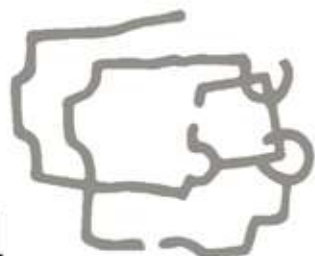


# NORTE

## DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen XVI nº 61 Julio 2019



Autor portada: Cveto Marsiç. De su exposición "Pintura Absoluta", 2014.

Volumen XV



Nº 57



Nº 58



Nº 59

Volumen XVI



Nº 60



Nº 61

Volumen XIII



Nº 51



Nº 52



Nº 53

Volumen XIV



Nº 54



Nº 55



Nº 56

Volumen XI



Nº 45



Nº 46



Nº 47

Volumen XII



Nº 48



Nº 49



Nº 50

Volumen IX



Nº 39



Nº 40



Nº 41

Volumen X



Nº 42

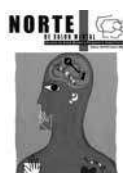


Nº 43

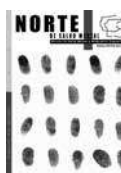


Nº 44

Volumen VIII



Nº 33



Nº 34



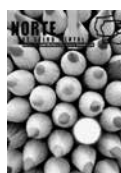
Nº 35



Nº 36

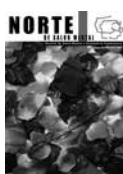


Nº 37



Nº 38

Volumen VII



Nº 27



Nº 28



Nº 29



Nº 30

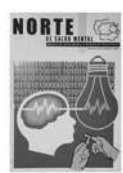


Nº 31



Nº 32

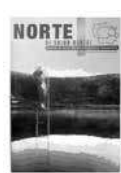
Volumen VI



Nº 22



Nº 23



Nº 24

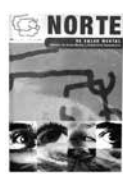


Nº 25



Nº 26

Volumen V



Nº 16



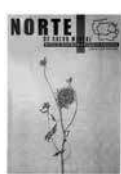
Nº 17



Nº 18



Nº 19



Nº 20



Nº 21

## NORTE de Salud Mental

### Director:

Markez, Iñaki

### Consejo Editorial:

Cifre, Antonia  
Estévez, Juan Antonio  
González Brito, Natalia  
Inchauspe, José Antonio  
Lalana, José Manuel  
Munarriz, Mikel  
Musquiz, Álvaro  
Navarro, Mercedes  
Sierra, Deirdre  
Vecino, Antonio

### Consejo Asesor y de Redacción:

Achótegui, Joseba	De la Rica, José Antonio	Lamas, Santiago	Polo, Cándido
Álamo, Cecilio	Desviat, Manuel	Lasa, Alberto	Prego, Roque
Albi, Inmaculada	Esteban, M. Luz	Lázaro, José	Pradana, M <sup>a</sup> Luz
Álvarez, José M <sup>a</sup>	Esteban, Ramón	Levav, Isaac	Redero, José María
Angosto, Tiburcio	Fernández Liria, Alberto	Marín, Mónica	Rendueles, Guillermo
Aparicio, Víctor	Ferrera, Beatriz	Marqués, M. José	Retolaza, Ander
Arana, Xabier	García Soriano, Maite	Marquínez, Fernando	Rodríguez, Beatriz
Arias, Paz	Gay, Eudoxia	Martínez-Azumendi, Óscar	Rodríguez Pulido, Francisco
Ballesteros, Javier	Gómez, Chus	Martínez, Ana	Rotelli, Franco
Barrenetxea, Olatz	Gómez-Beneyto, Manuel	Mayoral, Fermín	Saraceno, Benedetto
Berrios, Germán E.	González Lorenzo, Félix A.	Meana, Javier	Sepúlveda, Rafael
Bravo, Mari Fe	González-Pinto, Rodrigo	Meneses, Carmen	Serrano, Javier
Caldas d'Almeida, José	González Saiz, Francisco	Mezzich, Juan	Soler, M <sup>a</sup> del Mar
Carranza, Arturo	González Torres, Miguel Á.	Molina, Germán	Susparregui, J. M <sup>a</sup>
Català, Laura	Gracia, Fernando	Morchón, J.	Tarí, Antonio
Chicharro, Francisco	Gutiérrez Fraile, Miguel	Moreno, Ana	Thornicroft, Graham
Colina, Fernando	Hernández, Mariano	Olabarría, Begoña	Tizón, Jorge Luis
Collazos, Francisco	Hernández Padilla, María	Pacheco, Luis	Trujillo, Carlos
Comelles, Josep M <sup>a</sup>	Huertas, Rafael	Pérez, Alicia	Valverde, Mikel
Del Rio, Francisco	Jimenez Estevez, Juan Fco.	Pérez-S, Pau	Villasante, Olga

- ✓ Acceso disponible en: [www.revistanorte.es](http://www.revistanorte.es) • Correo-e: [revistanorte@ome-aen.org](mailto:revistanorte@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.revistanorte.es](http://www.revistanorte.es)

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

- Anuario FEAP
- CDD/SIIS (Centro de Documentación del País Vasco)
- DIALNET
- Dulcinea
- Directory Open Acces Journals (DOAJ)
- e-revist@s
- IME (Índice Médico Español)
- MEDicina en ESpañol (MEDES)
- psiquiatría.com
- Psiquiatría Sur
- RCS
- Repositori UJI
- Repositorio AEN



NORTE de salud mental  
Vol XVI nº 61, Julio 2019

<https://ome-aen.org/biblioteca/revista-norte/>

Realización y Administración:

OME • C/Araba, 6 bajo (entrada por C/Burgos) • 48014 Deusto. Bilbao

revistanorte@ome-aen.org

Autor de la portada: Cveto Marsic

De su exposición "Pintura Absoluta", 2014.

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 euros Instituciones 150 euros
---

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

Diseño y maquetación: Marra Servicios publicitarios, S.L.



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 licenciador (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 61. Julio 2019

<b>Editorial</b>	5
• Construyendo una salud mental no heteronormativa donde quepa la diversidad sexual y de género. <i>Lala Mugika.</i>	7
<b>Originales y revisiones</b>	11
• Apuntes para un acercamiento a la psiquiatría como instrumento político. <i>Miguel Hernández, Amaia Vispe, Jose G.-Valdecasas.</i>	13
• La discapacidad como falacia diagnóstica: constructos médicos y sociales. Identidad, cuerpo y estigma en las personas con discapacidad. <i>Federico Menéndez Osorio, Carmen Armas Barbazán.</i>	22
• El desarrollo socioemocional del adolescente ante los retos y desafíos de la informatización de la sociedad. <i>Iván Castillo, Dinorah Janet Torres, Iriam Rojas, Nélide Águila.</i>	35
• Una práctica orientada por la singularidad. Un encuentro posible frente al retorno de la normatividad y la producción masiva de normas y protocolos. <i>Cosme Sánchez.</i>	46
<b>Formación Continuada</b>	53
• Psiquiatría transcultural. Relevancia de la cultura en la salud mental. <i>Lorena Navarro, Raquel Calles, Jorge Couros de la Cruz.</i>	55
• Acogimiento en familia extensa: Estudio de caso de una menor de etnia gitana. <i>Eider Narbona.</i>	62
• Dostoievski, un literato de la Complejidad. <i>Nicolás Caparrós.</i>	68
<b>Pre-ocupaciones</b>	75
• Última sentencia sobre el caso de “La Manada”: la perversión deshecha. <i>Carmen García.</i>	77
• Resuelta la adjudicación de la Jefatura del Servicio de Psiquiatría del CHOP al Dr. Víctor Pedreira Crespo.	79
• El poder del destino. La novela familiar de los Panero. <i>Segundo Manchado.</i>	81
<b>Historia</b>	87
• “A Gaiola Aberta”, más que una publicación antipsiquiátrica. Descripción y análisis de la segunda etapa. <i>Diego González, Ramón Ramos.</i>	89
• Dionisio Nieto Gómez: Un neuropsiquiatra republicano exiliado en México. <i>Reda Rahmania, Juan Medrano y Luis Pacheco.</i>	93
• In Memoriam Hernán Kesselman. <i>I. Markez.</i>	102
• Notas sobre las coincidencias de Garma y Bofill. Dos pioneros del psicoanálisis. Creación de las Sociedades de Psicoanálisis españolas y catalanas. <i>Iñaki Markez.</i>	103
<b>Actualizaciones</b>	107
• Mas Aristóteles y menos Concerta®. La cuatro causas del TDAH. <i>Marino Pérez.</i>	109
• Salud mental y Bienestar más allá del arte. <i>Francisco Rodríguez y Nayra Caballero (eds.).</i>	110
• Un sabio de 100 años, vivo. Homenaje a Mario Bunge. <i>Fernando Marquín.</i>	112
<b>Agenda</b>	116

# Summary

NORTE de salud mental 61. July 2019

<b>Editorial</b>	5
• Building a non heteronormative mental health taking into account sexual and gender diversity. <i>Lala Mugika.</i>	7
<b>Original and reviews articles</b>	11
• Notes for an approach to psychiatry as a political instrument. <i>Miguel Hernández, Amaia Vispe, Jose G. -Valdecasas.</i>	13
• Disability as diagnostic fallacy: medical and social constructs. Identity, body and stigma in people with disabilities. <i>Federico Menéndez Osorio, Carmen Armas Barbazán.</i>	22
• The social and emotional adolescent's development in the use of new technology. <i>Iván Castillo, Dinorah Janet Torres, Iriam Rojas, Nélica Águila.</i>	35
• A practice oriented by singularity. A possible encounter faced with the return of regulations and the massive production of standards and protocols. <i>Cosme Sánchez.</i>	46
<b>Continuing Education</b>	53
• Cross-cultural psychiatry. Relevance of culture in mental health. <i>Lorena Navarro, Raquel Calles, Jorge Couros de la Cruz.</i>	55
• Kinship foster placement: Study of the case of a minor of gypsy ethnicity. <i>Eider Narbona.</i>	62
• Dostoevski, a writer of Complexity. <i>Nicolás Caparrós.</i>	68
<b>Concerns Challenges</b>	75
• Last sentence on the case of "La Manada": the undone perversion. <i>Carmen García.</i>	77
• Adjudication of the CHOP Psychiatric Service Headquarters to Dr. Víctor Pedreira Crespo	79
• The power of destiny. The novel of the Panero family. <i>Segundo Manchado.</i>	81
<b>History</b>	87
• "A Gaiola Aberta", more than an antipsychiatric publication. Description and analysis of the second stage. <i>Diego González, Ramón Ramos.</i>	89
• Dionisio Nieto Gómez: A republican neuropsychiatrist exiled in Mexico. <i>Reda Rahmania, Juan Medrano y Luis Pacheco.</i>	93
• In Memoriam Hernán Kesselman. <i>I. Markez.</i>	102
• Notes: the coincidences of Garma and Bofill. <i>Iñaki Markez.</i>	103
<b>Book reviews</b>	107
• Mas Aristóteles y menos Concerta®. La cuatro causas del TDAH. <i>Marino Pérez.</i>	109
• Salud mental y Bienestar. Más allá del arte. <i>Francisco Rodríguez y Nayra Caballero (eds.).</i>	110
• Tribute to Mario Bunge in his centenary. <i>Fernando Marquínez.</i>	112
<b>Calendar</b>	116



# EDITORIAL



# Construyendo una salud mental no heteronormativa<sup>1</sup> donde quepa la diversidad sexual y de género.

## *Building a non heteronormative mental health taking into account sexual and gender diversity.*

Cuando se trabaja en el ámbito de la diversidad sexual y de género es imposible sustraerse a una realidad, la situación de violencia con la que cotidianamente viven las personas que bien por su sexualidad, o por su género son estigmatizadas y declaradas como “no normales”. Todas las personas tenemos una sexualidad y un género, y cuando una y otro no se acomodan a lo considerado normal, de forma frecuente se nos considera objetivo legítimo de discriminaciones y de toda clase de abusos y violencias legitimadas, más veces de lo que nos gustaría, por la tradición, la cultura, la religión y, hay que especificar, por la psiquiatría y la psicología.

### La persistente patologización de la diversidad

La patologización de las sexualidades y los géneros no normativos ha supuesto, y supone todavía, una de las violencias más común y normalizada, mediante la cual, miles de personas han sido, y son, diagnosticadas y tratadas como enfermas mentales, estigmatizadas y minorizadas arrebatándoles su dignidad humana y el reconocimiento social.

Sabemos que la patologización convierte en trastorno mental experiencias vitales de las personas constituyendo una grave violación de

derechos humanos fundamentales. Pese a esto, las últimas versiones del DSM y la CIE<sup>2</sup>, siguen considerando la transexualidad como disforia de género e incongruencia de género respectivamente. Y pese a esto nos encontramos en la actualidad imbuidas en el sempiterno debate sobre las supuestas terapias curativas de la homosexualidad. No solo resurgen antiguos fantasmas que nunca dejaron de estar ahí, también este debate se da en un contexto político de continua derechización de valores y actitudes sociales donde, de nuevo, los deseos, los cuerpos y los géneros definidos como “no normales” y las personas que los viven y habitan, pasan a estar (junto a otras protagonistas) en el centro de la bien alimentada rabia social.

La despatologización de la diversidad sexual y de género es una de las claves de lucha del activismo LGBTBI+<sup>3</sup> desde sus inicios. Un trabajo central en esta lucha ha sido dismantelar las argumentaciones revestidas de teorías científicas que a lo largo de la modernidad han servido para justificar la medicación y patologización de las vidas LGBTBI+. Durante mucho tiempo, desde la psicología, han surgido investigaciones, que

1 Enfoque ideológico que hace referencia a un conjunto de relaciones de poder por medio del cual la sexualidad y el género binario se normalizan y se reglamentan en nuestra cultura. No sólo implica un prejuicio contra la homosexualidad, incluye también cuestiones de raza, clase o prácticas sexuales. De este modo las relaciones heterosexuales idealizadas (en pareja, por amor, con hijos/as...) se institucionalizan, permeando las estructuras sociales, legales, culturales y económicas a través de las cuales se excluye, discrimina y penaliza a las personas con sexualidades o géneros no normativo

2 El DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) de la American Psychiatric Association (APA) y la CIE (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud de la OMS/ Organización Mundial de la Salud) constituyen la herramienta más importante en la internacionalización de la patologización de las sexualidades y géneros no normativos producida desde discursos occidentales.

3 Este acrónimo va más allá de lo LGBTBI (Lesbianas, Gays, Trans, Bisexuales e Intersexuales) y su empleo literal, por eso el signo +. Tener en cuenta la diversidad que conlleva y que el término adecuado para hacer referencia a una persona en particular no depende de los ojos de quien la mira; es la propia persona quien lo aplica a sí misma quien debe decidirlo.

partiendo de un sesgo heteronormativo han estado dirigidas a determinar la causa de la orientación sexual no heterosexual o del género no conforme con el asignado al nacer, con los objetivos de desprestigiar la diversidad sexual y de género, reunir las evidencias suficientes para contribuir a su erradicación, y regular y controlar las sexualidades y los géneros que disienten de las normas culturales.

Huyendo, supuestamente, de la patologización establecida por los planteamientos psicoanalíticos, cognitivos o conductuales de la psicología han surgido, con fuerza, las explicaciones venidas del campo de la neurociencia, de la genética y de la epigenética, encaminadas a establecer las causas congénitas de la diversidad sexual y de género, y según las cuales, las personas LGTBI+ están definidas así desde el nacimiento, e incluso antes. Su conducta no es un trastorno mental, sino que se trata de una condición física (a modo de afección) situada en sus genes y hormonas sexuales.

Ninguna teoría ha sido científicamente demostrada, pero han dejado un poso importante en el imaginario colectivo sobre la diversidad sexual y de género, de forma que continuamente persiste la necesidad de explicarla o de buscar una argumentación que la analice. Una urgencia que se halla presente en no pocos espacios terapéuticos y que mientras exista nos hará buscar respuestas patologizantes cada vez que entre en las consultas una persona LGTBI+.

La despatologización ha centralizado el debate sobre salud mental y las realidades LGTBI+, de manera que hoy día se puede decir que pocas son las personas profesionales en salud mental que consideran, al menos de forma explícita, patológicas a las personas LGTBI+. En estos últimos años, en algo se ha ganado, utilizamos un lenguaje diferente y hemos desterrado la palabra trastorno de nuestro vocabulario cuando abordamos estas cuestiones.

El problema es que, más allá de la desclasificación como trastorno de los manuales, la despatologización significa tomar conciencia del impacto

que la LGTBI+fobia<sup>4</sup> acarrea para las personas que la soportan. La diversidad sexual y de género tiene que entrar en las consultas de salud mental no para ser explicada, diagnosticada o patologizada como antaño, esto es evidente, y si para ayudar a las personas LGTBI+ y a su entorno, a afrontar los problemas que inundan o sobrepasan su existencia debido a un contexto social que las rechaza una vez y otra vez, de modo que puedan vislumbrar narrativas de vida no medicalizadas o salidas diferentes a la desesperación, angustia o suicidio. Un reto como profesional de la salud mental es ser consciente de este punto.

