos de contacto con la Psiquiatría. Al poco de ser

movilizado sufrió un eczema en las manos que le excluyó del servicio y que reaparecería años después en brotes, obstaculizando su trabajo, lo que para Rémi era un reflejo psicósomático de su creciente odio hacia Tintín. Desde los años 30, padeció depresiones recurrentes relacionadas con un extenuante trabajo, dificultades vitales o crisis de conciencia. Se desconoce si siguió tratamiento, pero sabemos que se quejó por la lentitud con la que según los médicos mejoraban la “depresión nerviosa” y la “anemia cerebral” que lo atormentaban (4). En la época en que lleno de remordimientos se planteaba abandonar a su esposa, como finalmente haría, consultó con un discípulo de Jung que le recomendó romper con sus prejuicios para huir del “demonio de la pureza” y dejar de dibujar. Hergé atendió a la primera recomendación y se unió a una dibujante de su estudio a la que doblaba en edad, pero continuó con Tintín, aunque sin ninguna satisfacción.

También contaba Hergé con antecedentes familiares de enfermedad mental. Su madre fue tratada con electroshock por una depresión psicótica, y falleció en un dispositivo psiquiátrico, un dato siempre omitido por Hergé, quien prohibía nombrar al centro y al especialista que trató a su madre. Según algunos biógrafos, su hermano Paul tuvo problemas con el alcohol, y él mismo parece haber sido un bebedor importante. A su vez, la personalidad de Rémi merecería un comentario psiquiátrico. Era consciente de su indecisión, que alcanzó su clímax en su vacilación entre las dos mujeres de su vida, y la relación con su signo zodiacal -Géminis-, describiéndola como la pugna de dos gemelos de opiniones contrapuestas que le llevaba a la inacción. La duda generaba angustia y necesidad de huir, generalmente a Suiza, a orillas del lago Léman, donde curó las heridas de varias depresiones. Eran características del dibujante la superstición, el perfeccionismo, la parsimonia creativa en sus últimos años y una agresividad soterrada. Aunque aseguraba que no había pensado en ellos al crear los personajes, Hergé contó a Nouma Sadoul que su padre y su tío, Alexis y Léon, vestían como Hernández y Fernández (*Dupond y Dupondt*), los dos detectives ridículos, gemelos de apellido diferente (5). En los años 40, para redibujar las primeras versiones de los libros, contó con la ayuda del futu-



ro creador de *Blake y Mortimer*, Edgard P. Jacobs, a quien honró con un egregio cameo en la recepción final de la versión coloreada de *El Cetro de Ottokar* (1945). Años después, la pretensión de Jacobs de firmar como coautor motivó la ruptura de ambos creadores, y Hergé se vengó de su antiguo colaborador dibujándolo perplejo en *Objetivo: La Luna* (1954) y momificado en la segunda versión de *Los Cigarros del Faraón* (1953). Siempre aseguró Hergé que para crear a Tintín se había inspirado en su hermano menor cuando era adolescente, pero las posteriores desavenencias entre ambos convirtieron al Paul adulto en el modelo del coronel Sponz, el malvado de *El Asunto Tornasol* (1956). Y otra venganza más, en este caso, precoz y significativa: en su mocedad, Georges fue el desafortunado pretendiente de una joven llamada Milú, cuyo nombre acabó ostentando el perro de Tintín.

Tintín, la enfermedad mental y los psiquiatras

En las aventuras tintinescas abundan las referencias psiquiátricas, al margen de la frecuentísima presencia del alcoholismo, personificada entre otros personajes en Haddock. Filemón Ciclón, el egiptólogo de *Los cigarros del Faraón* pierde la razón al recibir *rajaiah*, el veneno con el que los villanos neutralizan a sus adversarios provocándoles la locura. Bajo el efecto del veneno el científico se vuelve en ocasiones irreflexivamente peligroso, y en otras, pueril, como pue-

ril y risible se vuelve el escritor Zlotzky, víctima igualmente del *rajaajah*. También en *Los cigarros del Faraón* (1933, 1954) encontramos un manicomio cuyos asilados despliegan conductas bizarras y risibles mientras el director aclara que ninguno de ellos es peligroso, lo que implícitamente transmite al lector que existe un grupo de enfermos mentales caracterizados por su peligrosidad. Volvemos a encontrar a una víctima del veneno desplegando conductas absurdas como síntoma de locura en *El Loto Azul*, álbum en que otro personaje que ha sucumbido al *rajaajah* intenta decapitar a Tintín y, más adelante, a sus propios padres. En otra escena de este mismo libro Hernández y Fernández pretenden pasar desapercibidos con una ridícula indumentaria y son tachados de locos. En otro significativo episodio de *El Loto Azul* (1934) el villano Mitsuhirato inyecta una dosis pequeña del veneno a Tintín, aclarando que con una dosis mayor se convertiría en un loco “furioso”. Pero un aliado del héroe había sustituido el veneno por un líquido inocuo, por lo que Tintín no nota ningún efecto y para salir del paso simula estar loco mediante una serie de comportamientos absurdos, insensatos y pueriles que hacen que Milú se plantee el diagnóstico diferencial entre borrachera y locura y que implícitamente sugieren al lector que la enfermedad mental consiste en decir y hacer insensateces.

En *La estrella misteriosa* (1942), el antiguo astrónomo Philippulus, encarnación de la psicosis, está a punto de producir una catástrofe al intentar volar el navío de la expedición de los héroes al Ártico. Cuando Calys, un antiguo compañero, le insta a que atienda a lo que se le dice recordándole su amistad, Philippulus responde que Calys ha sido suplantado por un demonio que ha adquirido su cara, en un caso de síndrome de Capgras que mereció hace años un detallado comentario por parte de seis destacados psiquiatras británicos (6). En *Stock de Coque* (1958), Haddock, cuyos variopintos insultos merecieron una breve enciclopedia explicativa de los epítetos empleados por el capitán (7), llama “paranoico” y “esquizofrénico” a un tratante de esclavos. Curiosamente, los editores ingleses mantuvieron como insulto el primero de los dos términos, pero sustituyeron el segundo por psicópata (*psychopath*).

Un recurso común en Tintín es la pérdida de la razón o de la memoria a consecuencia de un traumatismo craneoencefálico, lo que enlaza con el estereotipo de la causa identificable de la locura. El espía de *Tintín en el País del Oro Negro* (1950), tras un golpe en la cabeza, se lanza a un discurso inconexo y absurdo, mientras que el agente syldavo de *El centro de Ottokar* (1938) pierde la memoria a consecuencia de un traumatismo similar. Mayor efecto dramático tiene en *Objetivo: la Luna* (1953) la amnesia del profesor Tornasol, que imposibilita la expedición de los héroes, y que Haddock intentará corregir mediante una serie de impresiones y estímulos de supuesto impacto emocional. Poco después del fallecimiento de Hergé, en un congreso de Neurología y Psiquiatría se propuso denominar a este tipo de amnesia “Síndrome de Tornasol” (8). Bajo el efecto de otro traumatismo hace Haddock perder la memoria autobiográfica y comete dislates en *Tintín y los Pícaros* (1976). El tema del traumatismo craneoencefálico y sus consecuencias sobre la memoria y la conducta es común en el comic y en la literatura infantil. Hergé ya lo había utilizado en *El ‘Manitoba’ no contesta* (1936, 1952), de la serie de *Jorge, Sara y Pipo*, haciendo además que la víctima del golpe, el científico genial y villano del álbum, recupere la memoria y el juicio con un nuevo traumatismo. Goscinny también emplea el recurso en *Astérix en Córcega* (1973), donde Salamix, el único legionario corso, que se alistó al perder la razón a causa de un traumatismo craneoencefálico, recuperará la cordura (expresada en un renacido odio al enemigo romano) gracias a un nuevo golpe sufrido tras recibir un puñetazo de Astérix. En *El combate de los jefes* (1966), tanto Panorámix, druida de la aldea, como Amnésix, colega del anterior, sufren un cuadro orgánico cerebral con amnesia y moría al recibir el impacto de un menhir lanzado por Obélix, quien en sus cavilaciones termina concluyendo que el remedio para el mal no puede ser otro que un nuevo menhirazo. En series más recientes de otros autores, como las del *Capitán Calzoncillos*, o *Gerónimo Stilton*, encontramos el recurso al golpe en la cabeza para desencadenar amnesia o comportamientos risibles. Y en Harry Potter, el Gilderoy Lockart concluirá amnésico sus andanzas en Hogwarts en un estado de amnesia.

Cabe preguntarse qué percepción tienen los niños de la forma en que aparecen los enfermos mentales en Tintín. Hace unos años, en una experiencia preliminar (9), se pidió a dos niños de 10 y 8 años que leyeran las aventuras de Tintín, y señalaran a los personajes que podrían tener una enfermedad mental. Los niños identificaron con facilidad las intoxicaciones y las psicosis y tuvieron más dificultades con los cuadros orgánicos cerebrales. Por otra parte, percibieron los comportamientos que en la serie definen a las enfermedades mentales como insensatos (89%), inmaduros (51%) y frecuentemente peligrosos (43%), por lo que se concluyó que el público infantil puede recibir las referencias estereotipadas y estigmatizantes en torno a la enfermedad mental.

Los psiquiatras son probablemente los médicos más presentes en los cómics. Según el análisis de Walter (10) acerca de la representación del psiquiatra en las historietas norteamericanas desde 1941 a 1990, la imagen del alienista no ha cambiado demasiado a lo largo de cinco décadas de historietas. Para el cómic, el psiquiatra es hombre, generalmente calvo, barbudo y con gafas, practica la Psicoterapia como método de tratamiento habitual, y suele estar loco, o es licencioso con sus pacientes, o simplemente no se interesa en absoluto por lo que le cuentan sus clientes. En los últimos tiempos, además, se ha vuelto más interesado por el dinero. Generalmente no produce ningún cambio en sus pacientes, aunque en un 15% de las historietas el paciente empeora y en un 2% mejora. El propio Walter, en otro trabajo (11), recoge los términos argot con que se designa a los psiquiatras en inglés, rastreando su etimología o el momento de su acuñación. Un término particularmente popular es el de “*shrinker*” o “*headshrinker*”, que asimila al psiquiatra a los jíbaros y su poder reductor de cabezas (en español se diría *comecocos*). Con todo, tal vez lo más curioso sea el juego de palabras en virtud del cual el *psychotherapist* (psicoterapeuta) se convierte en *psycho, the rapist*, lo que podría traducirse como “Psicopatón, el violador”.

La imagen que ofrece Hergé de los psiquiatras no es precisamente amable. En *Los cigarros del Faraón* (1933) donde vemos a Tintín sometido a camisa de fuerza y previamente, el alienista del manicomio del que se fuga lo persigue, porra en

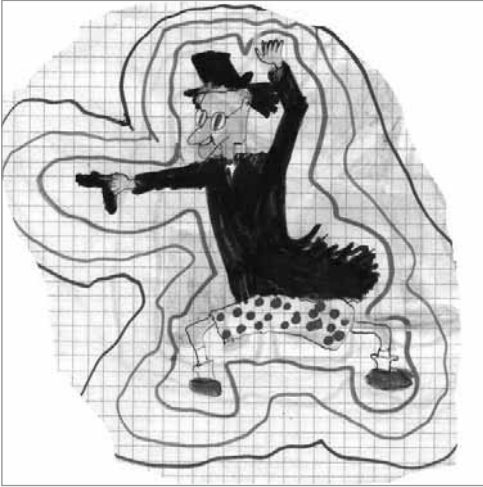
ristre, al mando de un grupo de malencarados asistentes. En la versión redibujada y coloreada de 1954 el doctor ha sustituido la calvicie y la barba negra de 1933 por una copiosa pelambre cana pero sigue blandiendo la porra. El doctor Müller, un villano habitual en la serie, es en *La Isla Negra* (1938) miembro de una banda de falsificadores de moneda y director de un manicomio donde hace enloquecer a sus enemigos. Y el psiquiatra KrosPELL de *Vuelo 714 para Sydney* (1968) no duda en ponerse al servicio del malvado Rastapópulos para ayudarlo, con el suero de la verdad que ha descubierto, a sonsacar al millonario Carreidas el número de su cuenta secreta en Suiza.

Frente a estos psiquiatras represivos, malvados o corruptos, encontramos en *El Loto Azul* (1936) al Profesor Fan-Se-Yeng, un científico que ha estudiado en profundidad la enfermedad mental y que será finalmente capaz de sintetizar el antídoto del *rajaijah*. El libro no especifica si es un psiquiatra clínico o un neurocientífico básico, y de hecho los autores de un estudio que incluía la imagen de los psiquiatras en la obra de Tintín no llegaron a un acuerdo al respecto (12). El pésimo concepto que parecía tener Hergé de los alienistas inclina a pensar en que el eminente Fan-Se-Yeng era neurocientífico y no psiquiatra.

Las críticas a Hergé

Los detractores de Tintín son numerosos. Hergé ha sido acusado de racismo, antisemitismo, machismo y crueldad para con los animales. Ciertas acusaciones, como la del antisemitismo, tienen algún fundamento, en especial a la luz de las primeras ediciones de *La Estrella Misteriosa* (1942), un álbum infaustamente editado durante el Holocausto. También se ha criticado la inaugural *Tintín en el País de los Soviets* (1930), ingenua y maniquea, que con el paso de los años terminó resultando tan incómoda para su autor que guardaba (o escondía) las planchas originales en el cuarto de escobas del estudio.

Otras críticas son mucho menos consistentes. Si bien Sadoul contaba en los años 70 a Hergé que *Tintín en el Congo* era muy popular en África (7), en la última década el libro ha sido repetidamente denunciado por inducir presuntamente al odio interracial. No cabe duda de que se trata de una



obra grotescamente imperialista. En la primera versión, de 1931, Tintín daba a los niños de la misión una clase de Geografía en la que les decía que su patria era Bélgica, pero en la versión redibujada en 1946, la clase es de Aritmética básica y desaparecen los mensajes colonialistas. Aun así es innegable que los africanos son retratados en el álbum como infantiles, vagos, ingenuos y terminan además idolatrando a Tintín como exponente de la sabiduría y capacidad que atribuyen a los europeos. Pero por muy criticable que sea *Tintín en el Congo*, riza el rizo de lo absurdo que años después, para no ser tildado de racista, Hergé tuviera que modificar el hablar de los negros de *Stock de coque*, un libro que precisamente reivindica la dignidad de las personas de todas las razas. O que los editores norteamericanos de Tintín obligaran al autor a redibujar en 1973 viñetas de *Tintín en América* (su primera versión data de 1932 y la reedición en color, de 1945) o *El Cangrejo de las Pinzas de Oro* (1944) para eliminar o sustituir personajes de color por otros de raza blanca o al menos no claramente negroides (13). En el segundo de los libros, el autor, quién sabe si en un lapsus o en una actuación pasivo-agresiva muy acorde con su carácter, no cambió los diálogos originales, de modo que Haddock sigue refiriéndose al villano a quien persigue como “ese negro”, pese a que su piel ha clareado notablemente. Más ridícula es la acusación de misoginia por la presencia de personajes femeninos (aparte de la rotunda Bianca Castafiore), frente a la que Hergé se defendía ante Sadoul (7) diciendo que las mujeres carecen

de la comicidad grotesca necesaria en el cómic de humor. El exterminio de animales salvajes en *Tintín en el Congo* dolió a lectores sensibles, y al propio Rémi en su vejez, y sus editores escandinavos llegaron a obligarle a redibujar una plancha en la que el héroe, incapaz de matar a balazos a un rinoceronte de piel coriácea, opta por utilizar un cartucho de dinamita que desintegra al animal. Acosado por tan variopintas críticas, ya anciano, Rémi se afanó en causar una buena imagen a la intelectualidad. Para desesperación de Numa Sadoul, corrigió una y otra vez, durante dos años, el libro de entrevistas entre ambos, buscando una redacción que le dejara en buen lugar ante sus detractores, y no dudó en presentarse como un católico conservador reconvertido en progresista, que disfrutaba con los *Beatles*, según dictaba la corrección política de la época.

Sin embargo, aunque se ha remarcado el antisemitismo, el imperialismo, el presunto racismo, el trato desfavorable a los animales y, en el colmo de la estupidez, la supuesta misoginia de Hergé, nadie ha hecho hincapié en la imagen desfavorable y estereotipada que como hemos visto da Tintín de los enfermos mentales, por lo que a la hora de criticar al autor, la reivindicación de los golpeados por la enfermedad queda por detrás incluso de la defensa de la fauna salvaje. No es el único caso en que la imagen de los enfermos pasa a un ultimísimo plano. Queda en un ángulo muerto, no importa ni interesa a nadie. Más de 30 años antes de que Lawson y Fouts apuntaran la imagen desfavorable de la locura en las películas de animadas Disney, Dorfman y Mattelart ya habían denunciado en *Para leer al pato Donald* que la obra del animador de Chicago no sólo era un reflejo de la ideología dominante, sino que, además, se erigía en cómplice activo y consciente de la tarea de mantenimiento y difusión de esa ideología (14). El análisis marxista se adelantó, pues, a la mera constatación de algunos contenidos explícitos. Algo similar sucede con *Tintín*. El interés confeso de Hergé por el psicoanálisis y la presencia de abundantes sueños y símbolos en su obra dio lugar a una serie de trabajos que analizan la presunta base psicodinámica y los contenidos latentes de Tintín (15-18), sin que aparentemente nadie reparara en sus contenidos manifiestos en relación con la enfermedad mental.

Cabe preguntarse cuál es el sentido y el origen de este olvido. A este respecto puede resultar ilustrativo el esquema de Gracia y Lázaro sobre la evolución histórica de la imagen y el concepto del enfermo mental (19). En una primera etapa (hasta el siglo XVIII), el enfermo se asimila al **animal salvaje**, como un ser sin razón y sin posibilidad de llegar a tenerla, al contrario que los niños, que terminan desarrollándola. El manejo del loco animal salvaje no puede ser otro que la reclusión. En la segunda etapa, el enfermo es un **animal domesticado**, tanto a nivel nosocomial, mediante el internamiento, como semiológico, a través de la uniformización de la clínica que impone la institucionalización. Más tarde, a mediados del siglo XX, llegará una nueva vertiente de la domesticación gracias a la introducción de los psicofármacos. Por último, con la década de los 60 del siglo XX, llega la era del enfermo mental como **animal humano**. Los movimientos liberación de la época sitúan en primer plano los derechos humanos frente a la imposición y el paternalismo, y reivindican sucesivamente a la población de color, a las mujeres, a los animales, a los enfermos mentales y, más recientemente, a las minorías sexuales, religiosas, etc. Pues bien, ciñéndonos a este esquema hay que concluir que en lo que se refiere al celo censor de los cómics, y en particular, a la crítica a Tintín, los enfermos mentales no han alcanzado aún la etapa del animal humano. La causa de que esto sea así habrá que buscarla en el contexto social. De la misma manera en que Hergé, hijo de su sociedad y de su época, utilizaba la enfermedad mental como recurso cómico o dramático, los críticos de su obra son a su vez hijos de una sociedad y de una época que aún no ha reconocido la desventaja que para los enfermos psiquiátricos supone una imagen peyorativa o ridiculizante. Lamentablemente, entre los posibles excesos de Hergé y el evidente olvido de los enfermos mentales en sus críticos existe un desfase de muchas décadas que ilustra sobre la persistencia en nuestra sociedad de los prejuicios en torno a la enfermedad mental.

En cuanto a la imagen de los psiquiatras, no creemos que se trate de un estigma por asociación (20), ya que Hergé los retrata como represivos, delincuentes o corruptos, lo que difiere mucho de la imagen que la serie ofrece de los pacientes.

Hay que preguntarse si este retrato desfavorable de los psiquiatras tiene algo de ajuste de cuentas. No hay que olvidar la histórica función de control y contención que ha desempeñado la Psiquiatría, y no debemos dejar de lado que las atribuciones de los psiquiatras han sido tan notorias que desde hace siglos es necesario el contrapeso de las normas legales para proteger a los pacientes frente al riesgo de abuso. La literatura y los cómics posteriores a Hergé no han ahorrado críticas a la profesión psiquiátrica, reflejando también un contexto social que se ha rebelado progresivamente contra el paternalismo y la imposición. En esto, al menos, hay que reconocer que el denostado Georges Rémi fue un adelantado de su tiempo.

Conclusiones

La literatura, los cómics y los films dirigidos a niños muestran con frecuencia una imagen prejuiciosa y estereotipada de los enfermos mentales, con temas como la peligrosidad, la comicidad o la falta de sentido y de lógica. La serie de Tintín ha sido criticada por la imagen que ofrecía de la población de color, de las mujeres o de los animales. No así por sus contenidos relacionados con los enfermos mentales. Ahora bien, señalarlo no equivale a reclamar que se juzgue negativamente por ello a su autor, que dibujó su último álbum completo hace 35 años, y mucho menos ha de tomarse como una exigencia de que se censure su obra. Las obras artísticas y literarias deben enjuiciarse en su contexto cultural e histórico. En particular, los cómics son exponentes de la cultura y del momento histórico en que se elaboraron. El prejuicio que pueda apreciarse en ellos para con los enfermos mentales denota una postura de la sociedad más que una actitud particular de sus autores. No tiene justificación ni sentido exorcizar esa postura indecente anatemiando a Hergé o a cualquier otro creador, tanto más cuanto la crítica a Tintín ha reivindicado antes a los animales que a los enfermos mentales, lo que da una idea de la actitud y de los prejuicios **actuales**, de la sociedad del siglo XXI, para con las personas que sufren estos trastornos.

En cualquier caso, el objetivo y el reto no debe ser únicamente mejorar la imagen de los enfermos mentales graves o, al modo de los torquemadas de la corrección política, emprender una cruzada con-

tra los comics y los autores que reflejan imágenes prejuiciosas y estigmatizantes. El reto es conseguir una situación más justa, que fomente un sentimiento de solidaridad para con los seres humanos golpeados por una enfermedad que además de repercutir negativamente en su autonomía, su calidad de vida y sus relaciones interpersonales les ha deparado a lo largo de la Historia el rechazo, la ridiculización o el miedo. La educación de los niños,

en la familia, en la escuela, y en la sociedad completa, puede contribuir a una actitud más favorable hacia los enfermos mentales. Y tal vez el cómic, que tiene un papel innegable en la formación y socialización de los niños, pueda en el futuro cambiar su visión clásica de la locura para dejar de transmitir estereotipos prejuiciosos y ofrecer una imagen de los afectados que contribuya a su integración en la sociedad.

Bibliografía

1. Coverdale JH, Nairn R. A Research Agenda Concerning Depictions of Mental Illness in Children's Media. *Academic Psychiatr* 2006; 30:83-87.
2. Wilson C, Nairn R, Coverdale J, Panapa A. How mental illness is portrayed in children's television. A prospective study. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 440-3.
3. Lawson A, Fouts G. Mental illness in Disney animated films. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 310-314.
4. Peeters B. Hergé fils de Tintin. Paris: Champs-Flammarion, 2006.
5. Sadoul N. Tintin et moi. Entretiens avec Hergé. Paris: Casterman, 2000.
6. Förstl H, Howard R, Almeida O, Beats A, Burns A, Levy R. Tintin and the Capgras syndrome. *Psychiatr Bull* 1990; 14: 705-7.
7. Algoud A. L'intégrale des jurons du Capitaine Haddock. Paris: Casterman, 2004.
8. Assouline P. Hergé. Paris: Folio Gallimard, 1996.
9. López AP, Medrano A, Medrano J, Medrano P. Enfermedad mental y estigma en las aventuras de Tintín. Póster presentado a X Jornadas Rehabilitación. Bilbao, 22-23 noviembre, 2007. Accesible en: www.ome-aen.org/CRO/NICON/HUMOR/Tintin/TintinyEstigma.htm
10. Walter G. The psychiatrist in american cartoons, 1941-1990. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85: 167-172.
11. Walter G. The naming of our species: Appellations for the psychiatrist. *Aus N Zel J Psychiatr* 1991; 25: 123-128.
12. Medrano J, Malo P, Uriarte JJ, López AP. Stigma and prejudice in Tintin. *BMJ* 2009; 339: 1406-7.
13. Thompson H. Tintin. Hergé & his creation. London: Sceptre, 1992.
14. Dorfman, Ariel; Mattelart, Armand. Para leer al Pato Donald, 36 edición (en castellano), Buenos Aires: Siglo XXI, 2001.
15. Tisseron S. Tintin et le secret d'Hergé. Hors Collection / Presses de la Cité, 1993.
16. Tisseron S. Tintin et les secrets de familia. Paris: Aubier, 1993.
17. Apostolidès JM. Les métamorphoses de Tintin. Paris: Champs-Flammarion, 2006.
18. McCarthy T. Tintín y el secreto de la literatura. Madrid: El tercer nombre, 2007.
19. Gracia D, Lázaro J. Historia de la Psiquiatría. En Ayuso Gutiérrez JL, Salvador Carulla L (eds): Manual de Psiquiatría. Madrid: Interamericana, 1992; pp 17-31.
20. Östman M, Kjellin L. Stigma by association. Psychological factors in relatives of people with mental illness. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 494-8.

Correspondencia:

Juan Medrano • donlogan@hotmail.es

La patologización de la transexualidad: reflexiones críticas y propuestas

The pathologization of transsexuality: critical reflections and proposals

Miquel Missé y Gerard Coll-Planas.

Sociólogos e investigadores en la Universitat Autònoma de Barcelona.

Resumen: En el presente artículo abordamos el debate sobre la desclasificación de la transexualidad como un trastorno mental con los objetivos de visibilizar esta problemática todavía muy desconocida en la comunidad médica española, analizar críticamente en qué consiste el proceso de patologización y, finalmente, elaborar una propuesta alternativa que pueda resolver (o simplemente mejorar) la situación actual.

Palabras clave: transexualidad, trans, patologización, derechos humanos.

Abstract: In this article we address the debate on the disclosure of transsexuality as a mental disorder with the aims of visibilizing this issue, largely unknown by the Spanish medical community, analyzing critically the pathologization process and, finally, developing an alternative proposal to solve (or at least improve) the current situation.

Key Words: transsexuality, trans, pathologization, human rights.

1. Introducción

En el presente artículo abordamos el debate sobre la desclasificación de la transexualidad como un trastorno mental con los objetivos de visibilizar esta problemática todavía muy desconocida en la comunidad médica española, analizar críticamente en qué consiste el proceso de patologización y, finalmente, elaborar una propuesta alternativa que pueda resolver (o simplemente mejorar) la situación actual.

La transexualidad está catalogada desde 1980 como un trastorno mental. Actualmente los manuales de enfermedades mentales DSM-IV-R (elaborado por la American Psychiatric Association- APA) y CIE-10 (de la Organización

Mundial de la Salud-OMS) la recogen bajo el nombre de “trastorno de la identidad sexual o disforia de género” o de “desordenes de la identidad de género” respectivamente.

El debate sobre la desclasificación o despato-logización de la transexualidad ha cobrado en los últimos años una gran importancia en el seno del activismo trans, gay y lésbico, y progresivamente ha ido captando la atención de diversos profesionales de la salud (sobre todo psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas) de todo el mundo.

Antes de entrar en materia es importante aclarar una cuestión terminológica. A lo largo de este texto no se utiliza el término “transexual” sino

“trans”. Nos referimos a trans para englobar a transexuales, transgéneros y travestis sin tener que explicitar las divisiones internas que existen dentro del propio colectivo trans. Esta palabra, pues, no es un mero sinónimo de “transexual” (término procedente de la medicina) sino que es una propuesta del movimiento trans para salir del campo médico y cambiar el paradigma desde el que comprendemos la transexualidad. En este sentido “trans” hace referencia a toda aquella persona que vive en un género distinto al que le ha sido asignado al nacer en base a su sexo, independientemente de si ha modificado su cuerpo o de si ha recibido un diagnóstico de trastorno de la identidad de género.

Es preciso en esta introducción situar la problemática explicando concretamente como se diagnostica el trastorno de identidad de género, cual es la situación actual del tratamiento de las personas transexuales en el sistema sanitario público español y el estado de la cuestión del activismo por la despatologización trans. Dedicaremos los siguientes apartados a la exposición del análisis crítico y de las propuestas. Acabaremos el artículo con reflexiones que nos permitan abrir nuevas líneas de debate y de encuentro con otras cuestiones como son analizar el origen cultural de la necesidad de modificación corporal de las personas trans y la creación de nuevos modelos de tratamiento.

El origen de la patologización

El endocrinólogo Harry Benjamin es quién introduce el 1954 el término “transexualismo” y desarrolla los primeros criterios para el diagnóstico de transexualismo (Benjamin, 1966). En 1979 la Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (actualmente World Professional Association of Transgender Health) establece un protocolo oficial para los tratamientos de reasignación de género denominado *Standards of Care for Gender Identity Disorders* (SOC). Este protocolo, siguiendo las pautas de identificación y los criterios diagnósticos de Benjamin, indica de forma detallada como debe de ser el tratamiento psiquiátrico, endocrinológico y quirúrgico de las

personas trans. Actualmente, la última versión del SOC establece un período de seguimiento durante el cual el médico descarta que se trate de cualquier otra patología mental y se cerciora de que se trata de un caso de trastorno de la identidad de género.

A lo largo de los años 70 y 80, muchos países europeos importaron este modelo, y a través de su aplicación progresiva se han ido desarrollando y perfeccionando unidades en algunos departamentos de psiquiatría de hospitales públicos especializadas en el diagnóstico y seguimiento de personas trans.

La catalogación de la transexualidad como un trastorno mental implica que las personas trans deben someterse a una evaluación psiquiátrica para acceder a un tratamiento hormonal y/o quirúrgico y en el caso español, también para poder modificar su mención de sexo y nombre en sus documentos oficiales¹.

Actualmente el DSM está siendo revisado y está previsto que aparezca su quinta versión en mayo del 2013. La revisión del DSM es fundamental porque definirá el marco en el que se abordará la situación médica de las personas trans en los próximos años e influirá la clasificación de la OMS.

El tratamiento de la transexualidad en el sistema sanitario público español

En cuanto a la situación médica de las personas trans, el pasado 2008 el Ministerio de Sanidad y Consumo decidió organizar la cobertura sanitaria de las personas trans por centros de referencia, en lugar de apostar por una inclusión de estos tratamientos en la cartera de prestaciones generales del Sistema Nacional de Salud, creando así una desigualdad de acceso a los tratamientos a nivel territorial. El abordaje se produce en las Unidades de Trastornos de la Identidad de Género (UTIG) en la que se coordinan psiquiatras y psicólogos, endocrinólogos y cirujanos (en las UTIG-s suele ser habitual que no estén todos estos profesionales (sobre todo cirujanos), o que

¹ Así lo expresa la Ley 3/2007 de 15 de marzo reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, también llamada “ley de identidad de género”.

haya algún otro especialista (foniatra, etc.), dependiendo de cada UTIG), para hacer un seguimiento transversal de los tratamientos a los que se someten las personas trans. Se realiza el diagnóstico del trastorno de identidad de género, se recetan hormonas y se realizan un número limitado de operaciones al año. En el Estado Español existen las UTIG de Andalucía, Cataluña, Asturias, Madrid, Extremadura, Baleares y País Vasco (Canarias y Galicia están en trámite). Actualmente, de éstas se han acreditado varios centros de referencia estatal: entre estos centros de referencia se encuentran el Hospital Clínico de Barcelona, La Paz-Ramón y Cajal de Madrid y el Hospital Carlos Haya de Málaga.

El activismo por la despatologización

La lucha contra la patologización de la transexualidad es muy reciente y ha tomado muchas ideas del movimiento antipsiquiátrico que en su momento replanteó el concepto de enfermedad mental y luchó por la eliminación de los establecimientos de internamiento psiquiátrico.

Cuando se defiende la despatologización de la identidad trans no se persigue únicamente la desclasificación del trastorno de los manuales de enfermedades, sino que se trata sobre todo de reivindicar que las personas trans en los tratamientos médicos que puedan requerir deben ser reconocidos como sujetos activos, con capacidad para decidir por sí mismos; se trata de reivindicar la autonomía y la responsabilidad sobre sus propios cuerpos, de tomar la palabra para hablar de sus propias vidas, algo que hasta ahora habían hecho exclusivamente los médicos.

Aunque se habían hecho otras pequeñas acciones anteriormente, en España el discurso contra la patologización se presenta públicamente el 7 de octubre del 2007 a través de tres manifestaciones simultáneas en Madrid, Barcelona y París. Desde entonces se ha ido tejiendo una red de alianzas entre grupos y activistas a través de la geografía española que hoy en día trabajan uni-

dos bajo el nombre de Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español. Desde esta red se dan los primeros pasos hacia una movilización internacional que toma forma en 2009 con la campaña Stop Trans Pathologization-2012 (STP-2012)². Se inicia así una movilización internacional con el objetivo de reivindicar la despatologización de las identidades trans del próximo DSM-V y de asegurar la cobertura médica de los tratamientos hormonales y quirúrgicos de las personas trans que así lo demanden. La campaña STP-2012 ha tenido una muy fuerte y positiva respuesta por parte de activistas trans de todo el mundo: el próximo 23 de octubre del 2010³ se movilizarán más de 45 ciudades en Asia, África, América y Europa (13 de ellas españolas) en un día de lucha mundial contra el trastorno de identidad de género.

La transexualidad, un producto occidental

La “transexualidad” es un término producido por la medicina norteamericana en la década de los “50, es una palabra pensada para categorizar y etiquetar las trayectorias vitales de aquellas personas que han nacido con un cuerpo de hombre pero viven en femenino y las personas que han nacido con un cuerpo de mujer pero viven en masculino. Debido a ello en Estados Unidos y en Europa, la información que circula sobre transexualidad está constantemente enmarcada en el discurso científico-médico de la enfermedad, del sufrimiento y sin duda del tratamiento y del cuidado.

En los últimos años se ha empezado a retomar la idea de que mucho antes de que existieran categorías médicas para explicar la cuestión trans, existían en otras culturas identidades muy parecidas a las que aquí llamamos transexuales donde esta identidad no era ni es considerada un problema sino al contrario, a la que se le atribuían características positivas. Entre ellas se encuentran las hijras de la India, las muxes zapotecas, los two-spirits nativos americanos, las kathoey tailandesas, las fa⁴afines de Polinesia o los takatapuis maoríes, entre otras.

² Utilizar el año 2012 (año en el que estaba prevista la publicación del DSM-V) ha sido la forma de visibilizar una finalidad concreta para la campaña. Sin embargo, hace pocos meses la APA hacía público que la fecha de aparición del nuevo manual sería en mayo del 2013, un retraso debido a las presiones que está recibiendo la revisión del DSM.

³ Ver la web oficial de la campaña STP-2012 (<http://www.stp2012.info>).

De hecho, hoy podemos apuntar que el modelo científico desarrollado en Occidente en relación a la sexualidad, el cuerpo y el género tiene un impacto negativo en la diversidad sexual y de género de muchas culturas. En esta línea, Carsten Balzer (2010) muestra que la patologización funciona como un mecanismo de colonización imperialista que trasmite el mensaje de que en Occidente se trata con respeto a las personas trans e incluso algunos Estados se hacen cargo de su tratamiento médico hormonal y/o quirúrgico. Esta idea que se pretende progresista demuestra el poco conocimiento que se tiene en Occidente de estas otras culturas y de estas otras maneras de entender la cuestión trans. Diciendo esto no negamos que en muchos países las personas trans vivan una fuertísima violencia, pero rescatamos también aquello de lo que no se habla, aquellos lugares que sobreviven y resisten al modelo patologizante y de los cuales tenemos mucho que aprender. Reinvidicar la despatologización de la transexualidad es apostar por un proyecto político que busca reducir el impacto de la cultura y las presiones de género en la construcción del propio cuerpo y de la propia identidad.

2. Análisis crítico del proceso patologizador

En esta sección abordamos el análisis de cómo es construido discursivamente el proceso transexualizador teniendo en cuenta los discursos de las instituciones internacionales que lo regulan y de los profesionales que lo llevan a cabo en el contexto español⁴. Para ello hemos analizado una entrevista a la psicóloga clínica de una Unidad de Trastornos de la Identidad de Género (UTIG), el libro *Ser transexual* (Gómez y Esteva de Antonio, 2006a) cuyos autores son profesionales de UTIGs del Estado, el protocolo para el tratamiento de personas trans *Standards Of Care For Gender Identity Disorders* (HBIGDA, 2001).