En este sentido habría que seguir profundizando en la despatologización de la diversidad sexual y de género, creando un marco de trabajo de reconocimiento y reafirmación de la diversidad. Lo que significa trabajar en consulta para que las personas LGTBI+ se reconozcan y puedan ser reconocidas como sujetos activos con capacidad para decidir sobre sí mismas. La salud mental tendría que hacer suyos estos elementos reivindicando para las personas LGTBI+ la autonomía y la responsabilidad sobre sus propios procesos. Y esto va a resultar francamente difícil si se sigue bajo la influencia de modelos teóricos que, desde hace tiempo, nos hacen interpretar la realidad de forma heteronormativa, y que han constituido desde el principio la base de la patologización de la diversidad.

### **Construyendo una salud mental no heteronormativa o en clave de diversidad sexual y de género**

Seguramente se podrían mencionar más elementos que habría que tener en cuenta, en este sentido el debate está servido. Los que se mencionan a continuación se consideran importantes en ese camino hacia una salud mental no heteronormativa.

---

<sup>4</sup> La LGTBI+fobia es el temor y/o rechazo hacia las personas LGTBI+, quienes lo parecen o quienes se asocian real o imaginariamente con ellas. Se refiere a diferentes formas de violencia, discriminación, odio, rechazo, agresividad y todo tipo de actitudes negativas. No se trata de un fenómeno individual solamente, por lo general, la LGTBI+fobia tiene su base en formas institucionalizadas de discriminación, criminalización, patologización y estigmatización. Es decir, es sistémica y estructural, lo que a su vez quiere decir que las personas pertenecientes al colectivo LGTBI+ son, por lo general, minusvaloradas, estigmatizadas, aisladas y marginadas

## **Cuestionar la neutralidad técnica y científica**

No es la primera vez que en las páginas de esta revista se alude a la responsabilidad política que las personas profesionales de la salud mental tienen en su desempeño. Se vuelve a recordar este punto porque la historia de la diversidad sexual y de género ya nos ha demostrado la importancia de tener un enfoque u otro y las implicaciones médicas, psicológicas, políticas, sociales y económicas que tiene adscribirse y actuar bajo la influencia de uno u otro. Los paradigmas tradicionalmente heterosexuales, binarios y sexistas han llevado a un modelo patológico de entender la diversidad y a promocionar constantemente la violencia social contra las personas LGTBI+: confinamientos psiquiátricos, maltrato institucional, ilegalizaciones, tratamientos terapéuticos traumáticos, dependencia de servicios sanitarios y de la farmacopea, creación de un estigma social que nace de las propias personas profesionales y que es uno de los más difíciles de superar, etc.

Hay que tomar conciencia de que la patologización es uno de los paradigmas más potentes y globalizantes a los que se ha enfrentado el movimiento por la diversidad sexual y de género en su lucha contra la estigmatización. Muchas de las políticas sexuales y de género que se ponen en marcha se basan en ideologías patologizantes de esta diversidad. Políticas que dañan a las personas y crean situaciones de opresión.

La neutralidad en el espacio terapéutico no existe. No existe no estar posicionada en la práctica clínica. Como tampoco existe rigor científico que sitúe a la ciencia más allá de sus coordenadas políticas, sociales y económicas. Un planteamiento teórico incluye no solo un posicionamiento terapéutico también uno de carácter social, por lo que adquirir conciencia política y social sobre lo que se hace o dice en las consultas en estos asuntos de la sexualidad y el género resulta necesario.

## **Problematizar el sistema “sexo-género-deseo” que se sienta en una base biológica**

En las consultas se ponen en marcha de forma automática esquemas teóricos sobre el sexo, el género y el deseo normativos que imposibilitan una mirada diversa. Esquemas binaristas que

tienen base biológica, que son el sustento de la patologización que la psicología ha establecido y que sin duda hay que cuestionar.

Según estos planteamientos y sus correspondencias binarias nacemos con un sexo determinado, hombre o mujer, con cuerpos genitales muy definidos, reproductivos y que van a desarrollar en la adolescencia caracteres sexuales secundarios perfectamente distinguibles. A partir de aquí se presupone una identidad de género masculina para los nacidos hombres o femenina para las nacidas mujeres, los unos y las otras tendrán que actuar y expresarse de acuerdo a sus roles de género establecidos socialmente. Los hombres, además, adquieren una posición jerárquica sobre las mujeres. Y respecto al deseo sexual se presupone la heterosexualidad como norma, es decir, la complementariedad entre la femineidad y la masculinidad.

Este planteamiento normativo excluye a un número importante de personas que no encajan en el mismo por no seguir estas correspondencias y salirse del binarismo exigido: intersexuales, transexuales, transgéneros, travestis, personas con géneros fluidos y no binarios, hombres femeninos, mujeres masculinas, gays, maricas, bolle-ras, lesbianas, bisexuales, asexuales... y una larga lista. Personas que necesitan ser reconocidas en el ámbito terapéutico.

## **Tomar conciencia de la hegemonía del discurso bio-médico y sus consecuencias**

Las explicaciones venidas del campo de la neurociencia, de la genética y de la epigenética constituyen, en la actualidad, la base de un relato bio-médico que se está convirtiendo en un discurso socialmente hegemónico, fuertemente apoyado por las instituciones y los medios de comunicación, anulando otros que se ofrecen de forma crítica y en donde los factores culturales, sociales, históricos y contingentes son tenidos en cuenta en la construcción de las identidades sexuales y de género.

Para el discurso biomédico la orientación sexual o el género de los seres humanos responde a mecanismos biológicos, es algo innato que no se puede corregir, soslayando las elecciones personales o los efectos de las interacciones

sociales o de la cultura. Así, la neurociencia ha originado nuevas brechas en el debate sobre el determinismo biológico del comportamiento humano. Un determinismo que se hace notar sobre todo en la vida de las personas Trans\*<sup>5</sup> y en especial en la de las llamadas “menores transexuales”, abocadas a la narrativa del cuerpo equivocado: *el malestar reside en el cuerpo y es necesaria su transformación mediante los bloqueadores hormonales, la hormonación y las cirugías de reasignación.*

Este relato biomédico, además, se presenta y se defiende como despatologizador. Un tema este controvertido, porque la terapia despatologizadora; la que persigue fomentar en las personas la libertad de elección, la autonomía o la responsabilidad sobre sus deseos, cuerpos y géneros; no puede ser posible a partir de un planteamiento innatista y medicalizado que anula de entrada estos elementos, obviando que las realidades LGBTBI+ y los malestares que provoca la LGBTBI+fobia tienen, sobre todo, un significado cultural, social y político.

### Reconocimiento de las múltiples vidas LGBTBI+

Somos una sociedad, la occidental, que ha avanzado en políticas de salud, sociales y legales para las personas LGBTBI+. Sin embargo, es necesario destacar que estos avances se han dado, por lo general, desde una óptica normativa e integradora en el sistema dominante donde se plantea un modelo LGBTBI propio de las democracias neo-liberales de occidente y que no rompe con el modelo sexual y de género normativo. Una óptica que en las consultas hace patologizar a unas personas LGBTBI+ y a otras no según los contextos culturales en donde se encuentren, o según como organicen o construyan sus propias opciones de cuerpos, géneros y relaciones sexuales. O que motivan perseguir el objetivo de la normalidad más que encontrar un modo de vivir y de vivir bien.

*Concluyendo:* El modelo científico y biomédico desarrollado en occidente en relación a la sexualidad, el cuerpo y el género se percibe como único y universal y da, con frecuencia, a las argumentaciones emitidas en las terapias un tono autoritario y unilateral cuyo un impacto es negativo para la diversidad en la que muchas personas viven. Si de este punto no se es consciente se corre el riesgo de llevar a cabo terapias empobrecidas, limitadas e inflexibles donde no se cuestionen teorías si éstas no dan cabida a los conflictos, experiencias, realidades o problemáticas de las personas LGBTBI+ que se acercan pidiendo apoyo. ¿Seremos capaces de ofrecer ese reconocimiento que esperan?

### Lala Mujika.

*Responsable del Servicio de atención psicológica LGBTBI+ de ALDARTE.*

- Recibido: 30/4/2019.
- Aceptado: 10/6/2019.

---

<sup>5</sup>Término paraguas para subrayar la diversidad de las vivencias de las personas que exceden las normas sobre lo que se prescribe como propio de mujeres y hombres, evidenciando la rigidez del sistema binario de géneros que vivimos. Se hace referencia a personas transexuales, transgéneros, travestis, con identidades de género cambiantes, fluidas y creativas, no binarias, etc. En general aquellas personas que han contestado la asignación de género al nacer.



**ORIGINALES Y REVISIONES**



# Apuntes para un acercamiento a la psiquiatría como instrumento político.

## *Notes for an approach to psychiatry as a political instrument.*

Miguel Hernández González (1), Amaia Vispe Astola (2),  
Jose G.-Valdecasas Campelo (1).

(1) Psiquiatra. Hospital Universitario de Canarias. Servicio Canario de Salud.

(2) Enfermera especialista en Salud Mental. Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria. Servicio Canario de Salud.

**Resumen:** En este texto hacemos una revisión no exhaustiva de algunos de los dilemas que presenta la psiquiatría desde el punto de vista político. Se aporta una opinión del autor basada en diferentes fuentes, bibliográficas y de otros ámbitos. Se analizan algunos de los efectos que la psiquiatrización de la vida cotidiana ha producido y la reacción que ha provocado por parte de profesionales críticos y colectivos de afectados. Finalmente se aportan unas breves y modestas propuestas para el futuro.

**Palabras clave:** psiquiatría crítica, antipsiquiatría, psiquiatría social, postpsiquiatría.

**Abstract:** In this text we make a non-exhaustive review of some of the dilemmas that psychiatry presents from the political point of view. An opinion of the author is provided based on different sources, bibliographic and other areas. Some of the effects that the psychiatrization of everyday life has produced and the reaction it has caused on the part of critical professionals and groups of affected people are analyzed. Finally, some brief and modest proposals for the future are provided.

**Key words:** critical psychiatry, anti-psychiatry, social psychiatry, post-psychiatry.

El papel de los médicos como actores políticos queda patente continuamente en los medios de comunicación. Prácticamente todos los días aparecen profesionales de la salud dando consejos y advirtiendo sobre los riesgos de vivir y lo peligroso que es la vida fuera de la seguridad que ofrecen con sus consejos. Desde luego el papel de las tecnologías *psi* y en especial de la psiquiatría en este escenario está fuera de toda duda. En todos, insistimos en lo de todos, los programas

de radio del dial español hay profesionales de la psicología y/o de la psiquiatría para dar una explicación de lo que sucede en el mundo. En este sentido podemos encontrarlos dando explicaciones de por qué ha ocurrido un determinado crimen, qué explica el triunfo de Trump, el valor del fútbol como bálsamo social o dando opiniones sobre la salud mental de un juez que deja en libertad a un etarra. Es obvio que una profesión no le otorga a uno la omnisciencia de saber sobre lo

divino y lo humano, pero así es como se nos presenta. Cada día ponga un psiquiatra en su vida.

Este texto solo pretende aportar unas meras notas mentales volcadas en el papel en blanco (lo de papel es metafórico obviamente) para compartirlas y debatirlas. Nos hubiera encantado contar con sesudos conocimientos, hacer unas citas de clásicos griegos o quizás de Foucault, eso lo encontrarán en otros artículos de esta y otras revistas<sup>1</sup>. Estos apuntes tratan sobre la implicación de las disciplinas *psí* en la sociedad occidental, sobre las reacciones que, en especial desde finales del siglo XX, ha provocado por parte de sectores de usuarios y afectados por estas disciplinas y también por diversos profesionales críticos. Por supuesto no caeremos en el párrafo previo. Lo que se aportará en este artículo son opiniones de sus autores, solo tienen ese valor, las opiniones que suscribimos proceden de mil y una discusiones, algunas lecturas, reflexiones personales, y seguramente también de la literatura y el cine.

### **1. La psiquiatría como regulador de la vida cotidiana**

El extenso carácter regulador de la vida por parte de la psiquiatría supera con creces las posibilidades de este artículo, por lo que nos centraremos en la incorporación de algunos aspectos que consideramos cruciales en este comienzo de siglo: la participación en la sumisión social, en la domesticación de los cuerpos y en la psiquiatrización de la vida cotidiana. El modelo biomédico, predominante en la psiquiatría, separa a la gente en normales y enfermos favoreciendo la estigmatización de las personas que se salen de la norma. En el caso de la psiquiatría da base teórica, y rienda suelta, a la utilización de técnicas de coerción. Esto se hace principalmente mediante la consideración de las personas afectadas por problemas de salud mental como incapaces (o

*discapaces, o minuscapaces*). Hablando en su lugar, decidiendo lo que les conviene más para su vida, etc. Por supuesto, esta supremacía del modelo tecnológico ha sido ampliamente apoyado y fomentado por la industria farmacéutica que es la principal beneficiaria, lo que ha llevado a definir este modelo como modelo biocomercial (1). La industria hace esto a través de diversos mecanismos (2): En primer lugar, la restricción intencionadamente simplificada, del análisis de los procesos humanos que consensuadamente consideramos mentales reduciéndolos a una afectación de un cierto neurotransmisor en una vía determinada. En segundo lugar mediante la presión que se ejerce a la hora de generar nuevas categorías nosológicas, ampliación de los criterios de inclusión en las mismas de otras (*disease mongering*), la mayoría de las veces en relación al desarrollo de nuevas moléculas que aportan poco. En tercer lugar, al disfrazar de ciencia lo que no es más que propaganda comercial y no nos referimos sólo a las vistosas literaturas que nos dejan en sus visitas sino también a la profusión de artículos y simposium que se citan en las mismas, amen de charlas-cenas-viajes, etc. En cuarto lugar, al describir, performativamente (3), cualquier comportamiento humano como una alteración del cerebro, aboliendo el papel de la volición como reguladora de nuestras conductas. En quinto lugar, al premiar las publicaciones que se hacen en revistas cuyas líneas editoriales sostienen el modelo biotecnológico, revistas sostenidas principalmente a través de la financiación de la industria. Finalmente, la implicación de la industria en la formación de los futuros profesionales, bien sea mediante visita médica, al estilo clásico o incluso mediante la implicación en la financiación de universidades, con la lógica capacidad para proponer o vetar profesorado en función de sus intereses<sup>2</sup>. Los conceptos: modelo biomédico, biotecnológico, biocomercial, neurobiológico o simplemente médico son, con diferentes matices en su definición, muy similares y para nosotros equivalentes. Porque da igual las sutilezas que intentemos representar con ellos, pertenecen a una misma matriz teórica

<sup>1</sup> Para una excelente revisión de diferentes dimensiones de salud mental, desde una perspectiva crítica recomendamos especialmente los blogs: postPsiquiatría y Mad in América en español. En el número 132 (2017) de la Revista de la AEN se ha publicado una interesante compilación de artículos englobados bajo el epígrafe *Postpsiquiatría* editado por Amaia Vispe y Jose Valdecasas donde se pueden encontrar argumentos y reflexiones muy adecuadas para este fin.

<sup>2</sup> Esto ha pasado ya al Dr. David Healy, un prestigioso psicofarmacólogo, que ha sido vetado en Canadá por una compañía que financia la universidad. Ver: <https://www.pharmapolitics.com>. The David Healy Affair: drug, money and academic freedom.

y conducen unos a otros de forma inexorable. A pesar de esta postura que sostenemos, nos gustaría, quizás saliéndonos del guión, hacer notar lo que consideramos dos falsos debates que existen en torno al modelo médico: en primer lugar, el modelo médico no es el modelo de los médicos, es un modelo basado en la secuencia anamnesis-evaluación-diagnóstico-tratamiento, lo que acompaña a la mayoría de los principios de las diferentes escuelas psicoterapéuticas<sup>3</sup>. En efecto, no podemos reducir este debate al uso de fármacos o técnicas como la llamada terapia electroconvulsiva. Ese no es el problema, de hecho, cuando vamos a cualquier médico es lo que nos encontramos y no nos parece extraño. Pero ese malestar físico está producido por unos desórdenes fisiológicos que pueden, muchas veces, determinarse con una exploración y una serie de preguntas bien ordenadas. Las conclusiones a las que se lleguen con este método tienen un porcentaje de error que es conocido también y los resultados de los tratamientos son también bastante previsibles. El problema es aplicar este método presuponiendo que un sufrimiento psíquico, o un comportamiento inapropiado, también tienen una causa fisiológica, sea por la presencia de unos circuitos neurobiológicos alterados, por la presencia de patrones cognitivos aberrantes, por una estructura psíquica perversa, neurótica o psicótica, por apegos inseguros o dobles vínculos. Por tanto, para intervenir tenemos que diagnosticar previamente lo que está pasando para proponer el tratamiento adecuado. En general tenemos muy poca fiabilidad en todas estas teorías, creemos honestamente que en nuestro ámbito (incluyendo la archiprestigiosa neurociencia), haciendo un símil con la historia general de la ciencia, seguimos estando en la era ptolemaica y no en la de Einstein o Hawking, como nos podría parecer. Todo esto condiciona que, ante una determinada demanda, diferentes profesionales den una explicación diferente y ofrezcan opciones terapéuticas diferentes, incluso opuestas, y las personas que consultan se encuentren confundidas y sin saber qué hacer. Actualmente los modelos narrativos y colaborativos abandonan esta tendencia trabajando más

en la línea de “qué es lo que quiere conseguir viniendo a esta consulta”. Abandonando el papel de decidir qué es lo que va mal y, en todo caso, qué es lo que hay que cambiar en favor de preguntar a quien nos consulta. El segundo debate falso es la supuesta dicotomía entre intervenciones biológicas (características de la psiquiatría) e intervenciones psicológicas o psicoterapéuticas. Si mientras escribimos este artículo ocurre una incidencia eléctrica que nos hace perder lo escrito, nos enfadaremos, entristeceremos y sin duda nos agobiaremos por los plazos de entrega y todo en unos pocos segundos. Esto conlleva un correlato biológico, es decir, habrá sin ninguna duda, cambios en la configuración biológica de nuestro cerebro, a nivel bioquímico, eléctrico, etc. Una conversación tranquila frente a una puesta de sol con tu gente y un buen jamón nos produce una sensación de relajación y placer que dudamos mucho que tenga que ver con la presencia de neurotransmisores en el jamón, tampoco creemos que haya que saber qué es lo que exactamente cambia en nuestro cerebro o hacer ensayos clínicos para predecir que si un día estamos tensos o estresados nos va a venir muy bien irnos a tomar un jamón con nuestros amigos. Por supuesto que asistir a un recital, una obra de teatro o una buena película, provocará reacciones por nuestra parte que también son biológicas. Lo que no significa que la causa de las mismas sea ese hecho biológico, como si la cultura no fuera más que una consecuencia cuando, desde nuestro punto de vista es, sobre todo, una causa (probablemente *La Causa*). Análogamente una conversación terapéutica genera cambios a nivel biológico en nuestro cerebro. Por tanto, cualquier intervención psicológica es necesariamente una intervención biológica, aunque probablemente muy compleja si pretendiéramos describir qué sucedió en lo concreto, muy alejado de las simplificaciones que reducen la complejidad de la condición humana a los efectos de unos pocos neurotransmisores por aquí o por allá.

### 1.1. *La psiquiatrización de la vida cotidiana*

Siguiendo a Alberto Ortiz (4) y otras, nos damos cuenta de la especialización del fenómeno de la medicalización de la vida cotidiana en el ámbito de las tecnologías *psi* donde es si cabe peor, dado que a diferencia de lo que ocurre con

<sup>3</sup> Se ha hablado de lo peculiar que es el que las dos terapias psicológicas de moda (EMDR y Mindfulness) apenas precisan de hablar y se fundamentan en teorías fuertemente fisiológicas y neurobiológicas,

el dolor físico, el malestar emocional o psíquico normal es prácticamente indistinguible *per se* del patológico, únicamente el contexto nos ayuda a determinar cuán patológico es dicho malestar. Los factores de esta psiquiatrización son varios: la industria farmacéutica y las empresas sanitarias, mediante estrategias de flexibilización y ampliación de los criterios de inclusión en una categoría diagnóstica o la creación y difusión de nuevas categorías diagnósticas, todo ello en aras de un mayor beneficio económico; los procesos de individuación que el desarrollo tecnológico y la ideología liberal han permitido y que nos conducen a tener que encontrar nuevas estrategias de afrontamiento de los malestares de siempre y de otros más novedosos, donde la necesidad de terapias, *coachings*, etc., se hace imprescindible al haberse desmoronado nuestras redes de afectos; la elevada presencia de profesionales *psi* en los medios de comunicación opinando continuamente de casi cualquier cosa y dando opiniones personales como si fueran ciencia mediante la utilización de un lenguaje técnico. Además la población se familiariza y aprende estas jergas permitiendo también usarlas para describir sus experiencias personales y darles una orientación *psi*; las administraciones sanitarias mirando para otro lado cuando hay que regular, por ejemplo, una correcta y limitada cartera de servicios en salud mental, mirando para otro lado también a la hora de la formación continuada de los profesionales, en manos de la industria; finalmente los propios profesionales son los que mantienen en movimiento esta rueda al separar lo que es normal de lo que no, al participar en los medios, al formarse a través de la industria de forma acrítica, al abrazar ardorosamente cualquier nuevo diagnóstico, al lanzarse entusiásticamente a prescribir cualquier medicamento que aparezca en el mercado, etc. Por tanto, son el factor más determinante de todos.

### 1.2. La sumisión social

Estamos en un momento histórico donde la pérdida de bienestar para sectores mayoritarios de la población conlleva un importante sufrimiento. Este sufrimiento viene de la crueldad directa que supone verte en la calle al no poder pagar los inverosímiles precios de una vivienda, sea compra o sea de alquiler, o de ver como un familiar no

puede tener su medicina para tratar su diabetes o no puede ir a rehabilitación tras una cirugía por no existir servicio de transporte o estar sometido a un copago. Pero existe una crueldad más sutil, la de no encajar dentro de un mundo donde la gente sólo tiene dos alternativas: ser “winner” o ser “loser”. Cada día en los medios de comunicación se presentan como héroes nacionales a cualquier persona que genere un proyecto empresarial, aunque no le dé ni para pipas. En los institutos de enseñanzas medias se empieza a dar clases de “cultura del emprendimiento” con los valores del “hacerse a sí mismo” o el “valor del esfuerzo personal”, como intento de que la gente acepte trabajar durante muchas horas para conseguir un mínimo de dignidad salarial. Esto incluye, por supuesto, una crítica velada sobre los modelos de sociedad que aspiran a garantizar el bienestar básico de sus ciudadanos. Algunos de estos cursos en algunos institutos de enseñanza media de la Comunidad de Madrid están auspiciados y promovidos por la propia embajada de los EEUU<sup>4</sup>. Frente a esto, la figura del trabajador público es denostada, vilipendiada y cuestionada, la imagen de un funcionario gris, un burócrata que nunca resuelve un problema, es la que tenemos en la cabeza como arquetipo, y pretender estabilizarse en un empleo público o privado cada vez se ve más como una aspiración obsoleta, que conlleva cobardía o falta de inteligencia. Flexibilidad laboral lo llaman. Toda esta violencia se concreta en despidos, desahucios, subempleo, subcontratación y en general en formas de precariedad social. El sufrimiento asociado no es psíquico, aunque sus manifestaciones sí lo sean, es social y político. Ante esta situación la visita a un servicio de salud mental no solo es improcedente sino peligrosa y en realidad una vuelta de tuerca más de la violencia social que describimos porque desplaza el foco de interés desde lo colectivo y social hacia lo personal, lo íntimo. ¡La culpa es tuya, tontaina!

### 1.3. La economía de domesticación de los cuerpos

Uno de los factores más curiosos de la participación de la psiquiatría en la política es la inter-

<sup>4</sup> <https://es.usembassy.gov/es/la-embajada-de-estados-unidos-y-la-consejeria-de-educacion-de-castilla-y-leon-refuerzan-sus-lazos-para-fomentar-el-emprendimiento/>

vección en lo que podríamos llamar la domesticación de los cuerpos. Algunos tratamientos y cirugías sólo se ofrecen, en la cartera de servicios del sistema nacional de salud, bajo algunas condiciones. Entre ellas están las cirugías reparadoras, en especial las que tiene que ver con las mamas, pero también las relacionadas con otras partes del cuerpo. También están las llamadas cirugías de reasignación de sexo. Nos referimos a estas cirugías como cirugías de domesticación de los cuerpos porque su necesidad no viene de un tema de salud física, ante una situación que pone en peligro nuestra vida, sino de la necesidad de adaptar un cuerpo que no encaja con la norma. Cuando una persona necesita ser operada de una de estas cirugías está protocolizado que un psiquiatra decida si la persona es candidata a ello o por el contrario queda excluida. Esto genera bastantes consultas para realizar informes sobre la repercusión psicológica que está teniendo el hecho de que las mamas de tal o cual paciente sean demasiado pequeñas (o grandes, o lo que sea). En el caso concreto de la transexualidad nos obliga a realizar un diagnóstico que determine que la identidad de las personas que tenemos delante es verdaderamente trans, situación que ciertamente nunca ocurriría ante una persona cis. Esto no procede de un deseo de proteger a las personas de una posible equivocación o período transitorio de confusión que pudiera dar al traste con unos genitales o unas mamas y posteriormente arrepentirse, esa no es una preocupación del capitalismo, aunque lo disfrace de esta manera. El objetivo es intervenir en la decisión de si lo paga el seguro correspondiente, en nuestro caso la consejería de sanidad correspondiente, o la cirugía corre por cuenta de la persona implicada. Esto genera una perversión notable al tener las personas que interpretar el papel de afectadas-gravemente-por-el-aspecto-de-mi-cuerpo-hasta-el-punto-de-precisar-un-psiquiatra a pesar de que quizás no lo están. Con la situación de la cirugía bariátrica, el tema es diferente, la situación ha ido cambiando en los últimos años. Actualmente el riesgo quirúrgico de dicha cirugía es mucho más bajo que hace unos años atrás, los efectos secundarios de las diferentes técnicas aplicadas son conocidos y sabemos cómo paliarlos por lo que ha pasado de ser una cirugía de último recurso (para personas con obesidades muy importantes con esperanza

de vida muy corta si no se corrigiera) o bien una cirugía estética (para personas con una obesidad mucho menor, que no quieren o no pueden afrontar una dieta y que generalmente requería la autorización por nuestra parte informando de que están afectadas-gravemente-por-el-aspecto-de-mi-cuerpo-hasta-el-punto-de-precisar-un-psiquiatra). Ahora puede y debe ser considerada una cirugía terapéutica posible y razonable para tratar síndromes metabólicos moderados a severos con mejora de la salud en general. Por tanto, ¿no debería aplicarse un criterio de cirugía terapéutica al uso, como el que aplicaríamos a un trasplante o a una cirugía coronaria, por ejemplo, en el que no se pide ningún informe a ningún psiquiatra?

En las últimas semanas, terminando ya de componer este texto nos aparece por primera vez una solicitud de informe para valorar la conveniencia o no de implantar un aparato de electroneuromodulación, una suerte de artillugio que se usa para combatir el dolor crónico. Al parecer también es preciso tener una salud mental certificada para poder beneficiarse de esta tecnología.

Un caso especial de esta regulación económica de la disciplina corporal, desde nuestro punto de vista más grave si cabe, es nuestra participación en la toma de decisión sobre determinadas situaciones relacionadas con el embarazo y la gestación como los tratamientos para la infertilidad y las interrupciones voluntarias del embarazo. En el primer caso se nos pide informar sobre que la persona está mentalmente capacitada para procrear y criar su descendencia. Por supuesto que esto solo se nos pregunta cuando se trata de una mujer, nunca varones, que se encuentra diagnosticada de un trastorno mental o simplemente ha informado de que ha visitado una unidad de salud mental. En el caso de la interrupción del embarazo tenemos que determinar que la paciente se encuentra mentalmente enferma o en peligro de estarlo por el embarazo y todo lo que conlleva (y conllevará), como parte de los supuestos en los que se autoriza la IVE según la ley española. Aparte del peligro profesional, e incluso personal, al situarnos en el punto de mira de los grupos mal llamados provida, ambas intervenciones suponen una intromisión paternalista en la vida de las personas y nos convierte, una vez más, en el brazo ejecutor del hetero-patriarcado.



## 2. La reacción

A partir de finales de los años 50 comienzan a aparecer una serie de autores que empiezan a criticar las prácticas psiquiátricas imperantes en la época, caracterizadas por la aplicación de forma indiscriminada de pautas de intervención sobre las personas: internamientos forzados e indiscriminados, experimentación sin piedad de ocurrencias pseudoterapéuticas (choques insulínicos, lobotomías o electrochoques, por ejemplo). Se suele citar como grupo de origen del movimiento a Thomas Szasz, Michel Foucault, Erving Goffman, David Cooper (al que se debe la popularización del término antipsiquiatría), Ronald Laing y Franco Basaglia. Estas personas nunca formaron un grupo, de hecho, algunos no se conocieron personalmente y salvo Laing y Cooper todos los demás negaron pertenecer a ningún movimiento antipsiquiátrico. Foucault (5) ni siquiera era psiquiatra y nunca se movilizó en favor de los derechos de los pacientes psiquiátricos, cosa que sí hizo por ejemplo con los presos comunes. Laing (6) y Cooper (7) sí se autodenominaron antipsiquiatras, y emprendieron experiencias de intervención alternativa, bajo la premisa de que lo que llamamos trastorno mental es una reacción sana a una sociedad enferma y, por tanto, lo que había que generar eran entornos donde las personas pudieran vivir la locura en total libertad. Goffman (8) era un sociólogo que se interesó por el efecto que el asilo provocaba en las personas. También fue uno de los principales estudiosos del estigma y del etiquetado, pero tampoco era psiquiatra y no se pronunció mucho sobre aspectos epistemológicos. Su único activismo fue contribuir a fundar la Asociación Americana para la Abolición de los Internamientos Hospitalarios Psiquiátricos Involuntarios. Basaglia (9) fue el único que tuvo una práctica psiquiátrica habitual en un contexto de trabajo público. Participó en política y llegó a ser diputado favoreciendo la famosa ley que lleva su nombre y que inspiró la mayoría de las reformas posteriores, entre otras la española.

De todos estos autores el más productivo y constante crítico de la psiquiatría es Szasz (10). No solo se desmarcó de la antipsiquiatría sino que cargó con total beligerancia contra Laing y Cooper a los que dedicó todo tipo de acusaciones y lindezas. Szasz consideraba que el estatus de

enfermedad mental era epistemológicamente un error al considerar que estos problemas se hallan en el ámbito de lo discursivo y de lo ético. Era principalmente un liberal, en el sentido más thatcheriano del término, y para él solo era planteable la psiquiatría en términos de asistencia privada, voluntaria y financiada por el propio usuario.

De forma contemporánea a estos sucesos aparecen los primeros movimientos y asociaciones de personas afectadas por la psiquiatría, estos movimientos tienen múltiples orígenes y múltiples motivaciones. Muchos de ellos mantuvieron unas pocas reuniones, quizás elaboraron un manifiesto y luego dejaron progresivamente de existir<sup>5</sup>, otros muchos han perdurado, algunos son auspiciados por profesionales comprometidos pero la mayoría funcionan al margen del sistema de salud, algunos tienen detrás asociaciones e incluso organizaciones religiosas que muchas veces sostienen planteamientos muy alejados de los vertidos en estos apuntes, aunque aparentemente parezca que coinciden en algunas conclusiones puntuales. La mayoría tienen un afán muy reivindicativo, de la autonomía de las personas para decidir, contra la involuntariedad, contra el etiquetaje... otras se constituyen como plataformas de autoayuda y autodefensa. Desde la psiquiatría oficial se mira con recelo y se les ignora como si no existieran o se considera como parte de la enajenación que les atribuimos o a la falta de conciencia de enfermedad.

Sin embargo, en las últimas dos décadas han aparecido numerosos autores que han planteado incorporar la voz de las personas afectadas en los debates abiertos sobre la salud mental. Este movimiento está nítidamente situado en la postmodernidad por lo que no es extraño que se haya nombrado como postpsiquiatría. No nos extenderemos en este tema dado que ha sido ampliamente tratado en otros lugares como se dijo al principio de este texto. Únicamente considerar que a falta de un manifiesto fundacional que nos pueda servir de referencia, nos atreveremos a formular unas propuestas más concretas en el siguiente apartado.

<sup>5</sup> Cualquier persona que haya participado en un movimiento social, político, etc. reconocerá que este ciclo es en realidad muy común.

### 3. A modo de propuesta

Más diálogo (abierto o como sea) y menos Prozac (y risperidona, gabapentina...).

1. Compartimos con Szasz la consideración de la enfermedad mental como una enfermedad metafórica, en el sentido de que no puede ser entendida de la misma manera que entendemos, por ejemplo, una enfermedad orgánica como la diabetes. Pero no podemos compartir su idea de que desde una sanidad pública no se respeta la libertad y la autonomía de las personas. Nos oponemos, sin ambages, a su crítica de las intervenciones comunitarias, a las que considera propias de posturas comunistas y dictatoriales.
2. Consideramos que los agentes que intervienen en salud mental deben trabajar de forma colegiada, tomando decisiones de forma conjunta con las personas usuarias de nuestros servicios. Consideramos que los diferentes campos profesionales deben sentarse y comunicarse de forma totalmente horizontal, compartiendo sus puntos de vista, sus saberes, de una forma no jerárquica. Consideramos que la presencia de las personas que acuden a los servicios en estos equipos es necesaria y urgente.
3. Consideramos que las personas afectadas por un problema de salud mental deben poder disponer de servicios que, de forma precoz, les ofrezcan las diferentes opciones de tratamiento y no solo la opción farmacológica. Esto incluye la consideración de medidas como: equipos comunitarios asertivos, viviendas acompañadas, miniresidencias abiertas, centros de rehabilitación psicosocial en la comunidad, talleres de capacitación y empleabilidad, etc., como tratamiento y no como prestación sociosanitaria. Esta diferenciación no es baladí. Cuando una persona tiene un accidente de tráfico, por ejemplo, quizás precise un internamiento agudo, unas cirugías, unas curas que conllevarán un tratamiento más o menos largo, y al final de la etapa aguda y quirúrgica, la persona puede precisar de un periodo de rehabilitación física que puede ser también muy largo. Al final de este proceso, y no antes, cuando el equipo de rehabilitación considera que ya no podrá mejorar más, se

emiten los informes correspondientes, se determinan las secuelas y las limitaciones que suponen estas, otorgándole a esta persona las prestaciones sociosanitarias que precise: pensión, ayudas ortopédicas, descuentos en transportes, etc. Cada vez más se tiene claro que una intervención de rehabilitación precoz, incluso durante la fase aguda, reduce mucho el riesgo de secuelas por lo que cada vez se recomiendan intervenciones más tempranas.