Las raíces de la transexualidad

En relación al origen, Esther Gómez, Isabel Esteva de Antonio y Jesús Fernández-Tresguerres

(2006c) hablan de tres hipótesis que son (o han sido) hegemónicas a la hora de explicar las causas de la transexualidad: la psicosocial, la biológica y la mixta.

La primera, elaborada por John Money, sostiene que en base a la apariencia de los genitales se establece el “sexo de asignación”. Éste determina las conductas y expectativas que tendrán los adultos que rodean al recién nacido, que refuerzan la identificación “apropiada”. De acuerdo con esta hipótesis, la transexualidad es un “inadecuado modelo de aprendizaje” debido a “la ausencia del refuerzo de conductas del rol sexual”, o a “una interpretación errónea de esta información” (Gómez et al., 2006c: 114).

La segunda hipótesis, la biológica, entiende la transexualidad como una “alteración” del proceso de diferenciación sexual del cerebro que se produciría durante la gestación. La “alteración” no tendría que ver con una disfunción cerebral, sino con la “desarmonía entre la diferenciación sexual de las primeras etapas (sexo cromosómico, gonadal, hormonal y genitales externos)” y la posterior diferenciación sexual del cerebro (Gómez et al., 2006c: 116).

Finalmente, los autores presentan la hipótesis mixta, según la cual la transexualidad es causada por una compleja interacción entre factores biológicos y ambientales que actúan tanto antes como después del nacimiento y que se inscriben en lo biológico.

La psicóloga clínica entrevistada se posiciona contundentemente a favor de la hipótesis biológica:

Condicionantes culturales y de aprendizaje no hay. Es lo que vemos nosotros. (...) Durante la formación del embrión, al primer semestre del embarazo parece que hay un desequilibrio en cuanto a hormonas. Es como si en un transexual femenino hay suficientes hormonas masculinas para masculinizar su cuerpo pero no han masculinizado su cerebro (Ent. Psicóloga clínica).

⁴ Para un análisis más exhaustivo de los discursos alrededor del proceso de patologización, ver Coll-Planas (2010).



A pesar de la contundencia de esta afirmación, actualmente no se dispone de criterios objetivos de carácter biológico para diagnosticar la transexualidad, pues las personas trans. Además, la investigación para encontrar diferencias en el cerebro de personas transexuales que se ha llevado a cabo hasta el momento adolece de deficiencias debido a la reducida muestra y a los escasos estudios llevados a cabo. Pero hay aún un punto flaco más contundente que prácticamente imposibilita la demostración de la hipótesis biológica en relación al efecto de la hormonación del cerebro:

Los autores estamos convencidos del sustrato biológico de la transexualidad, a pesar de que los estudios al respecto son limitados y no concluyentes (...). Que existan estudios concluyentes es prácticamente imposible porque, ¿cómo evaluar el desarrollo cerebral y la influencia hormonal durante la época fetal, si para ello se debería estudiar cerebros de fetos fallecidos, y no sabemos cuáles habrían desarrollado este trastorno? (Gómez y Peri en Gómez et al., 2006c: 124).⁵

De esta forma, el discurso patologizador de la transexualidad se asienta sobre unas bases profundamente biologistas⁶, que relegan el influjo de la cultura en la construcción de las identificaciones de género.

Desorden o diversidad

Esteve de Antonio y Gómez (2006: 42) explican que durante la fase de formación del feto pueden ocurrir “errores o variantes” que conduzcan a un estado intersexual. Es interesante la utilización de los conceptos “error” y “variante” como equivalentes ya que tanto en el caso de la intersexualidad como de la transexualidad (que desde su perspectiva tienen unos límites desdibujados) nos sitúan en dos paradigmas diferentes, el del desorden y el de la diversidad, que generan efectos políticos encontrados.

Desde el paradigma de la diversidad, se puede entender que la identidad de género se configu-

ra en un proceso complejo en el que cada individuo, en su singularidad radical, establece una serie de identificaciones, que no se pueden reducir al binomio masculino/ femenino ni vincularse necesariamente al sexo. El paradigma del desorden o del error, en cambio, suponen un desarrollo normal y sano, del cual se desvían las personas trans. Éste tiene dos posibles formulaciones, corporal y psíquica, que conviven contradictoriamente en el discurso patologizador.

Por un lado, ubican el “error” a nivel de cuerpo, lo que supone entender la transexualidad como “estar encarcelado en un cuerpo que no le corresponde” o como “haber nacido en un cuerpo equivocado”. Al situar el error en el cuerpo, la transexualidad deviene un tipo de intersexualidad: si en la segunda no se produce la correspondencia entre las dimensiones cromosómica y/o gonadal y/o genital, en el caso de la transexualidad, la falta de correspondencia se produciría entre la identidad de género y las demás dimensiones del sexo.

Por otro lado, se afirma que el “error” de la transexualidad se encuentra en el plano psíquico, lo que abre la puerta a considerar la transexualidad como un trastorno mental. En este caso, se considera que lo que está equivocado no es el cuerpo sino la mente, que no reconoce el género atribuido y rechaza el cuerpo.

Sostener que el error tiene origen al mismo tiempo en el cuerpo y en la mente resulta contradictorio, pues si se trata de un fenómeno de origen biológico no debería clasificarse como un trastorno mental, y si tiene un origen puramente psíquico es difícilmente justificable recomendar una transformación física.

La raíz del sufrimiento

Un debate clave es si se considera que el sufrimiento es inherente a la transexualidad o fruto del rechazo social. En el discurso psi hegemónico encontramos una posición ambigua respecto a este tema. Federico Sorriquer y Manuel Valdés

⁵ Esta importante información, que se encuentra en el libro *Ser transexual*, está localizada en el anexo de un capítulo.

⁶ En Coll-Planas (2010) se expone que las explicaciones biologistas de la transexualidad son a menudo reproducidas por las propias personas trans porque, al liberarlos de la agencia, les resultan útiles para lidiar con el sentimiento de culpa que muy a menudo tienen.

(2006: 529) entienden el sufrimiento como algo intrínseco a la transexualidad y afirman que “el transexualismo (...) debe ser considerado una condición biológica que al trastocar las certezas establecidas sobre el género, hace sufrir a las personas que la padecen”. Sin embargo, en otra parte del mismo libro se pone el acento en el rechazo social como la mayor fuente del sufrimiento de las personas trans (Gómez et al., 2006b: 67).

Entender el sufrimiento inherente supone no tener en cuenta el efecto de la transfobia y de las rígidas normas de género en el padecimiento de las personas trans. Por el contrario, considerar que es producto del rechazo social resulta contradictorio con la definición de trastorno en el DSM-IV, pues ésta excluye los conflictos procedentes de la tensión entre individuo y sociedad.

Sostenemos que es el rechazo del entorno el que provoca el sufrimiento de las personas trans y hasta les impulsa a querer modificar sus cuerpos con el fin de tratar de encajar en el modelo normativo de género. En este sentido, en un entorno menos transfóbico y sexista, un hombre femenino y una mujer masculina podrán sentirse reconocidos y deseados, por lo que tendrán mejores condiciones para aceptar sus cuerpos.

Los condicionamientos del acompañamiento

A pesar de que los profesionales pretendan no estar imponiendo sus criterios sino acompañando al paciente en sus decisiones autónomas, en la práctica este esfuerzo colaborativo es difícil. Para empezar porque la relación es muy desigual, ya que quien tiene la potestad para dictaminar si la persona es transexual es el profesional, ya que argumentan que “la subjetividad de cada persona puede distorsionar la realidad de uno mismo” (Gómez et al., 2006c: 141).

No se contempla, en cambio, que la subjetividad del profesional distorsione la realidad del paciente, como hemos visto que efectivamente sucede en relación a los estereotipos de género y el heterosexismo. En definitiva, los profesionales se presentan como guiados por criterios

valorativamente neutros y objetivamente establecidos.

Encapsular la realidad

Consideramos que una de las funciones de los profesionales es promover un ordenamiento de la diversidad: las desbordantes formas de identificarse y desear se reducen a un abanico de categorías claras y bien delimitadas; y ante el desorden que supondría la no correspondencia sexo/género, se promueve la transformación corporal.

En el *Standards Of Care*, en el libro *Ser transexual* y en la entrevista a la psicóloga clínica encontramos múltiples muestras de esta tendencia a trocear en categorías estancas la diversidad del deseo y de las identificaciones⁷. Estas categorías son reificadas, son tomadas como realidades incuestionables a las que las experiencias personales deben acoplarse (ver Bergero y Cano, 2006: 129), en vez de como constructos humanos que tratan de dar cuenta de las complejas y no siempre clasificables experiencias humanas.

La reasignación sexual como meta

En *Standards Of Care* se establece que el terapeuta debe ayudar al paciente a establecer metas realistas, a tener en cuenta las complicaciones que puede acarrear la intervención tanto a nivel social como de salud y a entender que ninguna operación puede “erradicar permanentemente todos los vestigios del sexo original de la persona”. A pesar de estos principios, tanto el mismo *Standards Of Care* como los discursos de los profesionales configuran la reasignación sexual como un elemento indisoluble de la transexualidad. Esto se traduce en considerar que toda persona “verdaderamente” transexual se quiere operar los genitales. En ningún caso se contempla que la persona se sienta mujer pero no desee castrarse o que alguien se sienta hombre y pueda disfrutar de su cuerpo sin necesidad de una reasignación sexual.

Además, no se cumple con el criterio de informar de forma realista, ya que se pretende que el

⁷ Ver en este sentido como la psicóloga Cristina Garaizabal (2006: 169) critica la rígida diferenciación entre las categorías de travestismo y transexualidad.



sufrimiento que viven las personas transexuales desaparece con el tratamiento, contribuyendo a sobredimensionar los efectos de la operación, negando que el sufrimiento pueda persistir o incluso aumentar al llevar a cabo la transformación corporal. Se tiende asimismo a minimizar o directamente a obviar los efectos secundarios de la operación y la hormonación (ver Coll-Planas, 2010: 210ss). En relación al dolor del postoperatorio, la psicóloga clínica lo concibe de la siguiente forma:

P- ¿Crees que la gente es consciente cuando se somete a la reasignación sexual de los riesgos que tiene, o tiene tan claro que quiere hacerlo que por más que le digas...?

-Ni dolor, ¿me entiendes?

P- ¿En qué sentido lo dices?

-No hay dolor físico.

P- ¿No hablan de ello o ni...?

-No, no. O sea, imagínate qué te hacen, imagínate qué tipo de intervención, ¿no? Y cuando dices “y bueno, ¿qué tal la recuperación, el dolor?” “Nada, nada”. O sea, son tantas las ganas, la ilusión... que desaparece, no hay dolor, no hay, no hay. Dicen que el dolor es una emoción, pues... [se ríe]

P- Hay otra emoción que lo supera.

-Exactamente [se ríe] hay otra emoción que inhibe el dolor (Ent. psicóloga clínica).

Pensar que las personas sometidas a la operación de reasignación sexual no sienten dolor es dudoso en el caso de intervenciones de esta envergadura y cuyas curas pueden llegar a durar años.

A pesar de que los profesionales y las directrices declaran que cada paciente es único y debe seguir su propia trayectoria sin presiones, la mayoría de personas que entrevistamos o participaron en los talleres relatan haberse sentido presionadas por parte de psicólogos y psiquiatras en algún momento del tratamiento.

La defensa de la operación y la hormonación que establecen los profesionales contradice el principio de informar de forma realista al paciente y de ayudarlo a tomar sus decisiones de forma imparcial y sin privilegiar ningún tratamiento. Coincidimos con Garaizabal (2006: 172) en que es necesario “colocar en un lugar más apropiado [la operación] y despojarla de los mitos que hoy la rodean”, con el objetivo de dejar de alimentar la idea de que la operación acabará con el sufrimiento e implicará volver a nacer.

Reproducción del género normativo

Finalmente, consideramos se ha pasado de querer modificar la identidad de género de las personas trans a aceptarla siempre y cuando reproduzcan el género normativo al máximo (incluyendo la modificación de sus cuerpos), con los procesos de verificación correspondientes. Esta especie de peritaje de género se produce mediante prácticas cotidianas⁸ que tienen lugar en las UTIG como enseñar a comportarse como un hombre o una mujer “de verdad” (clases de maquillaje, de andar con tacones...) o cuestionar la solidez de la identidad de género reivindicada por la persona trans si no viste como “debe” (por ejemplo, una chica trans que con tejanos y camiseta era cuestionada por no vestir “suficientemente femenina”). La reproducción del género normativo también se ejerce mediante la utilización, en el proceso de diagnóstico, de la escala de masculinidad-feminidad del Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota, ampliamente criticada por mantener una visión del género altamente estereotipada (Garaizabal, 2006: 167).

Queremos aclarar que consideramos que esta violencia de género no es ejercida de arriba a abajo, sino que se lleva a cabo desde múltiples lugares: el entorno social presiona a los sujetos no normativos para que se adapten, en el marco de una sociedad sexista el sujeto mismo vive como necesaria la encarnación de una identidad género reconocible, la comunidad trans reproduce la segregación hacia quienes no optan por la reasignación sexual, el Estado

⁸ Un ejemplo de la imposición de los estereotipos de género lo encontramos en el caso relatado por una mujer trans cuyo trabajo requiere el uso disolventes y pinturas que le dejan las manos manchadas. En la primera visita, la psicóloga sugirió que debería dejar este trabajo si realmente se sentía mujer. Dentro de esta misma lógica, la entrevistada también sintió como la relación con su mujer era cuestionada ya que, des del punto de vista de la psiquiatra, sentirse mujer implica sentirse atraída por los hombres.

adopta los planteamientos patologizadores en su legislación, etc. Por lo tanto, a menudo la patologización es previa a la intervención de los profesionales, lo que puede ayudarnos a resituar su grado de responsabilidad en el proceso de patologización.

3. Propuestas

A menudo se ha comparado la lucha por la despatologización trans con la que inició en los “70 el colectivo homosexual. Y aunque es cierto que tienen una gran similitud (reivindicar que una determinada orientación sexual o identidad de género no son patológicas) tienen también una importante diferencia: el colectivo gay y lésbico no necesita una atención médica específica mientras que buena parte del colectivo trans sí quiere acceder al sistema sanitario para conseguir tratamientos hormonales y/o quirúrgicos. Por ello, cuando hablamos de despatologización trans no tiene sólo que ver con desclasificar de los manuales de enfermedades internacionales el TIG sino que consiste al mismo tiempo en establecer una nueva fórmula para que las personas trans no pierdan el derecho a una atención sanitaria, algo que se interpreta que es más factible si se apela a un supuesto carácter patológico de la transexualidad, aunque sólo sea de forma estratégica.

En consecuencia, las propuestas que a continuación planteamos se organizan teniendo en cuenta, por un lado, la importancia del reconocimiento de la identidad de género de las personas trans como no patológica y, por el otro, buscar una salida a la demanda de derechos sanitarios de las personas trans.

Del paradigma de la enfermedad al de los derechos humanos

En relación a la identidad de género, en los últimos años ha emergido una perspectiva de derechos humanos que reconoce la libre expresión

del género de las personas como un derecho humano fundamental. Esto se ha materializado en diversos documentos e informes, de entre los que destacan los Principios de Yogyakarta (2007) y el Informe “Derechos Humanos e Identidad de Género” de Thomas Hammarberg, Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa, publicado en julio de 2009⁹. Al hilo de estas declaraciones internacionales se entiende que seguir considerando las identidades de género no-normativas¹⁰ como enfermedades mentales u orgánicas supone una vulneración de los derechos humanos de las personas.

Como decíamos en la introducción, actualmente están el DSM y el CIE siendo revisados y se prevé que aparezcan en 2013 y 2015 respectivamente. El pasado febrero del 2010 la APA publicó el borrador del futuro DMS-V, en que se apunta una tendencia a continuar con la patologización de estas identidades. Se propone modificar el nombre del TIG y cambiarlo por “incongruencia de género” y además se apuesta por ampliar las categorías diagnósticas del trastorno de identidad de género en niños y adolescentes y del travestismo fetichista entre otras¹¹. En reacción a este borrador, el pasado mes de abril del 2010 la campaña internacional STP-2012 difundió una propuesta de petición de despatologización¹² dirigida a la APA. Más allá de las razones que esgrimíamos en el segundo apartado de este artículo, en esta propuesta se argumentaba principalmente que la libre identidad de género es un derecho humano básico y que la patologización es un proceso que estigmatiza a las personas trans.

Actualmente la mayor parte de los esfuerzos están orientados hacia la APA porque se ha considerado que sería más efectivo dado que se publica antes la nueva versión y que la psiquiatría norteamericana tiene una gran influencia en la lista de la OMS.

En algunos países se ha intentado poner fin a la patologización de la transexualidad modificando

⁹ Para un análisis en profundidad sobre la perspectiva de derechos humanos e identidad de género ver el capítulo de Aimar Suess (2010).

¹⁰ Por identidades de género no-normativas entendemos aquellas que no reproducen el sistema normativo binario hombre-mujer. Identidades de género masculinas en personas con una anatomía de mujer, identidades de género femeninas en personas con una anatomía de hombre u otras identidades de género que se sitúan fuera de la dicotomía masculino-femenino.

¹¹ Para más información leer el Comunicado de STP-2012 (2010).

¹² Para más información ver la Propuesta de petición a la APA de STP-2012 (2010).



sus propias clasificaciones de enfermedades. Este es el caso de Francia, que ha sido muy controvertido. El activismo trans francés, del cual se ha inspirado en gran parte el activismo español, ha reivindicado durante los últimos años la despsiquiatrización de las identidades trans. El pasado mes de febrero del 2010 el Ministerio de Sanidad francés dio un paso en este sentido al eliminar los trastornos de identidad de género de la lista en la que estaba catalogada (ALD-23) y reclasificarlos en un nuevo grupo (ALD-31). De este modo han pasado de la categoría de enfermedades psiquiátricas a enfermedades de causa indeterminada¹³. Por tanto se ha despsiquiatrizado pero no despatologizado las identidades trans ya que la transexualidad sigue considerada como una enfermedad.

Para evitar este tipo de reclasificaciones que continúan ubicando la transexualidad en el paradigma del trastorno, recientemente en el discurso del movimiento trans a nivel global se ha optado por dejar de utilizar el termino psiquiatrización y cambiarlo por el de patologización queriendo decir que la transexualidad no es una enfermedad mental pero tampoco orgánica.

Derechos sanitarios trans-específicos

Podríamos decir que hoy en día, exceptuando algún sector muy conservador, nadie en las comunidades trans piensa que la identidad de género de las personas trans implique por sí misma un trastorno mental. En cambio, sí existe un cierto consenso a que es la mejor estrategia hasta el momento para asegurar que las personas trans tengan acceso a hormonas y cirugías. Actualmente, el trabajo más importante está en encontrar la clave para salir del modelo patologizador sin perder el acceso a los tratamientos médicos. En uno de sus últimos comunicados internacionales STP-2012 explicaba:

Demandamos el acceso a una atención sanitaria trans-específica de calidad, públicamente cubierta y no restringida por requisitos psiquiátricos. Con el objetivo de garantizar estos derechos sanitarios, proponemos la inclusión de una mención no patologizante del proceso de reasignación de género en el CIE, como un

proceso de salud no basado en una enfermedad que requiere atención sanitaria (STP-2012, 2010).

Como vemos, la reivindicación de la integración del tratamiento de modificación corporal que algunas personas trans demandan en el marco del sistema sanitario presenta su complejidad. Podríamos decir que hay tres demandas en un mismo objetivo.

En primer lugar se trata de perfeccionar el tratamiento a las personas trans, desde la atención y el acompañamiento hasta la mejora del conocimiento médico (efectos secundarios de los tratamientos hormonales, perfeccionamiento de la técnica quirúrgica, etc.). En segundo lugar, promover la idea de que la modificación corporal de las personas trans es una cuestión de salud pública y debe de estar cubierta por la seguridad social en el sistema sanitario público. Y en tercer y último lugar, idear un sistema que permita la modificación corporal sin un diagnóstico de enfermedad. Actualmente, la idea sobre la cual parece que se está trabajando con mayor consenso es la de crear una nueva categoría o mención no patologizante en la clasificación de la OMS que no implique atribuir a las personas trans un diagnóstico de enfermedad y que a la vez garantice la cobertura medica de sus necesidades.

La complejidad más importante en relación a la cuestión de la salud es que cada Estado regula sus sistemas sanitarios y su seguridad social de formas distintas planteando el reto de ofrecer respuestas a nivel internacional que tengan en cuenta esta diversidad de modelos.

Si nos centramos ahora en el caso español, hay que destacar que encontramos indicios de un determinado cambio hacia posturas despatologizadoras. El pasado 15 de marzo del 2010 el Congreso de los Diputados respondía a la pregunta realizada por el diputado Joan Herrera del Grupo Parlamentario de ERC-IU-ICV a petición de la Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español. La pregunta era relativa a la opinión del Gobierno en

¹³ Para más información OTRANS, 2010. <http://www.outrans.org/spip.php?article94>

relación a la catalogación de la transexualidad como un trastorno mental. La respuesta del Gobierno fue que “comparte la necesidad de descatalogar la transexualidad como un trastorno mental”¹⁴. Este posicionamiento del Gobierno español nos indica que el discurso de la despatologización ha calado también en el imaginario de los políticos y por extensión del Gobierno.

Aunque el Gobierno no ha rectificado la ley de 15 de marzo 3/2007 en la que refuerza la perspectiva patologizante y continúa exigiendo a sus ciudadanos un certificado psiquiátrico para acceder al cambio de nombre y mención de sexo en sus documentos oficiales, ha iniciado un proceso en relación a la cuestión sanitaria. Las últimas novedades son que el pasado mes de julio del 2010 el Ministerio de Sanidad ha creado una comisión para la elaboración del primer protocolo de atención a la transexualidad en el sistema sanitario.

Finalizaremos este apartado planteando cuales deberían ser los tres ejes fundamentales que se deberían tener en cuenta a la hora de elaborar un protocolo de tratamiento a trans no patologizante. En primer lugar, es importante cambiar el paradigma desde el que entienden los recorridos de las personas trans. Lo que lleva a una persona trans a una consulta médica es el malestar o la violencia que siente por el hecho de vivir una identidad de género no-normativa. El problema no es la transexualidad sino la transfobia. Además, los profesionales de la salud mental deben dejar de imponer el modelo binario hombre-mujer y dejar de lado una comprensión esencialista de las categorías de transexual, transgénero, travesti, ya que no permiten dar cuenta de la complejidad y diversidad de los procesos que viven las personas trans. En segundo lugar, es fundamental que desde las consultas se promueva el asesoramiento y el vínculo con redes locales comunitarias trans. Y finalmente, consideramos que, a pesar de ser necesaria la figura de un profesional que acompañe a la persona trans en las decisiones (sobre todo en relación a su eventual transformación corporal), no se trata de evaluar la identidad de género de las personas trans sino de apoyarlas en las decisiones que toman y de acompañarlas.

4. Reflexiones finales

Más allá del tema de la patologización y de qué alternativas adoptar, nos parece que este tema conecta con debates subyacentes que deben ser abordados y que apuntamos en estas reflexiones finales.

En primer término, nos parece fundamental reflexionar profundamente sobre el origen de las necesidades de transformación corporal de las personas trans y el protocolo médico a seguir ante éstas. Es importante interrogarnos sobre dos aspectos. En primer lugar, sobre qué hay de cultural en estas demandas. En este sentido, como ya hemos apuntado anteriormente, consideramos que están relacionadas con la transfobia que marca los cuerpos de las personas trans como inadecuados para sostener su identidad de género sentida.

En segundo lugar, es necesario explorar qué relación tienen estas demandas con otras demandas de modificación corporal vinculadas a la cirugía estética y cómo interfieren los intereses de la medicina privada y de las empresas farmacéuticas en la promoción de estas demandas.

En segundo término, es importante visibilizar nuevos modelos de transexualidad y, yendo más allá de la reivindicación de derechos que resuelvan la vida de las personas trans de hoy, empezar a pensar en las generaciones trans del futuro. Y por ello es crucial visibilizar nuevos modelos de transexualidad que no obligatoriamente pasen por la modificación corporal. Es necesario crear alternativas, generar puentes y trabajar por un mundo en el que los límites entre lo masculino y lo femenino sean más flexibles, más moldeables, más habitables; promover referentes positivos en la cuestión trans en los que las personas no sean víctimas sino que se hayan empoderado de su identidad.

El derecho al propio cuerpo y a una libre identidad de género son sin duda derechos fundamentales que nos obligan a revisar los límites éticos de la modificación corporal y el rol de la institución médica sobre la subjetividad de los ciuda-

¹⁴ Noticia de STP-2012 : http://stp2012.info/es/es/noticias#comunicado_7_abril

danos. Lo que plantea el discurso de la despatologización trans es un cambio de paradigma en el que la transexualidad no sea una patología ni tampoco un problema, sino que sea entendida como un conjunto de trayectorias vitales posibles, heterogéneas, cambiantes y fluidas. Se trata de pasar de un modelo médico a un modelo de derechos humanos, en que los profesionales de la salud acompañen pero no determinen las formas de entender y vivir la transexualidad. Tal y como señala Judith Butler (2010), para iniciar este cambio de paradigma es imprescindible el rol activo de los profesionales de la salud, su implicación y su propia transformación.

5. Bibliografía

- APA (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*: www.psych.org.
- Balzer, C. (2010) “Eu acho transexual é aquele que disse: “eu sou transexual!”. Reflexiones etnológicas sobre la medicalización globalizada de las identidades trans a través del ejemplo de Brasil” en Missé, Miquel y Coll-Planas, Gerard (ed.) (2010), *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona/Madrid: Egales.
- Banús, M., González-Polledo, E.J. y Missé, M. (2008) *Movimientos colectivos de resistencia a la psiquiatrización de l@s trans*, Ponencia en el International Sociology Association Forum (ISA FORUM), Barcelona.
- Benjamin, H. (1966) *The Transsexual Phenomenon*, The Julian Press, INC. Publishers.
- Bergero, T. y Cano, G. (2006) “El proceso diagnóstico”, en Esther Gómez y Isabel Esteva de Antonio (eds.), *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona: Glosa.
- Butler, J. (2010) “Prólogo. Transexualidad, transformaciones” en Missé, Miquel y Coll-Planas, Gerard (ed.) (2010), *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona/Madrid: Egales.
- Coll-Planas, G. (2010) *La voluntad y el deseo. La construcción social del género y la sexualidad. El caso de gays, lesbianas y trans*. Barcelona/Madrid: Egales.
- Esteva de Antonio, I. y Gómez, E. (2006) “El proceso de diferenciación sexual en el ser humano y sus anomalías: los intersexos”, en Esther Gómez y Isabel Esteva de Antonio (eds.), *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona: Glosa.
- Fausto-Sterling, A. (2005) *Cuerpos sexuados*, Barcelona: Melusina
- Garaizabal, C. (2006) “Evaluación y consideraciones psicológicas”, en Esther Gómez y Isabel Esteva de Antonio (eds.), *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona: Glosa.
- Gómez, E. y Esteva de Antonio, I. (eds.) (2006a) *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona: Glosa.
- Gómez, E., Esteva de Antonio, I., y Bergero, T. (2006b) “La transexualidad, transexualismo o trastorno de la identidad de género en el adulto”, en Esther Gómez y Isabel Esteva de Antonio (eds.), *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona: Glosa.
- Gómez, E., Esteva de Antonio, I., y Fernández-Tresguerres, J. (2006c) “Causas o fundamentos fisiológicos”, en Esther Gómez y Isabel Esteva de Antonio (eds.), *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona: Glosa.
- Hammarberg, T. (2009) *Human Rights and Gender Identity*, Informe temático del Comisionado de Derechos Humanos del Consejo de Europa. Estrasburgo: Consejo de Europa.
- HBGDA (2001), *Standards Of Care For Gender Identity Disorders* (6 Version): www.wpath.org.
- Missé, M. y Coll-Planas, G. (ed.) (2010) *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona/Madrid: Egales.
- OMS (1992), *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)*: www.who.int.
- Principios de Yogyakarta Principles (2007). *Los Principios de Yogyakarta sobre la aplicación de*

la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género disponibles en www.yog-yakartaprinciples.org/

- Soriguer, Federico J. C. y Valdés, M. (2006) “Dirigido a la sociedad”, en Esther Gómez y Isabel Esteva de Antonio (eds.), *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona: Glosa.
- Suess, A. (2010) “Análisis del panorama discursivo alrededor de la despatologización trans:

procesos de transformación de los marcos interpretativos en diferentes campos sociales” en Missé, Miquel y Coll-Planas, Gerard (ed.) (2010), *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona/Madrid: Egales.

- Red Internacional por la Despatologización de las Identidades Trans: www.stp2012.info
- Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español: <http://stp2012.wordpress.com>

• Aceptado: 4-10-10.

Contacto:

Miquel Missé y Gerard Coll
Mòdul de Recerca A, 1ª planta • Parc de Recerca UAB. 08193 Bellaterra • +34 93 586 88 14;
miguel.misse@gmail.com; gerard.coll@uab.cat

La patologización de la transexualidad: reflexiones críticas y propuestas

The pathologization of transsexuality: critical reflections and proposals

Miquel Missé y Gerard Coll-Planas.

Sociólogos e investigadores en la Universitat Autònoma de Barcelona.

Resumen: En el presente artículo abordamos el debate sobre la desclasificación de la transexualidad como un trastorno mental con los objetivos de visibilizar esta problemática todavía muy desconocida en la comunidad médica española, analizar críticamente en qué consiste el proceso de patologización y, finalmente, elaborar una propuesta alternativa que pueda resolver (o simplemente mejorar) la situación actual.

Palabras clave: transexualidad, trans, patologización, derechos humanos.

Abstract: In this article we address the debate on the disclosure of transsexuality as a mental disorder with the aims of visibilizing this issue, largely unknown by the Spanish medical community, analyzing critically the pathologization process and, finally, developing an alternative proposal to solve (or at least improve) the current situation.

Key Words: transsexuality, trans, pathologization, human rights.

1. Introducción

En el presente artículo abordamos el debate sobre la desclasificación de la transexualidad como un trastorno mental con los objetivos de visibilizar esta problemática todavía muy desconocida en la comunidad médica española, analizar críticamente en qué consiste el proceso de patologización y, finalmente, elaborar una propuesta alternativa que pueda resolver (o simplemente mejorar) la situación actual.

La transexualidad está catalogada desde 1980 como un trastorno mental. Actualmente los manuales de enfermedades mentales DSM-IV-R (elaborado por la American Psychiatric Association- APA) y CIE-10 (de la Organización Mundial de la Salud-OMS) la recogen bajo el nombre de “trastorno de la identidad sexual o

disforia de género” o de “desordenes de la identidad de género” respectivamente.

El debate sobre la desclasificación o despatologización de la transexualidad ha cobrado en los últimos años una gran importancia en el seno del activismo trans, gay y lésbico, y progresivamente ha ido captando la atención de diversos profesionales de la salud (sobre todo psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas) de todo el mundo.

Antes de entrar en materia es importante aclarar una cuestión terminológica. A lo largo de este texto no se utiliza el término “transexual” sino “trans”. Nos referimos a trans para englobar a transexuales, transgéneros y travestis sin tener que explicitar las divisiones internas que existen dentro del propio colectivo trans. Esta palabra,

pues, no es un mero sinónimo de “transexual” (término procedente de la medicina) sino que es una propuesta del movimiento trans para salir del campo médico y cambiar el paradigma desde el que comprendemos la transexualidad. En este sentido “trans” hace referencia a toda aquella persona que vive en un género distinto al que le ha sido asignado al nacer en base a su sexo, independientemente de si ha modificado su cuerpo o de si ha recibido un diagnóstico de trastorno de la identidad de género.

Es preciso en esta introducción situar la problemática explicando concretamente como se diagnostica el trastorno de identidad de género, cual es la situación actual del tratamiento de las personas transexuales en el sistema sanitario público español y el estado de la cuestión del activismo por la despatologización trans. Dedicaremos los siguientes apartados a la exposición del análisis crítico y de las propuestas. Acabaremos el artículo con reflexiones que nos permitan abrir nuevas líneas de debate y de encuentro con otras cuestiones como son analizar el origen cultural de la necesidad de modificación corporal de las personas trans y la creación de nuevos modelos de tratamiento.

El origen de la patologización

El endocrinólogo Harry Benjamin es quién introduce el 1954 el término “transexualismo” y desarrolla los primeros criterios para el diagnóstico de transexualismo (Benjamin, 1966). En 1979 la Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (actualmente World Professional Association of Transgender Health) establece un protocolo oficial para los tratamientos de reasignación de género denominado *Standards of Care for Gender Identity Disorders* (SOC). Este protocolo, siguiendo las pautas de identificación y los criterios diagnósticos de Benjamin, indica de forma detallada como debe de ser el tratamiento psiquiátrico, endocrinológico y quirúrgico de las personas trans. Actualmente, la última versión del SOC establece un período de seguimiento durante el cual el médico descarta que se trate

de cualquier otra patología mental y se cerciora de que se trata de un caso de trastorno de la identidad de género.

A lo largo de los años 70 y 80, muchos países europeos importaron este modelo, y a través de su aplicación progresiva se han ido desarrollando y perfeccionando unidades en algunos departamentos de psiquiatría de hospitales públicos especializadas en el diagnóstico y seguimiento de personas trans.

La catalogación de la transexualidad como un trastorno mental implica que las personas trans deben someterse a una evaluación psiquiátrica para acceder a un tratamiento hormonal y/o quirúrgico y en el caso español, también para poder modificar su mención de sexo y nombre en sus documentos oficiales¹.

Actualmente el DSM está siendo revisado y está previsto que aparezca su quinta versión en mayo del 2013. Son públicos ya los nombres de los psiquiatras que configuran el *Sexual and Gender Identity Disorders Work Group*, que decidirán sobre el futuro de estos trastornos, y cuyo director es el Dr. Kenneth Zucker, uno de los médicos pioneros en terapias con electroshock a homosexuales además de ser uno de los ideólogos del movimiento ex-gay². La revisión del DSM es fundamental porque definirá el marco en el que se abordará la situación médica de las personas trans en los próximos años e influirá la clasificación de la OMS.

El tratamiento de la transexualidad en el sistema sanitario público español

En cuanto a la situación médica de las personas trans, el pasado 2008 el Ministerio de Sanidad y Consumo decidió organizar la cobertura sanitaria de las personas trans por centros de referencia, en lugar de apostar por una inclusión de estos tratamientos en la cartera de prestaciones generales del Sistema Nacional de Salud, creando así una desigualdad de acceso a los tratamientos a nivel territorial. El abordaje se produce en las Unidades de Trastornos de la Identidad

¹ Así lo expresa la Ley 3/2007 de 15 de marzo reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, también llamada “ley de identidad de género”

² El movimiento ex gay es un movimiento de profesionales de la salud mental y grupos conservadores que trabajan para modificar la orientación de personas gays, lesbianas o bisexuales.

de Género (UTIG) en la que se coordinan psiquiatras y psicólogos, endocrinólogos y cirujanos (en las UTIG-s suele ser habitual que no estén todos estos profesionales (sobre todo cirujanos), o que haya algún otro especialista (foniatra, etc.), dependiendo de cada UTIG), para hacer un seguimiento transversal de los tratamientos a los que se someten las personas trans. Se realiza el diagnóstico del trastorno de identidad de género, se recetan hormonas y se realizan un número limitado de operaciones al año. En el Estado Español existen las UTIG de Andalucía, Cataluña, Asturias, Madrid, Extremadura, Baleares y País Vasco (Canarias y Galicia están en trámite). Actualmente, de éstas se han acreditado varios centros de referencia estatal: entre estos centros de referencia se encuentran el Hospital Clínico de Barcelona, La Paz-Ramón y Cajal de Madrid y el Hospital Carlos Haya de Málaga.