Cuando una persona tiene un “accidente” de salud mental también puede precisar una serie de intervenciones agudas, quizás un ingreso, algo de medicación... Sin embargo, cuando pasa esta etapa, la persona se encuentra que para acceder a los programas de recuperación, por ejemplo un centro de rehabilitación psicosocial o un taller de terapia ocupacional, tiene que tener una determinación de secuelas y certificado de minusvalía previo. Esto implica que le transmitimos la idea de que sus limitaciones son secuelas y no hay esperanza de recuperación. Además, cuando consideramos un accidente traumatológico, durante la rehabilitación puede accederse a cuantos medios sean necesarios, así una persona puede tener masajes, neuroestimulación, punción seca, ortesis... simultáneamente. En el caso de una atención sociosanitaria, al considerarse prestación y no tratamiento, las personas afectadas tienen que elegir entre, por ejemplo, una estancia en un piso supervisado y asistir a talleres o centro de rehabilitación social<sup>6</sup>.

4. Es preciso continuar explorando alternativas al ingreso hospitalario, sea este de breve, media o larga estancia. Es más, hay que intentar estudiar opciones urgentes y viables, en nuestro marco actual, para que la atención sea domiciliaria, lo que es posible y deseable la mayoría de las veces.
5. En las escasas situaciones en que se produce un momento de alarma social, riesgo vital o social para la persona o para terceros, debería

<sup>6</sup> Para ser justos diremos que en Canarias al menos hasta ahora la administración no es muy rigurosa con la aplicación de estos copagos y delimitaciones, pero nos requiere a los profesionales la realización de informes que justifiquen la duplicidad de prestaciones.



existir un comité formado por profesionales, usuarios, expertos en bioética y juristas que pudieran decidir un ingreso o cualquier otra medida terapéutica o simplemente de protección, incluso involuntario, decidiendo en el caso concreto, con la inmediatez y la alarma habituales en estos casos y no en la abstracción de la teoría. Pensamos que este comité deberá escuchar a la persona implicada pero también a las personas que demandan la toma de esa decisión. Por supuesto ese comité debería estar accesible en todo momento, incluidas las guardias.

6. Aunque consideramos criticables las prácticas comerciales de las compañías farmacéuticas y pensamos que la medicación no es la única opción, ni probablemente la principal, no nos consideramos *antifármacos*. Algunos fármacos en determinadas situaciones pueden ayudar. La edición española de *Mad in América* ha publicado recientemente un artículo de Robert Whitaker (11) donde plantea de forma clara a lo que nos referimos. Bajas dosis, poco tiempo y centrarse en las necesidades de la persona es básicamente lo que plantea el trabajo.
7. Aunque compartimos la idea antipsiquiátrica de que vivimos una sociedad desquiciante y que puede ser responsable del sufrimiento psicológico de la mayoría de nosotros, no creemos que eso signifique que este sufrimiento sea una forma de rebeldía y que las personas que lo sufren tengan, por ello, la razón, o que no necesiten ayuda. Una cosa es que las personas tengamos derecho a nuestras legítimas rarezas, excentricidades o locuras y otra bien distinta es dejar a su suerte a las personas que sufren las experiencias aterradoras que, con mucha frecuencia, vemos en eso que llamamos psicosis.

#### 4. *A modo de conclusión*

En este texto hemos realizado críticas a la psiquiatría. Y cuando nos referimos a esta psiquiatría, nos referimos a la especialidad que consiste en descubrir unos síntomas en las personas, síntomas que configuran una enfermedad a la que reconocer y que conlleva un tratamiento principalmente farmacológico con un apoyo, a veces, por parte de psicología y otros profesionales

“complementarios”. En esa visión, la persona enferma carece de papel más allá de tomarse las pastillas y seguir todos los consejos y, sobre todo, asumir que se tiene una enfermedad. La familia solo sirve para ser fuente de información ocasional sobre lo que sucede (más síntomas) y para ser depositaria de las críticas y las culpas. En esa visión el hospital está en el centro, el psiquiatra está en la cúspide y toma todas las decisiones: ¿puedo apuntarme a un curso?, ¿puedo conducir?, ¿puedo irme a un hotel un fin de semana con mi novio? Desde ese punto de vista, el contexto solo sirve para culparlo cuando las cosas no van como hemos prometido. Para ellos, el problema está en el cerebro, como la diabetes está en el páncreas, por cierto, una comparación frecuente. Es una especialidad médica más, dicen.

Por tanto, no nos referimos a otra psiquiatría (o más adecuadamente: intervención en salud mental) que considera las cosas de formas que validan a las personas, que no considera síntomas ni enfermedades sino experiencias amplias y complejas, que intenta comprender el contexto donde se producen los malestares y participa en su cambio, porque lo que consideramos trastorno o malestar mental lo es en un contexto concreto y no en todos (a diferencia de lo que ocurre con la diabetes). No nos referimos a los que consideran que a pesar del sufrimiento y las posibles limitaciones que este les ocasiona, también hay capacidades y éxitos que las avalan. Tampoco nos referimos a los y las que salen de la cúspide de la pirámide para compartir la mesa de trabajo de igual a igual con el resto de profesionales, cada cual asumiendo sus responsabilidades y tomando las decisiones de forma colectiva, saliendo también del hospital y acudiendo a la comunidad, incluso al domicilio. Tampoco estamos refiriéndonos a las personas que intentan justificar su práctica en la ciencia, en la independiente, en la que esperamos alguna vez que sea de acceso libre, gratuito e inclusivo (es decir, que publique toda la ciencia que se produce y no solo la que se refiere al paradigma dominante). Por supuesto que no nos referimos a todas esas personas que intentan formarse al margen de la industria, que no tienen ninguna relación con la misma y que planifican su trabajo, y su ocio, al margen de ella, aquellas que defienden (defendemos) la atención pública y gratuita.

### Contacto

Miguel Hernández González ✉ mhdez67@gmail.com

### Bibliografía

1. G. Valdecasas J, Vispe A. Mercaderes en el Templo: hegemonía del paradigma bio-comercial en Psiquiatría. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2011; 110: 321-341.
2. Mata Ruiz I, Ortiz Lobo A. Industria farmacéutica y psiquiatría. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2003; 86: 49-71.
3. Hernández González M. Primeros episodios psicóticos. Las trampas del lenguaje o de cómo confundir hipótesis con hechos. Ponencia perteneciente al Simposio XXV Congreso Nacional de la AEN: Psicosis agudas vs. Primeros episodios psicóticos o del riesgo de cronificar desde el diagnóstico. Disponible (2016) en: <http://madinamerica-hispanohablante.org/primeros-episodios-psicoticos-las-trampas-del-lenguaje-o-de-como-confundir-hipotesis-con-hechos-miguel-hernandez-gonzalez/>
4. Ortiz Lobo A. *Hacia una psiquiatría crítica*. Madrid: Editorial Grupo 5, 2013.
5. Foucault M. *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica, 1976.
6. Laing RD. *El yo dividido*. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1993.
7. Cooper D. *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. Buenos Aires: Paidós, 1978.
8. Goffman E. *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu, 1994.
9. Basaglia F. *La institución negada: Informe de un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Seix Barral, 1972.
10. Szasz T. The Myth of Mental Illness. *American Psychologist* 1960; 15: 113- 118.
11. Whitaker R. Harrow + Wunderink + Diálogo Abierto = Una exigencia basada en evidencias de un nuevo modelo de atención. Disponible (2017) en: <http://madinamerica-hispanohablante.org/harrow-wunderink-dialogo-abierto-una-exigencia-basada-en-evidencias-de-un-nuevo-modelo-de-atencion-robert-whitaker>

• Recibido: 7/12/2018.

• Aceptado: 20/4/2019.

# La discapacidad como falacia diagnóstica: constructos médicos y sociales. Identidad, cuerpo y estigma en las personas con discapacidad.

*Disability as diagnostic fallacy: medical and social constructs. Identity, body and stigma in people with disabilities.*

Federico Menéndez Osorio (1), Carmen Armas Barbazán (2)

(1) Psiquiatra, A Coruña, España.

(2) Psiquiatra. EOXI, Lugo, Galicia, España.

**Resumen:** La llamada discapacidad es un constructo cuestionable de conceptualización compleja y problemática, multidimensional, con gran heterogeneidad y que en última instancia nos remite a la diversidad funcional. El diagnóstico de discapacidad se convierte, de facto, en una falacia diagnóstica, cajón de sastre de confusión e ignorancia y en una unidad de destino en la exclusión, la marginación y el estigma.

Se abre una necesaria reflexión y debate sobre lo que supone el constructo de discapacidad, enfermedad y estigma. Un cuestionamiento a la mayor de los fundamentos, las bases y los principios de los modelos y las prácticas, de las políticas y la gestión de la llamada discapacidad. Se requiere otros enfoques y paradigmas de lo que se entiende por discapacidad y retraso mental, marginados y excluidos de todo replanteamiento tanto conceptuales como de las prácticas que se ejercen sobre el “dis”.

Tanto la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y el Informe del Relator de la ONU en Salud Mental, así como los propios afectados nos muestran en sus reivindicaciones y movilizaciones, se plantean una reformulación de los constructos de discapacidad y sus paradigmas. Asimismo, la restitución de los derechos que les han sido negados, no como una carta de derechos aparte, segregado y distinta, sino la propia carta de los Derechos Humanos en tanto deuda pendiente de lo que se les arrebató y excluyó.

**Palabras clave:** Discapacidad. Retraso Mental. Falacia diagnóstica. Constructo científico y social. Cuerpo discapacitado. Cuerpo biomédico. Estigma.

**Abstract:** The so called disability is a questionable construct of complex and problematic conceptualization, multidimensional, with great heterogeneity, which lacks a homogeneous definition and that ultimately refers us to functional diversity. The diagnosis of disability becomes, de facto, a diagnostic fallacy, a hotchpotch of confusion and ignorance and in a destination unit in exclusion, marginalization and stigma.

A necessary reflection and debate is opened on what the construct of disability, illness and stigma entails. A questioning of the major foundations, the bases and the principles of the models and practices, of the policies and the management of the so-called disability. Other approaches to what is understood as disability and mental retardation, marginalized and excluded from any reconsideration of the subject and the practices undertaken on the “dis”. The Convention of the Rights of Persons with Disabilities and the UN Special Rapporteur on the right, physical and mental health, as the affected people themselves show us in their demands and mobilizations, we propose a reformulation of the constructs of disability and the challenge of the restitution of the rights that have been denied to them, not as a separate, segregated and different bill of rights, but the own Human Rights Charter as a pending debt of what was snatched and excluded.

**Key words:** Disability. Mental Retardation. Diagnostic fallacy. Scientific and social construct. Disabled body. Biomedical body. Stigma.

## Introducción: de qué hablamos al referirnos a la discapacidad

La llamada **discapacidad** es un fenómeno cuestionable de conceptualización compleja y problemática, que adolece de una definición homogénea y que en última instancia nos remite a la diversidad funcional. Es difícil y problemático validar los parámetros de prevalencia, recogida de datos, estadísticas, evaluaciones y estudios, etc. dado los múltiples factores y variables que están en juego, así como las distintas disciplinas y campos, la disparidad de modelos explicativos, la heterogeneidad de los afectados, la multidimensionalidad del fenómeno, etc. Todo ello hace que sea dificultoso disponer de un instrumento único y fiable que pueda delimitar u obtenerse registros precisos y rigurosos, de aquí la diversidad de criterios, fuentes y estadísticas al respecto.

Tanto la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (1), como el reciente Informe del Relator Especial de la ONU en Salud Mental (2), reclaman una reformulación de los constructos de discapacidad, así como nuevos paradigmas al respecto. El propio informe del Relator, en su punto 8, señala: “durante decenios los servicios de salud mental se han regido por un paradigma biomédico reduccionista, que ha contribuido a la exclusión, al descuido, la coacción, y al maltrato a las personas con discapacidad” (2).

El propio concepto de “dis” capacidad viene determinado –como afirma A. Roig– en que “el ser humano evoluciona en una dinámica de adquisi-

siones de capacidades y habilidades, lo cual conlleva implícito una pérdida de estas capacidades y habilidades, podemos decir que la discapacidad es tan inherente al ser humano como la capacidad”...”la discapacidad se entiende como una interacción dinámica o compleja entre la condición de salud y los factores contextuales, de tal manera que si variamos uno de ellos, el otro puede verse afectado y la discapacidad resultante que tiene la persona variaría...”.(3)

Desde las concepciones esencialistas basadas en el modelo biomédico, hasta los constructos sociales, económicos y políticos, o los más recientes movimientos de los propios afectados y de la acción directa, o los queer (4), o modelos postmodernos (5), etc. hay toda una diversidad de enfoques y visiones acerca de la llamada discapacidad, que dan cuenta de los posicionamientos ideológicos y epistémicos que sostienen y de los que parten en su modelo referencial. (6, 7) (Nos extenderemos en estos constructos a lo largo del artículo).

En lugar de lo obvio y de lo dado (diagnósticos, etiquetas, clasificaciones, categorías, estadísticas, etc.) como algo incuestionable o supuestamente científico, se trata de replantear y cuestionar tales afirmaciones apriorísticas. Un fenómeno no se reduce a uno de sus elementos, ni a lo aparente, o a las “certezas” absolutas, producto de los reduccionismos o simplismos más interesados e intencionados.

La **construcción social y científica** de la llamada discapacidad tiene como todo conocimiento, una

historia y unas razones que no se limitan a un solo y exclusivo campo de la realidad y del saber. Desde los factores genéticos, neurológicos, metabólicos, etc. hasta lo que suponen las condiciones materiales de la existencia, los valores sociales dominantes, las formaciones económicas y productivas, el medio socio-familiar y cultural, etc. van a construir el entramado que da cuenta de dicha realidad.

Este entramado diverso, plurifactorial e interdisciplinar está compuesto por el entrecruzamiento de saberes y poderes, desde lo técnico, a los valores e ideologías que interpenetran e impregnan toda la visión de unos fenómenos o unos conceptos como los que aquí tratamos y que incluye poderosamente lo subjetivo y el hecho de la **diversidad funcional**. De esto están dando cuenta los propios afectados, que muestran con sus reivindicaciones, sus derechos, sus textos y escritos y sus movilizaciones, un papel activo y transformador en los procesos de toma de decisiones y de sus enfoques al respecto (8, 9, 10).

### Desarrollo histórico de la denominación de discapacidad

Diversos términos han ido acuñándose y tomando carta de naturaleza a lo largo del tiempo para referirse a lo que actualmente se denomina como discapacidad: Subnormalidad, Oligofrenia, Debilidad Mental, Deficiencia, Retraso Mental, (vigente aun, con sus grados, en algunos tratados y manuales diagnósticos –CIE (11), DSM (12)–; Demencia, Minusvalía, etc.; y no tan lejano: Idiocia, Imbécil, etc.; etiquetas “científicas” que están o estuvieron vigentes y avaladas por sesudos y doctos tratados y manuales médicos y psicológicos.

Si atendemos a estos diagnósticos, vemos que lo dominante en todos ellos son los prefijos, sub, minus, dis... donde la norma –subnormal–, lo válido –minusválido–, lo capaz –discapaz–, etc. se erigen en elementos referenciales y medidas de atribución y significación de categorías “científicas” –y administrativas– de dichos conceptos. En última instancia el **diagnóstico de discapacidad** se convierte de facto, en una unidad de destino en la exclusión y marginación de la capacidad y de los valores que dominan en la sociedad (13, 14).

La adaptación etimológica se ha ido modificando no tanto por un avance y cambios en los saberes y las concepciones científicas o culturales y sociales, sino en base a los prejuicios y valoraciones sociales que dichos nombres y etiquetas provocan como “desgaste” en su uso social y significado, en tanto términos que acaban siendo despectivos, peyorativos y devaluados al utilizarse como estigmatizantes y excluyentes. Han sido los propios afectados quienes han reivindicado y luchado por un cambio en las ideas y en pro de una dignidad y unos derechos por la diversidad inclusiva y propia de todo ser como muestran en sus escritos, manifestaciones, libros, etc.

La atribución de lo sub, dis, minus, etc. remite a lo anormal, deficitario, disfuncional, minusvalía, carencia, desvalor,... Todo aquello que para Foucault supone introducir la norma, la regla, el orden, la función como **instrumentos de normalización**, lo que funciona en tanto disciplina y regulación como forma de poder y control social (14).

En similar sentido para Preciado, la discapacidad remite a un cuerpo asignado como patológico, cuerpo deficitario, anormal, cuerpo improductivo, excluido del proceso productivo, marcado por el poder biopolítico y los aparatos de normalización y sistemas de verificación, que producen el cuerpo deficitario como efectos del aparato disciplinario y de la construcción social y cultural del poder, conformando la articulación de un discurso biomédico y las representaciones que se nos presentarán como científicas, definiéndonos lo que es verdadero y falso, lo sano y enfermo, lo normal y lo deficiente, etc. etc. (15).

El proceso institucional de las personas con discapacidad, viene a vincularse históricamente con las formas que adopta e impone la sociedad industrial emergente y el poder disciplinario. La necesidad económica de mano de obra capaz y productiva necesaria para el modelo industrial y el despegue de la producción, se topa con que las personas con discapacidad no van a reunir las condiciones de capacidad requeridas, sus limitaciones van a ser un obstáculo, un excedente, para un sistema que los aparta de la producción y de la vida social, en tanto improductivos.

Se intentará resolver esta problemática mediante los sistemas disciplinarios y normalizadores, en

los que la desviación, la incapacidad, caerá bajo el saber del experto de la ciencia médica, que diagnostique y trate, que regule su existencia y su utilidad. La discapacidad en tanto **anomalía y desviación**, en el marco de la producción económica, es asimilada a enfermedad, como falta de salud y por tanto precisando de tratamiento y rehabilitación que marcan el surgir del campo de la discapacidad en una lógica asistencialista, rehabilitadora y clínica (escalas, terapias, grados, ayudas, prestaciones, etc.).