El activismo por la despatologización

La lucha contra la patologización de la transexualidad es muy reciente y ha tomado muchas ideas del movimiento antipsiquiátrico que en su momento replanteó el concepto de enfermedad mental y luchó por la eliminación de los establecimientos de internamiento psiquiátrico.

Cuando se defiende la despatologización de la identidad trans no se persigue únicamente la desclasificación del trastorno de los manuales de enfermedades, sino que se trata sobre todo de reivindicar que las personas trans en los tratamientos médicos que puedan requerir deben ser reconocidos como sujetos activos, con capacidad para decidir por sí mismos; se trata de reivindicar la autonomía y la responsabilidad sobre sus propios cuerpos, de tomar la palabra para hablar de sus propias vidas, algo que hasta ahora habían hecho exclusivamente los médicos.

Aunque se habían hecho otras pequeñas acciones anteriormente, en España el discurso contra la patologización se presenta públicamente el 7 de octubre del 2007 a través de tres manifesta-

ciones simultáneas en Madrid, Barcelona y París. Desde entonces se ha ido tejiendo una red de alianzas entre grupos y activistas a través de la geografía española que hoy en día trabajan unidos bajo el nombre de Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español. Desde esta red se dan los primeros pasos hacia una movilización internacional que toma forma en 2009 con la campaña Stop Trans Pathologization-2012 (STP-2012)³. Se inicia así una movilización internacional con el objetivo de reivindicar la despatologización de las identidades trans del próximo DSM-V y de asegurar la cobertura médica de los tratamientos hormonales y quirúrgicos de las personas trans que así lo demanden. La campaña STP-2012 ha tenido una muy fuerte y positiva respuesta por parte de activistas trans de todo el mundo: el próximo 23 de octubre del 2010⁴ se movilizarán más de 45 ciudades en Asia, África, América y Europa (13 de ellas españolas) en un día de lucha mundial contra el trastorno de identidad de género.

La transexualidad, un producto occidental

La “transexualidad” es un término producido por la medicina norteamericana en la década de los “50, es una palabra pensada para categorizar y etiquetar las trayectorias vitales de aquellas personas que han nacido con un cuerpo de hombre pero viven en femenino y las personas que han nacido con un cuerpo de mujer pero viven en masculino. Debido a ello en Estados Unidos y en Europa, la información que circula sobre transexualidad está constantemente enmarcada en el discurso científico-médico de la enfermedad, del sufrimiento y sin duda del tratamiento y del cuidado.

En los últimos años se ha empezado a retomar la idea de que mucho antes de que existieran categorías médicas para explicar la cuestión trans, existían en otras culturas identidades muy parecidas a las que aquí llamamos transexuales donde esta identidad no era ni es considerada un problema sino al contrario, a la que se le atribuían características positivas. Entre ellas se encuentran las hijras de la India, las muxes zapotecas, los

³ Utilizar el año 2012 (año en el que estaba prevista la publicación del DSM-V) ha sido la forma de visibilizar una finalidad concreta para la campaña. Sin embargo, hace pocos meses la APA hacía público que la fecha de aparición del nuevo manual sería en mayo del 2013, un retraso debido a las presiones que está recibiendo la revisión del DSM.

⁴ Ver la web oficial de la campaña STP-2012 (<http://www.stp2012.info>).

two-spirits nativos americanos, las katoheys tai-landesas, las fa"afafines de Polinesia o los takapuis maoríes, entre otras.

De hecho, hoy podemos apuntar que el modelo científico desarrollado en Occidente en relación a la sexualidad, el cuerpo y el género tiene un impacto negativo en la diversidad sexual y de género de muchas culturas. En esta línea, Carsten Balzer (2010) muestra que la patologización funciona como un mecanismo de colonización imperialista que trasmite el mensaje de que en Occidente se trata con respeto a las personas trans e incluso algunos Estados se hacen cargo de su tratamiento médico hormonal y/o quirúrgico. Esta idea que se pretende progresista demuestra el poco conocimiento que se tiene en Occidente de estas otras culturas y de estas otras maneras de entender la cuestión trans. Diciendo esto no negamos que en muchos países las personas trans vivan una fuertísima violencia, pero rescatamos también aquello de lo que no se habla, aquellos lugares que sobreviven y resisten al modelo patologizante y de los cuales tenemos mucho que aprender. Reivindicar la despatologización de la transexualidad es apostar por un proyecto político que busca reducir el impacto de la cultura y las presiones de género en la construcción del propio cuerpo y de la propia identidad.

2. Análisis crítico del proceso patologizador

En esta sección abordamos el análisis de cómo es construido discursivamente el proceso transexualizador teniendo en cuenta los discursos de las instituciones internacionales que lo regulan y de los profesionales que lo llevan a cabo en el contexto español⁵. Para ello hemos analizado una entrevista a la psicóloga clínica de una Unidad de Trastornos de la Identidad de Género (UTIG), el libro *Ser transexual* (Gómez y Esteva de Antonio, 2006a) cuyos autores son profesionales de UTIGs del Estado, el protocolo para el tratamiento de personas trans *Standards Of Care For Gender Identity Disorders* (HBI-GDA, 2001).

Las raíces de la transexualidad

En relación al origen, Esther Gómez, Isabel Esteva de Antonio y Jesús Fernández-Tresguerres (2006c) hablan de tres hipótesis que son (o han sido) hegemónicas a la hora de explicar las causas de la transexualidad: la psicosocial, la biológica y la mixta.

La primera, elaborada por John Money, sostiene que en base a la apariencia de los genitales se establece el "sexo de asignación". Éste determina las conductas y expectativas que tendrán los adultos que rodean al recién nacido, que refuerzan la identificación "apropiada". De acuerdo con esta hipótesis, la transexualidad es un "inadecuado modelo de aprendizaje" debido a "la ausencia del refuerzo de conductas del rol sexual", o a "una interpretación errónea de esta información" (Gómez et al., 2006c: 114).

La segunda hipótesis, la biológica, entiende la transexualidad como una "alteración" del proceso de diferenciación sexual del cerebro que se produciría durante la gestación. La "alteración" no tendría que ver con una disfunción cerebral, sino con la "desarmonía entre la diferenciación sexual de las primeras etapas (sexo cromosómico, gonadal, hormonal y genitales externos)" y la posterior diferenciación sexual del cerebro (Gómez et al., 2006c: 116).

Finalmente, los autores presentan la hipótesis mixta, según la cual la transexualidad es causada por una compleja interacción entre factores biológicos y ambientales que actúan tanto antes como después del nacimiento y que se inscriben en lo biológico.

La psicóloga clínica entrevistada se posiciona contundentemente a favor de la hipótesis biológica:

Condicionantes culturales y de aprendizaje no hay. Es lo que vemos nosotros. (...) Durante la formación del embrión, al primer semestre del embarazo parece que hay un desequilibrio en cuanto a hormonas. Es como si en un transexual femenino hay suficientes hormonas masculinas para masculinizar su cuerpo pero no

⁵ Para un análisis más exhaustivo de los discursos alrededor del proceso de patologización, ver Coll-Planas (2010).

han masculinizado su cerebro (Ent. Psicóloga clínica).

A pesar de la contundencia de esta afirmación, actualmente no se dispone de criterios objetivos de carácter biológico para diagnosticar la transexualidad, pues las personas trans. Además, la investigación para encontrar diferencias en el cerebro de personas transexuales que se ha llevado a cabo hasta el momento adolece de deficiencias debido a la reducida muestra y a los escasos estudios llevados a cabo. Pero hay aún un punto flaco más contundente que prácticamente imposibilita la demostración de la hipótesis biológica en relación al efecto de la hormonación del cerebro:

Los autores estamos convencidos del sustrato biológico de la transexualidad, a pesar de que los estudios al respecto son limitados y no concluyentes (...). Que existan estudios concluyentes es prácticamente imposible porque, ¿cómo evaluar el desarrollo cerebral y la influencia hormonal durante la época fetal, si para ello se debería estudiar cerebros de fetos fallecidos, y no sabemos cuáles habrían desarrollado este trastorno? (Gómez y Peri en Gómez et al., 2006c: 124).⁶

De esta forma, el discurso patologizador de la transexualidad se asienta sobre unas bases profundamente biológicas⁷, que relegan el influjo de la cultura en la construcción de las identificaciones de género.

Desorden o diversidad

Esteva de Antonio y Gómez (2006: 42) explican que durante la fase de formación del feto pueden ocurrir “errores o variantes” que conduzcan a un estado intersexual. Es interesante la utilización de los conceptos “error” y “variante” como equivalentes ya que tanto en el caso de la intersexualidad como de la transexualidad (que desde su perspectiva tienen unos límites desdibujados) nos sitúan en dos paradigmas diferentes, el del desorden y el de la diversidad, que generan efectos políticos encontrados.

Desde el paradigma de la diversidad, se puede entender que la identidad de género se configura en un proceso complejo en el que cada individuo, en su singularidad radical, establece una serie de identificaciones, que no se pueden reducir al binomio masculino/ femenino ni vincularse necesariamente al sexo. El paradigma del desorden o del error, en cambio, suponen un desarrollo normal y sano, del cual se desvían las personas trans. Éste tiene dos posibles formulaciones, corporal y psíquica, que conviven contradictoriamente en el discurso patologizador.

Por un lado, ubican el “error” a nivel de cuerpo, lo que supone entender la transexualidad como “estar encarcelado en un cuerpo que no le corresponde” o como “haber nacido en un cuerpo equivocado”. Al situar el error en el cuerpo, la transexualidad deviene un tipo de intersexualidad: si en la segunda no se produce la correspondencia entre las dimensiones cromosómica y/o gonadal y/o genital, en el caso de la transexualidad, la falta de correspondencia se produciría entre la identidad de género y las demás dimensiones del sexo.

Por otro lado, se afirma que el “error” de la transexualidad se encuentra en el plano psíquico, lo que abre la puerta a considerar la transexualidad como un trastorno mental. En este caso, se considera que lo que está equivocado no es el cuerpo sino la mente, que no reconoce el género atribuido y rechaza el cuerpo.

Sostener que el error tiene origen al mismo tiempo en el cuerpo y en la mente resulta contradictorio, pues si se trata de un fenómeno de origen biológico no debería clasificarse como un trastorno mental, y si tiene un origen puramente psíquico es difícilmente justificable recomendar una transformación física.

La raíz del sufrimiento

Un debate clave es si se considera que el sufrimiento es inherente a la transexualidad o fruto del rechazo social. En el discurso psi hegemóni-

⁶ Esta importante información, que se encuentra en el libro *Ser transexual*, está localizada en el anexo de un capítulo.

⁷ En Coll-Planas (2010) se expone que las explicaciones biológicas de la transexualidad son a menudo reproducidas por las propias personas trans porque, al liberarlos de la agencia, les resultan útiles para lidiar con el sentimiento de culpa que muy a menudo tienen.

co encontramos una posición ambigua respecto a este tema. Federico Soriguer y Manuel Valdés (2006: 529) entienden el sufrimiento como algo intrínseco a la transexualidad y afirman que “el transexualismo (...) debe ser considerado una condición biológica que al trastocar las certezas establecidas sobre el género, hace sufrir a las personas que la padecen”. Sin embargo, en otra parte del mismo libro se pone el acento en el rechazo social como la mayor fuente del sufrimiento de las personas trans (Gómez et al., 2006b: 67).

Entender el sufrimiento inherente supone no tener en cuenta el efecto de la transfobia y de las rígidas normas de género en el padecimiento de las personas trans. Por el contrario, considerar que es producto del rechazo social resulta contradictorio con la definición de trastorno en el DSM-IV, pues ésta excluye los conflictos procedentes de la tensión entre individuo y sociedad.

Sostenemos que es el rechazo del entorno el que provoca el sufrimiento de las personas trans y hasta les impulsa a querer modificar sus cuerpos con el fin de tratar de encajar en el modelo normativo de género. En este sentido, en un entorno menos transfóbico y sexista, un hombre femenino y una mujer masculina podrán sentirse reconocidos y deseados, por lo que tendrán mejores condiciones para aceptar sus cuerpos.

Los condicionamientos del acompañamiento

A pesar de que los profesionales pretendan no estar imponiendo sus criterios sino acompañando al paciente en sus decisiones autónomas, en la práctica este esfuerzo colaborativo es difícil. Para empezar porque la relación es muy desigual, ya que quien tiene la potestad para dictaminar si la persona es transexual es el profesional, ya que argumentan que “la subjetividad de cada persona puede distorsionar la realidad de uno mismo” (Gómez et al., 2006c: 141).

No se contempla, en cambio, que la subjetividad del profesional distorsione la realidad del paciente, como hemos visto que efectivamente sucede en relación a los estereotipos de género

y el heterosexismo. En definitiva, los profesionales se presentan como guiados por criterios valorativamente neutros y objetivamente establecidos.

Encapsular la realidad

Consideramos que una de las funciones de los profesionales es promover un ordenamiento de la diversidad: las desbordantes formas de identificarse y desear se reducen a un abanico de categorías claras y bien delimitadas; y ante el desorden que supondría la no correspondencia sexo/género, se promueve la transformación corporal.

En el *Standards Of Care*, en el libro *Ser transexual* y en la entrevista a la psicóloga clínica encontramos múltiples muestras de esta tendencia a trocear en categorías estancas la diversidad del deseo y de las identificaciones⁸. Estas categorías son reificadas, son tomadas como realidades incuestionables a las que las experiencias personales deben acoplarse (ver Bergero y Cano, 2006: 129), en vez de como constructos humanos que tratan de dar cuenta de las complejas y no siempre clasificables experiencias humanas.

La reasignación sexual como meta

En *Standards Of Care* se establece que el terapeuta debe ayudar al paciente a establecer metas realistas, a tener en cuenta las complicaciones que puede acarrear la intervención tanto a nivel social como de salud y a entender que ninguna operación puede “erradicar permanentemente todos los vestigios del sexo original de la persona”. A pesar de estos principios, tanto el mismo *Standards Of Care* como los discursos de los profesionales configuran la reasignación sexual como un elemento indisoluble de la transexualidad. Esto se traduce en considerar que toda persona “verdaderamente” transexual se quiere operar los genitales. En ningún caso se contempla que la persona se sienta mujer pero no desee castrarse o que alguien se sienta hombre y pueda disfrutar de su cuerpo sin necesidad de una reasignación sexual.

⁸ Ver en este sentido como la psicóloga Cristina Garaizabal (2006: 169) critica la rígida diferenciación entre las categorías de travestismo y transexualidad.

Además, no se cumple con el criterio de informar de forma realista, ya que se pretende que el sufrimiento que viven las personas transexuales desaparece con el tratamiento, contribuyendo a sobredimensionar los efectos de la operación, negando que el sufrimiento pueda persistir o incluso aumentar al llevar a cabo la transformación corporal. Se tiende asimismo a minimizar o directamente a obviar los efectos secundarios de la operación y la hormonación (ver Coll-Planas, 2010: 210ss). En relación al dolor del postoperatorio, la psicóloga clínica lo concibe de la siguiente forma:

P- ¿Crees que la gente es consciente cuando se somete a la reasignación sexual de los riesgos que tiene, o tiene tan claro que quiere hacerlo que por más que le digas...?

-Ni dolor, ¿me entiendes?

P- ¿En qué sentido lo dices?

-No hay dolor físico.

P- ¿No hablan de ello o ni...?

-No, no. O sea, imagínate qué te hacen, imagínate qué tipo de intervención, ¿no? Y cuando dices “y bueno, ¿qué tal la recuperación, el dolor?” “Nada, nada”. O sea, son tantas las ganas, la ilusión... que desaparece, no hay dolor, no hay, no hay. Dicen que el dolor es una emoción, pues... [se ríe]

P- Hay otra emoción que lo supera.

-Exactamente [se ríe] hay otra emoción que inhibe el dolor (Ent. psicóloga clínica).

Pensar que las personas sometidas a la operación de reasignación sexual no sienten dolor es dudoso en el caso de intervenciones de esta envergadura y cuyas curas pueden llegar a durar años.

A pesar de que los profesionales y las directrices declaran que cada paciente es único y debe seguir su propia trayectoria sin presiones, la

mayoría de personas que entrevistamos o participaron en los talleres relatan haberse sentido presionadas por parte de psicólogos y psiquiatras en algún momento del tratamiento.

La defensa de la operación y la hormonación que establecen los profesionales contradice el principio de informar de forma realista al paciente y de ayudarlo a tomar sus decisiones de forma imparcial y sin privilegiar ningún tratamiento. Coincidimos con Garaizabal (2006: 172) en que es necesario “colocar en un lugar más apropiado [la operación] y despojarla de los mitos que hoy la rodean”, con el objetivo de dejar de alimentar la idea de que la operación acabará con el sufrimiento e implicará volver a nacer.

Reproducción del género normativo

Finalmente, consideramos se ha pasado de querer modificar la identidad de género de las personas trans a aceptarla siempre y cuando reproduzcan el género normativo al máximo (incluyendo la modificación de sus cuerpos), con los procesos de verificación correspondientes. Esta especie de peritaje de género se produce mediante prácticas cotidianas⁹ que tienen lugar en las UTIG como enseñar a comportarse como un hombre o una mujer “de verdad” (clases de maquillaje, de andar con tacones...) o cuestionar la solidez de la identidad de género reivindicada por la persona trans si no viste como “debe” (por ejemplo, una chica trans que con tejanos y camiseta era cuestionada por no vestir “suficientemente femenina”). La reproducción del género normativo también se ejerce mediante la utilización, en el proceso de diagnóstico, de la escala de masculinidad-feminidad del Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota, ampliamente criticada por mantener una visión del género altamente estereotipada (Garaizabal, 2006: 167).

Queremos aclarar que consideramos que esta violencia de género no es ejercida de arriba a abajo, sino que se lleva a cabo desde múltiples lugares: el entorno social presiona a los suje-

⁹ Un ejemplo de la imposición de los estereotipos de género lo encontramos en el caso relatado por una mujer trans cuyo trabajo requiere el uso de solventes y pinturas que le dejan las manos manchadas. En la primera visita, la psicóloga sugirió que debería dejar este trabajo si realmente se sentía mujer. Dentro de esta misma lógica, la entrevistada también sintió como la relación con su mujer era cuestionada ya que, desde el punto de vista de la psiquiatra, sentirse mujer implica sentirse atraída por los hombres.

tos no normativos para que se adapten, en el marco de una sociedad sexista el sujeto mismo vive como necesaria la encarnación de una identidad género reconocible, la comunidad trans reproduce la segregación hacia quienes no optan por la reasignación sexual, el Estado adopta los planteamientos patologizadores en su legislación, etc. Por lo tanto, a menudo la patologización es previa a la intervención de los profesionales, lo que puede ayudarnos a resituar su grado de responsabilidad en el proceso de patologización.

3. Propuestas

A menudo se ha comparado la lucha por la despatologización trans con la que inició en los “70 el colectivo homosexual. Y aunque es cierto que tienen una gran similitud (reivindicar que una determinada orientación sexual o identidad de género no son patológicas) tienen también una importante diferencia: el colectivo gay y lésbico no necesita una atención médica específica mientras que buena parte del colectivo trans sí quiere acceder al sistema sanitario para conseguir tratamientos hormonales y/o quirúrgicos. Por ello, cuando hablamos de despatologización trans no tiene sólo que ver con desclasificar de los manuales de enfermedades internacionales el TIG sino que consiste al mismo tiempo en establecer una nueva fórmula para que las personas trans no pierdan el derecho a una atención sanitaria, algo que se interpreta que es más factible si se apela a un supuesto carácter patológico de la transexualidad, aunque sólo sea de forma estratégica.

En consecuencia, las propuestas que a continuación planteamos se organizan teniendo en cuenta, por un lado, la importancia del reconocimiento de la identidad de género de las personas trans como no patológica y, por el otro, buscar una salida a la demanda de derechos sanitarios de las personas trans.

Del paradigma de la enfermedad al de los derechos humanos

En relación a la identidad de género, en los últimos años ha emergido una perspectiva de derechos humanos que reconoce la libre expresión del género de las personas como un derecho humano fundamental. Esto se ha materializado en diversos documentos e informes, de entre los que destacan los Principios de Yogyakarta (2007) y el Informe “Derechos Humanos e Identidad de Género” de Thomas Hammarberg, Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa, publicado en julio de 2009¹⁰. Al hilo de estas declaraciones internacionales se entiende que seguir considerando las identidades de género no-normativas¹¹ como enfermedades mentales u orgánicas supone una vulneración de los derechos humanos de las personas.

Como decíamos en la introducción, actualmente están el DSM y el CIE están siendo revisados y se prevé que aparezcan en 2013 y 2015 respectivamente. El pasado febrero del 2010 la APA publicó el borrador del futuro DMS-V, en que se apunta una tendencia a continuar con la patologización de estas identidades. Se propone modificar el nombre del TIG y cambiarlo por “incongruencia de género” y además se apuesta por ampliar las categorías diagnósticas del trastorno de identidad de género en niños y adolescentes y del travestismo fetichista entre otras¹². En reacción a este borrador, el pasado mes de abril del 2010 la campaña internacional STP-2012 difundió una propuesta de petición de despatologización¹³ dirigida a la APA. Más allá de las razones que esgrimíamos en el segundo apartado de este artículo, en esta propuesta se argumentaba principalmente que la libre identidad de género es un derecho humano básico y que la patologización es un proceso que estigmatiza a las personas trans.

Actualmente la mayor parte de los esfuerzos están orientados hacia la APA porque se ha con-

¹⁰ Para un análisis en profundidad sobre la perspectiva de derechos humanos e identidad de género ver el capítulo de Aïmar Suesc (2010).

¹¹ Por identidades de género no-normativas entendemos aquellas que no reproducen el sistema normativo binario hombre-mujer. Identidades de género masculinas en personas con una anatomía de mujer, identidades de género femeninas en personas con una anatomía de hombre u otras identidades de género que se sitúan fuera de la dicotomía masculino-femenino.

¹² Para más información leer el Comunicado de STP-2012 (2010).

¹³ Para más información ver la Propuesta de petición a la APA de STP-2012 (2010).

siderado que sería más efectivo dado que se publica antes la nueva versión y que la psiquiatría norte-americana tiene una gran influencia en la lista de la OMS.

En algunos países se ha intentado poner fin a la patologización de la transexualidad modificando sus propias clasificaciones de enfermedades. Este es el caso de Francia, que ha sido muy controvertido. El activismo trans francés, del cual se ha inspirado en gran parte el activismo español, ha reivindicado durante los últimos años la despsiquiatrización de las identidades trans. El pasado mes de febrero del 2010 el Ministerio de Sanidad francés dio un paso en este sentido al eliminar los trastornos de identidad de género de la lista en la que estaba catalogada (ALD-23) y reclasificarlos en un nuevo grupo (ALD-31). De este modo han pasado de la categoría de enfermedades psiquiátricas a enfermedades de causa indeterminada¹⁴. Por tanto se ha despsiquiatrizado pero no despatologizado las identidades trans ya que la transexualidad sigue considerada como una enfermedad.

Para evitar este tipo de reclasificaciones que continúan ubicando la transexualidad en el paradigma del trastorno, recientemente en el discurso del movimiento trans a nivel global se ha optado por dejar de utilizar el término psiquiatrización y cambiarlo por el de patologización queriendo decir que la transexualidad no es una enfermedad mental pero tampoco orgánica.

Derechos sanitarios trans-específicos

Podríamos decir que hoy en día, exceptuando algún sector muy conservador, nadie en las comunidades trans piensa que la identidad de género de las personas trans implique por sí misma un trastorno mental. En cambio, sí existe un cierto consenso a que es la mejor estrategia hasta el momento para asegurar que las personas trans tengan acceso a hormonas y cirugías. Actualmente, el trabajo más importante está en encontrar la clave para salir del modelo patologizador sin perder el acceso a los tratamientos médicos. En uno de sus últimos comunicados internacionales STP-2012 explicaba:

Demandamos el acceso a una atención sanitaria trans-específica de calidad, públicamente cubierta y no restringida por requisitos psiquiátricos. Con el objetivo de garantizar estos derechos sanitarios, proponemos la inclusión de una mención no patologizante del proceso de reasignación de género en el CIE, como un proceso de salud no basado en una enfermedad que requiere atención sanitaria (STP-2012, 2010).

Como vemos, la reivindicación de la integración del tratamiento de modificación corporal que algunas personas trans demandan en el marco del sistema sanitario presenta su complejidad. Podríamos decir que hay tres demandas en un mismo objetivo.

En primer lugar se trata de perfeccionar el tratamiento a las personas trans, desde la atención y el acompañamiento hasta la mejora del conocimiento médico (efectos secundarios de los tratamientos hormonales, perfeccionamiento de la técnica quirúrgica, etc.). En segundo lugar, promover la idea de que la modificación corporal de las personas trans es una cuestión de salud pública y debe de estar cubierta por la seguridad social en el sistema sanitario público. Y en tercer y último lugar, idear un sistema que permita la modificación corporal sin un diagnóstico de enfermedad. Actualmente, la idea sobre la cual parece que se está trabajando con mayor consenso es la de crear una nueva categoría o mención no patologizante en la clasificación de la OMS que no implique atribuir a las personas trans un diagnóstico de enfermedad y que a la vez garantice la cobertura medica de sus necesidades.

La complejidad más importante en relación a la cuestión de la salud es que cada Estado regula sus sistemas sanitarios y su seguridad social de formas distintas planteando el reto de ofrecer respuestas a nivel internacional que tengan en cuenta esta diversidad de modelos.

Si nos centramos ahora en el caso español, hay que destacar que encontramos indicios de un determinado cambio hacia posturas despatolo-

¹⁴ Para más información OTRANS, 2010. <http://www.outrans.org/spip.php?article94>

gizadoras. El pasado 15 de marzo del 2010 el Congreso de los Diputados respondía a la pregunta realizada por el diputado Joan Herrera del Grupo Parlamentario de ERC-IU-ICV a petición de la Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español. La pregunta era relativa a la opinión del Gobierno en relación a la catalogación de la transexualidad como un trastorno mental. La respuesta del Gobierno fue que “comparte la necesidad de descatalogar la transexualidad como un trastorno mental”¹⁵. Este posicionamiento del Gobierno español nos indica que el discurso de la despatologización ha calado también en el imaginario de los políticos y por extensión del Gobierno.

Aunque el Gobierno no ha rectificado la ley de 15 de marzo 3/2007 en la que refuerza la perspectiva patologizante y continúa exigiendo a sus ciudadanos un certificado psiquiátrico para acceder al cambio de nombre y mención de sexo en sus documentos oficiales, ha iniciado un proceso en relación a la cuestión sanitaria. Las últimas novedades son que el pasado mes de julio del 2010 el Ministerio de Sanidad ha creado una comisión para la elaboración del primer protocolo de atención a la transexualidad en el sistema sanitario.

Finalizaremos este apartado planteando cuales deberían ser los tres ejes fundamentales que se deberían tener en cuenta a la hora de elaborar un protocolo de tratamiento a trans no patologizante. En primer lugar, es importante cambiar el paradigma desde el que entienden los recorridos de las personas trans. Lo que lleva a una persona trans a una consulta médica es el malestar o la violencia que siente por el hecho de vivir una identidad de género no-normativa. El problema no es la transexualidad sino la transfobia. Además, los profesionales de la salud mental deben dejar de imponer el modelo binario hombre-mujer y dejar de lado una comprensión esencialista de las categorías de transexual, transgénero, travesti, ya que no permiten dar cuenta de la complejidad y diversidad de los procesos que viven las personas trans. En segundo lugar, es fundamental que desde las consultas se promueva el asesoramiento y el vínculo con redes locales comunitarias trans. Y finalmente, consi-

deramos que, a pesar de ser necesaria la figura de un profesional que acompañe a la persona trans en las decisiones (sobre todo en relación a su eventual transformación corporal), no se trata de evaluar la identidad de género de las personas trans sino de apoyarlas en las decisiones que toman y de acompañarlas.

4. Reflexiones finales

Más allá del tema de la patologización y de qué alternativas adoptar, nos parece que este tema conecta con debates subyacentes que deben ser abordados y que apuntamos en estas reflexiones finales.

En primer término, nos parece fundamental reflexionar profundamente sobre el origen de las necesidades de transformación corporal de las personas trans y el protocolo médico a seguir ante éstas. Es importante interrogarnos sobre dos aspectos. En primer lugar, sobre qué hay de cultural en estas demandas. En este sentido, como ya hemos apuntado anteriormente, consideramos que están relacionadas con la transfobia que marca los cuerpos de las personas trans como inadecuados para sostener su identidad de género sentida.

En segundo lugar, es necesario explorar qué relación tienen estas demandas con otras demandas de modificación corporal vinculadas a la cirugía estética y cómo interfieren los intereses de la medicina privada y de las empresas farmacéuticas en la promoción de estas demandas.

En segundo término, es importante visibilizar nuevos modelos de transexualidad y, yendo más allá de la reivindicación de derechos que resuelvan la vida de las personas trans de hoy, empezar a pensar en las generaciones trans del futuro. Y por ello es crucial visibilizar nuevos modelos de transexualidad que no obligatoriamente pasen por la modificación corporal. Es necesario crear alternativas, generar puentes y trabajar por un mundo en el que los límites entre lo masculino y lo femenino sean más flexibles, más moldeables, más habitables; promover referentes positivos en la cuestión trans en los que las per-

¹⁵ Noticia de STP-2012 : http://stp2012.info/es/es/noticias#comunicado_7_abril

sonas no sean víctimas sino que se hayan empoderado de su identidad.

El derecho al propio cuerpo y a una libre identidad de género son sin duda derechos fundamentales que nos obligan a revisar los límites éticos de la modificación corporal y el rol de la institución médica sobre la subjetividad de los ciudadanos. Lo que plantea el discurso de la despatologización trans es un cambio de paradigma en el que la transexualidad no sea una patología ni tampoco un problema, sino que sea entendida como un conjunto de trayectorias vitales posibles, heterogéneas, cambiantes y fluidas. Se trata de pasar de un modelo médico a un modelo de derechos humanos, en que los profesionales de la salud acompañen pero no determinen las formas de entender y vivir la transexualidad. Tal y como señala Judith Butler (2010), para iniciar este cambio de paradigma es imprescindible el rol activo de los profesionales de la salud, su implicación y su propia transformación.

5. Bibliografía

- APA (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR): www.psych.org.
- Balzer, C. (2010) “Eu acho transexual é aquele que disse: “eu sou transexual!”. Reflexiones etnológicas sobre la medicalización globalizada de las identidades trans a través del ejemplo de Brasil” en Missé, Miquel y Coll-Planas, Gerard (ed.) (2010), *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona/Madrid: Egales.
- Banús, M., González-Polledo, E.J. y Missé, M. (2008) *Movimientos colectivos de resistencia a la psiquiatrización de l@s trans*, Ponencia en el International Sociology Association Forum (ISA FORUM), Barcelona.
- Benjamin, H. (1966) *The Transsexual Phenomenon*, The Julian Press, INC. Publishers.
- Bergero, T. y Cano, G. (2006) “El proceso diagnóstico”, en Esther Gómez y Isabel Esteva de Antonio (eds.), *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona: Glosa.
- Butler, J. (2010) “Prólogo. Transexualidad, transformaciones” en Missé, Miquel y Coll-Planas, Gerard (ed.) (2010), *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona/Madrid: Egales.
- Coll-Planas, G. (2010) *La voluntad y el deseo. La construcción social del género y la sexualidad. El caso de gays, lesbianas y trans*. Barcelona/Madrid: Egales.
- Esteva de Antonio, I. y Gómez, E. (2006) “El proceso de diferenciación sexual en el ser humano y sus anomalías: los intersexos”, en Esther Gómez y Isabel Esteva de Antonio (eds.), *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona: Glosa.
- Fausto-Sterling, A. (2005) *Cuerpos sexuados*, Barcelona: Melusina
- Garaizabal, C. (2006) “Evaluación y consideraciones psicológicas”, en Esther Gómez y Isabel Esteva de Antonio (eds.), *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona: Glosa.
- Gómez, E. y Esteva de Antonio, I. (eds.) (2006a) *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona: Glosa.
- Gómez, E., Esteva de Antonio, I., y Bergero, T. (2006b) “La transexualidad, transexualismo o trastorno de la identidad de género en el adulto”, en Esther Gómez y Isabel Esteva de Antonio (eds.), *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona: Glosa.
- Gómez, E., Esteva de Antonio, I., y Fernández-Tresguerres, J. (2006c) “Causas o fundamentos fisiológicos”, en Esther Gómez y Isabel Esteva de Antonio (eds.), *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona: Glosa.
- Hammarberg, T. (2009) *Human Rights and Gender Identity*, Informe temático del Comisionado de Derechos Humanos del Consejo de Europa. Estrasburgo: Consejo de Europa.
- HBGDA (2001), *Standards Of Care For Gender Identity Disorders* (6 Version): www.wpath.org.
- Missé, M. y Coll-Planas, G. (ed.) (2010) *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona/Madrid: Egales.

- zación de la transexualidad. Barcelona/Madrid: Egales.
- OMS (1992), *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10): www.who.int.
 - Principios de Yogyakarta Principles (2007). *Los Principios de Yogyakarta sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género* disponibles en www.yogyakartaprinciples.org/
 - Soriguer, Federico J. C. y Valdés, M. (2006) “Dirigido a la sociedad”, en Esther Gómez y Isabel Esteva de Antonio (eds.), *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona: Glosa.
 - Suess, A. (2010) “Análisis del panorama discursivo alrededor de la despatologización trans: procesos de transformación de los marcos interpretativos en diferentes campos sociales” en Missé, Miquel y Coll-Planas, Gerard (ed.) (2010), *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona/Madrid: Egales.
 - Red Internacional por la Despatologización de las Identidades Trans: www.stp2012.info
 - Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español: <http://stp2012.wordpress.com>
- Aceptado: 4-10-10.

Contacto:

Miquel Missé y Gerard Coll
Mòdul de Recerca A, 1ª planta • Parc de Recerca UAB. 08193 Bellaterra • +34 93 586 88 14;
miguel.misse@gmail.com; gerard.coll@uab.cat

¿Hacia la despatologización de la transexualidad? Apuntes desde una lógica difusa

Depathologization transsexualism? Notes from a fuzzy logic

Trinidad Bergero Miguel¹, Susana Asiain Vierge², M^a Dolores Cano-Caballero Gálvez³

¹ Psicóloga Clínica. Unidad de Trastornos de Identidad de Género. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Hospital Carlos Haya. Málaga.

² Licenciada Antropología Social y Cultural. Enfermera Hospital de Navarra. Pamplona.

³ Doctora en Antropología por la Universidad de Granada. Profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería Virgen de las Nieves de Granada.

Resumen: Una breve historia del género, su origen y evolución, el concepto de transexualismo de la OMS y la APA y una crítica de la dicotomía del sistema sexo/género que constituye la base de la definición del Transexualismo como patología.

Palabras clave: Transexualismo, patología mental, modelo biomédico.

Summary: A brief history of gender, its origin and evolution, the concept of transsexualism of the WHO and the APA and a critique of the dichotomy of the sex/gender system that constitutes the base of the definition of the Transsexualism as pathology.

Key Words: Transsexualism, Mental pathology, biomedical model.

1. Introducción

La transexualidad está considerada un trastorno mental por la Organización Mundial de la Salud (1) y la Asociación de Psiquiatras Americanos. (2)

En este artículo se exponen de forma crítica algunos aspectos que tienen relación con esta conceptualización de patología mental. Pensamos que es importante tener en cuenta el fondo ideológico y los valores implícitos en las clasificaciones.

2. El género

Los seres humanos tendemos a organizar aquello que nos rodea en base a una serie de catego-

rías mentales complejas y de carácter abstracto (edad, clase social, género) que se acompañan de un conjunto de ideas, representaciones, actitudes, conductas y valores asociados que les dan contenido, el cual varía según el contexto social en el que tienen lugar. En este sentido, la sociedad occidental, ha intentado manejar las distintas formas, situaciones y vivencias de la masculinidad y la feminidad, utilizando una concepción dualista en forma de oposiciones binarias (hombre/mujer, masculino/femenino). Este hecho tiene repercusiones de gran importancia ya que pone en funcionamiento toda una serie de mecanismos: actitudes, expectativas, sentimientos, emociones que remiten a creencias,

ideas estereotipadas y valores en relación a la feminidad y la masculinidad que existen en una sociedad en un momento histórico dado.

Gran parte de la identidad personal procede de la adopción e interiorización de esas creencias, normas, valores, estereotipos, compartidos por el colectivo al que se pertenece, con el que la persona se identifica, convirtiéndose de esta manera en criterios de organización social muy poderosos (3).

En nuestra sociedad las personas están altamente generizadas en torno al sexo biológico y más concretamente en torno a los genitales, en función de los cuales se realiza la asignación de género como hombre o mujer.

En Occidente, existe una tendencia al pensamiento dual que no es universal, y que ha creado estas categorías binarias, rígidas y contrapuestas entre sí, además de complementarias, como lo son hombre/mujer, masculino/femenino, heterosexual/homosexual. Estas categorías no reflejan la realidad que es cambiante, dinámica y de naturaleza compleja, sino que la recrea en base a mecanismos selectivos diversos, a menudo simplificadores, que actúan como criterios de organización y normativización personal y social, produciendo así representaciones dicotomizadas de la realidad. (3)

La identidad de género es la imagen que las personas, de manera más o menos consciente, proyectan en el ámbito social en relación a la ideología de género dominante. (4) Este proceso se inicia desde etapas tempranas de la vida, desde el mismo momento en que utilizando una ecografía, se le informa a la madre el sexo del bebé, poniendo en marcha una serie de conductas y actitudes que refuerzan los estereotipos de género que se asocian al hecho de ser mujer u hombre en nuestra sociedad.

Numerosos autores han destacado la importancia del concepto de género como una de las aportaciones más interesantes del pensamiento del siglo XX. La categoría género permite romper con el determinismo biológico y la identificación entre sexo y género como algo natural. (4)

En los 80, el concepto de género se interpretó de manera dicotómica, tratando de reflejar la duali-

dad biológica implícita en el concepto de sexo y fue a partir de la década de los 90 cuando se planteó que la categoría de género para ser operativa, debería alejarse de la base dual con la que se había conceptualizado en la década anterior. (4) En este sentido, numerosos autores advirtieron que el concepto de género había sido mal utilizado como sinónimo culturalista de sexo (5) Se criticó la utilización de la palabra género como un constructo analítico fundamentado en la organización social de los sexos, como si fuera la construcción social del sexo biológico. (4)

Alejándose del planteo dicotómico de los sexos, el concepto de género alcanzó una gran potencia porque permitió su utilización para otras formas de socialización y construcciones de identidad de género como la androginia o las personas transgénero que no se adaptan a las formas determinadas dicotómicamente como masculinas o femeninas en nuestra cultura. De esta manera, se comenzó a considerar al género como una categoría analítica abstracta que permite analizar y comprender realidades identitarias múltiples y variadas según los contextos sociales. Este concepto de género resulta una categoría útil para superar las concepciones dualistas. (4).

El género abarca un conjunto de creencias, actitudes, sentimientos, valores, expectativas, atribuciones, comportamientos y actividades que diferencian a los sujetos – en lo real y en lo imaginario o simbólico – y en cuyo desarrollo tiene un papel predominante la construcción social, en la que intervienen las instituciones políticas y educativas, el mercado de trabajo, los medios de comunicación, la familia, etc., transmitiéndose la jerarquización de los roles a través de relaciones interpersonales. (6)

La relación sexo/género es muy compleja. En lugar de entender el sexo como algo determinado biológicamente, y el género como algo determinado por lo social debemos considerar ambos fenómenos en interacción permanente y con límites no nítidos. (7)

Laqueur plantea la importancia de la construcción de sexo y género para la estructuración y organización de la vida social, y pone en claro cómo las diferencias sexuales, basadas en la anatomía, se interpretan en claves culturales. Es decir, se construyen estas distinciones para dar respuesta a



unos valores sociales, que buscan su legitimación a través del discurso científico. (8)

3. El modelo biomédico

Desde la perspectiva biomédica, la transexualidad es una patología clasificada entre los trastornos mentales y del comportamiento. La creación y utilización de manuales diagnósticos como el CIE-10 y el DSM IV, desarrollados bajo las directrices de la Organización Mundial de la Salud (1) y de la Asociación de Psiquiatras Americanos, (2) respectivamente, responden a los imperativos de la psiquiatría de orientación biomédica o neokraepelismo, que pone énfasis en la clasificación y descripción precisa de cuadros clínicos. En dichos manuales clínicos, los trastornos mentales son aprehendidos bajo la analogía de las enfermedades físicas y sus síntomas son entendidos como resultado de una disfunción biológica subyacente, desligándolos de mecanismos culturales, psicológicos y biográficos. Constituyen un intento de simplificar la realidad para hacerla más manejable y conseguir nosologías psiquiátricas neutrales independientes del contexto histórico-cultural. Para dar un carácter de objetividad y neutralidad científicas, se eliminan criterios sociales y culturales, lo que hace que la taxonomía no explique la variabilidad cultural. (9)

Sin embargo, a pesar del esfuerzo por lograr la neutralidad, las definiciones de la transexualidad de los manuales de la APA (2) y la OMS, (1), ponen en evidencia la ideología y los valores implícitos que subyacen a las mismas, en la medida en que apuestan por un modelo dicotómico de identidad de género. Habría que decir que este modelo no es muy afortunado porque incluso desde el punto de vista biológico esta dicotomía no describe todas las posibilidades, ya que la naturaleza va más allá del dimorfismo. Hay seres humanos como los intersexuados por ejemplo, que desbordan estas coordenadas. El dimorfismo es una forma de reduccionismo que deja fuera a muchas personas. Pero mirando bien, el sistema sexo/género no sólo es incompleto y resulta insuficiente para describir todo el espectro, sino que además ha ayudado a incrementar las desigualdades entre los dos géneros *oficiales*.

Es que en el sistema biomédico como en cualquier otro, la salud y la enfermedad mental están

formuladas de una manera culturalmente específica y tiene relación con el contexto histórico y geográfico en el que se formula. (10). Sin ir más lejos, el relativismo cultural e histórico de las clasificaciones que manejamos ha quedado patente en el caso de la homosexualidad definida como patología hasta hace poco tiempo. Y esto fue así porque el deseo heterosexual era catalogado como deseo normal y en virtud de un giro perverso del pensamiento, pasó a ser considerado “natural” (esto es, inscrito en la naturaleza y el destino de los seres humanos). (11)

Cuando los expertos que participan en la elaboración de los manuales definen los trastornos de identidad sexual, lo hacen partiendo de las creencias, la ideología y el bagaje de la sociedad y el momento histórico que les toca vivir. Además, están describiendo y definiendo al mismo tiempo, las características de la demanda de las personas transexuales que acuden al sistema sanitario solicitando la reasignación sexual. Con ello están estableciendo una definición que parte de individuos o grupos de personas y sobre esa base, intentan generalizar sus conclusiones sin tener en cuenta que éstas no son aplicables a la totalidad de un colectivo que se caracteriza precisamente por la diversidad y no por la homogeneidad.

Para la OMS y la APA la transexualidad es un trastorno mental por dos razones: las personas transexuales transgreden el orden establecido y su situación produce un sufrimiento significativo y una desventaja adaptativa importante que se traduce en la disforia y en la comorbilidad psíquica. (2, 12) Como plantea Martín Casares: “el sistema de género obliga a hombres y mujeres a admitir los valores asociados a la masculinidad y a la feminidad bajo pena de verse despojados de su identidad” (4) Pero habría que preguntarse ¿por qué una identidad o expresión de género que difiera de la asignada al nacer constituye por sí misma un trastorno mental o una minusvalía en la competencia del ser humano? (13)

Las principales creencias del sistema biomédico que subyacen a la calificación de la Transexualidad como una patología mental son: el determinismo biológico, el modelo de identidad sexual dicotómica única y estable a lo largo de la vida y la sexualidad heterosexual y coitocéntrica dirigida a la reproducción. Foucault, sostiene

que en nuestra sociedad, se adjudica a cada individuo su identidad sexual, primera, profunda, determinada, y determinante (14)

En el sistema biomédico, se plantea como lo natural, que el recién nacido desarrolle una identidad de género congruente con el sexo biológico.

Los conceptos homosexualidad/heterosexualidad se definen a partir de la identidad sexual del sujeto hombre/mujer la cual a su vez se define a partir de la genitalidad.

Este modelo produce sufrimiento entre aquellas personas que quedan excluidas porque no pueden ajustarse al concepto de dismorfismo sexual presente en la sociedad. Es difícil situarse fuera del modelo dicotómico que utilizamos cuando desde el punto de vista genético, hormonal y morfoanatómico se pertenece a un sexo, y desde el punto de vista psicológico y social a otro.

En el tratamiento del transexual subyace un marcado dualismo entre el cuerpo y la mente, lo que posibilita ajustar el sexo (que en este caso se iguala a la realidad corporal) a las definiciones normativas de género. El tratamiento hormonal y la cirugía transexual subrayan el modelo occidental de género, encarnando la polarización de género con base en los genitales y el cuerpo.

En las personas transexuales la falta de correspondencia entre lo biológicamente determinado y la identidad sentida como propia, haría necesario un tratamiento que pasaría por adecuar el cuerpo para cubrir las expectativas del sistema social de sexo/género. Se asegura que el sufrimiento (disforia) de las personas transexuales se mitigará o desaparecerá cuando se reasignen de sexo. De esta manera, muchas personas transexuales hablan de la genitoplastia como de “un nuevo nacimiento”, pues habrá un nuevo renacer desde la nueva apariencia de los genitales. Esta visión hace de la anatomía destino, siendo la genitalidad el centro de la identidad del individuo, olvidando la tremenda complejidad de la vida. (15)

Este aspecto es tan importante que nuestra experiencia nos permite afirmar que los transexuales sufren con frecuencia presión de su entorno para pasar necesariamente por la cirugía de reasignación como una prueba de la veracidad de su discurso. (16)

Sin embargo, las intervenciones sanitarias en la Transexualidad son un hecho reciente lo cual hace pensar que la necesidad del tratamiento médico y/o quirúrgico no son inherentes a la Transexualidad, sino producto del progreso de la Medicina que permite la utilización de terapias hormonales y quirúrgicas para lograr un cambio morfoanatómico y hormonal impensable en otras etapas de la humanidad (17)

El proceso de reasignación sexual nos recuerda que “lo corporal no es nunca natural, sino que siempre es construido social y políticamente” Las novedosas técnicas quirúrgicas y la utilización de las hormonas, las nuevas tecnologías, el uso de prótesis y materiales diversos introducidos dentro del cuerpo para modificar su forma están permitiendo cuerpos reconstruidos y fabricados donde se combina lo orgánico y lo artificial y “dan forma a realidades donde la naturaleza y la sexualidad adquieren nuevos significados y conducen a formas alternativas de percibir el ser persona y las relaciones de los humanos entre sí y con el entorno”(18).

La mayoría de las personas transexuales que acuden a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género del Hospital Carlos Haya de Málaga, solicitan la reasignación sexual. El tratamiento hormonal y quirúrgico en la sanidad pública ha sido una de las más importantes reivindicaciones de los transexuales en los últimos tiempos. No debemos olvidar que las personas transexuales al igual que la mayoría de nuestra sociedad, pueden ver al género como algo rígidamente demarcado y excluyente: masculinidad/feminidad, reflejando en la solicitud de reasignación, los roles de géneros tradicionales, autoexcluyentes entre sí.

La identidad transexual solicitando ser exactamente una réplica del otro sexo, sostiene el paradigma occidental basado en la existencia de dos sexos opuestos y de conductas, temperamentos, emociones y orientaciones sexuales constituidas sobre la base de una polaridad biológica. Esta oposición está representada por los genitales, símbolos de las diferencias reproductivas y base para la asignación del sexo biológico. (16, 19)

Las personas transexuales realizan al sistema sanitario una doble y contradictoria demanda:



por un lado, cuestionan el sistema dicotómico, lo ponen en tela de juicio, y después lo utilizan demostrando la insuficiencia de toda referencia simbólica y anhelando convertirse exactamente en el otro y ser reconocidos como hombres o como mujeres (20) A veces tomamos conciencia de que gran parte de las que acuden al sistema sanitario, sitúan todo en la representación corporal y muy poco en la representación psíquica. Acuden al sistema sanitario para “corregir un error de la naturaleza”. La mayoría de estas personas describen minuciosamente la incomodidad o incluso el horror que les produce su cuerpo, sobre todo sus genitales. En los transexuales masculinos esta sensación incluye también a las mamas. Chiland afirma que “el discurso de los transexuales es más rico para expresar el horror que tienen por el sexo de su cuerpo, que para hablar de lo que es deseable de la pertenencia al otro sexo”. (20)

Es comprensible la preocupación por el cuerpo porque el cuerpo y el aspecto externo son la primera tarjeta de presentación y tienen un papel muy importante en la relación con el entorno. Pero con frecuencia el cuerpo toma un protagonismo importante y la vigilancia permanente de su evolución con los tratamientos hormonal o quirúrgico puede llegar a constituir el centro de la vida.

La gestión de la apariencia de estas personas tiene estrecha relación con las definiciones sociales de lo que es un hombre o una mujer. Butler dice que en la actividad cotidiana se reconoce con facilidad la representación de un tipo de feminidad determinado por los mensajes culturales dominantes. (21) La autodefinition de género que cada persona proporciona de sí misma tiende a ser polarizada.

En las personas transexuales observamos una importante dificultad o imposibilidad de cumplir el rol de género esperado de acuerdo al sexo biológicamente determinado. Como consecuencia puede producirse una búsqueda de cumplir estereotipos, cambio de sexo y feminidad extrema. La inculcación de la feminidad no se produce intersubjetivamente, sino que su búsqueda se dirige hacia la feminidad en abstracto, es decir hacia modelos ajenos a la experiencia cercana, convirtiéndose así en una búsqueda de estereotipos.

La identidad no es sólo un proceso que se siente a nivel íntimo. Las personas transexuales desean ser reconocidas por los demás como hombres o mujeres. La construcción de la identidad necesita de la interacción y el reconocimiento del “otro”. La identidad de género se va construyendo y transformando en el marco de unos contextos sociales y unas actividades concretas. En estos contextos, la dimensión cognitiva, sensitiva, emocional, “performativa” y de acción social se va entretrejiendo y retroalimentando. (18, 21)

Los profesionales sanitarios que las asisten (psicólogos, psiquiatras, endocrinólogos, cirujanos plásticos...) comparten las mismas creencias del modelo biomédico imperante en la sociedad occidental. La tarea del profesional de salud mental consiste en objetivar en la exploración diagnóstica una divergencia entre el desarrollo de un sexo morfoanatómico y fisiológico perteneciente a un sexo, y la construcción de una identidad de género de signo contrario. Por eso el profesional puede entender sin dificultad la estereotipada frase que escucha una y otra vez en las consultas de las Unidades de Género: “Soy una mujer y me siento atrapada en un cuerpo (de hombre) que no es el mío”.

El modelo biomédico ha contribuido a crear y desarrollar un modelo de transexualidad, influyendo en gran manera en la construcción del discurso de las personas transexuales, que con frecuencia ocultan aquellos aspectos que creen que puedan impedir el acceso a la reasignación sexual.

A pesar de que la reasignación sexual, actúa como un proceso “normalizador”, nuestra sociedad presenta dificultades para aceptarlos e integrarlos, lo que les lleva a tener inconvenientes en la vida cotidiana, en la integración académica, familiar, social y laboral que tienen que ver no sólo con su historia individual, sino también con el modelo social imperante de en qué consiste ser un hombre y una mujer y que los excluye a ellos. (16)

Estas importantes dificultades les pueden conducir a interrupciones tempranas de la escolarización lo que les coloca en una situación de desventaja sociolaboral, y puede conducirlos a situaciones de riesgo de exclusión social, además de exponerles a situaciones de violencia verbal, física y sexual a lo largo de la vida. (16)

En la actualidad, existe un importante debate respecto a la transexualidad. Hay autores que la codifican como trastorno mental, para otros es un trastorno de la diferenciación sexual y otros abogan por su despatologización.

La hipótesis etiológica más destacada sostiene que la identidad de género de cada individuo es el resultado de la actividad de ciertas áreas de su propio cerebro. En los transexuales se produciría una discrepancia entre la diferenciación de las áreas cerebrales de las que depende el establecimiento de la identidad de género de ese individuo y el resto de niveles que definen su sexo. De esta forma puede desarrollarse un organismo femenino en sus aspectos genéticos, hormonales y orgánicos pero con áreas cerebrales de identidad sexual masculina. (22)

En todo este debate observamos que a lo largo de la historia, distintas instituciones han creado significados sociales sobre la realidad sociosexual y han determinado lo que es normal y aceptable, lo que es enfermedad y lo que no lo es. Hasta la Revolución Francesa, el poder para definir la realidad social estaba en manos de la Iglesia. La Iglesia primero, la ciencia después son centrales en el proceso de construcción de las identidades sociosexuales. Olga Viñuales dice que “los y las protagonistas de las disidencias sexuales, pecaron primero, enfermaron después y son hoy en día, consumidores de diferencia”. (23) Es difícil sustraerse del todo al sentido común de una época y a ciertas imágenes demasiado pregnantes que imperan en un momento histórico de su desarrollo.

4. Propuesta de una lógica difusa

Proponemos principios de la lógica difusa o lógica heurística para este problema basándonos en lo relativo de lo observado. Este tipo de lógica toma dos valores aleatorios, pero contextualizados y referidos entre sí. Pensamos que el modelo de la lógica difusa representa el mundo real mejor que el modelo dicotómico. Aplicando esta lógica al género, se evitaría la obligación de adherirse completamente a la dicotomía hombre/mujer que establece la ideología dominante.

Para cada conjunto difuso, existe asociada una función de pertenencia para sus elementos, que

indican en qué medida el elemento forma parte de ese conjunto difuso. En esta forma de interpretar los hechos, la realidad no tiene que ser verdadera o falsa, sino que puede haber grados de verdad, pues los elementos de un conjunto no tienen por qué estar dentro o fuera completamente del mismo. Puede haber “grados de pertenencia”, de un elemento a un conjunto dado (24)

La lógica difusa incluye el intervalo, que se sitúa en el medio, entre cero y uno; permitiendo la existencia de multivalores, de multivalencias y de este modo, entramos en el ámbito de la complejidad y algunas veces en el mundo de las paradojas. (25). “Sentirse hombre o mujer no es algo estático o uniforme, sino que está en continuo cambio, es decir que es un proceso abierto, complejo y plural”. (18)

En este sentido, Kim Pérez afirma que “La realidad difusa se encuentra cuando se puede definir por un más o menos, y esto es lo que ocurre precisamente con el género, en el que las conductas se pueden definir fácilmente con un más o menos masculinas o femeninas. Hay un continuo que va de lo extremadamente masculino a lo extremadamente femenino y hay una amplia zona más o menos indefinida entre los dos extremos” (26).

Observando la realidad, constatamos que no es posible hablar de identidades de género rígidamente demarcadas, compactas lineales, uniformes. En la realidad observamos “tramas de feminidad y masculinidad mixtas”. Tenemos que buscar nuevas imágenes y metáforas que hagan justicia a la gran variabilidad y heterogeneidad de la realidad del género. (18)

Fischer Pfaeffle en “Devenires, cuerpos sin órganos, lógica difusa e Intersexuales”, propone hacer una reflexión sobre las aportaciones de la

Biomedicina al concepto de sexo y género: “La Biomedicina ha producido saberes sobre el cuerpo humano, sobre la designación sexual y la diferencia sexual, frecuentemente a partir de una visión simplista, dicotómica, de una lógica binaria, produciendo un modelo y un deseo de verdad. El discurso biomédico sobre la diferenciación sexual fue producido como un modelo de verdad, de forma arbitraria y simplista. Pues parte de la concepción, por un



lado, de que al haber solamente dos gónadas (ovarios y testículos) solamente debe haber dos sexos, dos roles sociales; y por otro, de que la función de los genitales es la reproducción humana. El placer no tiene ninguna importancia, ninguna relevancia” (25)

Alemany, sostiene que “la simplificación que contempla las vivencias, las emociones, las sensaciones y la erótica que tenemos las personas como seres sexuados en varones o mujeres, reducidos a parámetros estrictamente físicos como son los órganos genitales, los cromosomas, las gónadas y las hormonas, ignora que el cuerpo se propone como algo que cada sujeto tiene que conquistar, que no es algo dado, marcado por el destino anatómico” (27)

5. Las personas transexuales

La transexualidad tal como la define la Medicina, es un hecho reciente, sin embargo la existencia de personas que han transgredido los roles de género esperados según lo biológicamente pautado, han estado presentes en todas las culturas y a lo largo de toda la historia de la Humanidad. (4, 28)

En algunas culturas, las sociedades y personas han ido construyendo situaciones que trascienden y desbordan las rígidas coordenadas que delimitan las categorías hombre/mujer y masculino/femenino como los hijras de la India y Pakistán, o los eunucos de los harenes orientales, o los inuitas o los berdaches. (4)

En nuestra realidad cultural estas personas son desconcertantes y desconocidas. Nos hacen ver, que frente a la concepción biomédica, bipolar occidental de sexo-género, existe otra realidad de géneros e identidades múltiples, heterogéneas. Esto es evidente en todas las personas transexuales que solicitan al sistema sanitario reasignación sexual. Pero sobre todo, son más desconcertantes aquellas que no solicitan reasignación sexual, y que muestran una creciente aceptación y reafirmación del género sin tener que recurrir a la cirugía de reasignación, esto es, sin tener que responder a la exigencia de lo que se entiende en la biología por ser mujer u hombre. (15).

Las personas transexuales nos hacen ver que sexo y género no están relacionados de forma, secuencial, coincidente ó simétrica, y que no

existe una correspondencia universal entre lo que es sexo y lo que es género. Ambas esferas no son totalmente independientes una de otra, sino que se establece una relación de contingencia entre ambas. En cada cultura existen distintas formas específicas de organizar el pensamiento en torno al sistema sexo/género y a la sexualidad. (15)

Norma Mejía en su libro *Transgenerismos. Una experiencia transexual desde la perspectiva antropológica* afirma: “la realidad es que no existen dos sexos y dos géneros, sino más. Tantos que el número de géneros posible no tiene límite”. El problema según esta autora es que “hemos confundido unas construcciones abstractas diseñadas”, con la realidad. No es que los transexuales constituyan un tercer sexo/género. “Es que entre los seres humanos para los cuales lo imaginario es más real que la realidad, sólo existen terceros sexos/géneros. El primero y el segundo, son puras fantasías colectivas”. (29)

Una de las dificultades más importantes para conocer las realidades transexuales en toda su diversidad lo constituye el hecho de que sabemos muy poco de esta población (30). Hasta ahora han permanecido ocultos para los sistemas sanitario y social, a veces por una fuerte preocupación por la privacidad, y otras por temor al rechazo y la estigmatización. (30) La mayoría de las personas que acuden a nuestras Unidades de Género, pretenden ser “una mujer o un hombre más”, quieren permanecer anónimas porque la visibilidad puede suponer una oportunidad para lograr la integración y la aceptación pública y lograr seguridad, pero también puede exponerles a la violencia en distintas formas que se ejerce contra ellos (31)

Es necesario conocer más sobre las personas transexuales. Para su estudio hay que utilizar un enfoque abierto, descriptivo, analítico y exploratorio, pues es una estrategia inmejorable para aproximarnos a su conocimiento (30)

Para terminar, coincidimos con Rodríguez Alemán quien afirma que “la comparación transexual ha permitido evidenciar que en otras sociedades históricas y en otras culturas contemporáneas, la anatomía no es destino” (15)

Conclusiones

La biomedicina es el modelo que actualmente rige en Occidente y contempla el proceso de reasignación sexual de las personas transexuales ajustando el cuerpo a la identidad de género sentida como propia.

El tratamiento hormonal y la cirugía transexual subrayan el modelo occidental de género, encarnando la polarización de género con base en los genitales y el cuerpo.

Los transexuales presentan dificultades en la vida cotidiana, en la integración académica, familiar, social y laboral que tienen que ver no sólo con su historia individual, sino también con el modelo social imperante de en qué consiste ser un hombre y una mujer y que los excluye a ellos.

El pensamiento dualista en forma de oposiciones binarias (hombre/mujer) es una de las

mayores trabas para la construcción de identidades y roles de género alternativos y para el respeto por la diversidad.

Es necesaria una revisión de las pretendidamente universales, naturales, neutrales y ahistóricas nosologías de la Medicina, la Psiquiatría y la Psicología y una reflexión sobre la influencia de la cultura y del momento histórico para determinar lo que es normal o patológico en un momento dado.

Sería importante avanzar a nivel social, educativo, jurídico y político en la consideración de las personas como seres humanos antes que como hombres o mujeres.

La identidad de género es una identidad fluida y abierta que se resiste a etiquetas dicotomizadoras del tipo masculino/femenino. Existen múltiples formas de expresar y vivir la identidad y nuestra sociedad debe trabajar para crear un espacio en el que todas ellas sean desarrolladas en libertad.

Bibliografía

1. OMS. CIE-10, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*, OMS, 1992.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. DSM-IV-TR, Masson. Barcelona, 2003.
3. BARBERÁ HEREDIA, E. *Psicología del género*. Editorial Ariel, Barcelona, 1998.
4. MARTÍN CASARES, A. *Antropología del género. Culturas, mitos y estereotipos sexuales*. Ediciones Cátedra. Madrid, 2006.
5. STOLCKE, VERENA. *Antropología del género* en Prat, Joan y Martínez, Ángel (eds) *Ensayos de Antropología cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*. Ariel Antropología. Barcelona, 1996.
6. MARTÍNEZ BENLLOCH, I. y BONILLA CAMPOS, A.: *Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad*. Universitat de València, 2000.
7. GASTÓ FERRER, C. *Transexualidad. Aspectos Históricos y Conceptuales*. Cuadernos de Medicina Psicosomática y psiquiatría de Enlace 2006, 78: 13-20.
8. LAQUEUR, T.W. *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Cátedra. Madrid, 1994.
9. MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, A. (2000) *Anatomía de una ilusión. El DSM IV y la bipolarización de la cultura*. En *Medicina y Cultura: Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Enrique Perdiguero y Josep M. Comelles, Eds. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
10. SEPELLI, T. (2000) *¿De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud?* En *Medicina y Cultura. Estudios sobre Antropología y Medicina*. Comelles, Josep, M. y Perdiguero, Enrique, Eds. Ediciones Bellaterra. Barcelona, 2000.
11. BALZA, I. *Bioética de los cuerpos sexuados: transgenerismo, intersexualidad y transexualidad*. ISEGORÍA. Revista de Filosofía Moral y Política 2009, 40: 245-258.
12. BECERRA FERNÁNDEZ A.; DE LUIS ROMAN A, y PIEDROLA MAROTO G. Morbilidad en Pacientes transexuales con auto-tratamiento hormonal para cambio de sexo. *Medicina Clínica*. 1999. 113(13): 484-487.



13. EHRBAR R. *Recomendaciones para una reducción de daños del diagnóstico del TIG en el DSM- V*. En: El género desordenado. Ed: Miquel Missé y Gerard Coll-Planas. Egales. Barcelona, 2010. Pág. 164-167.
14. FOUCAULT, M. *Herculine Barbin llamada Alexina B*. Madrid, Ed. Revolución, 1978.
15. RODRÍGUEZ ALEMÁN, R. Análisis antropológico de la transexualidad, entre la realidad cultural y la resistencia social. *Anuario de Filosofía, Psicología y Sociología* 2002. 4-5: 239- 248.
16. BERGERO T. ASIAIN S, GORNEMAN I. GIRALDO F., LARA J., ESTEVA I., GÓMEZ M. Una reflexión sobre el concepto de género alrededor de la transexualidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2008; 18(101): 211-226.
17. BERGERO, T.; CANO, G.; GIRALDO, F.; ESTEVA, I.; ORTEGA, MV.; GÓMEZ, M y GORNEMAN, I. La transexualidad: asistencia multidisciplinar en el sistema público *Revista de la AEN*, 2004, 90, pp. 2.828-2.838.
18. ESTEBAN, MARI LUZ. *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*". Edicions Bellaterra. Barcelona, 2004.
19. FERNÁNDEZ, J., *Cuerpos desobedientes*, Buenos Aires, Edhasa, 2004.
20. CHILAND, C., *Cambiar de sexo*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1999.
21. BUTLER, J. *Cuerpos que importan*. Paidós. Buenos Aires, 2002.
22. GÓMEZ GIL, E. y ESTEVA DE ANTONIO, I. *Ser transexual*. Dirigido al paciente y su familia, y al entorno sanitario, judicial y social. Ed. Glosa. Barcelona, 2006.
23. VIÑUALES, O.; GUASCH, O., *Sobre el futuro de la identidad*, Madrid, Reverso, 2000.
24. MORILLAS RAYA, A. (2006). *Introducción al análisis de datos difusos*. Málaga, EUMED.Net.
25. FISCHER PFAEFFLE, A. E. *Devenires, cuerpos sin órganos, lógica difusa e intersexuales. Sexualidades migrantes. Género y transgénero*. D. Maffia. Buenos Aires, 2003. Feminaria: 9-30.
26. PÉREZ, K. *Jornadas Feministas Estatales, Granada*, diciembre de 2009. Disponible en: <http://conjuntosdifusos.blogspot.com/2010/01/antigenerismo.html>. Consultado el 15-9-2010.
7. ALEMANY ANCHEL, M. J. y VELASCO LAISECA, J. *Género, imagen y representación del cuerpo*. Index de Enfermería, 2008. 17.
28. VERN L. BULLOUGH. *La transexualidad en la historia*. En *Transexualidad, transgenerismo y cultural: Antropología, identidad y género*. Jose Antonio Nieto, Comp. Madrid, 1998: Talasa Ediciones.
29. MEJÍA, N. *Transgenerismos. Una experiencia transexual desde la perspectiva antropológica*. Barcelona, 2006. Bellaterra.
30. AGUILERA, R. M., DURAND-SMITH, A. et al.. *Veinticinco años de investigación cualitativa en salud mental y adicciones con poblaciones ocultas*. Primera parte 2003. *Salud Mental* 26(6): 76-83.
31. BAIRD, V. *Sexo, amor y homofobia*. Amnistía Internacional. Madrid, 2006. Ed. Egales.

Contacto:

- Trinidad Bergero. Psicóloga Clínica. Unidad de Trastornos de Identidad de Género. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Hospital Carlos Haya. Málaga. berg7679@hotmail.com. Dirección postal: C/ Las Palmeras, 4. 29018 Málaga.

- Susana Asiain. Licenciada Antropología Social y Cultural. Enfermera. Hospital de Navarra. Pamplona. susasiain@yahoo.es

- María Dolores Cano-Caballero. Doctora en Antropología por la Universidad de Granada. Profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería Virgen de las Nieves de Granada. canocaballero@hotmail.com

Discapacidad y Derechos Humanos

Disability and human rights

Xabier Urmeneta

Psicólogo. Diputación Foral de Gipuzkoa

Resumen: Según las Naciones Unidas, se calcula que un 10% de la población mundial (casi 700 millones de personas) son personas con discapacidad.

No es de extrañar, pues, que los organismos internacionales se hayan preocupado por este colectivo, y que existan declaraciones y convenciones internacionales que protejan sus derechos.

Pero ¿qué derechos protegen las convenciones internacionales? Y ¿cómo y porqué se ha llegado a una convención específica, la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ICRPD por sus siglas en inglés)?

Para aclarar estos aspectos, trataré la evolución del concepto de discapacidad y cómo, fruto de esta evolución, se llega a la Convención de 2006. Finalmente, expondré los retos a superar para extender y poner en práctica los derechos humanos para las personas con discapacidad.

Palabras clave: Derechos Humanos, Discapacidad, Modelos de la discapacidad, CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Salud y la Discapacidad), Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad.

I. Los Derechos Humanos

No voy aquí a profundizar en qué son los derechos humanos, y tan sólo daré la definición más sencilla: son los derechos que toda persona tiene por el simple hecho de haber nacido, independientemente de cualquier otra consideración; sólo por haber nacido y sin distinción de país de nacimiento, condición social o personal.

Así dicho, está claro que los derechos humanos son para todas las personas, también para las personas con discapacidad. Sin duda.

La piedra angular de los derechos humanos es la “Carta Internacional de Derechos Humanos”

compuesta por una trilogía: la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, un texto breve, conciso y contundente, y sendos Pactos Internacionales: el de Derechos Civiles y Políticos, y el de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ambos de 1966.

Sin embargo, no debemos olvidar que esta Declaración es fruto de una época y cultura concretas. Es decir, que se redactara en el mundo occidental, bajo la dirección de personas occidentales, marcó indefectiblemente –como no podía ser de otra manera, ya que no es fácil sustraerse a la propia visión del mundo– la orientación de la Declaración Universal de 1948.

Y así pasó con la discapacidad: ninguna de aquellas personas, seguramente, tenía graves discapacidades; o me atrevería a decir que nadie se consideraba a sí mismo *impedido* o *minusválido* –por utilizar los términos de la época–, con lo cual la visión de la discapacidad no llegó a las Naciones Unidas.

¿Qué significa eso? Que *la interpretación* que se hizo de los derechos humanos –diría que *el espíritu*, ya que ha quedado claro que *la letra* incluye a cualquier persona– se dirigió hacia las que en aquella época se consideraban “personas normales”¹; y quizá nadie pensó que hablando de ser libres e iguales en dignidad, hablaba de la dignidad con la que una persona tiene que ser atendida aunque esté en plena crisis de agresividad o en pleno delirio; nadie vio que el libre desplazamiento era también el libre desplazamiento en silla de ruedas o con bastón para los invidentes; al hablar de impedir los tratos inhumanos o degradantes, nadie oyó los gritos de dolor y desesperación que surgían de las instituciones psiquiátricas cerradas o de las residencias para personas con discapacidad; al soñar con el derecho a circular libremente y elegir residencia, nadie se imaginó a sí mismo constreñido a vivir en una centro con 50-100 personas desconocidas, en un entorno desconocido y con unos servicios y horarios no elegidos ni elegibles; nadie sintió que al prohibir las injerencias arbitrarias en la vida privada y familiar, en el domicilio o en la correspondencia estaba dando en la línea de flotación de miles de instituciones para personas con discapacidad intelectual, física o con problemas mentales, o personas mayores dependientes...

No obstante, se inició el camino, y como decía el poeta, *“caminante no hay camino, se hace camino al andar”*. Y el camino que estamos haciendo y que hemos recorrido ha sido -y sigue siendo- fecundo.

1.1. Los tratados internacionales

La historia de los pactos, declaraciones y tratados internacionales que se centran en los derechos humanos se inicia con la Organización de

las Naciones Unidas (en adelante ONU o NNUU), e históricamente se protegieron primero los derechos humanos generales, en 1948, y posteriormente se vio que eso no era suficiente, y que había diferentes colectivos que quedaban todavía “sin protección”. Así, se fueron gestando una serie de pactos (8 hasta ahora), algunos “sectoriales” y otros “generales”, que iban recordando que había sectores de la sociedad que seguían viendo vulnerados sus derechos básicos (discriminación racial, mujer, personas sometidas a tortura o tratos crueles e inhumanos, niños y niñas, trabajadores migratorios).

1.2. Los tratados internacionales y las personas con discapacidad

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 no cita específicamente a las personas con discapacidad. Hay que contextualizar el momento: recién acabada la II Guerra Mundial, el objetivo es garantizar los derechos de las personas (estamos bajo el shock de las barbaridades nazis, especialmente de su “solución final” del pueblo judío y de las matanzas indiscriminadas de civiles) e impera todavía el modelo médico –las personas con discapacidad entendidas como pacientes médicos, no como personas que asumen su vida con su discapacidad– por tanto no aparecen: se entiende que quedan cubiertas como el resto de la población.