### Constructo científico de la discapacidad

Surge así el **modelo médico como constructo científico** de la discapacidad para catalogar los cuerpos como sanos o enfermos, válidos o deficientes, capaces o incapaces, etc. Los conceptos de minusvalía, subnormalidad, discapaz, deficiente, van a ser tabulados, catalogados, clasificados y administrativamente regulados por el saber médico que tratará, diagnosticará, jerarquizará, valorará, asignará recursos, ayudas, en función de las necesidades específicas y en base y referencia a una norma de salud biomédica universal homogénea y homologada (16). A ellos se asocian las pruebas psicológicas con los test, escalas, cuestionarios, para etiquetar grados, niveles, etc.

No encajar en el diagnóstico de discapacidad va a suponer asimismo, que no se tenga acceso a ayudas, terapias, apoyos educativos y escolares y otras formas diversas de medios necesarios y fundamentales (17). Esta perversión de la función diagnóstica supone tener que pasar a través del discurso biomédico lo que son las prioridades de derechos a las ayudas, a las necesidades específicas, al trabajo, a la asistencia y a los cuidados.

El constructo científico hegemónico por parte de la medicina, explica la discapacidad como un **modelo esencialista biomédico**, donde el déficit, la anomalía en tanto patológico, es consecuencia de trastornos –fisiológicos o cognitivos– que provocan la minusvalía o la discapacidad, que se trataría de curar o rehabilitar para devolverlo a la condición normal y capacitado.

Se construyen diagnósticos, etiologías, categorías, grados, niveles, escalas, etc. con los que se miden, objetivan y evalúan los déficits y capaci-

dades, se dan valoraciones y se pautan medidas y actuaciones que designen las políticas a seguir, no solo terapéuticas, sino también administrativas y económicas.

### Criterios de clasificación diagnóstica

Con respecto a los supuestos **criterios científicos**, en los que se basan tales diagnósticos de discapacidad, nos encontramos: rasgos y estigmas o taras físicas (malformaciones, mediciones craneales, etc.); pruebas genéticas y metabólicas (según Talbot (18) más de 200 síndromes diferentes pueden dar retraso mental); trastornos psíquicos o sensoriales; pruebas psicométricas; C.I.; escalas, habilidades sociales; nivel de aprendizaje escolar o cultural; normas y valores; sociabilidad; disfunciones; etc. etc., no voy a exponer aquí, algunos de los test, escalas o ítems de valoración diagnóstica, todavía vigentes o en uso, que sonrojarían cualquier planteamiento razonable serio y riguroso (11, 12, 18, 19). El Informe del Relator de la ONU, señala en su punto 48 respecto de “los diagnósticos de salud mental se han utilizado indebidamente para la patologización de determinadas identidades y otros diversos tipos de diversidad” (2).

Tampoco nos vamos a extender en los muy diversos estudios e investigaciones y artículos publicados a lo largo del tiempo sobre los diferentes cuadros clínicos y estructuras mórbidas –sin ninguna equivalencia, ni etiopatogenia, ni operatividad diagnóstica ni tratamiento– que se incluyen en el cajón de sastre de la Discapacidad o el Retraso Mental, con los problemas que esto conlleva de falta de rigor y con las consecuencias “pragmáticas” que va a suponer para los afectados por dichos diagnósticos estigmatizadores. Ya no digamos la inutilidad y falacia de los múltiples trabajos, estudios y artículos o investigaciones sobre la entonces llamada subnormalidad o el Retraso Mental, etc. que partiendo de un concepto falso y problemático, invalidaba toda la tramoya montada al respecto. Investigaciones y estudios basados en paradigmas del modelo positivista, naturalista e individualista, descontextualizados de todo análisis y referencia social, económica, cultural, político, etc. así como sin tener en cuenta ni los valores ni normas dominantes, ni las condiciones concretas del medio y entorno vital y social.



Frente a este tipo de investigación y estudios, Oliver propone una **investigación basada en el paradigma emancipador** fundamentado en tres puntos claves: la reciprocidad, el beneficio y el empoderamiento. Este tipo de investigación no solo estudia cómo se dan las experiencias en determinadas situaciones sociales, sino también como los aparatos del poder producen formas que legitiman un determinado tipo de verdad y formas de vida particulares. Favorece asimismo el empoderamiento a través del autoconocimiento proporcionando una redefinición de la verdadera naturaleza del problema y el cuestionamiento de las relaciones sociales y de las estructuras ideológicas del poder. Los propios afectados tienen una participación activa en tareas investigadoras, rompiendo con el individualismo metodológico y abriendo la investigación a las necesidades auto-definidas por las personas con discapacidad (20).

El diagnóstico de discapacidad, remite a tal diversidad y multiplicidad de trastornos, formas de expresión, causas, conductas y situaciones, normas y valores, que de facto, se convierte en un cajón de sastre de confusión e ignorancia. Por cierto, no es la ignorancia del “dis” la que está en juego, sino el desconocimiento y el reduccionismo simplista de quienes sesudamente y en su ignorancia docta, se ocupan de las clasificaciones que van a recaer sobre quienes la sufren y padecen, con todas sus consecuencias.

Dichas etiquetas y diagnósticos tienen en común, como expusimos antes, ser una unidad de destino en la exclusión, la marginación y segregación, que se le imponen como construcciones binarias, fijadas y establecidas, canónicas y esenciales, en tanto fenómenos “naturales y científicos” (capaz/incapaz; válido/inválido; normal/anormal, etc.), en tanto función del control del cuerpo productivo (15, 21).

### **Falacia de las categorías clínicas de discapacidad**

En los fundamentos de la propia clínica podemos analizar los presupuestos y contradicciones que sostienen las categorías diagnósticas que aquí comentamos y lo que explicaría el mantener unas etiquetas cuyos paradigmas no tendrían apoyatura científica, ni clínica, ni social y por supuesto mucho menos identitaria y segregadora.

El seguir denominando como discapacidad a lo que hasta ahora así se designa, no deja de ser en última instancia, una expresión que viene asignada, avalada y connotada en valores, normas, capacidades, funciones, etc. con la carga y estigma que esto va a suponer de exclusión, desvalorización y estigmatización.

El término de discapacidad tomado sin rubor alguno como un diagnóstico o una patología o enfermedad, supone marcar normativamente y patologizar unas formas de expresión particulares, subjetivas y personales de diversidad funcional, la **Neurodiversidad**, que pasan a conformarse como atribuciones de esencialidad y destino global y ¿terapéutico? O lo que es más cuestionable, en destino vital. El Informe del Relator de la ONU en su punto 18 ya señala como: “la proliferación excesiva de diagnóstico invade la experiencia humana hasta tal punto que podría terminar reduciendo la aceptación de la diversidad funcional” (2).

Otra cuestión será, el estudio riguroso y serio –cuando corresponda y se precise– para dilucidar todo proceso (genético, metabólico, fisiológico, psíquico, social, etc.) que requiera y sea un derecho y necesidad de atención necesaria para todo ciudadano, pero sin que esto suponga segregación, estigmatización, cosificación o alienación identitaria de exclusión, marginación social y económica u opresión, convirtiéndolo en algo discriminatorio que borra toda subjetividad y singularidad de lo que para cada uno suponga su problemática y le enmarque en una categoría nosológica o diagnóstica (13).

Convertir las conductas “dis” o de diversidad funcional en diagnósticos de discapacidad y atribución de enfermedad va a suponer:

- **Confundir lesión con función;** así como confundir los déficits o lesiones con las funciones holísticas (pensamiento, inteligencia, conducta, etc.). Es el caso de cómo graves lesiones, en cambio no afectan a funciones o capacidades globales y holísticas. Sea el ejemplo –entre otros muchos– del astrofísico S. Hawking que estando gravemente afectado y limitado físicamente no le suponía una incapacidad, ni limitación para otras funciones de las cuales dan cuenta sus investigaciones y descubrimientos en el campo de la física.

- La **idea pseudocientífica de la certeza** y de la exactitud en los conocimientos de los fenómenos, en lugar de la idea de la complejidad y de la incertidumbre o incompletitud de todo saber y de toda ciencia (Principio de incertidumbre de Heisenberg y el teorema de incompletud de Gödel).
- La **negación de la propia subjetividad** y de las vivencias singulares, particulares y diversas, propias de todo proceso mental (22).
- El **discurso biomédico** como control y regidor de las conductas y de los cuerpos productivos. Lo que para Foucault (14) supone *“la tarea de la psiquiatría, que conservando el estatus de la medicina, aplica esos efectos de poder en algo que ya no tiene estatus de enfermedad, sino de anomalía”* (p. 281). *La psiquiatría va a poder sintomatologizar o destacar como síntoma de enfermedad, todo un conjunto de fenómenos que hasta entonces no tenían estatus en el orden de la enfermedad mental. “Sintomatologizar una conducta va a permitir que toda conducta, pueda figurar como síntoma de enfermedad posible”* (p. 147-148). (Así vemos como con cada nuevo Manual Diagnóstico y estadístico DSM aumentan los diagnósticos y los trastornos (23)).

Con la medicalización de lo anormal –continúa Foucault– *“la psiquiatría se da como misión la búsqueda de todos los desórdenes posibles, invadiendo toda una serie de conductas que antes solo tenían un estatus moral, disciplinario o judicial. Va atribuirse una función de orden y de protección, convirtiéndose en ciencia y gestión de las anomalías individuales, así como en el control de la higiene y de la sociedad”* (p. 289).

### Cuerpo discapacitado. Cuerpo biomédico

Una visión biomédica de la discapacidad, reduce ésta a unos presupuestos esencialistas, de predominio biológico, identificando el cuerpo a sus impedimentos, déficits, limitaciones, consecuencia de un cuerpo meramente lesivo, anómalo, disfuncional. El impedimento, la deficiencia, el cuerpo deficitario, minusválido, se constituye así en referente conceptual y sinónimo de discapacidad, cuerpo reducido a lo meramente biológico, un cuerpo-cosa, ahistórico, atemporal,

descontextualizado de lo social y cultural. Un cuerpo carente de significación, masa anatómica, corpórea sin intencionalidad, ni deseo, cuyo referente sería el cadáver a diseccionar. Cuerpo reducido a mero organismo, sin tener en cuenta la afirmación que hacía Lain Entralgo de que *“el hombre no es un organismo tiene un organismo que pertenece a un ser”* (24).

La discapacidad entendida así como un cuerpo máquina, disfuncional, anómalo e imperfecto. El impedimento tomado como fundamento de discapacidad, reducido al campo biomédico y a sus correlativas funciones anatomo-fisiológicas y patológicas, ajeno y excluido de todo contexto o realidad social, cultural e histórica (25).

Cuerpo improductivo del “dis”, que está excluido de las prácticas de verificación y de producción, y asignado por las representaciones y discursos que se presentan como la verdad científica del poder productivo y biopolítico (14).

La medicalización y psicopatologización se adueña del concepto de impedimento y de cuerpo, en tanto se autoriza para nombrar las diferencias físicas y sus in-capacidades, con las etiquetas diagnósticas que lo fijan, determinan y lo convierten en una entidad nosológica y en un conjunto de restricciones, reglas, normas, funciones y capacidades, anulando toda singularidad, toda subjetividad e identidad propia o narrativa (26).

Dar nombre diagnóstico a algo es determinar su esencia, fijarlo no por lo que es, sino por lo que en esa etiqueta predetermina y asigna (27). Son las versiones y las marcas que van a señalar las causas de discapacidad, de impedimento, de déficit, de anomalía, las que darán significación y articulan significados entre cuerpo, yo y realidad; entre procesos físicos, emocionales y culturales (19, 25).

Al reducir la discapacidad al impedimento y a un cuerpo meramente biológico encuadrado en la jurisdicción de lo biomédico, va a suponer que la relación de la persona “dis” con su cuerpo, se remite exclusivamente a la medicina y sus terapias y nada tendrá que ver con las políticas y problemáticas sociales y productivas. Este enfoque, implica la medicalización de los cuerpos de las personas “dis” y una cosificación de su vida social y

política reducida a lo biológico y al impedimento e incapacidad, como algo individual y ajeno a todo contexto o referencia a causas sociales, políticas, económicas, de opresión, explotación o marginación, etc. etc. (25).

Se introduce el impedimento, el déficit, la anomalía como condición y problema físico o cognitivo, sin relación con las representaciones y las creencias culturales, sociales, narrativas, políticas, económicas o productivas. Todo aquello de lo que va a dar cuenta la biopolítica como ejercicio del poder y control de los cuerpos tanto individuales, como poblacionales, así como las prácticas de verificación y efectos de articulación de las representaciones que se presentan e imponen como la verdad científica (28).

La idea de capacidad, desde un presupuesto médico universalista y prefijado, viene definido y avalado por una idea que lo limita a un organismo estándar, dado por su mera constitución “normal”, presente y determinada en cualquier contexto y tabulada en las etapas de la vida. Se vincula salud con capacidad y normalización y por tanto, se asocia discapacidad a enfermo y desposeído de aquello considerado tabulado y estandarizado, universal y prefijado.

Debemos entender que las personas con “discapacidad”, no es que carezcan de capacidades, sino que su funcionamiento, su capacidad, su valía, la ejercen y funcionan de otras formas, por otros medios. El problema no se agota en la carencia de determinadas capacidades, sino en el no valorar, ni reconocer otras capacidades, otras funciones, es decir, como se acepta y se concibe la diversidad propia de toda condición humana, no limitada a unos cánones orgánicos y a un cuerpo normalizado catalogado como válido, normativizado, reglado y estandarizado (16). Vemos esta realidad cotidianamente en el desempeño de profesiones y trabajos por personas con diversidad funcional y muy gráficamente lo refleja el filme *Campeones*, que muestra una visión del problema que rompe con prejuicios y estereotipias al respecto.

Los defensores de la neurodiversidad impulsan la creación de movimientos de defensa de los derechos civiles, así como adaptar la enseñanza, el trabajo, etc. con programas individualizados y

personalizados, que no se centren exclusivamente en el defecto, si no que potencien sus puntos fuertes, sus capacidades (17).

El déficit o la anomalía, no tiene porque suponer el impedimento o la incapacidad, más allá de lo concreto de dicha función lesionada determinada, pero que no invalida otras capacidades y aptitudes o funciones. Lo que sí invalida, e incapacita, es la exclusión y marginación, el estigma y la opresión o situación socio-laboral y el impedimento de ejercer sus capacidades y aptitudes.

*“Un defecto o anomalía –afirma Vygotski (29)– no se limita a la pérdida aislada de una función, sino que conlleva una reorganización radical de toda la personalidad y pone en vigencia nuevas fuerzas psico-físicas imponiéndolas una nueva dirección, se crean estímulos para elaborar la compensación, proceso psico-orgánico y fisiológico de creación de nuevos procesos sustitutivos para el desarrollo”* (p. 15). Pone el ejemplo, de cómo un niño sordo o ciego, puede lograr lo mismo que otro niño, pero los niños con ceguera o sordera, lo lograrán de distinto modo, por otros medios, pero no por eso menos capaces. El defecto no es solo una debilidad, sino también una fuerza.

Vygotski hace una crítica al respecto de ver la anomalía, el déficit, únicamente como una enfermedad y abordarlo como algo mecánico y cuantitativo (escalas, medidas, etc.) sin ver lo cualitativo, lo dinámico y lo social del problema. *“Detenerse en los gramos de enfermedad y no ver los kilos de salud. Ver los MENOS y no ver los MÁS. Ver los déficits y no ver las enormes áreas de vida que poseen. Es erróneo ver en la anomalía únicamente un defecto”* (p. 62), [Toda una defensa de la diversidad funcional y de la dignidad, los derechos y capacidad de los llamados discapacitados, que se adelanta en más de un siglo a las reivindicaciones actuales de los propios afectados].

El impedimento, el déficit, etc. es algo más que un simple estado corporal. El cuerpo es al mismo tiempo sensorial y significado. El cuerpo fenomenológico es el cuerpo del sujeto. El cuerpo y tener un cuerpo, lo que para Plessner supone la posición excéntrica del hombre (30). Adquiere así ser un cuerpo y sentirse en el yo y tener un

cuerpo como objeto unido al yo del ser cuerpo. El cuerpo es una construcción simbólica, es un constructo social y cultural.

De aquí que se sentirá el déficit o el impedimento o la incapacidad en base a aquellas percepciones y sentimientos personales encarnados en el cuerpo sentido, condicionado por las creencias culturales y sociales que se tienen sobre el cuerpo impedido y la discapacidad.

Al darle una significación, unas vivencias, un sentido, el impedimento, el déficit, se transforma en narrativa sobre el impedimento, o la discapacidad. Lo corpóreo, lo personal y lo cultural se encuentran y forman una unidad.

Son las narrativas y versiones sobre las causas de la discapacidad, del déficit o el impedimento las que van a dar significación y estimular significados entre cuerpo, yo y realidad: procesos físicos, emocionales y culturales. La fenomenología da cuenta del mundo experimentado en el que lo carnal, lo cognitivo y lo cultural son indistinguibles. El cuerpo es social y lo social está encarnado (25).

Frente a la visión biomédica, es necesario entender el impedimento, el déficit, el hándicap como algo más que una percepción o limitación corporal. Entender que el cuerpo tiene una significación, que se inscribe en los significantes y los contextos sociales, culturales, y las representaciones que tienen para cada sujeto, en su singularidad.