Y así continúa durante bastantes años, y en ninguno de los subsiguientes pactos se habla de las personas con discapacidad (excepto en la convención internacional sobre los niños y niñas). Mientras tanto, aumenta la brecha social, y las personas con discapacidad cada vez son más pobres; pero también más reivindicativas², debido al cambio del paradigma: pasan de ser “pacientes” a ser sujetos activos y con derechos.

1.2.1. Antecedentes de la ICRPD

Antes de llegar a la Convención de 2006, se habían producido algunos intentos como la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental de 1971, en la que se pide igualdad “hasta el máximo

¹ Sobre el concepto de normalidad, diré que no es más que un constructo social inexistente y que no representa plenamente –ini de forma aproximada!– a nadie.

² Asumo la terminología “personas con discapacidad” frente a la traducción “personas discapacitadas” que se hizo en su momento.

grado de viabilidad”; o la Declaración de los Derechos de los Impedidos de 1975; o declarar el año 1981 como “Año Internacional de los Impedidos” bajo el lema “Participación e Igualdad plenas”. Posteriormente, en 1991, la Asamblea General de la ONU aprueba los “Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental”.

No obstante, la primera referencia –moderna, diría yo– a los derechos humanos de las personas con discapacidad se hace en la Declaración de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena (junio de 1993) donde en su párrafo 63 se afirma por primera vez que los derechos humanos también se aplican a las personas con discapacidad, sin restricciones, y en el siguiente párrafo se declara con rotundidad: “El lugar de las personas con discapacidad está en todas partes” y se insta a remover todos los obstáculos para su plena participación social. Es la primera declaración enfocada desde la nueva filosofía: igualdad total para lograr la participación plena y sin restricciones, pasando la carga a la sociedad, que debe facilitar la integración social mediante la supresión de los obstáculos –ya sean físicos, económicos, sociales o psicológicos– que excluyan o restrinjan dicha participación.

En aquel mismo periodo de sesiones se dictan las Normas Uniformes que pretenden ser eso, unas normas para que todos los estados las apliquen a sus políticas sobre discapacidad y se consigan políticas más acordes con los nuevos tiempos y cuyo principio fundamental es la igualdad de oportunidades.

1.2.2. La convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (ICRPD) y su protocolo facultativo (OP-ICRPD)

Pocos años después, las Normas Uniformes ya se habían quedado cortas ante el cambio que se estaba produciendo.

Uno de los detonantes fue indudablemente la publicación en el año 2001 de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Salud y la Discapacidad (en adelante CIF) por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La CIF dio el espaldarazo internacional definitivo al modelo social y supuso el entierro para siempre del modelo médico-rehabilitador; con el valor añ-

dido de que no provenía de una organización cualquiera, sino de la organización médica por excelencia: la OMS. Su eco retronó en todo el mundo.

Así pues, aquel mismo año de 2001 en el que la OMS publicaba la CIF, se iniciaron los trabajos para la redacción de la Convención la cual se aprobó el 13 de diciembre de 2006, en la Resolución 611 (LXI), entrando en vigor el 3 de mayo de 2008, tras su vigésima ratificación 30 días antes. Actualmente la Convención tiene 146 signatarios y 88 ratificaciones. El protocolo, a su vez, tiene 89 signatarios y 54 ratificaciones.

La Convención y cada uno de sus 50 artículos se basa en ocho principios rectores:

1. El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas.
2. La no discriminación.
3. La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad.
4. El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas.
5. La igualdad de oportunidades.
6. La accesibilidad.
7. La igualdad entre el hombre y la mujer.
8. El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y a su derecho a preservar su identidad.

Como se puede apreciar, el cambio es considerable: dignidad inherente, respeto por la diferencia y aceptación como parte de la diversidad y la condición humana. Estamos en un modelo de valoración de la persona con discapacidad, y no en el modelo de persona a “curar” o “rehabilitar”.

Además, al ser una convención firmada y ratificada, es la primera de obligado cumplimiento para todos y cada uno de los países firmantes; y gracias al protocolo, existe el mecanismo para que los ciudadanos individuales –o los grupos, o alguien en su nombre– puedan pedir “amparo” ante un organismo internacional, es decir el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

II. La discapacidad

Pocas veces un grupo humano habrá recibido tantas denominaciones diferentes y al mismo tiempo se habrá sentido tan vilipendiado al ser nombrado. Desde impedido a subnormal, minusválido, discapacitado, incapaz, enfermo mental, trastornado, enajenado icuánto cambio, y cuánta discriminación! Y no sólo con respecto a los autoconsiderados “normales”, sino que también han sufrido discriminación dentro de la discriminación, porque además de ser un impedido, se puede ser un subnormal negro, o una mujer trastornada...

II.1. El concepto de discapacidad

No es fácil definir qué es la discapacidad, o quiénes son las personas con discapacidad.

Y en realidad según qué definición hagamos de ellas, nos encontraremos con un resultado u otro. Estaremos ante personas que no tienen más remedio que sufrir su “minus-valía” o su “incapacidad” como un castigo divino (¡o humano!); o bien estaremos ante personas que son discapacitadas y tienen que esperar que se produzcan los avances médicos necesarios para “sacarles” de ese estado de enfermedad; o quizá nos sonará otra realidad: la persona con discapacidad, que ve sus limitaciones desde las restricciones que se le imponen desde fuera y no desde dentro, ya que se siente como persona plena aunque diferente; o llegado al último estadio conocido se sentirá sin más una persona “funcionalmente diversa” o con diversidad funcional en cuanto se definen a sí mismos.

Pero bajo cada una de estas denominaciones, se esconde una ideología, y un modelo.

II.2. Los modelos de la discapacidad

Los principales modelos de la discapacidad pueden resumirse en los siguientes:

- **Modelo del Destino:** Este modelo, que Romañach denomina como de “*Prescendencia o Castigo Divino*”, implica que una persona nace con discapacidad a causa del destino, como castigo divino o como forma de purificar el propio *karma*. Este modelo implica que no se puede –ni se debe, en algunos casos– hacer nada para cambiar su suerte, y por tanto hay que aceptar el hecho como un designio externo a la persona.

Cuando este modelo lleva implícito –como ocurre en la mayoría de los casos– una carga negativa, tal como considerarlo un “acto diabólico”, un “castigo de los dioses” o del destino, o “por los pecados cometidos” (propios o de los padres), hace que esas personas estén sometidas sea a la eliminación física (muerte), sea a la marginación / encierro. También facilita la eugenesia (hacer todo lo posible para que esas personas no se reproduzcan y no sigan viviendo en la comunidad). Evidentemente es el modelo más negador de los derechos humanos.

- **Modelo Médico-Rehabilitador:** Con los avances de la ciencia, la mejora de la condición humana, y la aceptación de los principios humanistas, se empieza a considerar a las personas con discapacidad como personas que tienen derecho a la vida, aunque sean personas incompletas o que tengan que ser “curadas” de su enfermedad o falta. Como la explicación es conocida (el origen lo provocó tal enfermedad, o tal accidente) se considera que se podrá modificar, “desahacer” o reparar el daño. Pero este modelo, además de ser una falacia ya que la supuesta curación ideal no va a llegar nunca, tiene un gran inconveniente: las personas con discapacidad sigue estando por debajo de aquellos que saben y les van a curar. Son “pacientes” que no tienen ni la capacidad ni los conocimientos para intervenir en su propia vida y deben delegar todo ello en las personas que saben: los científicos o los médicos. Es un modelo jerárquico / paternalista (“el sabio curará / rehabilitará al pobre inválido”) que impide que la persona sea artífice de su propia vida. En relación a los derechos humanos, se les reconocen sólo aquellos derechos humanos básicos: a la vida y a la salud, pero se les niegan otros tantos, igualmente importantes: a la autodeterminación personal y a la libertad de elección.
- **Modelo Social:** el modelo social pone el acento sobre las causas sociales de la discapacidad y considera que la discapacidad “engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación” Fue en el año 2001 cuando la OMS le dio el empujón definitivo y saltó a la palestra

logrando un gran eco: según la nueva teoría, la discapacidad no es el problema de una deficiencia de la persona, sino que tiene que ver con la interacción que esa persona (con esa deficiencia concreta) pueda tener con su medio concreto y su nivel de participación social, en función de las facilidades (facilitadores) o las barreras u obstáculos (restringidores) de los que disponga, con el fin de lograr su participación en la sociedad. Por poner un ejemplo, este modelo explica, pues, claramente por qué no es lo mismo ser un amputado en Noruega que en Benín, ya que la misma deficiencia (la falta de la pierna) no provoca las mismas limitaciones (discapacidad) por el tipo de sociedad.

Por tanto, el axioma es: “la persona con discapacidad es capaz, y tiene todos los derechos humanos”, y lo que se debe hacer es eliminar las barreras sociales / personales / ideológicas / políticas para lograr que pueda gestionar su propia vida de forma autónoma, facilitándole los medios materiales y/o sociales para que pueda participar en la sociedad.

Es el modelo por excelencia de los derechos humanos, y es el caldo de cultivo en que la Convención pudo ver la luz y resonar ampliamente.

Llegados a este punto, hay que añadir dos nuevos modelos, que no están comúnmente aceptados, pero que presento ya que desarrollan el modelo social y perfilan el futuro.

- **Modelo de las Capacidades:** se basa en las teorías de Martha Nussbaum (“*enfoque de las capacidades*”), quien desde la filosofía moral reivindica la “justicia social” y preconiza un modelo en el que *todo el mundo* pueda sentirse incluido y tratado *con justicia* (incluidos los animales no humanos). Es decir, no se reivindica la mera existencia, sino la existencia *con justicia*. Por ello el progreso ha de ser justo, y debe garantizar el disfrute de las diez capacidades humanas básicas, que son las que otorgan dignidad a la vida y a la persona humana (vida; salud física; integridad física; sentidos, imaginación y pensamiento; emociones; razón práctica; afiliación; otras especies; juego; y control sobre el propio entorno).

Sólo cuando se tienen asegurados estos derechos básicos es cuando podemos decir que tenemos una vida plena y digna.

Este modelo se enfoca no sólo hacia los derechos humanos, sino que va más allá, y reivindica claramente unos “derechos humanos justos” –valga la redundancia conceptual– ya que se trata de vivir con dignidad (esa “dignidad inherente al ser humano” tan reivindicada). La crítica posible a este modelo es que cuando una persona con discapacidad, por sus propias características, no puede llegar a gozar de todas estas capacidades (p. ej. no va a poder vivir una vida social como la mayoría, su salud no es buena, no tiene capacidad plena de decisión, etc.), eso implicaría que “pierde” su dignidad humana. La respuesta que aporta Nussbaum es que mientras se den las principales –capacidad de relación, de amar y de moverse y jugar– sí existe vida humana. La siguiente pregunta sería, entonces, qué pasa con las personas en estado de coma, por ejemplo... De todas formas, el aporte es la visión de “calidad de la vida humana” y la definición que hace de las condiciones necesarias para esa calidad; ello implica que la sociedad tiene que trabajar para facilitar, de todas las formas posibles, que toda persona pueda alcanzar estas capacidades.

- **Modelo de la Diversidad:** es un modelo incipiente, aún en desarrollo, teorizado por personas con discapacidad y que aporta una nueva óptica complementaria al modelo social, el cual trasciende: se trata de aceptar la *diversidad* de la especie humana, y no entrar en el binomio “capacidad-discapacidad” que al fin y al cabo siempre será comparativo y perjudicial para la persona con discapacidad. Defienden que hay que entrar de lleno en el concepto de la *dignidad inherente* que destila la concepción actual de los derechos humanos, y la aceptación de la diversidad –inherente también al ser humano–, llegando a proponer un concepto nuevo (*diversidad funcional* y “*persona con diversidad funcional*”) para denominarse. Diferencian dos tipos de dignidad: la “extrínseca” que sería la jurídica, y la “intrínseca” o moral; y consecuentemente basan sus ejes

de intervención en la actuación legislativa / judicial (tomando la Convención como referencia) y en la defensa de la dignidad en el terreno de la bioética.

Queda clara la evolución que ha tenido el concepto de discapacidad, tanto conceptual como de derechos. Hemos pasado de una concepción al margen de los derechos humanos a una concepción “post-derechos humanos”: estamos entrando en los derechos humanos de calidad, y en la bioética.

Y resulta que esa gran evolución conceptual nos ha abierto otras puertas...

II.3. Discapacidad vs. Dependencia

Hemos analizado hasta ahora el concepto de discapacidad, y hemos ya arañado la siguiente realidad: la discapacidad es una realidad *inherente* al ser humano, y todos pasamos por épocas de discapacidad; de una forma sencilla se podría decir que la discapacidad es una más de las fases de la vida, aunque no sea cronológicamente secuenciada, ya que es transversal a todas ellas.

Así, la página web de Naciones Unidas afirma: “*en los países donde la esperanza de vida es superior a los 70 años, en promedio alrededor de 8 años o el 11,5% de la vida de un individuo transcurre con incapacidades* (sic)” y uno de los indicadores que maneja la OMS es “esperanza de vida sana”, diferente evidentemente al concepto de “esperanza de vida”. Está claro, pues, que no es lo mismo vivir, que vivir sin discapacidad o sin dependencia.

Siguiendo el modelo de la CIF, la discapacidad es un término genérico que indica la relación negativa entre un individuo concreto con respecto a su participación social en su realidad concreta. Es evidente, visto y oído todo lo anterior, que el problema nunca es la deficiencia (definida en la CIF como un “problema en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida”) sino la interacción que esa deficiencia me impida tener con mi medio actual, y si conseguiré los facilitadores necesarios para que esa deficiencia no se convierta en limitante o en un obstáculo para mi participación social. Es decir, si podré participar en la sociedad como miembro de pleno derecho y

hacer lo que yo quiera con mi vida, si podré ser autónomo.

Por ello, para seguir avanzando, hemos de introducir el concepto de dependencia, y aclarar la diferencia entre discapacidad, autonomía y dependencia. Reconozco que es un tema proceloso, y que la confusión existente es mayúscula.

La primera confusión arranca desde el término capacidad o discapacidad, y creo que ya está claro que cuanto más abramos el marco conceptual, incluso llegando a “diversidad funcional” que abarcaría cualquier aspecto de la vida humana –en la misma filosofía que la CIF, todo hay que decirlo, puesto que el origen de la CIF era precisamente no catalogar como enfermedad ni como discapacidad, sino como *funcionamiento*, ya que es una clasificación del *funcionamiento*, y de *la salud*, y entenderlo como una relación– cuanto más abramos el marco, pues, más fácilmente podremos incluir todas las situaciones de la vida.

Y la segunda confusión aparece con la autonomía y la dependencia. Veamos, pues, estos términos.

Dependencia, según el Diccionario de la Real Academia Española, tiene como significados “**8.** f. *Der.* Situación de una persona que no puede valerse por sí misma”. Independiente nos lleva al siguiente significado: “**1.** adj. Que no tiene dependencia, que no depende de otro. **2.** adj. **autónomo**”. Autonomía, por su parte, significa “**2.** f. Condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie”. Vemos, pues, que las palabras independencia y autonomía son sinónimos para la Real Academia; luego no tenemos salida –sólo confusión– por esta vía.

Así pues, se cree que independencia es sinónimo de autonomía y vida autónoma. Es decir, se vehicula la idea de que podemos ser independientes (es decir no depender absolutamente de nadie y ser a la vez totalmente capaces de tomar nuestras decisiones y ejecutarlas [autónomos] sin necesidad de los demás), cuando a lo máximo que podemos aspirar es a ser inter-dependientes –iy no es poco!, ya que en ello se basan las relaciones sociales y es una de las pocas fuentes de realización personal–.

Empezando por el término autonomía, hay que entenderla como la capacidad para tomar decisiones y la capacidad de gestionar la propia vida, tal como lo define la propia CIF, cuando habla de Derechos Humanos (d940): “*derecho a la autodeterminación o autonomía; y el derecho a controlar el propio destino*” y cuando habla de “tomar decisiones” (d177): “*elegir una opción entre varias, llevar a cabo la elección y evaluar los efectos (...) o decidir poner en práctica y realizar una tarea de entre varias (...)*”.

Es decir, la autonomía es la capacidad de decidir, diferente a la de obrar, ya que es ahí donde entra el concepto de “dependencia-independencia”.

En relación al término dependencia / independencia, la misma CIF define la independencia de la siguiente forma: “d 2102 Llevar a cabo una única tarea independientemente (...) *dirigir y ejecutar la tarea por uno mismo sin la ayuda de otros*”.

Resumiendo, la autonomía es la capacidad para tomar decisiones y gobernar la propia vida; y la dependencia o independencia será respecto a cosas (ayudas técnicas, accesibilidad...) o personas (asistentes personales, sean éstos amigos, familiares o contratados) que nos permitan hacer lo que nosotros hemos decidido hacer (“autonomía”) y no podemos hacer solos (“dependencia”) (físicamente: andar, comer, subir unas escaleras, viajar en sitios desconocidos; intelectualmente: ayuda en la toma de decisiones, etc.).

Así enfocado, el marco se nos amplía y dentro de una visión más amplia de la discapacidad, es decir yendo más hacia el modelo social y el de la diversidad, podemos incluir como sujetos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad a todas las personas dependientes, que son muchas más que las personas con discapacidad.

III. La discapacidad y los Derechos Humanos

Hemos hablado de los derechos humanos y de la discapacidad y dependencia. Y la pregunta que me surge es: ¿pero era necesaria una convención específica? ¿no quedaban debidamente cubiertos sus derechos humanos con la Declaración Universal (en adelante la Declaración) de 1948 y los dos Pactos Internacionales de 1966 (ICCPR y ICESCR)?

Hasta que se llegó a la Convención, no se había hecho referencia específica a las personas con discapacidad. De todas formas, aunque no citen literalmente la discapacidad o la dependencia, estos tratados pueden proteger, o ayudar a proteger, de la doble discriminación.

No hace falta insistir demasiado para que los espíritus avisados se den cuenta de la carga que supone la doble discriminación. Según la ONU:

- El 80% de las personas con discapacidad vive en países en desarrollo, según el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.
- En la mayoría de los países de la OCDE, las mujeres tienen una incidencia más alta de discapacidades que los hombres.
- Las mujeres y las niñas con discapacidad son particularmente vulnerables al abuso.
- Según la UNICEF, el 30% de los jóvenes de la calle tienen discapacidad.
- La mortalidad correspondiente a los niños con discapacidad puede alcanzar hasta un 80% en países donde la mortalidad de menores de cinco años en su totalidad no alcanza el 20%.

En relación a la situación más cercana a nosotros, según el CERMI:

- El 74,79% de mujeres con discapacidad en España tienen estudios primarios o sin estudios, y el analfabetismo llega al 6,74% (3,66% para los hombres).
- El 19,70% de mujeres con discapacidad está en paro (frente al 16,20% de mujeres o al 12,80% de hombres con discapacidad).
- Se estima que el 40% de las mujeres con discapacidad sufre o ha sufrido violencia de género.

Y respecto a la Declaración Universal, ¿qué podemos decir? Pues que los 30 artículos de la Declaración están todos ellos recogidos de una manera u otra en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ICRPD)

Entonces ¿qué aporta la Convención?

Dentro de las teorías según las cuales una con-

vencción más específica protege más los derechos de ese colectivo concreto, está claro que la ICRPD cumple ampliamente este objetivo y protege una serie de derechos específicos de las personas con discapacidad que no quedan recogidos (o no son de aplicación) en otras convenciones anteriores.

Leyendo la Convención, yo destacaría las siguientes ideas clave, algunas de las cuales habían sido ya recogidas y otras que hacen su primera presentación pública mundial:

- La discapacidad como parte de la diversidad humana (art. 3 d).
- El derecho al ejercicio directo (no por terceras personas) de la capacidad jurídica. (art. 12 y 13).
- El derecho a vivir de forma independiente, a ser incluido en la comunidad y no ser obligado a vivir en una institución, con el derecho a elegir con quién, dónde, cómo vivir y a ver respetada su intimidad en todo momento (art. 18, 19 y 22).
- El valor de las contribuciones a la sociedad de las personas con discapacidad (preámbulo y art. 8).
- El derecho de las personas con discapacidad a participar en la toma de decisiones, especialmente en lo que les atañe (preámbulo y art. 29).
- Las dobles discriminaciones (mujer; niños y niñas; rural-urbano).
- El derecho a la accesibilidad al entorno físico, y a la información y las comunicaciones, tanto en zonas urbanas como rurales (art. 9)
- Derecho a una educación inclusiva (art. 24).

Resumiendo, podríamos decir que la ICRPD consolida la visión social de la discapacidad, valora a las personas con discapacidad como partícipes y como miembros activos de esta sociedad, a la que también hacen aportaciones significativas, y remacha varias ideas ya anunciadas anteriormente, como por ejemplo la igualdad de oportunidades,

la accesibilidad universal, la educación inclusiva, y la necesidad de contar con las personas con discapacidad para la toma de decisiones (haciendo de altavoz para el lema tantas veces coreado por ellas: “Nada sobre nosotras sin nosotras”).

IV. Conclusiones

La discapacidad (diversidad funcional) ha recorrido un largo camino en los últimos 60 años, y el cambio ha sido espectacular. Este cambio se debe, en mi opinión, sobre todo a la lucha llevada a cabo por las personas con discapacidad, reivindicando sus derechos humanos a ultranza, haciéndose ver y oír a costa de sus propias vidas, y aportando multitud de ideas para la reflexión, e iniciativas que han llevado a que estén presentes en el mundo que hoy conocemos. O que, al menos comparativamente, lo estén mucho más que hace unos años.

No puedo dejar de citar aquí el Movimiento de Vida Independiente, que ha sido uno de los tractores de la díaada derechos humanos-discapacidad, y que sigue luchando para ir más allá de la Convención y seguir trascendiendo el modelo. Vaya para ellos mi tributo de admiración por su valor, coraje y lucidez.

Posiblemente haya sido el contacto con las personas con discapacidad –encontrarlas en la calle, hablar y trabajar con ellas, asimilar que todos tenemos discapacidades y que todos somos “candidatos” a la discapacidad y la dependencia– lo que ha hecho surgir la comprensión y la disminución de los prejuicios, y no el aumento de la discriminación⁸, ya que las personas autodenominadas “normales” no han vivido la integración –o el principio de integración hasta ahora logrado– como una amenaza.

De este modo, hemos pasado de ver “sujetos pasivos” a tener al lado a personas (con discapacidad, diversas y diferentes a nosotros/as) que luchan por sus derechos, igual que nosotras y nosotros.

Y llegó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Pero reconozco que

⁸ Sociológicamente, el aumento del contacto con el grupo discriminado puede producir dos efectos contrapuestos: una mayor discriminación al percibirse como una amenaza, o una mayor aceptación al darse un mayor conocimiento y dejar de percibirlo como “diferente”. Ver Solé, 2009.

no sabría decir si era necesaria o no.

Estoy convencido de que ha sido, y es, un elemento clave hoy en día... pero ¿era necesaria? Probablemente la respuesta es sí, una vez iniciado el camino de las convenciones “particulares”. En efecto, las convenciones particulares se iniciaron para proteger a colectivos concretos, y el no aparecer en la “foto” –es decir, no tener una “convención” propia– convertía a ese colectivo en “invisible”. Visto así, la Convención era indispensable.

No obstante, había otra opción: no “devaluar” el contenido de la Declaración Universal y aplicarla a todo el mundo en todas las circunstancias, ya que una de las críticas que se puede hacer a la profusión de declaraciones es que se “devalúan” entre sí. Y, curiosamente, la nueva tendencia que apunta el movimiento de las personas con discapacidad (el modelo de la diversidad llega a la conclusión de que hay que dar *el mismo valor a todas las vidas y dar los mismos derechos a todas las personas*) ¿no nos resuena claramente igual al brillante artículo 1º de la Declaración Universal de los Derechos Humanos?

Artículo 1

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Aún así, el viaje ha valido la pena... No ha sido en balde el recorrido, y como dice el poeta Kavafis, el viaje a Ítaca –los derechos humanos– ha sido más importante que el lugar al que hemos llegado, porque mientras tanto hemos podido reflexionar y aprender juntos varios puntos importantes:

- Conviene trascender el binomio antitético “capacidad / discapacidad”, que es comparativo y está sesgado hacia la capacidad (¿quién va a decidir ser “no-capaz”, aunque lo aceptemos como parte de la vida?) e ir hacia el modelo de la diversidad, aceptándola como riqueza inherente a la existencia humana. Y aún más habrá que trascender el binomio “enfermedad–salud” por ejemplo cuando hablamos de salud mental.
- A fin de lograr la integración real, lo que marca no es la diversidad ni la discapacidad, sino el nivel de ayuda que necesitemos –en

función de nuestra dependencia– para ejercer nuestra autonomía personal. En ese sentido, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad hay que entenderla también como los derechos de las personas en situación de dependencia.

- Los derechos son un valor en sí mismos, y han de ser de calidad. El “enfoque de las capacidades” de Nussbaum parece una interesante línea de trabajo a explorar a fin de fijar la calidad de esos derechos.
- La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad abre varias vías importantes, de las cuales, en mi opinión, habría que priorizar –por novedosas– las siguientes:
 - Nuevo paradigma de vida en la comunidad. La Convención da un giro copernicano a la forma de vida: preconiza la no institucionalización, la asistencia personal y garantiza el derecho absoluto a la vida privada también en institución.
 - Devolución de la capacidad jurídica total a todas las personas y proporcionar las ayudas necesarias para ejercer la autonomía personal cuando sea necesario. He aquí otro giro copernicano: no hay personas “incapaces jurídicamente” sino personas que necesitan ayuda...

Y hay que seguir insistiendo en otras dos líneas básicas para evitar la falta de participación social:

- Educación inclusiva universal, para fomentar la igualdad de oportunidades.
- Accesibilidad universal (no sólo física y urbanística, sino también a las Tecnologías de la Información y la Comunicación, incluidas las nuevas tecnologías)

Como decíamos, hemos hecho un largo camino, y queda todavía un gran trecho por recorrer, y no sería realista pensar que este camino va a ser sencillo. Estamos en un momento importante para los derechos humanos ya que tras el periodo de “consolidación” vivimos un periodo de “turbulencias”: los derechos humanos se ven acosados por la globalización y el neo-capitalismo, que los viven como un freno. Nos agitan el trapo rojo “terrorismo vs. seguridad” para que embistamos, olvidando que tras el trapo rojo se

esconde normalmente la puntilla... en este caso, la puntilla a los derechos humanos.

Y en esta pérdida de derechos, las personas con discapacidad –como cualquiera que no cumpla el “patrón” de ciudadano productivo y/o consumidor, es decir, quien necesite ayuda de otras personas para poder realizar una vida autónoma– esas personas, pues, van / vamos a salir malparadas.

En efecto, la globalización clasifica a las personas como “útiles”, frente a personas “inútiles”, mediado según la productividad (y/o el consumo).

No puedo, pues, sino concluir con Colin Barnes que “*las soluciones propuestas para los problemas con los que se encuentran las personas con discapacidad es improbable que logren resultados positivos si no se da un cambio radical en la ideología, la política y las prácticas, tanto a nivel*

nacional como internacional”.

Este camino sólo lo podremos hacer si avanzamos en el reconocimiento de la diversidad como riqueza humana y de la dignidad inherente a todas las personas y en todos los casos. Y, yendo más lejos, para que las personas con discapacidad puedan sentirse totalmente integradas, tenemos que conseguir tres cosas:

- la redistribución (de la riqueza),
- el reconocimiento (de las diferencias) y
- la representación (obtener representación política y pública).

Y, tal como concluye Cachón refiriéndose a los emigrantes, pero válido, como él mismo anota, para todos los colectivos discriminados: “*Sobre estas bases se puede avanzar en la construcción de una sociedad (más) justa*”.

Bibliografía

1. De Lorenzo García, R.: *La convención de Naciones Unidas sobre discapacidad y su impacto en el derecho español*. Ponencia presentada en el 8º Congreso Nacional ASPAYM “I+D+I en el abordaje de la lesión medular” Oviedo noviembre 2009.
2. Romañach Cabrero, J.: “Bioética al otro lado del espejo: la visión de las personas con diversidad funcional y el respeto a los derechos humanos” A Coruña, Diversitas Ediciones, 2009.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS): “*CIF. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*”. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001.
4. Querejeta González, M.: “*Discapacidad y Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación*” Madrid, IMSERSO, 2004.
5. CERMI: “Derechos humanos y discapacidad. Informe España 2009” Aprobado el 27-5-2010. Accesible en: www.convenciondiscapacidad.es
6. Barnes, C.: “Discapacidad, política y pobreza en el contexto del Mundo Mayoritario” Política y Sociedad, Vol. 47 nº 1, 2010.
7. Cachón, L.: “Discriminación e instituciones públicas (en España)” en Urrutia, G. (coord.): *Derechos humanos y discriminación. ¿Nuevos o continuos retos?* Donostia-San Sebastián, DFG Dep. Derechos Humanos Colección Derechos Humanos nº 14, 2009 pp. 188-219.
8. Solé, C. (2009): “Discriminación y derechos humanos: ¿qué entendemos por discriminación y cuáles son sus principales ámbitos de expresión?” en Urrutia, G. (coord.): *Derechos humanos y discriminación. ¿Nuevos o continuos retos?* Donostia-San Sebastián, DFG Dep. Derechos Humanos Colección Derechos Humanos nº 14, 2009 pp. 23-39.

- Aceptado: 6-10-10.

Contacto:

Xabier Urmeneta • Diputación Foral de Gipuzkoa • xurmeneta@gmail.com

Diagnósticos enfermeros más frecuentes en pacientes con Demencia Asociada a VIH

Most common nursing diagnosis in patients with HIV-Associated Dementia

Aitziber Pinillos Bringas*, Eva Collado Gonzáles** y Leire Varona Marcos**.

*Diplomada en Enfermería. Hospital de Cruces, Barakaldo. Bizkaia.

**Diplomadas en Enfermería. Hospital psiquiátrico de Zamudio. Bizkaia.

Resumen: Este trabajo tiene un doble objetivo. Por un lado, acercar la terminología diagnóstica enfermera, utilizando la metodología de clasificación de diagnósticos de enfermería, taxonomía NANDA II, y su aplicación en una patología concreta. Por otro lado, se ha seleccionada la demencia por VIH como la patología a estudio, ya que es un tipo de demencia no tan frecuente como la demencia tipo Alzheimer, pero está igualmente presente en nuestra sociedad y al llevar asociada la infección por VIH, tiene unas características y requiere unos cuidados enfermeros diferentes a otras demencias.

Tras unos conceptos generales sobre la demencia por VIH y su sintomatología más frecuente, se realiza una introducción a los diagnósticos enfermeros y su clasificación siguiendo la taxonomía NANDA-II, y por último se aplica dicha clasificación para indicar los diagnósticos enfermeros más frecuentes en pacientes con demencia por VIH, proponiendo las actividades de enfermería relacionadas con dichos diagnósticos.

Palabras clave: Diagnóstico enfermero, taxonomía NANDA II, demencia por VIH, actividades enfermería.

Summary: This article has a double aim: On the one hand, to approach to the nursing diagnostic terminology, using the nursing diagnosis classification, NANDA taxonomy II, and its application in a particular pathology. On the other hand, HIV-associated dementia was chosen as the pathology for research, since it is a dementia not as frequent as the senile dementia of the Alzheimer type, but it is also present in our society and, as it is related to the HIV infection, it has some characteristics and it needs different nursing care from other demencias.

After mentioning some general concepts about the HIV-associated dementia and its most common symptomatology, this article makes an introduction to nursing diagnosis and its classification following the NANDA taxonomy II, and, to finish, it applies the mentioned classification to indicate the most common nursing diagnosis in patients with HIV-associated dementia, proposing the nursing care related to those diagnosis.

Key Words: Nursing diagnosis, NANDA taxonomy II, HIV-associated dementia, nursing care.



Introducción a la demencia por VIH

Una importante causa de muerte adulta en el mundo, es la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Si bien es cierto que con la aparición de las terapias con antirretrovirales, la esperanza de vida ha aumentado considerablemente en los últimos años, este aumento ha podido dar lugar a una detección más frecuente de complicaciones y patologías asociadas a esta infección que no eran fácilmente apreciables en los casos de rápida evolución de la enfermedad.

Entre las diversas complicaciones y patologías asociadas al VIH, se encuentran las complicaciones neuropsiquiátricas, que llevaron en 1990 a la OMS a proponer el término “complejo cognitivo/motor asociado al VIH” para definir el deterioro neuropsicológico que aparece en los estados avanzados de la enfermedad debido a la acción directa del VIH sobre el cerebro. También recibe otros nombres como demencia asociada al VIH, encefalopatía por VIH, demencia del SIDA o complejo demencia SIDA (ADC).

La prevalencia, evolución y pronóstico son muy variables ya que hay muchos factores que pueden influir en ellos como la presencia de otras patologías con afectación neurológica o psiquiátrica, la personalidad premórbida, la adhesión al tratamiento tanto para la infección como para la sintomatología asociada, el contexto sociocultural del enfermo, la detección precoz de la enfermedad, etc.

En cuanto a la sintomatología, aunque también suele ser muy variable, hay una serie de características que generalmente restan comunes: el deterioro de la cognición, caracterizado por disminución de la capacidad de juicio, déficit de memoria, enlentecimiento de la actividad intelectual, problemas del habla e incapacidad de concentración; el deterioro motor caracterizado por enlentecimiento motor, pérdida de coordinación, hiperreflexia, hipertonía e inestabilidad en la marcha; y alteraciones en el comportamiento como la incapacidad de llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria, apatía, pérdida de la espontaneidad, cambios en la personalidad o tendencia al abandono. Todos estos síntomas varían según el grado de

afectación neuronal y el estadio de evolución de la enfermedad.

El tratamiento suele combinar el uso de antirretrovirales que impiden el avance de la infección y sus manifestaciones, y el uso de antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos, etc. para paliar los síntomas de la afectación neuropsiquiátrica.

Introducción a los diagnósticos enfermeros

Los diagnósticos de enfermería nacieron de la necesidad de denominar de forma universal y común los problemas que como profesionales enfermeros podemos tratar de forma independiente. El término diagnóstico de enfermería fue empleado por primera vez por Vera Fry en 1953 y a partir de ese momento numerosas teóricas enfermeras han dado diferentes definiciones a dicho término, hasta llegar a la que hoy día es probablemente la definición más aceptada y extendida.

Un diagnóstico enfermero es “un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales que proporciona la base para la terapia definitiva para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable” (NANDA 1990).

La NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) fue fundada en EEUU en 1982 por un grupo de enfermeras con el objeto de trabajar en la identificación, desarrollo, clasificación y unificación de los diagnósticos de enfermería. Tras varias conferencias, jornadas y años de trabajo de ésta y de otras asociaciones internacionales como la AFEDI (Asociación Francófona Europea de Diagnósticos de Enfermería), en 2002 la NANDA pasa a llamarse NANDA Internacional para de esta manera dar respuesta al interés mundial creciente en el campo de la terminología diagnóstica enfermera.

La NANDA Internacional es la asociación que a día de hoy se encarga de revisar, validar, añadir nuevos diagnósticos y promover el uso de los diagnósticos de enfermería en la práctica enfermera.

Clasificación de los diagnósticos de enfermería: Taxonomía NANDA II.

Tras la aparición y aprobación de los diagnósticos enfermeros, surgió la necesidad de ordenarlos y organizarlos a fin de facilitar y expandir su uso.

Con este objetivo el comité de la NANDA se dedicó en varias de sus conferencias a establecer una clasificación de los diagnósticos enfermeros que habían surgido y que seguían surgiendo hasta ese momento. Tras varias clasificaciones previas, en 2002 se estableció la que se conoce hoy como taxonomía II. Esta clasificación está basada en el modelo de Patrones funcionales de Salud de Gordon (1998) aunque modificada y adaptada. Consta de 13 dominios, 47 clases y 188 diagnósticos.

Un dominio es “una esfera de actividad, estudio o interés” y una clase es “una subdivisión de un grupo mayor; una división de las personas o cosas por su calidad, rango o grado” (Roget, 1980).

Diagnósticos enfermeros más frecuentes en paciente con demencia asociada a VIH y cuidados de enfermería relacionados.

Con objeto de simplificar nos hemos centrado únicamente en los dominios, sin subdividirlos en clases, y los diagnósticos enfermeros que corresponden a cada dominio. Aunque son 13 los dominios que propone la taxonomía de la NANDA II, sólo hemos desarrollado aquellos que consideramos más aplicables a los pacientes con demencia asociada a VIH. Así mismo, proponemos actividades de enfermería relacionadas con cada diagnóstico enfermero.

DOMINIO 1: Promoción de la salud.

00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico.

00079 Incumplimiento del tratamiento.

Los cuidados de enfermería en este dominio van dirigidos a hacer comprender al paciente e insistirle en la necesidad de que siga tomando el tratamiento habitual, informándole de las consecuencias de no hacerlo, y supervisando la toma

de medicación tanto para la infección por VIH, como para los síntomas neurológicos asociados a la demencia o para otras patologías asociadas. Por otro lado, actividades como hacer listados con la medicación que tiene que tomar o ayudarle a preparar una caja de automedicación, pueden ayudarle a fomentar su autonomía y a aumentar su implicación en el tratamiento.

DOMINIO 2: Nutrición.

00002 Deterioro de la nutrición por defecto.

00103 Deterioro de la deglución.

00102 Déficit de autocuidado: alimentación.

Según el grado de afectación de la demencia que sufra el paciente, se verá más o menos afectada su capacidad de autocuidado. En este aspecto, según el resultado de la valoración previa de cada paciente las actividades de enfermería pueden dirigirse desde la educación en una alimentación sana y equilibrada, al control del aumento o pérdida de peso, hasta el aporte de una dieta que se adapte a la capacidad de deglución del paciente (dieta blanda, triturada, uso de espesantes...).

DOMINIO 3: Eliminación e intercambio.

00022 riesgo de incontinencia urinaria.

00011 estreñimiento.

00014 Incontinencia fecal.

00110 Déficit de autocuidado: uso del WC.

Al igual que en el punto anterior, los cuidados se aplican según el grado de afectación del paciente. Son válidas actividades que ayuden al paciente a identificar el WC (p. ejemplo poniendo carteles) y su correcto uso. También es importante guardar unos hábitos intestinales como ir al WC todos los días a la misma hora. En caso de incontinencia fecal o urinaria, es importante valorar los indicadores no verbales del paciente que señalen la necesidad de orinar o defecar, así como mantener la zona perineal siempre limpia y seca después de cada deposición o micción a fin de mantener la integridad cutánea. Es muy frecuente también la aparición de estreñimiento muchas veces debido a la medicación y el sedentarismo, por lo que hay que valorar el aporte de



líquido, la posibilidad de realización de ejercicio físico, una dieta rica en fibra o la necesidad del uso de laxantes.

DOMINIO 4: Actividad/ reposo.

00040 Riesgo de síndrome de desuso.

00085 Deterioro de la movilidad física.

00088 Deterioro de la deambulación.

00094 riesgo de intolerancia a la actividad.

00095 Deterioro del patrón del sueño.

00108 Déficit de autocuidado: baño/ higiene.

00109 Déficit de autocuidado: vestido/ acicalamiento.

Es frecuente en estos pacientes la aparición de somnolencia durante el día y/o insomnio por las noches, por lo que es importante definir bien los tiempos sueño y vigilia estableciendo unos horarios fijos, favoreciendo el descanso por la noche y fomentando la actividad durante el día.

Conforme avanza la enfermedad, el deterioro físico se acentúa, siendo imprescindible desde el primer momento la realización de ejercicio físico tanto activo como pasivo, que habrá que ir adaptando a las limitaciones físicas que irán aumentando con el paso del tiempo, facilitando el uso de dispositivos externos como bastones o andadores que favorezcan la movilidad del paciente.

En cuanto al déficit de autocuidado, hay que procurar en la medida de lo posible, mantener rutinas y establecer horarios para las actividades de autocuidado, así como facilitar dichas actividades poniendo a la vista los objetos necesarios para realizarlas y ordenarlos en el orden en que tienen que ser utilizados, o identificando su uso con dibujos.

DOMINIO 5: Percepción/ cognición.

00051 deterioro de la comunicación verbal.

00122 trastorno de la percepción sensorial.

00126 conocimientos deficientes.

00127 Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno.

00131 deterioro de la memoria.

00130 trastorno de los procesos del pensamiento.

00173 riesgo de confusión aguda.

Es importante en este punto establecer una comunicación verbal y no verbal lo más eficaz posible desde el inicio, adaptándola progresivamente a las limitaciones que con el avance de la enfermedad vayan surgiendo. Conviene dirigirse al paciente de forma amistosa y abierta, mirándole directamente, hablando en tono de voz claro y relajado, utilizando un lenguaje sencillo y frases cortas, y asegurándonos de que entiende. Por otro lado hay que escucharle activamente, dándole tiempo al paciente para que se exprese, ayudándole a expresarse e identificando y valorando la conducta no verbal y su significado.

Para evitar la confusión aguda, y apoyarle en el deterioro de la memoria y el déficit de conocimientos, así como en el deterioro de la interpretación del entorno, hay que crearle un ambiente tranquilo y seguro con una rutina fácil, sin muchos cambios, ayudándole a situarse en tiempo y espacio (sin abusar de la reorientación ya que puede causarle frustración). Es bueno planificarle actividades sencillas adaptadas a sus conocimientos que le ayuden a utilizar las capacidades que conserve.

DOMINIO 6: Autopercepción.

00121 trastorno de la identidad personal.

00152 riesgo de impotencia.

00054 riesgo de soledad.

00153 riesgo de baja autoestima situacional.

Hay que valorar al paciente en busca de signos y síntomas que indiquen un deterioro en la percepción de sí mismo durante todo el proceso de enfermedad, evitando complicaciones añadidas como la depresión. Para ello es necesario conservar una comunicación abierta y eficaz que le permita expresar sus miedos y sentimientos. Son buenas las actividades en este ámbito orientadas a reforzar las conductas positivas que presente, así como animarle a realizar actividades sencillas que le demuestren las capacidades que aún conserva. Es bueno que sigan conservando en la medida de lo posible su círculo social y que

participen en actividades de grupo así como en reuniones familiares.

DOMINIO 7: Rol/ relaciones.

00062 riesgo de cansancio en el desempeño del rol del cuidador.

00060 interrupción de los procesos familiares.

00055 desempeño inefectivo del rol.

00052 deterioro de la interacción social.

En el proceso de atención del paciente no podemos olvidarnos de la familia y la importancia que tiene en el bienestar del paciente. Hay que facilitar a los familiares toda clase de información sobre la enfermedad, los cambios que pueden aparecer en la persona, como tratarlos y el apoyo con el que cuentan. También hay que darles información sobre las precauciones necesarias para evitar contagios de la infección y ayudarles a expresar sus dudas, miedos e inseguridades, dejando una comunicación fluida para que puedan expresarlos cuando lo necesiten. Es bueno animarles a participar en grupos de apoyo a familiares y en asociaciones relacionadas con la demencia y el VIH.

Para evitar el cansancio en el cuidado, es conveniente que se pongan en contacto con los servicios sociales para que les ofrezcan (en la medida de lo posible) ayuda domiciliaria en el cuidado del enfermo. Y a la vez hay que animarles a que sigan manteniendo su vida social y familiar y se reserven tiempo para ellos mismos.

DOMINIO 8: Sexualidad.

00065 patrón sexual inefectivo.

00004 riesgo de infección.

Debido a la infección por el VIH es necesario asegurarse que el paciente tiene una conducta sexual adecuada, con relaciones sexuales seguras y que conoce las vías de contagio del virus y las precauciones a adoptar.

Durante la evolución de la enfermedad es frecuente que aparezcan cambios en la actividad sexual, cambios en el interés sexual o en las conductas sexuales. Es importante dejar que el

paciente exprese sus preocupaciones sobre el tema, informarle de los efectos que el avance de la enfermedad o algunas medicaciones pueden provocar y reconducir y ponerle límites en caso de presentar conductas sexuales inadecuadas.

DOMINIO 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés

00146 ansiedad.

00148 temor.

00069 Afrontamiento inefectivo.

00074 afrontamiento familiar comprometido.

00077 afrontamiento inefectivo de la comunidad.

Como cualquier proceso de enfermedad, la ansiedad, el temor y el afrontamiento inefectivo están presentes. Nuestro papel como profesionales de enfermería es el de valorar tanto la situación del paciente como de su entorno y ofrecer información, ayuda, apoyo y comprensión.

DOMINIO 11: Seguridad/ protección.

00004 riesgo de infección.

00035 riesgo de lesión.

00155 riesgo de caídas.

00038 riesgo de traumatismos.

00138 riesgo de violencia dirigida a otros.

00140 riesgo de violencia autodirigida.

00037 riesgo de intoxicación.

00180 riesgo de contaminación.

00188 tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud.

Para evitar complicaciones añadidas a la enfermedad, es necesario mantener un ambiente seguro, orientando al paciente sobre su entorno y evitando los cambios en él. En el domicilio hay que hacer especial atención en áreas como la cocina, teniendo controlado en todo momento el fuego o los productos de limpieza que pueden resultar tóxicos, así como los aparatos eléctricos o los objetos cortantes con los que se pueda dañar. En el baño, es bueno señalar bien el



agua caliente, así como poner dispositivos anti-deslizantes en la bañera o ducha. En el resto de la casa hay que procurar mantener el espacio libre de obstáculos y puede ser bueno etiquetar cajones y poner carteles explicando el uso de aparatos de uso frecuente para fomentar la autonomía del paciente en las actividades de la vida diaria.

En cuanto a la violencia bien autodirigida, bien dirigida a otros, para evitarla es importante iden-

tificar los signos y síntomas de enfado, ansiedad y nerviosismo del paciente y valorar las causas que lo producen para poder atajarlas antes de que pueda recurrir a la violencia. Ayudarle a verbalizar su enfado o proponerle actividades donde pueda descargar su agresividad también pueden evitar situaciones violentas. Así mismo, reconducirle y ponerle límites tras una muestra de violencia, pueden ayudar a evitar nuevas situaciones de ese tipo.

Bibliografía

- NANDA-I. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. Ed. ELSEVIER.
- García Sanchez, C; Estévez González, A.(2007)Enfermedad de Alzheimer: actividades y vida social. EDICIONES MAYO.
- CTO Enfermería. Manual CTO de Enfermería 4ª Edición. Tomo I. 2007. Ed. Mc GRAW HILL. INTERAMERICANA.
- Wyszynski, AA.; Wyszynski, B. (2006). Manual de Psiquiatría para pacientes con enfermedades médicas. MASSON.

Contacto:

Aitziber Pinillos Bringas.

C/ Pedro Cortés 3- 6ºD • 48006- Bilbao • Email: aitzipi@hotmail.com. Teléfono: 649303948.

Recibido: 1-9-10.

Aceptado: 1-10-10.

Formación Continuada en psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (IX)

Psicofarmacología. Bases y Aplicación Clínica 1ª entrega: psicofarmacología

Michel Salazar Vallejo, Concha Peralta Rodrigo, Javier Pastor Ruiz

Presentación

Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada es una sección que de modo permanente aparece en *NORTE de salud mental*. Se pretende que la persona que lo desee pueda autoevaluarse en áreas clave siguiendo un formato de pregunta tipo MIR en los que cada ítem es comentado y soportado bibliográficamente.

Los avances en psicofarmacología clínica están en continuo proceso de expansión. Nuevos conocimientos clínicamente fundados o no y exuberante información neurocientífica se acumulan a diario. Conocimientos científicos, aparentemente desordenados a veces, van tomando cuerpo a medida que la investigación madura y crece consolidando hipótesis previas. El futuro es prometedor para los clínicos y promisorio para los pacientes porque nuevos y potentes psicofármacos se irán incorporando al arsenal químico que clínicos de todo el mundo utilizarán en su práctica médica habitual.

Los tres próximos números de *NORTE de salud mental* versarán sobre **psicofarmacología**. Concretamente se realizará un repaso a aspectos introductorios en farmacología del SNC: orígenes y tendencias futuras en farmacología psi-

quiátrica, investigación y desarrollo de nuevas psicomoléculas, y vigilancia postcomercialización en psicofarmacología.

Preguntas

Historia de la psicofarmacología

Pregunta 77: ¿Cuál de los siguientes personajes fue el primero en acuñar un nombre para denominar la nueva ciencia de los psicofármacos?

- A) E. Kraepelin
- B) E. Bleuler
- C) U. Cerletti
- D) T. Sydenham
- E) K. Kahlbaum

Pregunta 78: ¿Cuál de los siguientes psicofármacos fueron desarrollados siguiendo una estrategia planificada con antelación?

- A) sales de litio
- B) benzodiazepinas
- C) ISRS
- D) IMAO
- E) antidepresivos tricíclicos



Tendencias futuras en psicofarmacología

Pregunta 79: Con la denominación me too nos referimos a:

- A) repatente de fármacos retirados del mercado 20 años antes
- B) principios activos que han debido pasar 2 veces por la fase II del desarrollo de nuevas moléculas
- C) fármacos estructural o funcionalmente similares a otros ya existentes
- D) fármacos copias de un original determinado que son comercializados por redes ilegales, por ej: venta fraudulenta en internet
- E) cualquier principio activo en fase IV, con algún tipo de sanción pendiente por la EMEA (Agencia Europea de Medicamentos)

Pregunta 80: La forma farmacodinámicamente activa de un *racémico* se conoce como:

- A) distómero
- B) enantiómero
- C) estereoisómero
- D) eutómero
- E) Todos los anteriormente citados son formas activas de los fármacos racémicos

Ensayo clínico e investigación de nuevos psicofármacos

Pregunta 81: Tiene como objetivos fundamentales evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento experimental, intentando reproducir las condiciones de uso habitual y considerando las alternativas terapéuticas disponibles en la indicación establecida. ¿A qué Fase del desarrollo de un nuevo fármaco pertenece esta definición?

- A) Fase 0
- B) Fase I
- C) Fase II
- D) Fase III
- E) Fase IV

Pregunta 82: Uno de los tratamientos en estudio se utiliza en combinación con al menos, otro tra-

tamiento en estudio, permitiendo evaluar mediante un solo experimento dos o más intervenciones terapéuticas comparadas con un control. ¿A qué tipo de ensayo clínico nos estamos refiriendo?

- A) Ensayo clínico no controlado
- B) Ensayo clínico en paralelo o de grupos paralelos (paralel design)
- C) Ensayo clínico cruzado (cross-over design)
- D) Ensayo clínico secuencial (sequential design)
- E) Ensayo clínico con diseño factorial (factorial design)

Peculiaridades del ensayo clínico en psiquiatría

Pregunta 83: ¿Cuál de los siguientes tipos de estudios se considera que aporta evidencias de menor calidad?

- A) consenso de expertos
- B) series de casos
- C) estudios de casos y controles
- D) estudios de cohortes
- E) ECA de pequeño tamaño

Pregunta 84: ¿Cuál de los siguientes diseños de investigación presenta una mayor validez interna?

- A) Grupos no equivalentes, sólo posttest
- B) Un grupo, pretest y posttest
- C) Dos grupos, uno de contraste sin tratamiento, con pretest y posttest
- D) Dos grupos, el de contraste con tratamiento, con pretest y posttest
- E) Dos grupos, asignación al azar, dos tratamientos, pretest y posttest

Respuestas

Respuesta correcta 77: A

Comentario: En el área de la farmacología, dos son los méritos de E. Kraepelin. Primero la actitud experimental, pues en su laboratorio, y bajo su supervisión, sus colaboradores experimentaron con bromuro, trional, té y derivados, alcohol y cafeína, entre otras sustancias. En segundo

lugar Kraepelin fue el primero en dar un nombre para denominar la nueva ciencia de los psicofármacos. En su *Ueber die Beinflussung einfacher psychischer Vorgänge durch einige Arzneimittel*, publicado en 1892, dice “así me parece a mí, un importante beneficio de esta Farmacopsicología, el que nos puede guiar en el reconocimiento de la verdadera naturaleza de ciertos procesos psicológicos..”. En la medicina moderna, el primer autor que utiliza el término “psicofarmacología”, dentro del ámbito de la psiquiatría, fue Thorner, en un artículo publicado en la prestigiosa revista *Journal of Nervous and Mental Disease*, titulado *The Psychopharmacology of Sodium Amytal* (febrero de 1935).

Bibliografía:

López-Muñoz F, Álamo C. Historia de la Neuropsicofarmacología. Ediciones Eurobook S.L. Madrid, 1998, pág 161-2 y 195

Respuesta correcta 78: C

Comentario: En las primeras etapas de la psicofarmacología, los descubrimientos iniciales de fármacos psicotrópicos fueron fruto de la más absoluta casualidad (“serendipity”, en la terminología anglosajona), quizá con algún componente de observación clínica fortuita y acertada. Sin embargo, a partir de la década de los 70, el desarrollo de los fármacos psicotrópicos sigue un detallado proceso de diseño racional. Los ISRS constituyen la primera familia de psicofármacos que fueron desarrollados siguiendo un procedimiento de diseño racional y dirigido, esto es, siguiendo una estrategia planificada con antelación. Los ISRS fueron diseñados modificando la estructura química de su molécula para que actuasen exclusivamente sobre el *locus* deseado, sin interactuar sobre otras dianas, como ocurría con los tricíclicos.

Bibliografía:

López-Muñoz F, Álamo C. Historia de la Neuropsicofarmacología. Ediciones Eurobook S.L. Madrid, 1998, pág 194 y 285.

Tendencias futuras en psicofarmacología

Respuesta correcta 79: C

Comentario: Es clara la tendencia actual de la industria farmacéutica hacia lo que podría deno-

minarse “variaciones sobre el mismo tema” referidas a los psicofármacos ya existentes. Las principales variaciones son los llamados **me toos**, fármacos estructural o funcionalmente similares a otros ya existentes, que aportan algunas ventajas, como una dosificación más fácil, menos efectos secundarios, una mayor efectividad o, más recientemente, un perfil de interacciones menos conflictivo. En psicofarmacología, los **me toos** por excelencia son las benzodiazepinas y los ISRS. Con su correspondiente *me too*, la empresa comercializadora puede proponer un fármaco cuya pertenencia a una familia de eficacia ya contrastada permite esperar buenos resultados comerciales con un riesgo financiero menor que el que supone introducir un producto absolutamente nuevo. Algunos ejemplos de **me toos** son: soluciones (paroxetina líquida) y dispersables (mirtazapina Flas), parches (selegilina y rivastigmina), sistema OROS (metilfenidato con sistema de bomba osmótica que permite una administración diaria), presentaciones semanales (fluoxetina) y nuevas variantes de formulaciones *depot* (risperidona inyectables de larga duración).

Todas estas innovaciones permiten prolongar la duración de las patentes o licencias de exclusividad en una época en la que los sistemas públicos o mutualistas de salud priman el uso de genéricos. Por otra parte, se acorta enormemente el período de desarrollo del fármaco; ya muchos estudios y ensayos clínicos comparan esencialmente el eutómero con el racémico o se orientan a indicaciones ya exploradas por el fármaco original.

Bibliografía:

Medrano Albéniz J. *Tendencias futuras en psicofarmacología*. En Tratado de Psicofarmacología Bases y aplicación clínica 2.ª ed. M. Salazar Vallejo, C. Peralta Rodrigo, F. J. Pastor Ruiz editores. Ed Médica Panamericana 2009 pág 18-19.

Respuesta correcta 80: D

Comentario: Otra forma de expresar las posibilidades de comercialización de los fármacos ya disponibles es la comercialización de **enantiómeros**. Muchos fármacos son formas racémicas con una mezcla de dos *enantiómeros* que com-



parten fórmula química pero difieren en la disposición espacial de sus átomos, lo que les confiere formas espacialmente simétricas y no superponibles. Los enantiómeros se nombran con dos sistemas diferentes: según la configuración espacial de los átomos (R, hacia la derecha, y S, hacia la izquierda) o la desviación que inducen en la luz polarizada (+, los dextrorrotatorios, y, los levorrotatorios).

El entorno biológico es extraordinariamente específico desde el punto de vista geométrico, por lo que la forma molecular de los fármacos tiene gran importancia. En general, tanto para ejercer su acción como para ser metabolizado o seguir los sucesivos pasos que implica su procesamiento por el organismo, cada fármaco ha de encajar en un determinado molde molecular. Si una molécula tiene dos presentaciones espaciales (dos enantiómeros) diferentes, es posible que sólo una de ellas se acople debidamente a sus «moldes», lo que determina un diferente comportamiento farmacológico de las dos, de modo que una de ellas («eutómero») será más eficaz que su gemela especular («distómero»). Así pues, cualquier racémico puede considerarse un híbrido de un eutómero farmacológicamente activo y un distómero inerte o que sólo aporta efectos secundarios o interacciones conflictivas con otros productos. Si se administra sólo el eutómero, podría conseguirse un índice terapéutico más eficaz (mejor cociente efecto terapéutico frente a efectos secundarios) y se simplificaría el perfil farmacológico al eliminar la farmacocinética, los efectos secundarios y las interacciones del distómero. Asimismo, podrían utilizarse dosis más bajas del producto y, al limitarse la interacción del paciente con la molécula a un solo enantiómero, contar con un perfil de respuesta más homogéneo.

Algunos fármacos, como la fluvoxamina, carecen de estereoisómeros y de otros, como la levodopa o la levotiroxina, sólo se comercializa el enantiómero activo. La forma *levo* de la sulpirida se utiliza en la dispepsia, mientras que de la sertralina y la paroxetina están sólo disponibles sus respectivos eutómeros. Pero la lista de racémicos es amplia: lorazepam, tranilcipromina, trimipramina, mianserina, mirtazapina, venlafaxina, reboxetina, zopiclona. Teóricamente, todos ellos podrían depurarse hasta aislar su correspon-

diente eutómero. El fármaco pionero fue el omeprazol, cuyo *S*-enantiómero, autorizado en Estados Unidos en 2001, lleva años comercializado en España. Existen dos ISRS racémicos: la fluoxetina y el citalopram. Los dos enantiómeros de la primera son efectivamente productos dispares. La *R*-fluoxetina se elimina de forma más rápida y su inhibición del CYP2D6 es menos potente. Su perfil farmacodinámico parece también diferente y, así, el enantiómero *R* se ensayó en la depresión hasta que aparecieron desalentadores indicios de una prolongación del intervalo QTc, mientras que la *S*-fluoxetina se ha probado en la migraña, con resultados prometedores. El enantiómero *S* del citalopram (escitalopram) se comercializa en España desde 2004, y se afirma que la capacidad antidepressiva del racémico original reside en dicho enantiómero. Las técnicas de separación de estereoisómeros son relativamente recientes, y sus posibilidades, inmensas, como reconoció la Academia Sueca al galardonar a los pioneros en el campo con el premio Nobel de Química en 2001.

Bibliografía:

Medrano Albéniz J. *Tendencias futuras en psicofarmacología*. En Tratado de Psicofarmacología Bases y aplicación clínica 2.^a ed. M. Salazar Vallejo, C. Peralta Rodrigo, F. J. Pastor Ruiz editores. Ed Médica Panamericana 2009 pag 18-19.

Ensayo clínico e investigación de nuevos psicofármacos

Respuesta correcta 81: D

Comentario: El desarrollo de un nuevo fármaco está basado en el conocimiento de la estructura molecular o de los procesos biológicos. Los compuestos se evalúan en modelos animales múltiples, y llegado un punto se decide qué producto será objeto de desarrollo.

La Fase preclínica se sigue de un programa de investigación y desarrollo clínicos, arbitrariamente dividió en tres fases.

Fase I: es la primera prueba de un nuevo fármaco en el ser humano. El objeto principal es el *estudio de la seguridad* (tolerancia). En general, se lleva a cabo en voluntarios sanos, aunque

algunos tipos de fármacos son necesariamente estudiados en pacientes. La duración total de la Fase I suele oscilar entre 9 y 18 meses y ésta se lleva a cabo habitualmente en un solo Centro. El participante recibe una compensación económica, que no debe ser tan elevada como para inducir a participar en contra de su propio interés.

Fase II: tiene por objeto *definir la farmacodinámica y la farmacocinética* en el ser humano. El principal objetivo es definir el margen o recorrido de las dosis que se utilizaran en los estudios de Fase III y en la futura práctica clínica (estudios de búsqueda de dosis). Esta fase suele durar de 1 a 3 años.

Fase III: tiene como objetivos fundamentales evaluar la *eficacia y seguridad del tratamiento* experimental, intentando reproducir las condiciones de uso habitual y considerando las alternativas terapéuticas disponibles en la indicación establecida, generalmente mediante el ensayo clínico controlado aleatorizado. Una vez terminada esta fase el fabricante presenta la solicitud en el registro del nuevo medicamento.

Fase IV: *poscomercialización*, se perfilan aspectos específicos de la toxicidad del medicamento, la influencia farmacocinética y farmacodinámica de diversos factores fisiológicos y patológicos o de posibles interacciones con otros fármacos con el fin de establecer pautas de administración más seguras.

Bibliografía:

Aguirre Gómez C, García García MM: Ensayo clínico e investigación en nuevos psicofármacos. En Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica. Editorial Médica Panamericana. 2º Edición. Pag. 27- 34. Madrid 2009.

Respuesta correcta 82: E

Comentario: Según el diseño, se distinguen dos tipos de ensayos clínicos: los no controlados y los controlados.

- El ensayo clínico no controlado es el que no comporta una comparación con un grupo control o testigo.
- El ensayo clínico controlado es el que comporta una comparación con un grupo control.

Puede clasificarse a su vez, según el diseño en cuatro tipos básicos:

- Ensayo clínico paralelo o de grupos paralelos (paralel design) que es el más común. En el, dos ó más grupos de pacientes son seguidos simultáneamente en el tiempo, asignándose un solo tratamiento a cada uno de ellos. Requiere tamaños de muestras grandes. Este tipo de diseños incluye también los ensayos de búsqueda de dosis (dosis-titration).
- Ensayo clínico cruzado (cross-over design) o de grupos cruzados, los sujetos reciben ambos tratamientos en estudio (experimental y de control) de forma sucesiva. Este diseño permite a cada sujeto ser su propio control.
- Ensayo clínico secuencial (sequential design) es una variante de los ensayos clínicos con grupos paralelos en el que se analizan de forma intermitente (diseño secuencial por grupos) o continua (diseño secuencia continuo) las diferencias que se observan entre grupos paralelos de tratamiento. Es frecuente en ensayos clínicos en fase I y fase II.
- Ensayos clínicos con diseño factorial (factorial design) uno de los tratamientos en estudio se utiliza en combinación con, al menos otro tratamiento en estudio (bien distintos fármacos, bien distintas dosis). Este diseño permite evaluar mediante un solo experimento dos ó más intervenciones terapéuticas comparadas con un control. Una de las ventajas de este tipo de diseño es la posibilidad de determinar si la administración de un fármaco, solo ó en distintas combinaciones es más eficaz, sin tener que aumentar para ello el número de pacientes.

Bibliografía:

Aguirre Gómez C, García García MM: Ensayo clínico e investigación en nuevos psicofármacos. En Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica. Editorial Médica Panamericana. 2º Edición. Pag. 27- 34. Madrid 2009.

Peculiaridades del ensayo clínico en psiquiatría

Respuesta correcta 83: A

Comentario: El “consenso de expertos”, es, entre los diferentes tipos de estudios referidos, el que



menor calidad de evidencias aporta. El lugar de preferencia en orden a la mayor calidad de evidencia es para el ensayo clínico aleatorizado (ECA), sobre todo si posee un tamaño muestral importante. El metaanálisis podría competir por esta posición si no fuera por que requiere de unas condiciones ideales para su realización que no se dan casi nunca. Ordenados de menor a mayor según la calidad de las evidencias que pueden aportar, después del consenso de expertos vendrían las series de casos, los estudios de casos controles, los estudios de cohortes, los ECA de pequeño tamaño, los estudios de metaanálisis y los ECA con tamaño muestral importante.

Bibliografía:

González Torres M.A, Ruiz Parra E, Álvarez de Eulate S. Peculiaridades en el diseño de ensayos clínicos aleatorizados en psiquiatría y en el campo de la salud mental. En: Salazar, Peralta, Pastor. Tratado de Psicofarmacología. 2ª edición, Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2009, pág. 43-44.

Respuesta correcta 84: E

Comentario: Se dice que la validez interna de un estudio es alta cuando es elevada la probabilidad de que las conclusiones que se extraigan de

él se deban realmente a la variable manipulada y a la variable independiente seleccionada. Los estudios con gran validez interna aportan resultados fiables. Los estudios con gran validez externa permiten confiar en que los resultados en la población del estudio se repetirán en el paciente concreto que estamos tratando. De los diseños referidos el E es el que cuenta con una mayor validez interna, ya que cuenta con asignación al azar de los sujetos. La mayoría de las amenazas a la validez interna desaparecen cuando los participantes son asignados al azar a las intervenciones terapéuticas de que se trate.

Bibliografía:

González Torres M.A, Ruiz Parra E, Álvarez de Eulate S. Peculiaridades en el diseño de ensayos clínicos aleatorizados en psiquiatría y en el campo de la salud mental. En: Salazar, Peralta, Pastor. Tratado de Psicofarmacología. 2ª edición, Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2009, pág. 43-44.

Nota Clínica: “Rota y Loca”

Nicolás Vucínovich*, **Rafael Romero Gamero****, **Silvia Poves Oñate*****.

*Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Comunitaria-Oriente. Hospitales Universitarios “Virgen del Rocío”. Sevilla.

**Psicólogo Clínico. Unidad de Salud Mental Comunitaria-Oriente. Hospitales Universitarios “Virgen del Rocío”. Sevilla.

***Psicóloga Clínica. Unidad de Salud Mental de Adultos de Alcazar de San Juan. Hospital La Mancha-Centro. Ciudad Real.

Resumen: Nuestra intención a través de este caso es examinar el efecto estabilizador que tuvo sobre esta paciente psicótica el despliegue de su delirio en consulta. Ilustramos con este ejemplo la necesidad, percibida en nuestra práctica clínica con estos pacientes, de ofrecer un espacio de escucha para que el saber que contiene cada delirio acerca del sujeto pueda desplegarse. Esto no implica empujar o ayudar al paciente a delirar, sino acompañarlo en la construcción de un saber que dé un marco a su existencia atormentada. El efecto sobre esta paciente fue el de mitigar los fenómenos alucinatorios así como pacificar las relaciones con el entorno familiar y su equipo tratante.

Palabras clave: Delirio, Alucinaciones, Interpretación psicoanalítica.

Abstract: In this article, we try to analyse the contribution of reveal and open psychotic symptoms out across therapeutic process. We describe the stabilizer power over this patient we are calling R. We show, through our clinic experience, the requirement of giving a listening space in order to take the knowledge about the patient out of each delirium. We don't mean anything about help the patients to rave but it's important to go along with them through the building of a new setting to their tormented life. We note along this article how this type of psychotherapeutic intervention soothe the hallucinations as well as pacified the relationship between her family environment and therapeutic team.

Key Words: Delusion, Hallucinations, Psychoanalytic Interpretation.



El Caso

R. viene al equipo de salud mental en estado de sufrimiento. Dice sentir un calor en la cabeza, sentir un olor, escuchar una respiración en la nuca y escuchar una voz que repite su nombre. Tuvo que dejar su trabajo meses antes de consultar al experimentador que “Él” la espiaba o se hacía presente allí a través de aquellas sensaciones. Al relatar esto se muestra angustiada, llora, al tiempo que parece desconfiar de este encuentro con el nuevo psiquiatra. Años antes consultó por tristeza, pero no volvió, al pensar que “aquel psiquiatra estaba embrujado”. Sólo sale de su casa cuando es necesario, ya que le inquieta pensar que la gente pudiera mirarla, o preguntarle cosas que ella no supiera contestar.

Recuerda haber sufrido estas sensaciones por primera vez veinte años atrás (ahora tiene 50 años), dos meses antes del cumpleaños de su único hijo. Mientras arreglaba su casa, escuchó una voz que la nombraba, la respiración, el olor y el calor en la nuca. Se asustó al ver que no había nadie detrás suyo y se encerró en su habitación, por un mes. Muchas veces llamó a la policía pero estos no encontraron a nadie dentro de la casa. Un mes antes de este primer episodio había perdido más de 10 kilos de peso.

Relata otras sensaciones que la inquietan: no puede viajar en autobús, porque la gente “mira de forma desordenada” y alguno podría mirarla a ella. En la iglesia teme que la gente la mire: las monjas podrían decirle “ipecadora!” y el que recoge el dinero podría sancionar “imiserable!”, al ver que dona poco dinero.

Algunos datos biográficos

R. vive con su hijo de 21 años. Separada de su marido hace años. Sus padres y hermanos viven en Alicante, donde ella vivió hasta casarse. Después de esto comienza una serie de cambios de ciudad y de casas justificados por la profesión de su marido: “empresario famoso”. Explica que su marido nunca la ha comprendido: “decía que lo que me pasaba estaba en mi cabeza... me miraba fijamente sin hablarme como si yo tuviera que entenderlo todo”. Con sus padres y ex marido mantiene contacto telefónico.

Es la cuarta de cinco hermanos. “Ninguno se alejó mucho de la casa de mis padres después de casarse... viven en el mismo bloque... mi padre quería tenernos cerca”. Ella fue la única que al casarse se marchó a otra ciudad.

Con respecto a su madre, dice: “siempre me está vigilando... sabe todo lo que me pasa”. Por teléfono intenta ocultarle su sufrimiento, diciéndole que se encuentra bien. Sin embargo ella se da cuenta: “es muy sensible”, dice de su madre, “no puedo engañarla”. Busca ocultarle su angustia para evitar que esta responda de las dos formas siguientes: pidiéndole que vuelva a su casa, con sus padres, donde estará más acompañada, y justificando sus penurias a través de una supuesta culpa que está pagando: “siempre me dice que las cosas que me pasan son por haber hecho daño en otras vidas, y que debo pagarlo en esta... que me reencarnaré en negro para seguir sufriendo... y yo le pregunto: negro del África, o negro como Obama, mamá?”. Su madre tiene asimismo la facultad de presagiar las desgracias de la paciente: “Yo le digo que me augure algo positivo, alguna vez”. Impresiona oscilar entre creerle a su madre y a sus anuncios dramáticos y, por otro lado, buscar neutralizarlos mediante comentarios sarcásticos que señalan el pesimismo y la arbitrariedad de aquella. Con respecto a su padre dice “es la única persona con la que me siento segura... sé que mataría por defenderme”. Lo describe como una persona desconfiada, celosa, y siempre dispuesta a responder violentamente.

La madre se quedó embarazada siendo ambos padres “muy jóvenes”. La abuela paterna, mujer de estatus social elevado y autoritaria, no dejó que su hijo se casara con aquella mujer humilde, que durante algunos años estuvo destinada a ser “la chacha de la casa”, hasta que nació R., la cuarta hija. Dice “mi padre es una buena persona por no habernos abandonado como fue abandonado por su propio padre”. Cree que la juventud de su padre explica el hecho de que no quisiera que lo llamaran así, “papá”, sino por su nombre propio: “se enfadaba cuando delante de otras personas lo llamábamos papá”. Recuerda cómo las controlaba y vigilaba, a ella y a sus hermanas, siendo adolescente: “no quería que saliéramos... tendría miedo de que nos quedáramos embarazadas”.

Tras la cuarta entrevista R. dice haber dejado de sentir “ese calor en la cabeza”. Duerme mejor aunque sigue angustiada y recluida en su casa. Se muestra menos desconfiada y habla espontáneamente. Cuenta cómo su hijo prepara su partida: se irá a Alemania a buscar trabajo. Piensa qué sentido tiene seguir viviendo sola en esta ciudad y teme que, al saberlo, su madre le pida que vuelva con ellos. Piensa también que su hijo se aleja porque está “harto” de verla sufrir.