No hay órgano, víscera, entraña, función fisiológica, en el ser humano desgajada y sin conexión con el todo del sistema vital, atravesado e inscrito en el lenguaje y en el orden simbólico. Órganos, vísceras, funciones, etc. que pertenecen a un sujeto que ama, sufre, goza, trabaja, padece, es generoso, egoísta, etc. etc. y que social y culturalmente pertenece a una comunidad, a una historia social y familiar.

El defecto orgánico, señala Vygotski que se realiza como anomalía social de la conducta. El desarrollo incompleto deriva de un hecho que podemos llamar “destierro” de la colectividad, que al obstaculizar el normal desarrollo de la comunicación colectiva, de la integración con el entorno y del desarrollo social es lo que va a su-

poner el incompleto desarrollo de las funciones psíquicas. El problema de lo que él llamaba la defectología, “*se plantea en un plano groseramente físico al estilo de la medicina. Las deficiencias, por ejemplo la ceguera, implicaba simplemente la falta de visión; la sordera, la ausencia de audición, como si se tratase de un perro ciego o de un chacal sordo. Se perdía de vista que, a diferencia del animal, el defecto orgánico en el hombre, sea el ojo, el oído, etc. no son solo órganos físicos sino también órganos sociales. Entre el hombre y el mundo está además el medio social que refracta y orienta la relación del hombre y el mundo. No hay en el hombre una comunicación pura, asocial y directa con el mundo. La carencia de la vista o el oído, etc. implica ante todo problemáticas sociales de vínculos y relaciones.*” (29).

### Constructos sociales

Si antes se aludía a los constructos científicos, intentaremos a continuación hacer un análisis sobre las bases que sostienen los constructos sociales y los roles asignados a la discapacidad. No será una pretensión de querer abarcar toda la dimensión que está en juego, sino la de abrir algunas líneas de reflexión al respecto.

El modelo social de la discapacidad surge en la década de los ochenta como crítica a los enfoques y modelos reduccionistas y esencialistas biomédicos e individualistas de la discapacidad. Frente al modelo médico para quien las restricciones sociales eran consecuencia exclusiva de las disfunciones físicas o cognitivas, se pasa a una visión según la cual, lo que genera la discapacidad es el sistema social, al poner obstáculos y segregar en su participación a la persona con discapacidad (31). De aquí vendrá asimismo la crítica al modelo capitalista, al mercantilismo, la explotación, la segregación y la opresión (25).

La discapacidad no sería tanto el resultado exclusivo de una patología física, sino de la organización social: producto social generado por patrones sistemáticos de exclusión y de productividad, entretreídos en la trama social y en los prejuicios y exclusión y marginación. Se cuestiona la discapacidad entendida como consecuencia de que el cuerpo biológico sea la causa directa, o única, del problema, para tener en cuenta la opresión y la exclusión social (32).



Esta visión social de la discapacidad supone un giro, al disociar déficit o impedimento con discapacidad, desbiologizando y desmedicalizando el discurso sobre la discapacidad (19).

La discapacidad no estaría exclusivamente en la problemática del cuerpo o lo cognitivo reduciéndolo a un déficit o impedimento, o a la enfermedad, como lo encuadra la jurisdicción médica. La relación de las personas con discapacidad con sus cuerpos, no se reduce a la visión de lo biomédico y lo terapéutico, que no tienen en cuenta ni la relación con lo económico, ni el proceso productivo, la opresión, la explotación, la segregación, etc. lo cual cae bajo el ámbito de lo político y de lo social (32).

La interacción social es intercorpórea e intersubjetiva. La política contemporánea tiene que ver con el gobierno y la vigilancia de los cuerpos tanto a nivel individual como a nivel de las poblaciones, la biopolítica (28).

El estatus social y las formas sociales y del poder en la gestión social del diferente, del anormal, del extraño (33), se muestra y expresa de formas nítidas y visibles, como radicalmente segregadoras, en las ideologías y manifestaciones racistas, xenófobas, etc. En el caso de la discapacidad estas formas xenófobas, segregadoras, excluyentes y opresivas no se muestran en toda su crudeza, sino que pasan por formas más sutiles, menos ostensibles y manifiestas –no siempre así– sino que vienen teñidas y edulcoradas de superprotección, caridad, paternalismo, compasión, redentorismo, buenismos y otros ismos, e incluso, de nuevas formas de su trabajo y la mercantilización al que en ocasiones se destina al “dis” laboralmente.

La propia historia de la atención y asistencia a la discapacidad es fiel reflejo de esta dialéctica: desde el rechazo, abandono, explotación, segregación y marginación que dominó una época histórica; hasta la caridad, paternalismo, superprotección (34), en otra época; a la asimilación y reciclaje más recientes que intentan poner rostro humano al problema; o al reto ante el que nos encontramos hoy día, de que sean ciudadanos de pleno derecho, va todo un largo y arduo trayecto que marca los hitos de la larga marcha por su emancipación y su dignidad en la cual se encuentran y son partícipes (19).

De aquí las movilizaciones más actuales de las propias organizaciones de afectados, donde aparecen formas diversas: desde las luchas reivindicativas y asociaciones pro derechos laborales y sociales, hasta formas como el “orgullo” de las personas “dis” (25) (formulaciones y concepciones similares a las que suponen el orgullo gay, o el orgullo negro, etc.); o como lo *queer* y otros modelos de lucha de afirmación de los nuevos movimientos sociales que ponen en entredicho la hegemonía social y normalizadora, por medios diversos incluidos la acción directa como forma de favorecer el cambio social.(35). Formas de la propiocepción en la que los grupos excluidos deconstruyen las tiranías estéticas, políticas y económicas. Una manera de ser en un mundo que encarna la resistencia a las tiranías estéticas y personifican una nueva política de propiocepción e identidad. Hacer una política del cuerpo provoca el colapso de la distancia tradicional entre cuerpo y política. La política de la actualidad tiene que ver con la estética, la economía y la vida pública (25).

### El sujeto de la discapacidad

Hay un borramiento y desconocimiento de la estructura y dinámica de lo que subyace bajo la llamada discapacidad, retraso mental, deficiencia, etc. es decir de la relación que sostiene todo sujeto (“dis” o no) en tanto sujeto social e histórico, sujeto del inconsciente, inscrito en tanto ser del lenguaje, con respecto a su confrontación con su deseo y su goce.

Esta anulación del “dis” en tanto sujeto, de su singularidad, asignado en una nosología o etiqueta diagnóstica que le impone una identidad prefijada y ajena, de forma canónica y administrativa, va a suponer una ontologización de la enfermedad, como una entidad sin sujeto y una eliminación del sujeto que sufre, siente o padece (36).

El borramiento de la subjetividad en los historias clínicos, lleva al neurólogo O. Sacks a realizar una crítica al respecto afirmando: *“en los historias clínicas actuales ya nada se nos cuenta del individuo, de su historia social o familiar, de su relato; no hay sujeto, se alude a ellos con una frase rápida (“hembra albina trisómica 21”) que podría aplicarse igual a una rata que a un ser humano. Para situar de nuevo al sujeto en el centro,*

*hemos de profundizar en hacer una narración, un relato. Solo así tendremos un “quien”, además de un “que”, un individuo real...” (37).*

La subjetividad no puede tener una medida, unas escalas, una homologación o parámetros generales y universales. La subjetividad no puede codificarse, nace de la experiencia del vínculo, no hay un correlato neuronal de la subjetividad, ésta introduce una dimensión inconmensurable, impide una concepción de la normalidad (38).

Es la vivencia de cada llamado “dis”, sus experiencias subjetivas, su sentir, desear y gozar, sus necesidades, sus sentimientos, todo aquello que viene enunciado en primera persona, es lo que permite su identidad narrativa, la expresión de sus propias experiencias.

De aquí las demandas y reivindicaciones de abordar lo “dis”, la locura, los malestares, la diversidad, teniendo en cuenta las propias experiencias subjetivas, los relatos, las vivencias y la narración de los propios afectados (22, 39).

Ya nos advierte H. Arendt al respecto de la supresión de la subjetividad y de la homologación de las conductas, al afirmar: *“la conducta uniforme que se presta a la determinación estadística y por tanto a la predicción científicamente correcta, no es en modo alguno un ideal científicamente inofensivo. Las ciencias de la conducta, anulando la subjetividad apuntan a reducir al hombre en todas sus actividades a un animal de conducta condicionada” (40).*

### **Constructos identitarios de la discapacidad**

Los estereotipos colectivos, como el de discapacidad, retraso mental, locura, etc., van a definir, clasificar, establecer dinámicas de identificación/separación de personas y grupos. Son catalizadores de valores, actitudes, creencias, marcando la posición subjetiva y los sentimientos que tenemos acerca de nosotros y los otros. Dichas identidades “dis” funcionan como una determinación social y les avoca a un devenir vital marcada por episodios de cosificación y devaluación, en los que se les impide la posibilidad de decisión sobre sí mismos (19).

La identidad asignada como discapaz, retraso mental, autista, loco, etc., va a borrar y anular

la diversidad funcional, la identidad narrativa, la singularidad y subjetividad, así como otros derechos, sean el de tener un lugar de palabra y de participación en la comunidad y en la toma de decisiones o en el proceso social y productivo.

Los prejuicios y estereotipos generalizadores, que toman carta de certeza y de saber predefinido y fijo, se convierten en paradigmas y creencias de rigor “científico” y diagnóstico, que confieren saber clínico-nosológico médico y se autoafirman. Y también, lo que es una consecuencia más grave de todo ello, asignan lugar social, valores y estatus de discriminación, exclusión, segregación y estigma.

La atribución diagnóstica de discapacidad, se erige en esencialidad y en entidad identitaria. Deja de ser quien viene inscrito en una cultura, una historia, un medio social, y en un proceso productivo, para ser asignado por su etiqueta diagnóstica de forma canónica y administrativa (por la cual recibe ayudas, atención, terapias, prestaciones, etc.).

Deja de ser ciudadano –en ocasiones incapacitado a todos los efectos y derechos–; deja de ser un sujeto social e histórico con su biografía, historia y narración que en su desplegar y en su acción, en su quehacer y en su compromiso, le dan un lugar social y comunitario, para pasar a ser marcado por una atribución (discapaz, retraso mental, autista, loco, etc.) que le anula y borra su entidad, su singularidad y le asigna una identidad ajena, universal, e impuesta, que le va a conferir su sino vital, definido por un diagnóstico médico, como un hecho natural, fisiológicamente determinado e impuesto.

La discapacidad como entidad apunta a la homogeneización, a la uniformización, a rasar a todos los “dis” en una etiqueta diagnóstica y a una condición que encaje en el texto y las clasificaciones al uso (CIE, DSM, etc.) y que permita fijar, encuadrar, catalogar, nominar, valorar y marcar en la homogeneización y borramiento de la diversidad. Siendo todos homogéneos (con los grados, escalas y medidas) se logra así encajar en la etiqueta diagnóstica identitaria, simplificadora y uniforme, que permita dar una respuesta que siendo “científicamente nosológica” no cuestione, ni complejice la realidad. De esta forma se

hace innecesario escuchar, conocer, profundizar, interrogarse, cuestionarse acerca de lo que supone la realidad “dis” y su diversidad. Anular así el sentido y significación de sus actos y conductas, en definitiva, sus vidas y experiencias. Un borramiento de todo cuanto va a suponer su identidad narrativa constitutiva de todo sujeto.

Ya Pessoa ironizaba al respecto de estos clasificadores de cosas, “hombres de ciencias cuya ciencia es clasificar, ignoran la existencia de clasificables desconocidos, cosas del alma y de la conciencia, que se encuentran en los intersticios del conocimiento” (41).

### **Conclusión: nuevos paradigmas**

No será cuestión de concluir, sino de apertura a una reformulación de los constructos de la llamada discapacidad, de la enfermedad y estigma que nos llevará al reto que ha dado pie a este artículo, de un cuestionamiento a la mayor de los fundamentos, las bases y principios de los modelos y las prácticas, de las políticas y la gestión de la llamada discapacidad. Esta reflexión y necesario debate está por desarrollar, replanteándose la multiplicidad de elementos en juego en lo que atañe al tema y de lo que a lo largo del artículo hemos intentado desarrollar.

El informe del relator de la ONU sobre salud mental; la convención de los derechos de las personas con discapacidad y otros informes y textos, hacen referencia a la atención y a los derechos de las personas con discapacidad y a la necesidad de un cambio de paradigma al respecto. Concretamente en el punto 48 del informe del relator de la ONU señala: “los diagnósticos de salud mental, se han utilizado indebidamente para la patologización de determinadas identidades y otros tipos de diversidad. La patologización de personas lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales, equipara la identidad de estas personas a enfermedades, lo que agrava el estigma y la discriminación” (2).

Siguiendo esta misma lógica señalada por el informe del relator de la ONU y siendo coherentes con lo afirmado, apliquemos esto al diagnóstico de la discapacidad y el retraso mental, que precisando de un cambio de paradigma, termine con dichos diagnósticos en tanto patologizantes

y estigmatizantes; así como, con todo lo entrado de la gestión, los modelos y las prácticas que lo sostiene. (Prácticas que paradójicamente se dan en algunos medios contestatarios y anti-psiquiátricos, que siguen diagnosticando de discapacidad o retraso mental, sin ningún pudor ni cuestionamiento de ello).

Con respecto a los Derechos de las Personas con discapacidad, no es la cuestión de otorgarles, ¿generosamente?, unos derechos como si fuesen una especie aparte, ajena y excluida, u otra cosa distinta de los derechos que le corresponden como a todo ciudadano. Esto supone, no partir de la exclusión –a la que se le somete y se le aboca– como algo dado y constitutivo para sobre ello componer unos derechos que se le asignan como lo donado, reparador, segregado y distinto.

La Carta de los Derechos de las personas con discapacidad, será la Carta de los Derechos Humanos, que le han sido negados. Se trata de restituir y devolver lo que se les arrebató y excluyó, no una carta aparte, sino aquello que es común e implícito a todo ser humano por su propia condición en su singularidad y diversidad. Es una deuda pendiente a restituir, que va de la mano al cambio del paradigma del propio diagnóstico y su desmedicalización y patologización.

Retomo lo que Vygotski afirmaba hace ya casi un siglo: “que no está lejos el tiempo en que se tenga que avergonzarse del propio concepto de deficiente como un señalamiento de un defecto inseparable de su naturaleza, dejarán de ser deficientes, porque la deficiencia es un concepto social, en tanto esta es una sobreestructura de los déficits físicos, psíquicos o sensoriales” (29).

En este sentido, actualmente son los propios afectados quienes están siendo sujetos y actores de las acciones y reivindicaciones por lo que les pertenece y se les arrebató. En estas acciones están incluidos quienes se solidarizan y comprometen por la defensa de unos derechos que también a los “no-llamados dis” les afecta y atañe en igual medida.

## Contacto

Federico Menéndez Osorio ✉ [femeos@telefonica.net](mailto:femeos@telefonica.net) ☎ +34 628 725 759  
A Coruña, España.

## Bibliografía

1. Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ceapat – Imserxo. M<sup>o</sup> de Sanidad. Madrid 2010.
2. ONU – HCR 2017. Informe del Relator Especial sobre el derecho de la persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. *AIHRC|35|21*
3. Roig, A. *Reflexiones en torno al modelo de discapacidad psíquica y sus registros de datos. Anales de la fundación Canis Majoris*. Vol. 1. 2016.
4. Climent, M.T., Carmona, M. *Transpsiquiatría. Abordaje Queer en salud mental*. Asociación Española de Neuropsiquiatría digital n<sup>o</sup>5. Madrid. 2018.
5. Touraine, A. *Movimientos sociales hoy*. Barcelona. Hacer. 1990.
6. Riddell, S. *Teorizar sobre las necesidades educativas especiales en un clima político cambiante*. En Barton, L. (comp.) *Discapacidad y sociedad*. Madrid. Morata 1998: p. 99-123.
7. Revuelta, J.M. *Todos somos igualmente subnormales*. Siglo Cero n<sup>o</sup>73, Ene.-Feb. 1981.
8. Donna Williams. *Alguien en algún lugar*. Barcelona. N.E.E.D. 2012.
9. Sellin, B. *Quiero dejar de ser un dentrodemi*. Barcelona. Gutenberg. 2011.
10. Amanda Baggs *In my language*. <https://www.youtube.com/watch?v=ysdPFRHE7zw>
11. *CIE<sub>10</sub> Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación*. 10<sup>a</sup> ed. Madrid: Editor, J.J. López Ibor. 1994.
12. *DSM<sub>5</sub> Asociación Americana de psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 5<sup>a</sup> ed. Arlington. VA: Asociación Americana de Psiquiatría. 2004.
13. Barnes, C. *Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas discapacitadas en la sociedad occidental*. En Barton L. (comp.) *Discapacidad y sociedad*. Madrid. Morata. 1998; p. 59-76.
14. Foucault, M. *Los anormales*. Madrid. Akal. 2001.
15. Preciado, P.B. *¿La muerte de la clínica?* <https://www.youtube.com/watch?v=4aRrZZbFmBs>
16. Ferreira, M.A. *De la minus-valía a la diversidad funcional: Un nuevo marco teórico-metodológico*. *Política y sociedad* 2010, vol. 47, n<sup>o</sup>1: 45-65.
17. Silberman, S. *Una tribu propia*. Barcelona. Ariel. 2016.
18. Talbott, J.A., Hales, R.E., Yudofsky, S. *Tratado de psiquiatría*. Barcelona. Ancora. 1996.
19. Gallego, L. Fernández, D. *Discursos profesionales de las ciencias de la salud, educación y trabajo social sobre la discapacidad psíquica*. A Coruña. Ed. Fundación Paideia. 2001.
20. Oliver, M. *¿Están cambiando las relaciones sociales de la producción investigadora?* En: Barton, L. (comp.) *Superar las barreras de la discapacidad*. Madrid. Morata. 2008: p. 299-314.
21. Foucault, M. *El poder psiquiátrico*. Madrid. Akal. 2005.
22. Salas, M. *Uso de (la) locura: hacia el reconocimiento de nuevas lógicas interpretativas del sufrimiento humano*. *Salud Colectiva* 2017; 13(4): 713-719.

23. Whitaker, R. *Anatomía de una epidemia*. Madrid. Ed. Capitán Swing. 2015.
24. Lain Entralgo, P. *La historia clínica*. Madrid. Triacastela. 1998.
25. Huges, B. Paterson, K. *El modelo social de la discapacidad y la desaparición del cuerpo. Hacia una sociología del impedimento*. En: Barton, L. (comp.), *Superar las barreras de la discapacidad*. Madrid. Morata. 2008: p. 107-123.
26. Ortiz Lobo, A. *Relación terapéutica y tratamiento en postpsiquiatría*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2017; 37(132): 553-573.
27. García Valdecasas, J. Vispe, A. *El fin de la psicopatología (o como nombrar las cosas no es sino un ejercicio de poder)*. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria 2017; vol. 1, nº: 21-33.
28. Foucault, M. *Hay que defender la sociedad*. Madrid. Akal, 2012.
29. Vygotski, L.S. *Problemas generales de la defectología. Obras escogidas. Vol. 2-V*, Madrid. Machado Grupo de Distribución. 2012.
30. Plessner, H. *La risa y el llanto*. Madrid. Trotta. 2007.
31. Ruiz, J. *La construcción social de la minusvalía. Claves de la Razón Práctica*. 1998; nº81: 67-71.
32. Abberley, R. *El concepto de opresión y el desarrollo de una teoría social de la discapacidad*. En: Barton, L. (comp.) *Superar las barreras de la discapacidad*. Madrid. Morata, 2008: p. 34-50.
33. Augé, M. Guillaume, M. Reyes Mate. *El otro, el extranjero, el extraño*. Revista de Occidente nº 140, Enero 1993.
34. Dake, R. *Una crítica del papel de las organizaciones benéficas*. En Barton, L. (comp.). *Discapacidad y sociedad*. Madrid. Morata. 1998: p. 161-180.
35. Shakespeare, T. *La autoorganización de las personas con discapacidad ¿un nuevo movimiento social?* En: Barton, L. (comp) *Superar las barreras de la discapacidad*. Madrid. Morata. 2008: p. 68-85.
36. Peteiro, J. *El autoritarismo científico*. Málaga. Miguel Gomez Eds. 2010
37. Sacks, O. *El hombre que confundía a su mujer con un sombrero*. Barcelona. Anagrama. 2017.
38. Pereña, F. *De la angustia al afecto*. Madrid. Síntesis. 2013.
39. Read, J. Mosher, L. Bentall, R. *Modelos de locura*. Barcelona. Herder. 2006.
40. Arendt, H. *La condición humana*. Barcelona. Paidós. 1998.
41. Pessoa, F. *Libro del desasosiego*. Barcelona. Seix Barral. 2014; p. 153.

• Aceptado: 3/7/2019.

# El desarrollo socioemocional del adolescente ante los retos y desafíos de la informatización de la sociedad.

## *The social and emotional adolescent's development in the use of new technology.*

Iván Castillo Ledo (1), Dinorah Janet Torres Lugo (2), Iriam Rojas Diaz (3), Nélida Águila Falcón (4).

- (1) Doctor en Medicina. Psiquiatra Infantil. Máster en Medicina Bioenergética. Máster en Bioética. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Policlínico “Raúl Suárez Martínez”. Rodas. Cienfuegos.
- (2) Doctora en Medicina. Psiquiatra. Máster en Educación Médica Superior. Profesora Asistente. Policlínico “Raúl Suárez Martínez”. Rodas. Cienfuegos.
- (3) Licenciada en Psicología de la Salud. Máster en Psicología de la Salud. Profesora Asistente. Policlínico “Raúl Suárez Martínez”. Rodas. Cienfuegos.
- (4) Licenciada en Enfermería. Máster en Atención Integral a la Mujer. Policlínico “Raúl Suárez Martínez”. Rodas. Cienfuegos.

**Resumen:** El mundo actual está constantemente en cambio. Es por eso que en el siglo XXI se está planteando un nuevo escenario global en innumerables aspectos, uno de ellos es, sin lugar a dudas, el avance de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones. En la última década, la computadora con conexión a esta gran red de redes se ha convertido en un elemento de trabajo y comunicación.

Se vive en la era digital, por ello, los adolescentes, tienen que adquirir una alta competencia digital, porque van a vivir en un mundo infotecnológico. Esto no plantea ningún problema teórico, y los prácticos son fáciles de resolver, pero se tendrá que estar muy atento al uso que hacen de estas tecnologías porque puede no estar exento de peligros.

A su vez, la adolescencia es una etapa crucial en el desarrollo de toda persona, alcanzándose la madurez cognitiva a través de la consecución del pensamiento formal, se establecen avances importantes en el desarrollo de la personalidad que se manifestarán durante la madurez y se desarrollan muchas de las conductas y actitudes sociales que rigen las relaciones con los demás. La adolescencia, además de ese significado individual, tiene trascendencia su desarrollo socioemocional en el colectivo social: los adolescentes de hoy son los ciudadanos de mañana, por lo que de ellos dependerá la sociedad futura. De ahí la importancia que tiene para toda la sociedad la educación de este grupo poblacional.

**Palabras claves:** adolescencia, tecnologías, desarrollo socioemocional.



**Summary:** The current world this constantly on changes. It is for that reason that in the XXI century you this outlining a new global place in countless aspects, one of them is, without place to doubts, the advance of the new technologies of the information and the communications. In it finishes it decade, the computer with connection to this great net of nets has become a work element and communication.

One lives in the digital era, for it, the adolescents, have to acquire a high digital competition, because they will live in a technology world. This doesn't outline any theoretical problem, and the practical ones are easy to solve, but one will have to be very attentive to the use that you/they make of these technologies because it cannot be exempt of dangers.

In turn, the adolescence is a crucial stage in the development of all person, being reached the maturity cognitive through the attainment of the formal thought, important advances settle down in the development of the personality that they showed during the maturity and many of the behaviors and social attitudes are developed that govern the relationships with the other ones. The adolescence, besides that individual meaning, has transcendence its emotional development in the social community: today's adolescents are tomorrow's citizens, for what of them the future society will depend. Of there the importance that has for the whole society the education of this population group.

**Key words:** adolescents, technology, emotional development.

## Introducción

Conocer el adecuado uso que esta población hace de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC), o por el contrario, el uso inadecuado, el abuso, o la dependencia excesiva de las mismas, reconocer que existe un exceso de información y que la red ha contribuido a que no son pocas las personas que pasan muchas horas por la red y bajando gran cantidad de información que acumulan sin capaces de consumir, ni de organizar puede ser, sin duda, puede ser otro de los riesgos de la red. Se considera que es preciso abordar la tecnología en términos de oportunidades para el futuro de los adolescentes y eso exige un conocimiento de la influencia real y del impacto que está teniendo en la vida de los mismos, así como, una actitud positiva en el acercamiento a este mundo sin dejar de señalar los peligros que, como en tantos otros temas, aparecen cuando se pasa del uso al abuso.

Desde el punto de vista evolutivo, no se ha enfrentado un problema tan complejo, posiblemente, desde la invención de la escritura. El mundo está en Internet al alcance de todos y en tiempo real. Es algo apasionante y “mágico”. Parece claro que las TIC se han convertido en el agente

de socialización y de transferencia cultural más importante en este nuevo milenio. A través de estas tecnologías se están modificando hábitos de relación y formas de intercomunicación de las personas. En el caso de los adolescentes, con independencia de donde vivan, de que sean buenos, o no tan buenos estudiantes, o de su origen social, los adolescentes viven “en la red” y esto tiene sus peculiaridades. Se modifican formas de relación y determinados comportamientos. También se modifica no solo la ortografía, sino también el propio lenguaje, cada vez más amplia gama de nuevos términos se asumen en el lenguaje digital cotidiano. También se debe estar atento a lo que se señala de que las TIC tienen la potencialidad de lo que coloquialmente se entiende por “enganchar” y esto puede conducir a la pérdida o debilitamiento de límites necesarios para el desarrollo de la autonomía propia de las personas maduras. Por tanto, de no haber una intervención apropiada, pueden estar gestándose problemas futuros y arraigándose pautas dependientes que pueden ser factores precursores de adicciones. Así, trabajar en habilidades preventivas adquiere una importancia capital ya que Internet puede llegar a crear hábitos de adicción. Los adolescentes pueden pasar mucho tiempo frente a la pantalla, dejando de lado sus obliga-

ciones y tiempo de ocio, que empiezan a mostrar síntomas de malestar cuando no están frente a la computadora o el móvil y que basan sus relaciones con los demás en una interrelación tecnológica. En este sentido, las redes sociales están suponiendo una “revolución” en las relaciones interpersonales.

Según los investigadores del tema entre las aplicaciones específicas de Internet, se centra en las que presentan propiedades comunicativas y sincrónicas como, por ejemplo, los chats y juegos de rol en línea, que permiten la comunicación interpersonal, el juego de identidades, las proyecciones y la disociación sin consecuencias en la vida real, de esta forma entran a formar parte de esta realidad las redes sociales. Estas son sitios de internet que permiten a las personas comunicarse con sus amigos, compartir gustos, intereses, crear comunidades, realizar videos llamadas, entre otras.

En el año 2002 comenzaron a aparecer los primeros sitios Web los cuales promocionaban la integración a nuevos círculos de amigos o a su vez hacer contactos con antiguos amigos.

La popularidad de estas redes creció rápidamente y a su vez se fueron incorporando cada vez más sitios sociales en internet. El uso que las personas le dan a las redes sociales es prácticamente a diario sea por trabajo, juegos, ocio o por conversar.

Las redes sociales sin duda alguna son una influencia positiva en la vida de los adolescentes siempre y cuando sean utilizadas moderadamente, ya que también es el medio por el cual se pueden comunicar no solo para charlar de su vida, sino también para hacer tareas y planear algún trabajo grupal. Pero el problema radica cuando se abusa de esta y deja a un lado su vida normal para tener una vida virtual.

Será necesario investigar más para saber si la socialización virtual está cambiando de algún modo los valores de los adolescentes y las implicaciones cerebrales subyacentes a este tipo de comunicación, así como valorar en qué medida pudiera estar afectando, o no, a las formas de comunicación interpersonal, al ocio, al tiempo para estar con coetáneos, al tiempo de estudio y de descanso.

Por esta razón, el presente trabajo, pretende demostrar la influencia positiva del proceso de informatización de la sociedad, particularmente, el uso de las redes sociales, en el desarrollo socioemocional de los adolescentes, a fin de garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

En tal sentido, se proponen los siguientes objetivos:

1. Caracterizar en la sociedad de la información y el conocimiento, el rol de las TIC en el contexto social y cultural.
2. Describir las particularidades de la adolescencia y su relación con las redes sociales como nueva forma de relación entre pares.
3. Identificar ventajas y oportunidades de las redes sociales en la regulación emocional de los adolescentes.

La novedad científica de este trabajo se manifiesta en la manera en que el autor aborda la temática en cuestión. La bibliografía revisada sobre el tema presenta una tendencia al reforzamiento de los riesgos del uso de las tecnologías, en este caso, la informatización y más particularmente las redes sociales, con un sinnúmero de detractores.

En la presente revisión se muestra una mirada diferente, resaltando las oportunidades que se presentan desde la perspectiva socioemocional y que se pueden ir descubriendo, logrando minimizar los riesgos, logrando un uso más racional de los medios y de la información que brindan, sensibilizando a los responsables de la educación cognitiva y emocional de los adolescentes ante los retos y desafíos que la sociedad cubana comienza a enfrentar en relación a este tema.

## Desarrollo

El conjunto de cambios económicos, políticos, sociales y culturales responde a diversos factores, entre los cuales, cobra mayor importancia el papel relevante del conocimiento. La denominación de la sociedad actual como «sociedad del conocimiento» o «sociedad de la información» ha ganado muchos adeptos entre los autores que se dedican a análisis prospectivos sociales.



Parece oportuno señalar que a través de la categoría de «reflexividad» en el conocimiento se quiere conseguir enseñar a pensar bien, a pensar mejor, con la idea de formar a un ser más humano. Se parte del supuesto de que las personas capaces de reflexionar, comprenden mejor la realidad y son capaces de actuar de manera más responsable y consciente en su entorno. Esto es lo que se pretende conseguir en la sociedad del conocimiento.

Por otra parte, en las últimas décadas se ha producido un vertiginoso cambio científico-tecnológico, que ha dado lugar a la sociedad de la información. La aparición a mediados de los años 90 de las llamadas nuevas tecnologías entre las que se incluyen la computadora, el teléfono celular e Internet, han producido una verdadera revolución social; principalmente, porque ofrecen posibilidades de comunicación e información con el mundo y posibilitan el desarrollo de nuevas habilidades y formas de construcción del conocimiento que anteriormente eran desconocidas y que además plantean nuevos desafíos sociales que asumir de forma responsable.

Dentro del contexto social, la adolescencia mantiene una estrecha relación con las tecnologías de la información y la comunicación debido a que se han convertido en una poderosa herramienta que les facilita información, comunicación y potencia el desarrollo de habilidades y nuevas formas de construcción del conocimiento. En otras palabras, la adolescencia de hoy practica nuevas formas de construir una cultura digital.

Las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) como la computadora, Internet y el teléfono celular han propiciado acelerados e innovadores cambios en la sociedad, principalmente, porque poseen un carácter de interactividad. Las personas, a través de su uso, pueden interactuar con otras personas o medios mientras les ofrecen posibilidades que anteriormente eran desconocidas.

Las TIC son la parte visible de un iceberg que influye y constituye, conjuntamente con otros factores, en el contexto social y cultural en que se desenvuelven los miembros de esta generación.

La tendencia a usar las TIC se da en todas las edades. Sin embargo, en la adolescencia es donde se aprecia un mayor incremento debido a que las

han incorporado de manera habitual en su vida, utilizándolas como herramientas de interacción, información, comunicación y conocimiento.

La adolescencia es un fenómeno que se ha estudiado a partir de diferentes perspectivas: la perspectiva biológica, el enfoque cognitivo, la aproximación teórica psico-sexual y la aproximación social la cual se aborda a continuación.

### **Aproximación Social**

Desde la aproximación social aborda la conducta social, las relaciones y el desarrollo del juicio moral, el desarrollo de la identidad y la integración psicosocial del adolescente al mundo adulto.

Existen manifestaciones que se incorporan en la adolescencia, se conoce como el “síndrome normal de la adolescencia” y describe la siguiente sintomatología:

1. Búsqueda de sí mismo y de la identidad.
2. Tendencia grupal.
3. Necesidad de intelectualizar y fantasear.
4. Crisis religiosas, que pueden ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso.
5. Desubicación temporal donde el pensamiento adquiere las características del pensamiento primario.
6. Evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad adulta.
7. Actitud social reivindicatoria con tendencias antisociales de diversa intensidad.
8. Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de conducta, dominada por la acción.
9. Separación progresiva de los padres.
10. Constantes fluctuaciones de humor y estado de ánimo.

Esta manera de ver al adolescente permite aceptar los desajustes y desencuentros, valorarlos y reconocer que, en cada sociedad, las normas de conductas están manejadas y regidas por la ley de los adultos.

Socialmente la adolescencia es un período de transición entre la niñez y la edad adulta y autónoma. Psicológicamente es un período de contradicciones, confuso, ambivalente, doloroso, caracterizado por fricciones con el medio familiar y social. La adolescencia es el período en donde tiene lugar la adaptación sexual, social, ideológica y vocacional.

Una vez analizadas las características de la adolescencia, las TIC pueden generar cambios en la interacción de esta etapa madurativa de este grupo poblacional.

En ese nuevo escenario, cobran protagonismo los adolescentes, un sector social que incorpora las innovaciones tecnológicas con mayor rapidez, por ser quienes disponen de tiempo libre y cuentan con pocos compromisos formales, lo que les permite experimentar y conocer. Resulta impensable hablar de ellos sin considerar la incidencia que tiene en su vida cotidiana el uso de la computadora y las aplicaciones de software e Internet.

Lo que diferencia a esta generación con la de los adultos es que los adolescentes manejan las nuevas tecnologías sin miedo a la exploración y se permiten el ensayo y error, mientras que sus padres no se animan demasiado y tienden a consultarles cualquier cosa antes de cometer un error.

Aparecen entonces numerosas denominaciones nuevas como el término “nativo digital”, que hace referencia a los usuarios jóvenes, quienes utilizan las herramientas que brinda Internet desde que tienen uso de razón.

En ese marco, se da entre los adolescentes una llamativa práctica conocida como “multitasking” o “múltiples tareas”, en relación a que están habituados a llevar a cabo diversas tareas en forma simultánea. Así, pueden mirar televisión, leer, escuchar música, usar la computadora, estudiar y hasta leer al mismo tiempo, sin que ninguna de estas tareas perturbe a la otra. Rubinstein asevera: *“La web, la telefonía celular y los videojuegos, son una marca de identidad generacional”*.