Con respecto a ser mirada por la calle, dice a veces tener la sensación de no ser vista por nadie, de ser “invisible” y teme ser atropellada por la gente. Cuando le asalta esta idea, entra en un supermercado y compra cualquier tontería. Busca de esta manera captar la atención de la cajera, que le cobra, funcionándole este cobro como una prueba de existencia. Otras veces dice querer ser invisible, que nadie la mire ni le pregunten cosas.

En la siguiente entrevista, pregunta: “¿Nunca le dije que mi hijo es adoptado?”. Al casarse, ella tenía la intuición de que no podría quedarse embarazada: sufría menstruaciones dolorosas y temía que algo no estuviera bien. Tras dos años de intentos, le diagnosticaron una enfermedad ovárica, confirmando así sus sospechas. Comienza los trámites de adopción, y viendo que se demoraba el proceso decide irse a Rumania en busca de un niño: “me engañaron... me decían que era muy fácil adoptar allí, pero no que era imposible sacar al niño... pasé el peor año de mi vida”. Recuerda que su madre le anunció que la engañarían en Rumania si partía en busca de ese niño. Al poco tiempo de volver a España le entregaron un niño en adopción: “pensé que era una recompensa por el año de sufrimiento que pasé”. De la madre biológica de su hijo dice que “es una mujer fuerte, muy valiente... decidí tenerlo a pesar de estar soltera y del escándalo que le hubiera formado su familia de haberlo sabido”. Esta mujer parece haberse embarazado mientras vivía en otra ciudad y, escondiéndose de su familia, tuvo al niño en solitario, retornando con sus padres tras entregar al niño con tres días de vida. Nada se menciona acerca del padre del niño.

En la siguiente entrevista, su hijo ha partido a Alemania y ella comienza a vivir sola. Esta misma

semana su abogada le envía un fax que informa sobre la formalización del divorcio. Se muestra angustiada y dice haber “perdido un respaldo”: “estar casada me daba cierta seguridad... ahora estoy más sola que antes” (tiempo después dirá: “Es como si me hubiera quedado huérfana”). Está enfadada con su ex marido y se siente engañada por él. Al finalizar esta entrevista, me implora:

Necesito que usted me diga si cree que por desearlo mucho Él podría volver.

¿Su marido?

No. Él, la presencia.

Cree que este “Él” alucinado le funcionaba como una “compañía”. A partir de esta entrevista vuelve a percibir esta presencia en su casa, aunque de una forma menos angustiante: “ya no me da miedo... me habla y nunca estoy sola”. Me pide: “Él no quiere que lo llames así, voz o presencia, como si fuera algo irreal... no sabía si decirselo”. Alterna esta vivencia alucinatoria con un recuerdo que dice “no puedo dejar de darle vueltas... me gustaría borrar mi cerebro para dejar de pensar en lo que me pasó... pero nunca pude hablar sobre eso”. Relaciona este recuerdo con algo sufrido en Rumania. Respondo que tendremos tiempo para hablar de eso cuando ella pueda hacerlo.

En la siguiente entrevista relata la siguiente escena: en el funeral de su tía abuela, cuando el hijo de la muerta pregunta “¿Y ahora que hacemos?”, ella responde: “podríamos ir a jugar al bingo”, aludiendo así a los gustos de su tía abuela muerta, proponiendo una suerte de homenaje hacia ella. Su madre, avergonzada, la justifica diciendo a los acompañantes “es que está mal de los nervios”. Recuerda ahora que su madre siempre intervenía así, “desde niña”, cuando ella metía la pata. A ella y a sus hermanas les ordenaba: “no digan nada hasta que no les pregunten”, temiendo que hicieran el ridículo. Al final de la entrevista dice que tiene que ir a ver a una amiga, y que teme que esta le pregunte cómo está, y no poder contestar a sus preguntas: “me imagino que me temblará la cara, o que se me caerá la baba”. Señalo entonces “como si estuviera mal de los nervios”. Intento cuestionar así la sentencia de su madre.



Comienza a estar “más tranquila, ya no estoy mal como antes”. Se estabiliza siguiendo sus “rutinas”. No soporta que su hermana la visiten en su casa “me sacan de mi rutina... me obligan a salir... me hablan mucho... cuando hay gente en casa Él ya no me habla”.

A partir de la siguiente entrevista la paciente comienza a desplegar su historia, anunciando: “he decidido contarle la historia de mi vida desde mi infancia”.

Recortes del Relato de R.

“No tengo recuerdos de antes de los 7 años”. Después de esa edad recuerda a sus hermanas “siempre llorando”. Dice “no recuerdo las cosas terribles que ellas me cuentan... mi padre pegando a mi madre... yo lloraba con ellas, por simpatía, por acompañarlas”.

“Con 17 años conocí a mi marido... éramos amigos... con 20 años me casé virgen con él y nos fuimos a vivir a Barcelona... me convertí en una infeliz...sentía que no lo conocía, que me había casado con un extraño”. Recuerda: “sufrí mucho la separación de mis hermanas”.

En Barcelona conoció a una mujer rumana que la convenció para que se fuera con ella y su marido a Rumania, ya que allí le sería fácil adoptar un hijo. “Esta amiga era como mi hermana”. Al llegar le dicen que no puede quedarse en casa de los padres de la amiga, ya que no había sitio para ella. Debía alojarse en casa de un hermano. Se angustia e implora: “quería quedarme en esa casa, con toda esa gente”. Recuerda: “ese hombre era muy amable, me amedrentaba... era mucha persona para mí... después de una semana empieza a estar más violento con migo... hasta que un día entró en mi habitación y se tiró encima mío... era como un sueño... todo se me hizo más claro en ese momento... Dios me estaba poniendo a prueba... me hacía sufrir para luego darme un hijo”. Las semanas previas a la violación, su abogado y su amiga comienzan a hacerle insinuaciones acerca de las dificultades que entrañaría el intentar sacar a un niño del país.

“Cuando volví a Barcelona nadie me preguntó nada acerca de lo que me había pasado”.

Asegura: “volví rota y loca”. Dice no haber podido hablar con nadie sobre este suceso, en 25 años transcurridos desde entonces: “nadie me preguntó”. Cuando intentaba hablarlo con los curas, al ver estos que R. se angustiaba y lloraba, interrumpían su relato, diciéndole: “debes acercarte más a Dios”.

Tras esta entrevista la paciente muestra una mejoría clínica evidente: no llora en consulta, se deshace de sus gafas de sol, sonríe y dice salir de su casa. Ha planeado un viaje a Córdoba con su hermano “para ver a un Santo”. Me dice “va a ser mejor que usted me haga las preguntas y yo le contesto”. Le pregunto entonces por su madre y dice: “mi madre tuvo los hijos que Dios le mandó... nunca puso medios”. Cuando le dijo a su madre que no podría tener hijos, esta le contestó: “eres de Dios”, y agrega: “según ella, Dios me tenía reservado otro destino... ninguno según ella”.

Hasta aquí he intentado resumir el testimonio dado por la paciente.

Algunas Puntualizaciones

Creo que hay dos elementos en el relato de la paciente que pueden servirnos para establecer los ejes que la orientan, en su vida y en sus descompensaciones. Estos son: la maternidad y su desorganización frente a las preguntas del otro.

En cuanto a la maternidad, destacan por un lado la proliferación en su relato de madres sin padre. Tenemos a su abuelo, que abandonó a su padre, dejando vía libre al matriarcado tirano que ejerció su abuela. Por otro lado hay referencias sobre una madre biológica, pero ninguna acerca del padre biológico de su hijo. El divorcio de su marido lo vive como un “quedarse huérfana”: no es un hombre, sino un padre lo que pierde en el trayecto.

En cuanto a su padre, destaca el agujero en el recuerdo que causan en ella las escenas violentas vividas en su infancia, agujero que no impresionó del tipo represivo, sino de algo no simbolizado acerca de la relación entre sus padres. Responde a estas escenas filiándose especularmente con sus hermanas (“lloraba por simpatía, por hacerles compañía”). Al final de su libro,

Leclaire (1) enuncia su 4^o tesis sobre las psicosis (pag. 160): *El núcleo patógeno de un estado psicótico parece ser el hecho de una experiencia no dialectizada, no reconocida, no temporalizada; el concepto de repudio puede dar cuenta de ello.*

Es algo de la relación hombre- mujer, del deseo entre sus padres, lo que parece no simbolizado en esta paciente, y lo que la precipitó, al mudarse con su flamante marido a Barcelona, en una vivencia de extrañeza; en la perplejidad: "me sentía perdida... él era un desconocido para mí". Recordemos que esta mujer se casó "virgen", con un amigo con el cual las cosas, hasta entonces, funcionaban. Es este cambio de registro, este pasaje del "amigos" al registro enigmático del "hombre- mujer" lo que precipita la perplejidad que precede a su primer desencadenamiento.

Esta falla en la simbolización se manifiesta en la eclosión de su delirio, en el momento del desencadenamiento: cuando es violada por este hombre que la "abrumaba" porque era "demasiado persona" para ella, y al encontrarse sometida a su goce, ella es iluminada por una certeza delirante: "todo se me hizo más claro en ese momento... Dios me estaba poniendo a prueba... me hacía sufrir para luego darme un hijo". Hay algo del encuentro con el deseo del otro (llamemos a esto "deseo", aunque sea por un momento) que no es dialectizado, frente al cual sólo puede responder un delirio.

¿Por qué entra Dios en escena en este momento? Antes debo aclarar que para esta mujer, "Dios es despiadado... es como hacienda: siempre te quita más de lo que te da... los curas me explican que es bueno, pero yo sé que no" (¿es por esto que su delirio no pudo ser escuchado en el confesionario, demorando el testimonio de la paciente durante años?). ¿Por qué entra Dios, entonces? En el delirio entra el dicho de su madre: "mi madre tuvo los hijos que Dios le mandó": Él manda los hijos. Este dicho reaparece no-metafóricamente, sino literalmente en la paciente, pasando desapercibido hasta el momento en que tuvo que entrar en su discurso, para poder dar cuenta del encuentro con el otro. Que este dicho no sea dialectizable o que no sea metáfora de nada, implica que no está articulado con otros dichos, que no puede aparecer en el lugar de otros dichos, que no funciona con las

características de un significante articulado a un sistema. En su trabajo *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*, Lacan (2) dice (pag. 558): *Es preciso que ese Un-padre venga a ese lugar adonde el sujeto no ha podido llamarlo antes. Basta para ello que este Un- padre se sitúe en posición tercera en alguna relación que tiene como base la pareja imaginaria a-a', es decir, yo- objeto... interesado al sujeto en el campo de agresión erotizado que induce. ... Búsquese en el comienzo de la psicosis esta coyuntura dramática. Ya se presente para la mujer que acaba de dar a luz en la figura de su esposo, ya se presente ... se la encontrará siempre, y se la encontrará más fácilmente si se guía uno por las "situaciones" en el sentido novelesco de este término.*

Con respecto a lo que causa en la paciente el hecho de una pregunta, el verse demandada a responder, debemos recordar que esta paciente tenía, desde niña, "prohibido hablar antes que le preguntaran", y que estas respuestas asustadas que ella daba eran sancionadas como locuras: "es que está mal de los nervios". Que nos pregunten nos pone en posición de entregar una respuesta (aunque sea un silencio como respuesta, como nos pasa a veces con los pacientes), nuestra respuesta, dada desde la subjetividad, que se encuentra a su vez sostenida por un discurso compartido (Ver en *El Seminario Las Psicosis* de Lacan, el capítulo 3, *El Otro y la Psicosis*) (3). En nuestra paciente esta respuesta parece haber estado complicada por lo que "se podía decir", según su madre. Como si al responder lo hiciera desde un lugar distinto, lugar (discurso) que no estuviera ahí para dar valor de verdadero o falso a lo dicho, sino para sancionar: "estás mal de los nervios" (escena del entierro; el encuentro con su amiga, el miedo a que le pregunten por la calle y "no saber qué responder"). Con respecto a su marido ("él pensaba que estaba loca, me miraba y miraba como si yo tuviera que entender todo") y su perra ("me miraba fijamente"), estas miradas silenciosas impresionan arrastrar un aire de pregunta- suspendida, de no- formulada- todavía.

Creo que la invitación que me hace en la última entrevista a que le pregunte ("va a ser mejor que usted me haga las preguntas y yo le contesto") da cuenta de un cierto cambio de posición subje-



tiva, una cierta consistencia frente a las demandas de los otros (por ejemplo, pide ver a la trabajadora social del equipo, cuando antes esto la inquietaba por lo que pudieran preguntarle). Considero que este cambio se da a partir del momento en que su delirio puede ser escuchado sin ser sancionado, en ninguna de sus dos versiones: “estás loca” o “debes acercarte más a Dios”.

Para esta paciente, el haber podido hacer escuchar su delirio, parece haber tenido efectos estabilizadores. Creo importante dar al delirio el valor que Freud (4) le concede en 1911: “Eso que nosotros tomamos como una producción mórbida, la formación del delirio, es en realidad una

tentativa de curación, una reconstrucción”. Al final de su libro sobre la lógica del delirio, Maleval (5) dice: *La posibilidad de aparejar el goce del sujeto por medio del lenguaje es la condición del delirio. Allí encuentra la base de sus recursos autoterapéuticos. Oponerse al beneficio que ciertos psicóticos obtienen de tal trabajo puede conducir al encarnizamiento terapéutico*. Creo que es de fundamental importancia en nuestro trabajo el poder ofrecer al paciente un espacio de escucha que le permita sostener sus creaciones, para así conseguir cierta estabilidad. La consistencia que le aporta el delirio a algunos pacientes abre la posibilidad, como en este caso, de recuperar sus relaciones con los otros.

Bibliografía

1. Leclaire, S. *Principios de una Psicoterapia de las Psicosis*. Síntesis. Madrid, 1999.
2. Lacan, J. *Escritos 2. Siglo XXI*. Buenos Aires, 2002.
3. Lacan, J. *El Seminario, Las Psicosis*. Paidós. Buenos Aires, 2002.
4. Freud, S. *Compendio de Psicoanálisis*. Biblioteca Nueva. Madrid, 1972.
5. Maleval, JC. *Lógica del Delirio*. Ediciones del Serbal. Barcelona, 1998.

Contacto:

Nicolás Vucínovich.

C/ Ximenez de Enciso nº 35, Bloque 3, 1ºA. • 41004-Sevilla

Correo electrónico: comansemichave@yahoo.com; rrgamero@yahoo.es

Teléfonos: 685 895 199 (Nicolás Vucínovich); 635 540 581 (Rafael Romero)

Recibido: 27-3-10

Aceptado: 2-9-10

In memoriam

A propósito de Jorge García Badaracco

El día 12 de septiembre falleció el Prof. Jorge García Badaracco a sus 86 años de edad, creador del psicoanálisis multifamiliar, y maestro de numerosos psiquiatras y psicólogos de nuestro entorno.

En la Argentina pocos pueden decir que estudiaron con Jacques Lacan, en París, o con los premios Nobel Bernardo Houssay y Federico Leloir, en Buenos Aires. Graduado como médico en Buenos Aires en 1947. Pronto, en 1950, se trasladó a París para completar su formación psiquiátrica y psicoanalítica, trabajando junto al Profesor Julián de Ajuriaguerra en el hospital de Santa Ana, creando el Servicio de Relajación Corporal.

En los años 1951-53 realizó los seminarios de psicoanálisis con J. Lacan. Fue Assistant Étranger de la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale (Cátedra de Psiquiatría) en 1953. En París tomó contacto con otras personalidades de la psiquiatría y del psicoanálisis de la época como Henry Ey, Hecaen, Nacht, Levobici, Paul Girau, Jean Delay, y otros muchos. Durante esta estancia es aceptado como miembro adherente de la Sociedad Psicoanalítica de París.

En 1957, siendo miembro Asociado de la Sociedad Psicoanalítica de París, regresó a Buenos Aires. Fue profesor de Neuropsiquiatría de la Universidad de Mendoza y en 1958 obtuvo por concurso una Jefatura de Servicio en el Hospital Neuropsiquiátrico de Buenos Aires, que abandonaría en 1968 tras el desencuentro entre su concepción asistencial y el poder institucional, fundando entonces una clínica privada en la cual desarrolló y profundizó su filosofía asistencial durante 25 años.

En 1962, decidió realizar reuniones multitudinarias en su sala del Hospital Borda, con pacientes,

familiares, enfermeros y profesionales y después crear en el hospital la primera Comunidad Terapéutica de orientación Psicoanalítica donde el grupo multifamiliar se va convirtiendo en soporte de todo el andamiaje terapéutico. Lo hizo siguiendo los principios de Comunidad Terapéutica de diversos ilustres de la época, en especial por Maxwell Jones, aportando sus peculiaridades basándose en su formación psicoanalítica que le permitió profundizar en la psicopatología individual, prestando atención a la dimensión relacional.

Al año siguiente de la asunción de la Jefatura de Servicio crea la primera Residencia Médica en Psiquiatría. Con esta estructura docente y asistencial va desarrollando sus concepciones sobre la Comunidad Terapéutica de Orientación Psicoanalítica. En esta experiencia, años después, en 1964, crearía el primer Hospital de Día mixto de Buenos Aires para pacientes psiquiátricos, con el fin de proporcionar tratamiento ambulatorio a los pacientes que iban dejando la internación.

En 1968, a raíz de diversos avatares de la vida político-institucional en el Hospital Neuropsiquiátrico,



Jorge E. García Badaracco, octubre de 2005.

abandona el mismo y funda una clínica privada en la cual desarrolló y profundizó su filosofía asistencial y la dirige durante 25 años (DITEM). Como consecuencia de esta experiencia publicó su libro “La Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar”, y más tarde, desarrollado en su último libro “El Psicoanálisis Multifamiliar” trabajos centrados en el grupo multifamiliar, con aportaciones novedosas en la clínica y en la metapsicología psicoanalítica, aportes que se inscriben en la línea del pensamiento complejo que permite en un solo abordaje terapéutico trabajar simultáneamente la dimensión individual, familiar y social de la mente. Más tarde publicaría “Demonios de la Mente (Biografía de una Esquizofrenia)” y de una infinidad de artículos escritos prácticamente hasta el final de sus días en los que intentó transmitir su ideología terapéutica.

Durante la década que dura su experiencia hospitalaria desarrolla los cimientos de su ideología terapéutica, en donde el proceso terapéutico ocupa el centro del quehacer asistencial, dando sentido a la integración de recursos terapéuticos.

Para García Badaracco, la sociedad y las relaciones humanas eran el origen, la causa y el escenario donde se manifiesta la enfermedad mental y, por tanto, ese era el lugar donde también debía abordarse. Es por ello que los grupos multifamiliares se convirtieron en la principal herramienta de su quehacer clínico. Inicialmente planteados como grupos de pacientes de carácter psicopedagógico con un “encuadre espontáneo”, paulatinamente se fueron incorporando las familias y acabaron constituyéndose grupos terapéuticos de “libre discusión” de numerosos pacientes y familiares. Pudo organizar así un instrumento de gran potencial terapéutico y fue construyendo desde él su particular teoría del enfermar y de su abordaje, el Psicoanálisis Multifamiliar. Un espacio donde pacientes y familiares pueden compartir las ansiedades e incertidumbres que acontecen en todo proceso terapéutico. En ese contexto, se plantea trabajar con la “virtualidad sana” del paciente y su familia, es decir, con una actitud más que de escucha, de disponibilidad, respeto y tolerancia y dirigiendo la “mirada

del otro” hacia partes nunca suficientemente vistas de la persona pero que tienen que ver con lo

universal, lo que a todos nos une, lo inevitablemente intrínseco a la experiencia de la existencia humana, que hace que tanto el paciente como su familia sientan el crecimiento, la autonomía y la individuación como menos amenazantes.

Fue profesor adjunto de Psiquiatría de la Universidad de Buenos Aires desde 1972. Entre 1980 y 1984 fue Presidente de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) y en 1991 candidato a la presidencia de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA). Miembro Fundador de la Sociedad Argentina de Terapia Familiar y vicepresidente de la misma entre 1979 y 1984; Miembro Titular de la Asociación Médica Argentina y de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía; Profesor Adjunto de la Primera Cátedra de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. En 1987 es nombrado catedrático de psiquiatría y asume la dirección del Departamento de salud Mental de dicha facultad.

Premio Konex 1986 de Psicoanálisis, y Jurado Premios Konex 1996 de Humanidades. Miembro de Honor de A.P.A.G. en 1995. En junio del 2005, en el Aula Magna de la Academia Nacional de Medicina, recibió el premio Maestro de la Medicina Argentina, la consagración de una trayectoria y el reconocimiento público a la labor de toda una vida. En estos últimos años fue Profesor Emérito y continúa su labor asistencial con grupos multifamiliares en los Hospitales Neuropsiquiátricos J.T. Borda y B. Moyano de la Ciudad de Buenos Aires, y en la Asociación Psicoanalítica Argentina. Y continuó publicando sus trabajos y desarrollando conferencias en su país y en el extranjero, Italia, España, Uruguay y Brasil principalmente.

Descanse en paz un maestro a quien siempre recordaremos.

I.M.

Opinión

10-10-10, Día de la Salud Mental: nada que celebrar

Mikel Munarriz

Asociación Española de Neuropsiquiatría-
Profesionales de la Salud Mental en el País Valenciano.

La “celebración” el 10 de octubre del día de la Salud Mental, es un buen momento para hacer balance de la evolución de la atención pública a las personas con enfermedad mental en los últimos meses en el País Valenciano. Las plazas de cola que los sucesivos informes de la Federación de Asociaciones de Defensa de la Salud Pública asignan al conjunto de la atención sanitaria en nuestra comunidad autónoma no nos permiten albergar muchas esperanzas.

Una mirada optimista registraría que por fin la Administración autonómica ha reconocido las graves deficiencias de nuestro sistema asistencial que han sido denunciadas repetidamente por profesionales y usuarios. Lamentablemente este reconocimiento se ha traducido fundamentalmente en una política de gestos, sin contenido nominal. Una muestra de ello son los mimbres proclamando los “600 años de solidaridad” en los documentos de la Conselleria de Bienestar Social para conmemorar el aniversario del Padre Jofré y los fastos asociados. Esta Conselleria ha dejado en reposo su plan de acción en Salud Mental, probablemente por tratarse de un programa más basado en la construcción de edificios que en la prestación de un modelo coherente de asistencia a los problemas sociales derivados de padecer una enfermedad mental.

Por su parte, la Conselleria de Sanidad ha publicado una Cartera de Servicios en Salud Mental,

cuya conclusión precipitada ha dado lugar a un documento muy apartado de la realidad asistencial y de muy difícil aplicación. Lo mismo ocurre con un protocolo de internamiento involuntario que se exhibe como un resultado, cuando lo realmente importante es que exista un proceso participativo en su elaboración y en su puesta en marcha.

La apertura de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica en los Hospitales Generales de Denia y Elda es una buena noticia, aunque hayamos esperado 20 años desde que se dio este paso en el resto de los departamentos de Salud, aunque siga siendo escasa su dotación sobre todo en personal de enfermería especialista y aunque todavía queden dos departamentos sin este recurso.

El despliegue de la Hospitalización Domiciliaria en Salud Mental, que ha sido el buque insignia de la modernización de la asistencia a la salud mental del gobierno autonómico, se ha enlentecido, y sigue además pagando las consecuencias de ser un dispositivo diseñado “desde arriba” y que no encaja bien en todos los lugares.

Estas acciones se consideran una política de gestos no solo porque han tenido mayoritariamente un impacto muy escaso, sino también porque han ido acompañadas por un deterioro manifiesto de la asistencia que contradice estas “buenas intenciones”. Mientras la Conselleria

convoca un grupo de expertos para el desarrollo de la atención domiciliaria, la Diputación de Alicante, con la colaboración necesaria de esta Conselleria, desmantela las Unidades de Salud Mental de l'Alacantí, al retirar a las enfermeras y trabajadoras sociales que aseguraban el trabajo comunitario, rematando así un proceso que se inició con el abandono del programa de atención domiciliaria y se agudizó con las transferencias.

Un deterioro similar en la atención comunitaria se ha dado en las áreas de Valencia, en relación con la escasa cultura comunitaria de los gestores hospitalarios y su nula atención a las especificidades del ámbito de la Salud Mental.

La Conselleria de Bienestar Social sigue ocupándose de las personas con enfermedad más grave. En muchas ocasiones hemos denunciado los problemas que supone este reparto de las personas entre la Conselleria de Sanidad que se ocupa del tratamiento agudo y la de Bienestar Social que se ocupa de los "crónicos". De esta manera, los procesos más graves y con más riesgo evolucionar mal tienen menos recursos disponibles. Y los que tiene están poco orientados a la recuperación y acaban convirtiéndose en lugares de encerramiento. A pesar del empeño de los profesionales que trabajan en ellos.

La dotación de recursos por parte de Bienestar Social se hace a través de conciertos y subvenciones con empresas privadas, entidades locales, ONG y Asociaciones de Familiares. Todas estas entidades gestoras han experimentado crecientes dificultades en el cobro. Esta situación es más angustiosa en el caso de las Asociaciones que no pueden financiar estos retrasos. Así las familias sufren una angustia añadida de no poder gestionar los dispositivos ni poder hacer frente a los salarios de sus profesionales. Más aún aquellas familias que dependen de una ayuda económica personal de la Conselleria para sufragar parcialmente la estancia en una residencia, pero responden del pago íntegro con su patrimonio.

La actual coyuntura económica ha desvelado el carácter perverso de este sistema que crea dependencias y conflictos de intereses insolubles y que debilita la capacidad reivindicativa de las asociaciones. Y todo por acceder a unos ser-

vicios insuficientes e incapaces de ofrecer a sus allegados enfermos unas posibilidades reales de recuperación.

Todo esto no es un problema de simple falta de coordinación, como alega la Administración. Es un problema estructural que complica la vida a quienes más difícil la tienen.

En este balance no puede faltar la preocupación por la vulneración de los Derechos Humanos de las personas con enfermedad mental. Ya es una vulneración reconocida que no sean adecuadamente atendidos. Pero incluso las formas más groseras de maltrato se han denunciado en este año en el Psiquiátrico Penitenciario de Alicante. También nos tememos que el incremento de los lugares de reclusión para enfermos mentales en los Centros Especiales de Enfermos Mentales, en las residencias de ancianos con plazas asignadas a enfermos mentales, en las residencias privadas e incluso en las Unidades de Agudos, en unas condiciones de precariedad de recursos conocida, favorezcan la presencia rutinaria de tratos degradantes o indignos.

Otro modelo de atención es posible. Un modelo que se fundamente en el respeto a los derechos humanos y en los hallazgos científicos. Que base la asistencia en equipos de Salud Mental Comunitarios, con una composición realmente multidisciplinar, que permita la aplicación coordinada, a su tiempo y en su lugar de los tratamientos, en conexión con las necesidades reales de la gente. Equipos con capacidad de gestión y que incorporen a esta gestión las voces y opciones de los usuarios y de sus familiares. Dentro de un modelo de asistencia público que cubra en igualdad de condiciones todos los momentos del proceso de recuperación y que sea capaz de integrar a todos los ciudadanos, sean estos hombres o mujeres, de aquí o de fuera, con minusvalía o sin minusvalía, penados, niños o ancianos.

Nos queda un largo camino de concienciación y de movilización detrás de estos objetivos. Este camino es el que da sentido al Día de la Salud Mental. Un día para sensibilizar, concienciar y movilizar. No para celebrar nada.

Hacer camino con Freud



Autor: Eduardo Braier.

Editorial Lugar. Buenos Aires. 2009.

Nos encontramos ante una obra que viene a enriquecer una línea de pensamiento desarrollada en los últimos años sobre la llamada patología contemporánea. Nos estamos refiriendo a los trastornos narcisísticos no psicóticos, a las personalidades límites, a muchas adicciones, a trastornos psicósomáticos y a otros cuadros severos que ponen a prueba la actividad psicoanalítica marcada por la clínica de las neurosis y que se traducen en numerosos fracasos terapéuticos.

El autor nos plantea que la concepción de la neurosis basada en la teoría de la representación no permite abarcar toda la complejidad del psiquismo. Incursiona como otros autores en la dimensión de lo no representado, es decir en “lo que está más allá de las palabras”, como decía Nacht.

La obra también se ocupa de las psiconeurosis y de las perversiones, abordando el trauma sexual, la angustia de castración, la problemática edípica, la represión y el *après-coup*. Ilustra el desarrollo teórico con viñetas clínicas muy interesantes, en donde sobresale el estudio psicoanalítico de la novela de Fernando Delgado “La mirada del otro”, en donde el personaje central recorre la más variada psicopatología: desde la histeria a la perversión, pasando por niveles narcisísticos próximo a la psicosis.

La obra mantiene una continuidad desde el abordaje teórico y técnico de la patología contemporánea hasta las psiconeurosis.

La lectura está marcada por un hito fundamental: “el más allá y el más acá del principio del placer” Frontera que delimita dos estructuras psíquicas y dos formas de funcionamiento psíquico: la neurótica y la narcisista, es decir la de lo representable y la de lo no representable, la del Edipo y la de Narciso, la que se sustenta en la represión y la que se basa en la escisión del yo o desmentida. Ambas estructuras coexisten en el mismo psiquismo, lo que requiere de la labor analítica un conocimiento y una ductilidad especial para poder navegar en las aguas de Edipo y de Narciso.

Braier desarrolla en este trabajo cinco hipótesis freudianas que califica de muy controvertidas por su cuestionamiento desde diferentes orientaciones, pero para él tienen un valor especial porque le permite seguir haciendo desarrollos teóricos que se correlacionan con la clínica.

Estas hipótesis son: 1- La pulsión de muerte; 2- Las fantasías originarias; 3-El *après-coup*; 4-La identificación primaria y 5-La represión originaria. Además el autor incluye otra hipótesis fun-



damental para explicar el funcionamiento psíquico de la patología contemporánea, la escisión del yo o desmentida que Freud expone en sus últimos trabajos como un modelo universal del funcionamiento del yo. Con esta hipótesis potencia la propuesta de una tercera tópica.

Con este bagaje teórico y apoyado en la experiencia clínica, aborda las psiconeurosis y en especial los trastornos narcisísticos no psicóticos. Éstos cuadros narcisísticos presentan como denominador común el llamado trauma precoz, referido al psicoanálisis de lo no representable, al abordaje de angustias primitivas y a defensas tempranas como la escisión o desmentida.

Continuando con su desarrollo relaciona el fenómeno de la repetición con el trauma temprano y el deseo. Postula dos formas de repetición, la primera regida por el principio del placer y que corresponde al campo de las neurosis y de la transferencia, y la segunda tributaria de la pulsión de muerte que corresponde al circuito narcisístico, es decir a lo no representado, a lo desmentido y al inconciente escindido. Braier se apoya en el modelo desarrollado por Ángel Garma en cuanto a la génesis traumática de los sueños en donde observa estas dos repeticiones, una que responde a la satisfacción de deseos y otra que corresponde a la situación traumática cargada de destructividad. A su vez Braier propone que la repetición no es sólo una fuerza del ello, sino que son todas las instancias psíquicas las que contribuyen a la repetición.

Destaca el papel del objeto en la estructuración del aparato psíquico del sujeto, ya sea como sostén o como productor de identificaciones primarias tanáticas. Introduce la noción de lo vincular apoyándose en las ideas de I. Berenstein, J. Puyet y M. Bernard. Señala el autor las controversias que esta teoría provoca, desde ya que supone un cuestionamiento epistemológico de la dialéctica sujeto-objeto al introducir el espacio intersubjetivo como objeto de análisis.

Por último Braier fundamenta el abordaje terapéutico de la patología contemporánea. Menciona que no desarrollan una neurosis de transferencia trípica y que remite al narcisismo primitivo y a la fijación a traumas precoces que carecen de representabilidad, no pueden ser

recordados pero se repiten constantemente. Es necesario aclarar que para muchos psicoanalistas esta patología se encuentra en el campo de lo inanalizable. Es así que el poder tratar a estos pacientes se convierte en un desafío. Braier destaca que en este campo los aportes de N. Marucco y C. Y S. Botella han contribuido con creces a la analizabilidad de estos pacientes. El abordaje de lo irrepresentable abre perspectivas esperanzadoras en el tratamiento de estos pacientes.

El autor destaca la importancia de las construcciones en el análisis para dar cuenta de las experiencias traumáticas precoces con el fin de que se incorporen al mundo representacional, de esta manera se accedería al gobierno de los traumas precoces. También significa, en cuanto a la transferencia, siguiendo a C. y S. Botella, la presencia de dos niveles: uno correspondiente a lo representado, en el que se vehiculizan los reclamos del paciente y que traduce un dolor consciente relacionado con el fallo de la función materna; y otro nivel más oculto que corresponde a la esfera de lo no representado, es decir al trauma precoz y que aparece como lo que el paciente hace sentir al analista, como la manera de recuperar un significado de su propio sufrimiento.

Para terminar, señalar que Braier, abre un camino teórico y técnico para el tratamiento de estos pacientes difíciles. Con ello también ofrece una perspectiva más esperanzadora.

Norberto Mascaró Masri.
Junio de 2010.

Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva

Autores: Richard Wilkinson y Kate Pickett.

Turner Publicaciones SL. Madrid, 2009. 315 pp.

Titulo Original: The Spirit Level. Why More Equal Societies Almost Always Do Better
Penguin Books Ltd, 2009. Traducción de Laura Vidal.

Richard Wilkinson es especialista en epidemiología, profesor de las Universidades de Nottingham y University College (London) así como economista formado en la London School of Economics; Kate Pickett es profesora en la Universidad de York y en el National Institute for Health Research además de licenciada en antropología física por la Universidad de Cambridge. Ellos nos presentan este texto de más de trescientas páginas.

Ser pobre en una sociedad rica supone, casi con toda seguridad, una garantía de infelicidad. Pero ¿qué podemos decir del rico que vive en esa misma sociedad? Sorprendentemente la respuesta depende de si esa sociedad es más igualitaria, más equilibrada y más dada a compartir. En caso contrario tanto el rico como el pobre sufrirán de ansiedad, depresión, soledad, obesidad, drogadicción, o cualquiera de los múltiples males que azotan a las sociedades modernas y que este libro analiza en profundidad.

Wilkinson y Pickett son dos académicos británicos que han aplicado sus amplios conocimientos y experiencia en ciencias sociales al análisis de la felicidad colectiva. Entre ambos suman más de 50 años/ persona de investigación. Sus hallazgos resultan tan sorprendentes como revolucionarios. Pero ante todo suponen una llamada de atención para nuestras mentes adormecidas y un revulsivo para nuestras vidas acomodadas: la

cuestión no es cuánto se tiene sino cómo se reparte. Este libro contiene algunas ideas, tal vez más grandes de lo que sus autores imaginaron, y con potencial capacidad para cambiar a más de uno su visión de las cosas.

Veamos algunas de ellas: *“El contraste entre el éxito material y el fracaso social que se produce en muchos países ricos es una significativa señal de alarma. Sugiere que para lograr mejoras en la calidad real de vida, tenemos que alejarnos de los estándares materiales y de crecimiento económico actuales y concentrar nuestra atención en mejorar el bienestar psicológico y social del conjunto social. Sin embargo, en cuanto sale a relucir la psicología, la discusión tiende a centrarse casi exclusivamente en remedios y tratamientos individuales. El pensamiento político se paraliza”*: (pg.,22).

Y otra más, también con resonancias cercanas a las profesiones *psí*: *“Por ejemplo, determinados estudios realizados en Londres han constatado que se da mayor incidencia de la esquizofrenia en las minorías étnicas instaladas en vecindarios donde la mayoría pertenece a otras etnias, y lo mismo ha ocurrido con las tendencias al suicidio y a la autolesión. Más recientemente, algunos estudios realizados en Estados Unidos han probado idénticos efectos en relación con las enfermedades coronarias y el bajo peso de los recién nacidos”*. (pg., 192).