Asimismo, es válido mencionar que el “ciber-conocimiento” no es transmitido de padres a hijos, sino entre miembros de una misma generación y

es favorecido por el mercado, los medios de comunicación y las exigencias de la nueva cultura.

Sin embargo, en el uso de Internet se produce un doble proceso de enseñanza: por un lado, los adolescentes les indican a sus padres cómo debe ser el manejo técnico y, al mismo tiempo, reciben información y advertencias por parte de los adultos acerca de cómo comportarse y qué recaudos tomar a la hora de usar Internet, convirtiéndose así en maestros y alumnos de un mismo tema, favoreciendo así el intercambio intergeneracional.

Las TIC se pueden analizar y clasificar en distintos tipos. Desde esta perspectiva se consideran tres tipos de uso esenciales en la adolescencia:

- a. Lúdico y de Ocio
- b. Comunicación e Información
- c. Educativo

La bibliografía revisada aporta un dato relevante sobre el uso que la adolescencia hace de Internet. Los jóvenes consideran a la red un importante medio de comunicación, pero únicamente para hacerlo con sus amigos y amigas. Sobre este aspecto, otro estudio corrobora lo señalado anteriormente; los adolescentes dicen utilizar la computadora e Internet principalmente para: jugar y chatear con sus amigos y amigas, bajar música y películas. Un uso secundario es sacar apuntes, escribir trabajos y buscar información. Por otro lado, otros investigadores señalan que el principal uso que hacen del teléfono celular es jugar y enviar mensajes cortos a sus amigas y amigos.

Este último estudio arroja, además, resultados sobre la relación entre el uso académico y escolar de las TIC y la familia. En ellos, se señalan aspectos como:

- El grado de implicación de la familia.
- La frecuencia de la participación familiar en los deberes escolares de las y los adolescentes.
- El grado de uso de las TIC por parte de padres y madres.
- El valor que otorgan padres y madres al uso de ordenadores e Internet, como acto de aprendizaje escolar.

En este sentido, se debe considerar que el acceso a las TIC por parte de madres y padres aún es limitado, ya que se encuentran escasamente familiarizados con esta tecnología. Generalmente delegan la responsabilidad de enseñar a las y los adolescentes, la formación el uso y aprovechamiento de las TIC a los centros educativos.

La población adolescente utiliza las tecnologías de la información y la comunicación principalmente para actividades de ocio, entretenimiento y de relación con sus pares. Este uso de las TIC pone de manifiesto la gran flexibilidad que presentan estas tecnologías para transformarse y adquirir las dimensiones que las y los usuarios les quieran dar.

No cabe duda que acceder a las TIC puede satisfacer necesidades tanto de tipo individual como social. Se sabe que estas tecnologías le aportan a las y los adolescentes nuevos contextos de relación social, además de la interacción personal.

Un aspecto de especial interés ha sido estudiar cómo influye el uso de las TIC en las relaciones sociales de los adolescentes con sus pares. Este tipo de interacción se produce con mayor frecuencia cuando el uso de estas tecnologías se relaciona con actividades de ocio. Las TIC propician nuevos espacios y oportunidades de cooperación y participación, los que conllevan a un aprendizaje cooperativo.

Junto a sus amigos y amigas los adolescentes, comparten instantes de navegación y juegos. Sin embargo, se deben tener en cuenta que esta tendencia es mayor en adolescentes que mantienen una estrecha relación social con sus pares dentro y fuera de la escuela. Este último aspecto demuestra que la incidencia de las TIC en sus relaciones es con frecuencia un reflejo de las actividades que realizan en su vida social.

### **Las redes sociales virtuales: nueva perspectiva en la interacción entre pares**

En las últimas décadas, las Redes Sociales Virtuales han experimentado una gran evolución, y con ella, se han multiplicado y diversificado las posibilidades de estos nuevos medios. En la actualidad, el uso que los individuos hacen de es-

tas tecnologías es prácticamente diario: consulta de páginas web, correo electrónico.

Las redes sociales como tal son una herramienta de comunicación muy eficaz e importante para los adolescentes, siempre y cuando no sean influenciados por las mismas.

Gracias a las redes sociales se tiene la oportunidad de interactuar con otras personas, beneficio que los adolescentes han aprovechado al máximo ya que en su mayoría son ellos los que más acceso hacen a esta. La comunicación mediante una red social se vuelve más amplia, medio por el cual se pueden expresar saberes, sentimientos, imágenes, entre otras.

Las redes sociales se han vuelto un fenómeno global en la vida de millones de personas en especial de los adolescentes, quienes con la llegada de estas ven una diversión y muchas veces no perciben el peligro que se les presenta al pretender crear una vida virtual y no vivir como se debe cada una de las etapas pertenecientes a su correcto desarrollo como adolescentes.

Las redes sociales tienen una gran base como lo es la teoría de seis grados de separación (1967) que se basa en que todas las personas del mundo están conectadas entre sí con un máximo de seis personas como intermediarios en la cadena. Como ejemplo: “conoces a alguien que a su vez, conoce a alguien que a su vez conoce a alguien, que conoce a tu artista favorito, formando una cadena de seis o menos personas de por medio, esto hace que el número de personas conocidas en la cadena crezca exponencialmente conforme el número de conexiones crece, dando esto como resultado que solo se necesita un número pequeño de estas conexiones para formar una red que los conecte a todos y de esta manera se hace posible hacerle llegar un mensaje a cualquier persona del mundo”.

Es cierto que estas redes tienen muchos beneficios, puesto que intervenir en una red social empieza por encontrar allí con quienes compartir intereses, preocupaciones o necesidades, estas redes dan la oportunidad de que los adolescentes se sientan integrados a un grupo.

Lo que es imprescindible recordar es que las redes sociales pueden ser útiles no solo para

profesionales y empresas, también son una interesante herramienta para los adolescentes mientras sean utilizadas adecuadamente. Entre varios de los beneficios de las redes sociales se pueden encontrar los siguientes:

- Permiten trabajar en grupo de una manera más fácil. Para muchos resulta a veces imposible coordinar, juntarse con algunos compañeros para realizar algún trabajo, algunos optan por diferentes compromisos, otros pueden estar enfermos y algunos simplemente no querrán salir de sus casas. Para estar comunicados y trabajar de una manera más rápida en las tareas asignadas, podrán hacer uso de algunas de las aplicaciones existentes en distintas redes y de esta manera decidir cómo se repartirán e investigarán el tema dado y así cumplirán con la tarea sin tener que estar todos en un mismo sitio para poder realizarla.
- Se mantienen informados. Para muchas personas ver las noticias por medio de redes sociales es mucho más fácil que por un televisor o una radio, creando listas de intereses en facebook o siguiendo medios noticiosos en twitter y así poder mantenerse informados sin necesidad del uso del televisor.
- Pueden intercambiar ideas y conocer a adolescentes de otros países y de diferentes culturas. Este es uno de los grandes beneficios que ofrecen estas redes, esto les servirá para relacionarse mejor con distintas personas, conocer mejor la diferencia entre un país y otro, cuál es su forma de vida.

La influencia de las redes sociales en adolescentes es un problema mundial que poco a poco se acrecienta de manera casi imparable, en la actualidad es algo normal observar a un estudiante en horario de clases con su celular en mano con total concentración en este que olvida que se encuentra frente a algún docente.

### **Uso de las redes sociales en la adolescencia: dos caras de una misma moneda**

Las TIC otorgan múltiples oportunidades y beneficios; por ejemplo, favorecen las relaciones sociales, el aprendizaje cooperativo, desarrollo

de nuevas habilidades, nuevas formas de construcción del conocimiento, y el desarrollo de las capacidades de creatividad, comunicación y razonamiento.

En el ámbito familiar, al reconocer la ventaja tecnológica que tiene la adolescencia sobre los adultos, se abre un nuevo espacio de participación en la familia. Así las TIC, lejos de convertirse en un elemento de aislamiento, bien utilizadas podrían ser un canal de comunicación entre los miembros del hogar.

Según los investigadores del tema, los adolescentes no utilizan las tecnologías para aislarse, sino que las usan como una herramienta fundamental para relacionarse.

En espacios de ocio, como los espacios públicos de conexión, no se aprecia a los adolescentes aislados por la tecnología. Por el contrario, se relacionan con sus amigos y amigas, se enseñan trucos para pasar a la fase siguiente del videojuego, chatean y comentan las jugadas.

Otras investigaciones avalan el estudio anterior, ya que señala que los adolescentes utilizan las TIC y lo hacen preferentemente para comunicarse con sus amigas y amigos. Lógicamente este uso es individual y con un fin específico, pero esto está muy lejos de la imagen de aislamiento que se tiene de los adolescentes frente a las tecnologías.

A través del uso de las TIC las relaciones sociales se amplían, pero también obtienen nuevas características, que no se dan en el plano real de la comunicación interpersonal (cara a cara). En este aspecto, la influencia del anonimato entre los participantes ha sido uno de los elementos más estudiados en relación con la identidad personal que los adolescentes construyen en los entornos virtuales.

En efecto, los adolescentes son personas que se encuentran en un proceso de descubrimiento de la identidad y experimentación con la misma, les interesa averiguar quiénes son realmente o quién les gustaría ser. Con ello, se abre un campo interesante para la investigación: establecer parámetros para comprender la construcción de la identidad y la experiencia que conlleva.

Ya se ha apreciado cómo en los entornos virtuales los adolescentes pueden mantener relaciones con sus pares de otras regiones, países y continentes, hablar diariamente con ellos y sostener una amistad con personas que quizás jamás conocerán personalmente.

Se señala que se debe considerar que las TIC a través de los juegos de rol, dado que permiten la construcción de la identidad como base de la interacción online de los adolescentes, también pueden inventar roles que en la vida real no tienen, gracias al anonimato que estas ofrecen.

También existen beneficios que se desprenden de la identidad personal que el adolescente pueda construir en los entornos virtuales. Puede existir la posibilidad de que un adolescente se encuentre mucho mejor con su identidad online, porque puede abandonar su imagen personal y retraerse hacia el mundo virtual.

Ante esta postura favorable del uso de las TIC por los adolescentes, existe una postura opuesta, la cual indica los posibles problemas que puede causar el uso inadecuado de las TIC.

El mal uso de estas puede causar distracción, pérdida de tiempo y privacidad, entre otros aspectos negativos que a su vez pueden llevar a muchos de ellos a tener problemas con las demás personas ya que no dan un buen manejo a ciertas redes.

Los medios de comunicación publican noticias en las que se enfatiza sobre esta conducta como posible riesgo para la adolescencia. Sin duda, estos hechos existen y son dolorosos, pero de ninguna manera se puede hacer de ellos una patología generalizada; aunque es importante conocer las circunstancias en las que ocurren estos hechos para avanzar en el estudio de sus causas y poder aplicar las medidas de prevención pertinentes.

La temática de la violencia ha sido permanentemente asociada a los videojuegos. El alto índice de violencia observable en los juegos ha tenido severas críticas. Mucha de la publicidad de estos videojuegos se ha basado en el aspecto violento, trasgresor y realista.

Los adolescentes son mirados por las empresas como potenciales clientes. Pese a que su disponi-

bilidad de dinero es limitada, pueden influir en las decisiones de compra del hogar. Los progenitores consideran la opinión de los jóvenes a la hora de realizar compras. Las empresas, y con ellas la publicidad, son conscientes de esta influencia que ejercen sobre el consumo del hogar y utilizan estrategias de persuasión, para realizar una fuerte presión en el condicionamiento de las compras.

Uno de los principales motivos de preocupación, tanto para los educadores como para la familia, respecto a las relaciones que mantienen los adolescentes con las TIC, es la posibilidad de que aparezcan comportamientos adictivos que pueden trastornar el desarrollo personal y social en las y los adolescentes. Los medios de comunicación son los primeros en enfatizar estos casos que, aunque existen, no se pueden generalizar.

Se puede decir que lo que define la conducta adictiva no es la frecuencia con que ésta se realiza, sino que es la pérdida de control de la persona, así como el establecimiento de una relación de dependencia.

Existe un acuerdo general entre los participantes del estudio, el cual señala a Internet como la tecnología más propensa a generar conductas adictivas. Respecto a esto, se proponen siete signos para detectar la adicción a Internet:

1. Pasa varias horas conectado, descuidando aspectos importantes de su vida.
2. Sus amigos y sus allegados piensan que tiene problemas con la utilización de Internet.
3. Ser joven (cuanto más joven, más riesgo hay de ser dependiente de Internet).
4. La utilización de Internet provoca graves consecuencias negativas.
5. Usted ve su dependencia de Internet como una actividad intensa y tímida.
6. Mantiene en secreto el tiempo que pasa conectado.
7. No puede pasar un día sin el ordenador y sin conectarse a Internet.

Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación han tenido como efecto principal el

haber intensificado o fortalecido la interrelación entre los adolescentes, que ya no se limita a los encuentros físicos, sino que se realiza de forma más o menos permanente.

Las relaciones “virtuales” no sustituyen en general a las relaciones “físicas”, sino que ambas coexisten para tratar de satisfacer la necesidad de estar con los iguales que caracteriza a los adolescentes. Todo ello además con una ventaja añadida: que es posible estar en contacto con otros adolescentes sin el control de los padres y madres y sin las restricciones de los encuentros físicos, que ahora pueden mantenerse a cualquier hora del día o de la noche.

Las opiniones de los adolescentes acerca de para qué sirve Internet dejan clara su vinculación al ocio y el entretenimiento, a la información y como mecanismo para compartir vivencias con los mismos amigos y compañeros con quienes se relacionan en el mundo “físico”. Entre las numerosas ventajas y posibilidades que las TIC, basadas en las redes sociales, ofrecen a adolescentes y jóvenes se destacan aquellas que tienen una clara influencia en su vida cotidiana:

- a) Ofrece acceso a información útil para la formación académica
- b) Facilita el contacto permanente con las amigas y amigos
- c) Facilita la integración social
- d) Es un espacio de socialización

La oportunidad que ofrece de compartir contenidos generados por los propios adolescentes facilita que se estrechen lazos con los amigos y amigas, satisfaciendo de este modo su necesidad de sociabilidad, de formar parte del grupo y mantenerse permanentemente vinculado con el mismo. El éxito de las redes sociales entre los adolescentes se debe en gran medida a que esta tecnología permite satisfacer determinadas necesidades básicas que emergen durante la adolescencia, como son la búsqueda de identidad, de independencia, el sentido de pertenencia y aceptación en el grupo de iguales, la sensibilidad, afectividad y la construcción de un proyecto de vida autónomo al margen de los adultos. Y lo ha hecho, además, salvando las limitaciones que la vida urbana im-

pone para relacionarse o comunicarse o las restricciones o controles de los padres.

Compartir sus experiencias, inquietudes y opiniones a través de las redes sociales es un aspecto importante en la socialización de los adolescentes, aunque no sean conscientes de ello. La red permite crear un espacio de aprendizaje colaborativo, no formal, donde la información se transmite de forma horizontal entre los propios adolescentes, basado en relaciones de amistad y/o interés, en el que es muy relevante la influencia del grupo de iguales.

Otros estudios realizados refieren que a través de las redes sociales buscan la popularidad y la aceptación de sus pares, puesto que la mejor forma de ser popular para ellos es tener muchos amigos. Hoy en día, el sentido de pertenencia en muchos grupos está dado por compartir el hábito y experiencia de ser parte de una misma red social.

## Conclusiones

A tenor de los cambios económicos, políticos, sociales y culturales que enfrenta la humanidad parece oportuno señalar el papel relevante que toma la información y el conocimiento en las últimas décadas, unido al vertiginoso cambio científico-tecnológico que ha dado lugar a la sociedad de la información. Las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) han propiciado acelerados cambios en la sociedad principalmente por su carácter de interactividad, que conjuntamente con otros factores del contexto social y cultural influyen en los miembros de esta generación.

En la adolescencia es donde se aprecia un mayor incremento del uso de las TIC, debido a que las han incorporado de manera habitual en su vida, utilizándolas como herramientas de interacción, información, comunicación y conocimiento. En el proceso de desarrollo personalógico, las necesidades propias de la etapa, principalmente las relaciones entre pares, se desarrollan, se refuerzan y a su vez se modifican por el contexto tecnológico en el que se desenvuelven.

Resulta imprescindible tener en cuenta que las redes sociales pueden ser útiles y constituir una interesante herramienta para los adolescentes mientras sean utilizadas adecuadamente. Esto a su vez introduce importantes cambios en las

dinámicas de convivencia e interacción social y familiar, que refuerzan en gran medida su desarrollo emocional, coexistiendo una variedad de aspectos favorecidos por las competencias emocionales que se desarrollan a través de las relaciones entre pares, como son los procesos de aprendizaje, la resolución de conflictos y la toma responsable de decisiones, entre otros.

La enseñanza de competencias emocionales depende de la práctica, del entrenamiento y de su

perfeccionamiento, a través de ejemplos y vivencias, y cada vez menos de la instrucción verbal, teniendo especial influencia las relaciones entre pares.

Es por ello, que los nuevos retos del desarrollo científico-tecnológico de la información imponen a la sociedad contemporánea la búsqueda de nuevas formas de relaciones sociales en la adolescencia, y estas pueden contribuir al desarrollo y bienestar emocional de este grupo poblacional.

### Contacto

Iván Castillo Ledo ✉ [ledo14@nauta.cu](mailto:ledo14@nauta.cu) ☎ 53 43 549326