A lo largo del libro se desgranar datos, se exponen en detalle argumentos de peso y se analizan con rigor los resultados de múltiples trabajos de investigación que explican cómo la desigualdad, tanto o más que la pobreza, se mete bajo la piel de las personas y supone costes importantes para el desarrollo social y para la vida de los individuos. Estos costes se expresan en cuestiones de gran relevancia, tales como la esperanza de vida, la salud física o mental de las personas, el consumo de drogas, la obesidad, el rendimiento académico, la maternidad adolescente, la violencia y la cárcel. Cuanto menor es la movilidad social, cuanto mayor diferencia hay entre los más ricos y los más pobres, mayor es la presencia de esos problemas en cada una de las sociedades analizadas.

Son 315 páginas desplegadas en 16 capítulos y organizadas en tres apartados generales, con 396 referencias bibliográficas de consulta y un número importante de gráficos que ilustran y apoyan el texto. Tras su lectura nos encontramos con un panorama diáfano, aunque inquietante, que habla del dolor y la infelicidad en nuestras sociedades desarrolladas y de cuáles son algunos de sus orígenes. Algunas profesiones como la medicina en general, la psiquiatría o la psicología en particular o, incluso, la propia sociología, tienen por dedicación y mandato social la atención y la reparación de personas y, a veces de grupos humanos completos. Libros como éste nos muestran que más allá de lo que, de mejor o peor manera y con la ayuda de nuestro bagaje científico-técnico, médicos, psiquiatras y psicólogos estemos en disposición de poder arreglar, están los estropicios que nuestro estilo de vida y forma de organización social generan desde sus más profundas raíces. Sólo por reclamar nuestra atención sobre ello, este libro es digno de lectura y merece un poco de nuestro ocupado tiempo.

Ander Retolaza
Agosto, 2010

Trabajo familiar y multifamiliar en la psicosis. Una guía para profesionales



Autores: Gerd-Ragna Bloch Thorsen, Trond Gronnestad y Anne Lise Oxnevad.

Ed. Herder, en la Colección Psicopatología y Psicoterapia de la Psicosis, dirigida por Jorge Tizón. Barcelona, 2009.

El trabajo con la familia, por las diferentes experiencias que se han tenido, se valora como necesaria en el tratamiento de paciente con psicosis. Hay un largo recorrido desde diversas perspectivas y modelos. En el ámbito de los grupos multifamiliares, disponemos de la orientación psicoanalítica del recién fallecido Jorge García Badaracco, donde muchos profesionales de diferentes países han tomado como una referencia en su práctica clínica, así como trabajos catalanes, belgas sobre terapia de pareja y familiar, o de orientación cognitivo conductual.

El contexto multifamiliar permite pensar y operar en la realidad, donde la locura puede encontrar un espacio para desplegarse, ya que el grupo juega un papel importante como continente. Una de las funciones terapéuticas es poder ir visualizando las semejanzas entre lo que les pasa a las familias que componen el grupo. Poder pensar juntos lo que no se puede pensar solo, tomando así conciencia de lo que les ocurre y desde el espacio de seguridad y de cuidado que debe de ser un grupo multifamiliar se convierta en una herramienta facilitadora para el cambio.

Este libro es una aportación escandinava a las técnicas cognitivo-conductuales del tratamiento familiar donde pone más énfasis en los aprendi-

zajes que en los cambios en el mundo interno y emocionales. Desde hace más de dos décadas, el grupo de trabajo del Hospital Universitario de Stavenger, en Noruega ha desarrollado métodos psicoeducativos con familias de pacientes que padecen psicosis mostrando que el porcentaje de recaídas baja a menos del 40%, que mejoran en su calidad de vida. La guía de Bloch Thorsen y sus colaboradores nos introduce en las diferentes técnicas utilizables en la psicosis desde una perspectiva cognitivo-conductual como trabajo unifamiliar, multifamiliar y grupos psicoeducativos, donde los tres tipos de técnicas siendo compatibles se aplican en una continuidad para el tratamiento adaptado a las necesidades del paciente y su familia en la comunidad (TANC).

En definitiva, este libro es una interesante aportación basada sobre todo en una guía práctica para aquellos profesionales que en su trabajo con pacientes sicóticos contemplan la inclusión de las familias en el tratamiento y un abordaje más psicosocial y no meramente clínico.

O. Barrenetxea
Agosto 2010



Tiempos de glaciaciones. Viaje al mundo de la locura

Autor: Salomón Resnik. Herder Editorial, Colección Psicopatología y Psicoterapia de la Psicosis. Barcelona, 2009. 190 pp.

Salomón Resnik, que gusta de ahondar en la etimología, recuerda que psicosis, de *psiché* (soplo vital) y *osis* (poner en movimiento), o sea, dar marcha a la vida. Lo describe en un capítulo sobre transmisión y aprendizaje, señalando sus experiencias clínicas, la transferencia en el grupo, las vivencias desde el paciente y el psiquiatra analista, sus oficios.. Exponerse a la realidad del otro, seguir la transferencia psicótica, es salir de nuestra controlada y conocida vida cotidiana. Comprender la psicosis nos enfrenta a nuestra propia existencia y a tomar conciencia de nuestros caminos laberínticos inconscientes.

Comenta el autor sobre su “trabajo de reunificación” frente a la fragmentación y dispersión que acontece en las manifestaciones psicóticas y autísticas. Sin teorizaciones del trastorno psicótico como un trastorno transpersonal, de quien habitualmente acude a la consulta acompañado pues el mundo interno es “una experiencia de multiplicidad y grupalidad en términos de objetos internos a menudo en conflicto” que diría Melanie Klein, y víctima de falta de entendimiento. Pero sí refleja algo muy importante: el respeto por el paciente y sus manifestaciones, atendiendo a la distancia con el enfermo para no reabrir heridas, ni ser intrusos ni perturbadores y sí aliviadores.

Parte de que la farmacología solo ofrece una ayuda parcial ante la angustia o la contención de pacientes y, por ello, lo oportuno es una adecuada asociación del apoyo farmacológico y las influencias recíprocas entre paciente y terapeuta comprometido. Y nos adentra en las identificaciones del cuerpo en las psicosis mediante casos clínicos. Ser o no ser, un cuerpo de hierro, petrificado, helado o con una textura algodonosa.

Con el lenguaje del cuerpo a través de sus transformaciones somato-psíquicas ya desde la adolescencia, el cuerpo como memoria viviente, con las huellas en forma de gestos, cicatrices o arrugas. Un cuerpo sufriente a través de las palabras de diferentes experiencias de trabajo grupal e individual con los pacientes psicóticos que hacen su camino dentro de sus delirios. Experiencias en sus épocas de principiante y otras muchas con el bagaje de la larga andadura.

El título del libro, *Tiempo de glaciaciones*, se refiere al momento del enfermo en que su capacidad de sentir la vida se bloquea, momento de ruptura entre la vida intrapsíquica y la realidad que le rodea. La glaciación es un intento de integración del Yo fragmentado donde se trata de enfriar los afectos y la ansiedad psicótica para evitar el sufrimiento y la persecución. La desglaciación será el punto crítico cuando se descongela y vuelve a la vida, y ahí reaparece el dolor psíquico. Por su elevada sensibilidad, heridos por el impacto afectivo, están muy necesitados de protección y ahí entra en acción la labor asistencial, la contención afectiva, comprensiva, terapéutica, humana y eficaz.

Entre el sufrimiento y el placer vital es posible la mediación. La cura es una negociación entre dos ideologías opuestas: la de la norma y la del delirio. Devolver a la vida a estas personas en plena “glaciación” no es sencillo, pro sí es posible. El trabajo psicoanalítico y psiquiátrico de Resnik de más de 50 años de búsqueda con pacientes psicóticos queda sintetizado en este libro. Pocas páginas que expresan un largo e intenso viaje y, tras cada viaje, lo oportuno es pararse a reflexionar.

I. Markez
Agosto 2010

El malestar en la evaluación

Reseña del foro: lo que la evaluación silencia. Un caso urgente: El autismo

Félix Rueda Soler

Psicoanalista. Bilbao

El 19 de junio promovido por la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis tuvo lugar en Barcelona un foro cívico. Este foro, que bajo el lema: *“Lo que la evaluación silencia. Un caso urgente: el autismo”*, convocó en Barcelona a más de 550 personas y 50 intervenciones, se inscribe en la serie de los forum celebrados en París, promovidos por Jacques-Alain Miller, para alertar sobre la ideología de la evaluación. El último de ellos el pasado febrero, el duodécimo, contó con la presencia de Bernard-Henry Lévy (1), Yves-Charles Zarka y JC Milner, entre otros intelectuales franceses y tuvo como eje central la serie de suicidios ocurridos entre los empleados de France-Telecom. Acontecimiento macabro e inédito en Europa.

La serie de los foros, tanto los celebrados en París como este último de Barcelona, tiene como objetivo promover un debate sobre el fenómeno de la evaluación.

La “evaluación” como concepto parte de una confusión cuidadosamente cultivada (2): la “evaluación” con la que nos obsesionan no tiene nada que ver con la palabra homónima, muy usada entre los epistemólogos. Para ellos designa un gesto metodológico sofisticado, interno al saber teórico. La “evaluación” de los evaluadores no tiene nada que ver con el concepto sino con una práctica de aparatos; no es interna al saber teórico le es exterior, no requiere ningún saber determinado ni teórico ni empírico. La competencia del evaluador consiste idealmente en no conocer nada de lo que evalúa y en poner en marcha, de manera, ciega procedimientos de evaluación fijados de antemano y supuestamente válidos para todo.

Curiosamente la “evaluación”, elevada al paradigma de ideología, sirve para cualquier entidad social. Por supuesto la empresa, pero

también los hospitales, el turismo, las guarderías, los juzgados, las bibliotecas, fontanerías, museos, universidades, aeropuertos, quirófanos, prisiones... y la lista no deja de crecer. La cosa se generaliza, sirve para todo. Es un fenómeno de la civilización contemporánea.

Y se constata que la “evaluación” no solo no es un término cuestionado, sino que la posibilidad de evaluar al evaluador, se cuestiona como si esta interrogación –legítima– fuera un ataque a un funcionamiento democrático.

La ley, fundamento y base del funcionamiento de la democracia clásica, es del orden de lo limitado, mientras que la fuerza de la forma contractual es que, el contrato, se puede multiplicar de forma ilimitada.

Actualmente podemos constatar que la ideología del contrato ha pasado a ser el fundamento, no de la democracia política clásica, sino de la “democracia ilimitada” basada, precisamente, en esta ideología del contrato, el cual está vinculado, intrínsecamente, con la evaluación. Entonces toda proposición que se articule en términos de “evaluación” debe considerarse, desde este discurso, como supuestamente haciendo avanzar la democracia (3). De este modo la “evaluación” ha sido elevada al paradigma de ideología, reduciendo el funcionamiento democrático solamente a términos de gestión, es decir, de contrato, – que de inicio los evaluados aceptan-basado en la rentabilidad y la eficacia.

El origen del termino “evaluación” es el control. El control de los productos de la industria automovilística, que surge en el Japón de postguerra, en los años 50, donde el aprovechamiento de los recursos escasos se convierte en prioritario. Es un cambio de paradigma en la organización del trabajo, del *fordismo* al *toyotismo* (5), que ha invadido el

conjunto de las instituciones y ha devenido ideología.

Esta ideología ha avanzado, introduciéndose hasta en el campo de lo íntimo, al campo del malestar humano, imponiéndose en la también llamada “evaluación clínica”. Donde el evaluado acepta, firma documentos de consentimiento, y las terapias que le son propuestas estarían basadas en una supuesta eficacia, entendida como rapidez. Sin embargo su efecto es la disolución de la clínica, tal como la veníamos entendiendo, para ser sustituida por una especie de psico-burocracia, o de -los términos de este discurso se imponen-, “gestión del caso”.

Jean-Claude Milner, lingüista y filósofo, en su artículo: *El gran secreto de la ideología de la evaluación* (4), desvela esta gran impostura contemporánea: hacer que dos palabras homónimas: la medida y la ganancia, valor de cálculo y valor comercial, se conviertan en sinónimas. El gran secreto de la ideología de la evaluación es hacer creer que las dos palabras son también sinónimas. Se trata por supuesto de una mentira.

El efecto de la “evaluación” en el campo de la organización del trabajo tiene consecuencias mortíferas, ya que instaurar la “evaluación” supone instaurar la comparación. Lo cual implica desencadenar en el seno mismo de la empresa una rivalidad generalizada, una guerra de todos contra todos, que tiene, entre otros efectos, el de romper las solidaridades que antaño entretejían el vínculo social del trabajo. Asimismo como ha señalado S. M. Barkat, profesor e investigador del Departamento de Ergonomía y Ecología Humana de la Universidad de la Sorbona, la evaluación individualizada de la productividad crea una división en el interior de la persona. *La lucha de clases se ha trasladado al interior de cada trabajador* (5).

“Evaluar” supone hacer sinónimas, la medida y la ganancia: Implica contabilizar. Lo cual aplicado al ser humano, o a su intimidad, supone eliminar de él todo lo que tiene que ver con el deseo, la libido, los fantasmas, los caprichos, los lapsus, las peripecias del inconsciente; en otras palabras, con la vida. Lo que conlleva transformarlo en un objeto. Por tanto, con el argumento de atender a imperativos presupuestarios, la conjunción entre medida, cifra y ganancia, concibe gobernar a los

seres humanos y a sus creaciones como productos industriales, generando un malestar inédito: los suicidios en la empresa.

Pensábamos de manera prejuiciosa que este fenómeno era un efecto de la cultura japonesa y sin embargo lo vemos emerger ahora en el corazón de Europa.

Se imponía, entonces, por la necesidad de explicar los riesgos de la “evaluación”, celebrar un Forum. ¿Por qué sobre el autismo? Porque en España el autismo se ha convertido en un caso urgente. Dos propuestas, una del Partido Popular dirigida al Senado de España y otra formulada por una asociación de padres al Parlament de Catalunya, sembraron una gran preocupación entre profesionales que llevan años dedicándose al diagnóstico y tratamiento del autismo. Dichas propuestas entienden el autismo únicamente como una deficiencia cognitiva a ser reducida, o como una dificultad de aprendizaje a ser pedagógicamente tratada.

Sigmund Freud y Jacques Lacan pusieron de relieve, la especificidad del ser humano como ser de lenguaje, lo que lo hace diferente del resto de los seres vivos. Para el ser humano el lenguaje, lejos de ser un mero sistema de signos, es lo que estructura y articula lo más íntimo de cada uno, teniendo el vínculo social de esa subjetividad singular. De este modo el psicoanálisis entiende, que el tratamiento del autismo no puede reducirse a modelos de adiestramiento de la conducta ni a ejercicios de comunicación del lenguaje humano. Porque el autismo no es una deficiencia ni sólo una categoría clínica, sino una manera límite del ser hablante de situarse en el lenguaje y en el vínculo social.

Bajo estas premisas se convocó el Forum sobre autismo, que en lo dispar de sus cincuenta intervenciones, resultó un ejemplo vibrante y vivo, del brío de aquellos que mantienen, cada uno con su estilo, una lucha contra la homogeneización que la evaluación quiere imponer.

Provenientes de campos muy dispares: la política, la investigación en neurociencias, en genética, literatura, la edición de libros, la enseñanza universitaria, la eficacia del psicoanálisis en su tratamiento del autismo, la psiquiatría, el teatro, la filosofía, los emocionantes testimonios de los

padres; los ponentes nos mantuvieron durante nueve horas, literalmente, pegados a nuestros asientos.

Brillantez de las intervenciones, variedad de los testimonios, seguimiento entusiasta por parte del público, ovaciones constantes, buen humor, -¡excelente sentido del humor!

La intervención de José Andrés Torres Mora representa el estilo y el objetivo de este Foro. Desde hace tiempo este profesor universitario, experto en sociología y diputado al Congreso por Málaga acude a nuestras convocatorias, cuando como psicoanalistas nos dirigimos a la opinión pública.

Desde la política, su campo de acción, planteó que tanto el campo *psi* como el campo político se hallan hoy en día ante el desafío de una ideología que quiere sustituir las palabras por las cifras. Creen que los números no mienten, pero eso sólo es verdad –añadió– en tanto no dicen nada. Los números no mienten pero sí pueden hacerlo, y lo hacen en ocasiones, aquellos que los usan y se sirven de ellos para construir burdas interpretaciones. Los problemas políticos no tienen soluciones tecnocráticas sino políticas. Y esto implica, algo más del orden de una apuesta, que de una solución matemática.

Por tanto hay que hablar. Algo tan sencillo, y viejo, como olvidado al parecer. Es cierto que hablando no se entiende, al 100 % la gente, pero que hay que intentarlo. Es verdad que el lenguaje está lleno de malentendidos, de sobreentendidos, pero no tenemos otra opción.

Reivindicó que no hay que callarse, que hoy la política sufre un ataque fuerte: se pretende que

los políticos se pongan de acuerdo y no discutan. Pero para ponerse de acuerdo, hay que dialogar. Y huir de la tentación del lenguaje unívoco a la que nos quieren conducir los ideólogos de la evaluación. Y que hay que salir a la palestra, al espacio público y reivindicar el lazo social, por problemático que nos resulte. Luego, hay que aceptar el error, la falla, el lugar vacío, e inventar y no atormentar con la eficacia, la completud, lo absoluto.

Porque como dijo en este Foro el Dr. Javier Peteiro, no hay ciencia de la relación entre dos. Reseñaré, pues, la intervención del Dr. Peteiro, jefe de la Sección de Bioquímica y Laboratorio de Alergia del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, quien planteó que no todo es accesible a la ciencia ni todo lo que se llama ciencia lo es. Seguidamente clasificó las distintas teorías existentes del autismo como científicas, pseudocientíficas o científicistas.

Si bien la ciencia puede aportar datos interesantes sobre los correlatos genéticos y neuropatológicos del autismo –señaló–, hay escasas teorías científicas por lo que, en ausencia de un conocimiento básico, no es posible desarrollar un tratamiento científico eficaz. Respecto a las teorías pseudocientíficas, advirtió de su peligrosidad. Y en relación a las corrientes del científicismo conductista y la medicina basada en la evidencia coincidió con el psicoanálisis en que anulan al sujeto. Por último señaló que la ciencia no es suficiente ni para comprender el autismo ni, en general, al ser humano. Afirmando que una teoría del ser humano puede ser verdad sin que sea científica. El próximo otoño Javier Peteiro publicará un libro cuyo título será: *El autoritarismo científico*.

Notas

1. Una brillante farsa –de B.-H. Lévy– El País 14/02/2010. www.bernard-henri-levy.com/una-brillante-farsa-de-b-h-levy-el-pais-14022010-4170.html
2. Milner, J.C., La política de las cosas, Miguel Gómez Edit., Málaga, 2007.
3. Miller, J-A y Milner, J.C. ¿Desea ser usted evaluado?, Miguel Gómez Edit., Málaga, 2007.

4. Milner, J.C., El gran secreto de la ideología de la evaluación. En El libro blanco del psicoanálisis. RBA-ELP Barcelona 2006.

5. Entrevista con Sidi Mohamed Barkat (Filósofo) “La lucha de clases se ha trasladado al interior de cada trabajador” El País –J. M. Martí Font, Barcelona. 26/01/2010.

www.elpais.com/articulo/cultura/lucha/clases/ha/trasladado/interior/trabajador/elpepucul/20100126elpepicul_4/Tes

Para más información ver: <http://www.foroautismo.com/> y en <http://www.blogelp.com/>

Recibido: 30-7-10 Aceptado: 2-9-10

Agenda

- **15 de Octubre • Salón de Actos. Museo Patio Herreriano. Valladolid**
IX Jornada de la ACLSM: *20 años: ayer, hoy y ¿mañana?*
- **14 y 15 de Octubre • Aula Magna Facultad de Medicina. Albacete**
XII Jornadas de la ACMNSM: *Psicosis y dependencia. Prevención, intervenciones y recursos*
- **23 al 27 de octubre • Marrakech (Marruecos)**
20th World Congress of Social Psychiatry. World Association for Social Psychiatry (WASP)
 - www.wasp2010.com
- **28 y 29 de Octubre • Hospital Universitario “La Princesa”, Madrid.**
XVIII Jornadas de la Asociación Madrileña de Salud Mental. *“Eficacia y limitaciones de las intervenciones en psicosis”*.
 - www.amsm.es
- **30 Oct al 1 de noviembre • Barcelona**
XXI Congreso sobre *Migración, Salud Mental y Transculturalidad en el Siglo XXI de la WPA, Asociación Mundial de Psiquiatría*.
 - www.congresowpabarcelona2010.com
- **4 al 6 de noviembre • Córdoba**
XXVII Jornadas Asociación Andaluza de Salud Mental-AEN: *Modelos de hospitalización en salud mental. Un análisis crítico*.
 - Secretaría: 957 498 330; cordobacongresos@viajeseci.es
- **12 y 13 de Noviembre • Auditorio de la U. de Deusto. Bilbao**
IX Jornadas Internacionales Dr. W. Winnicott y la psicoterapia psicoanalítica hoy. *Exploraciones. Aperturas. Fronteras*
 - www.gpab.org
- **16 de noviembre • Palacio VillaSuso. Vitoria/Gasteiz**
Jornada Salud Mental conjunta OME, ASVAR, SVNP y Fedefes
- **19 y 20 de noviembre • Universidad de Deusto. Bilbao**
Jornadas-taller sobre *Evaluación médico-psicológica tras malos tratos...*
 - Secretaría: 946 007 215 (Arantza); op.paisvasco@gmail.com; norte@ome-aen.org
- **17 Diciembre • Salón de Actos hospital de Basurto. Bilbao**
II Jornada de Psicoanálisis de OME: *Psicosis y lenguaje*
- **1 al 8 de mayo de 2011 • La Habana (Cuba)**
VIII Congreso Iberoamericano de Psicodrama. *“...Se hace camino al andar...”*.
- **29-30 Septiembre y 1 Octubre de 2011 • Bilbao**
III Jornadas de DD.HH. de la AEN
 - www.ome-aen.org y en www.aen.es
- **9, 10, 11 de febrero de 2012 • Granada**
WPA Thematic Conference: *Mental health and family medicine professionals, working together*
 - www.thematicconferencegranada2012.com. Organizan: AEN, WPA, Wonca y SemFyC.
- **6 al 9 de Junio 2012 • Tenerife**
XXV Congreso de la AEN: *Subjetividad e identidad de las experiencias: Discursos y Contextos*
 - www.aen.es; www.congresoaoen12.com

Agenda

- **15 de Octubre • Salón de Actos. Museo Patio Herreriano. Valladolid**
IX Jornada de la ACLSM: *20 años: ayer, hoy y ¿mañana?*
- **14 y 15 de Octubre • Aula Magna Facultad de Medicina. Albacete**
XII Jornadas de la ACMNSM: *Psicosis y dependencia. Prevención, intervenciones y recursos*
- **23 al 27 de octubre • Marrakech (Marruecos)**
20th World Congress of Social Psychiatry. World Association for Social Psychiatry (WASP)
 - www.wasp2010.com
- **28 y 29 de Octubre • Hospital Universitario “La Princesa”, Madrid.**
XVIII Jornadas de la Asociación Madrileña de Salud Mental. *“Eficacia y limitaciones de las intervenciones en psicosis”*.
 - www.amsm.es
- **30 Oct al 1 de noviembre • Barcelona**
XXI Congreso sobre *Migración, Salud Mental y Transculturalidad en el Siglo XXI de la WPA, Asociación Mundial de Psiquiatría*.
 - www.congresowpabarcelona2010.com
- **4 al 6 de noviembre • Córdoba**
XXVII Jornadas Asociación Andaluza de Salud Mental-AEN: *Modelos de hospitalización en salud mental. Un análisis crítico*.
 - Secretaría: 957 498 330; cordobacongresos@viajeseci.es
- **12 y 13 de Noviembre • Auditorio de la U. de Deusto. Bilbao**
IX Jornadas Internacionales Dr. W. Winnicott y la psicoterapia psicoanalítica hoy. *Exploraciones. Aperturas. Fronteras*
 - www.gpab.org
- **16 de noviembre • Palacio VillaSuso. Vitoria/Gasteiz**
Jornada Salud Mental conjunta OME, ASVAR, SVNP y Fedefes
- **19 y 20 de noviembre • Universidad de Deusto. Bilbao**
Jornadas-taller sobre *Evaluación médico-psicológica tras malos tratos...*
 - Secretaría: 946 007 215 (Arantza); op.paisvasco@gmail.com; norte@ome-aen.org
- **17 Diciembre • Salón de Actos hospital de Basurto. Bilbao**
II Jornada de Psicoanálisis de OME: *Psicosis y lenguaje*
- **1 al 8 de mayo de 2011 • La Habana (Cuba)**
VIII Congreso Iberoamericano de Psicodrama. *“...Se hace camino al andar...”*.
- **29-30 Septiembre y 1 Octubre de 2011 • Bilbao**
III Jornadas de DD.HH. de la AEN
 - www.ome-aen.org y en www.aen.es
- **9, 10, 11 de febrero de 2012 • Granada**
WPA Thematic Conference: *Mental health and family medicine professionals, working together*
 - www.thematicconferencegranada2012.com. Organizan: AEN, WPA, Wonca y SemFyC.
- **6 al 9 de Junio 2012 • Tenerife**
XXV Congreso de la AEN: *Subjetividad e identidad de las experiencias: Discursos y Contextos*
 - www.aen.es; www.congresoaoen12.com

Normas de publicación

La Revista *NORTE de Salud Mental* considerará la eventual publicación de los trabajos que reciba sobre temas relacionados con la salud mental y disciplinas afines, así como relativos a las propias Asociaciones que participen en ella.

En general no se aceptarán manuscritos que ya hayan sido publicados o presentados para su publicación en otra revista. En casos excepcionales podrá hacerse siempre y cuando se cuente con la autorización expresa del Editor de la publicación donde apareció con anterioridad el trabajo. Las normas generales se ajustarán a los “Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas” (Normas de Vancouver).

Todo original recibido será valorado por el Comité Editorial, quien decidirá sobre su publicación, pudiendo proponer a los autores modificaciones que puedan considerarse oportunas para la mejor claridad del texto o adecuación a la revista. Cualquier modificación propuesta necesitará del visto bueno de los autores previa a su publicación. El primer autor podrá recibir tres ejemplares de la revista, cuando desee recibir un mayor número lo comunicará con antelación.

Los contenidos u opiniones vertidos en los trabajos son responsabilidad exclusiva de sus autores, no asumiéndolos como propios el Consejo de Redacción. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de *NORTE de Salud Mental* y su reimpresión posterior precisará de su autorización previa.

Requisitos de los trabajos a publicar

Se enviarán al Consejo Editorial de *NORTE de Salud Mental*: norte@ome-aen.org, o bien al Apdo. 12, 48950 Erandio. Bizkaia.

Primera página: incluirá, por orden, los siguientes datos: título del trabajo; nombre y apellidos de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adi-

cional que se estime necesaria. En los casos en que se considere oportuno se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

Segunda página: figurarán por este orden: título del trabajo, resumen del mismo en castellano e inglés. El resumen, no superior a 150 palabras, incluirá objetivos, metodología, resultados y conclusiones más destacadas. Se incluirán de 3 a 6 palabras claves para su inclusión en los índices oportunos.

Los *Originales* deberán constar de introducción, material y métodos, resultados y discusión, siendo su extensión máxima de 20 páginas incluidas hasta 6 figuras o tablas. Las *Notas clínicas* no superarán las 6 páginas y 4 figuras o tablas. Las *Revisiones* podrán contener un máximo de 15 páginas.

Referencias bibliográficas: se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado (superíndice). La exactitud de las referencias es responsabilidad de los autores, que deben contrastarlas con los documentos originales y especificar claramente las páginas inicial y final de la cita (ver ejemplos). No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una “comunicación personal”.

Las tablas y gráficos se enviarán en documento aparte, numerados consecutivamente, con el título en la parte superior y notas aclaratorias al pie, cuidando que su observación permita comprender su significado sin recurrir al texto.

Ejemplo de citas bibliográficas (de “Normas de Vancouver”).

Artículos de revistas

• *Artículo normal*

Se mencionan hasta los seis primeros autores y se agrega la expresión “et al.” si son más.

Perkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996 Jun 1; 124 (11): 980-3.

Como alternativa, si una revista utiliza la paginación continua en todo un volumen (como hacen muchas revistas médicas) pueden omitirse el mes y el número. (Nota: a efectos de coherencias, esta opción se utiliza en todos los ejemplos siguientes).

- *Autor institucional*
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164: 282-4.
- *Sin nombre del Autor*
Cancer in South Africa (Editorial), *S Afr Med J* 1994; 84: 15.

Libros y otras monografías

- *Indicación de autores personales*
Ringsven MK, Bond D. *Gerontology and leadership skills for nurses*, 2ªed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.
- *Indicadores de directores de edición o compiladores como autores*
Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.
- *Indicación de una organización como autor editor*
Institute of Medicine (US). *Looking at the future of the Medicaid program*. Washington (DC): The Institute; 1992.
- *Capítulo de un libro*
Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh Jh, Brenner BM, editors. *Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management*. 2ªed. New York: Raven Press; 1995.p. 465-78.
- *Actas de congresos*
Kimura J, Shibasaki H, editores. *Recent advances in clinical neurophysiology*. Resúmenes del 10º International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

- *Original presentado en un congreso*
Bengtsson S, Solheim BG. *Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics*. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TF, Rienhoff O, editores. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561- 5.
- *Tesis doctoral*
Kaplan SJ. *Post-hospital home health care: the elderly's access and utilización*. St Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

Otros trabajos publicados:

- *Artículo de periódico*
Lee G. Hospitalization tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).
- *Material audiovisual*
HIV+/AIDS: the facts and the future (videocassette). ST. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.
- *Diccionario y obra de consulta semejantes*
Stedman's medical dictionary. 26ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. *Apraxia*; p. 119-20.

Trabajos inéditos

- *En prensa*
Leshner AL. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. En prensa 1997.

Material electrónico

- *Artículo de revista en formato electrónico*
Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* (serial online) 1995 Jan-Mar (cited 1996 Jun 5); 1 (1): (24 pantallas). Accesible en:
URL: www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm.

Solicitud de Ingreso

Para ser miembro de una asociación autonómica, se solicita al tiempo la incorporación a la AEN. La ratificación de la solicitud se realizará en la primera Asamblea de Socios y Socias que siga a su recepción.

La cuota anual desde 2011 será de 100 euros (profesionales en formación 50%). Da derecho a la recepción gratuita de la *Revista de la AEN* y la *Revista NORTE de salud mental*, libros, *Cuadernos Técnicos* y otras publicaciones de la AEN, descuentos en Jornadas, Congresos y otras actividades formativas, además de todos los otros derechos que corresponden a los socios y socias de las Asociaciones en sus respectivas Autonomías.

Envíe el formulario a:

Asociación Española Neuropsiquiatría. Magallanes, 1 sótano 2. 28015 Madrid. Tel.: 636 725 599 / Fax: 91 847 31 82.

SOLICITUD DE INGRESO en la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA de NEUROPSIQUIATRÍA (AEN) y en la respectiva Asociación de su Autonomía.

D. / Dña. profesional de la Salud Mental,

con título de

que desempeña en (Centro de trabajo)

y domicilio en Población

C.P. Provincia Teléfono Correo electrónico

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Autonómica para lo cual es propuesto por los miembros:

D./Dña.

D./Dña.

Fecha / /

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción a las Revistas está incluida en la cuota de asociado o asociada.

Nombre Dirección

Banco / Caja de ahorros Sucursal

Cuenta nº Población

Ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente / Libreta de Ahorros el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

En el de 20 Firma:

Normas de publicación

La Revista *NORTE de Salud Mental* considerará la eventual publicación de los trabajos que reciba sobre temas relacionados con la salud mental y disciplinas afines, así como relativos a las propias Asociaciones que participen en ella.

En general no se aceptarán manuscritos que ya hayan sido publicados o presentados para su publicación en otra revista. En casos excepcionales podrá hacerse siempre y cuando se cuente con la autorización expresa del Editor de la publicación donde apareció con anterioridad el trabajo. Las normas generales se ajustarán a los “Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas” (Normas de Vancouver).

Todo original recibido será valorado por el Comité Editorial, quien decidirá sobre su publicación, pudiendo proponer a los autores modificaciones que puedan considerarse oportunas para la mejor claridad del texto o adecuación a la revista. Cualquier modificación propuesta necesitará del visto bueno de los autores previa a su publicación. El primer autor podrá recibir tres ejemplares de la revista, cuando desee recibir un mayor número lo comunicará con antelación.

Los contenidos u opiniones vertidos en los trabajos son responsabilidad exclusiva de sus autores, no asumiéndolos como propios el Consejo de Redacción. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de *NORTE de Salud Mental* y su reimpresión posterior precisará de su autorización previa.

Requisitos de los trabajos a publicar

Se enviarán al Consejo Editorial de *NORTE de Salud Mental*: norte@ome-aen.org, o bien al Apdo. 12, 48950 Erandio. Bizkaia.

Primera página: incluirá, por orden, los siguientes datos: título del trabajo; nombre y apellidos de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adi-

cional que se estime necesaria. En los casos en que se considere oportuno se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

Segunda página: figurarán por este orden: título del trabajo, resumen del mismo en castellano e inglés. El resumen, no superior a 150 palabras, incluirá objetivos, metodología, resultados y conclusiones más destacadas. Se incluirán de 3 a 6 palabras claves para su inclusión en los índices oportunos.

Los *Originales* deberán constar de introducción, material y métodos, resultados y discusión, siendo su extensión máxima de 20 páginas incluidas hasta 6 figuras o tablas. Las *Notas clínicas* no superarán las 6 páginas y 4 figuras o tablas. Las *Revisiones* podrán contener un máximo de 15 páginas.

Referencias bibliográficas: se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado (superíndice). La exactitud de las referencias es responsabilidad de los autores, que deben contrastarlas con los documentos originales y especificar claramente las páginas inicial y final de la cita (ver ejemplos). No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una “comunicación personal”.

Las tablas y gráficos se enviarán en documento aparte, numerados consecutivamente, con el título en la parte superior y notas aclaratorias al pie, cuidando que su observación permita comprender su significado sin recurrir al texto.

Ejemplo de citas bibliográficas (de “Normas de Vancouver”).

Artículos de revistas

• *Artículo normal*

Se mencionan hasta los seis primeros autores y se agrega la expresión “et al.” si son más.

Perkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996 Jun 1; 124 (11): 980-3.

Como alternativa, si una revista utiliza la paginación continua en todo un volumen (como hacen muchas revistas médicas) pueden omitirse el mes y el número. (Nota: a efectos de coherencias, esta opción se utiliza en todos los ejemplos siguientes).

- *Autor institucional*
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164: 282-4.
- *Sin nombre del Autor*
Cancer in South Africa (Editorial), *S Afr Med J* 1994; 84: 15.

Libros y otras monografías

- *Indicación de autores personales*
Ringsven MK, Bond D. *Gerontology and leadership skills for nurses*, 2ªed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.
- *Indicadores de directores de edición o compiladores como autores*
Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.
- *Indicación de una organización como autor editor*
Institute of Medicine (US). *Looking at the future of the Medicaid program*. Washington (DC): The Institute; 1992.
- *Capítulo de un libro*
Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh Jh, Brenner BM, editors. *Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management*. 2ªed. New York: Raven Press; 1995.p. 465-78.
- *Actas de congresos*
Kimura J, Shibasaki H, editores. *Recent advances in clinical neurophysiology*. Resúmenes del 10º International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

- *Original presentado en un congreso*
Bengtsson S, Solheim BG. *Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics*. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TF, Rienhoff O, editores. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561- 5.
- *Tesis doctoral*
Kaplan SJ. *Post-hospital home health care: the elderly's access and utilización*. St Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

Otros trabajos publicados:

- *Artículo de periódico*
Lee G. Hospitalization tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).
- *Material audiovisual*
HIV+/AIDS: the facts and the future (videocassette). ST. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.
- *Diccionario y obra de consulta semejantes*
Stedman's medical dictionary. 26ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. *Apraxia*; p. 119-20.

Trabajos inéditos

- *En prensa*
Leshner AL. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. En prensa 1997.

Material electrónico

- *Artículo de revista en formato electrónico*
Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* (serial online) 1995 Jan-Mar (cited 1996 Jun 5); 1 (1): (24 pantallas). Accesible en:
URL: www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm.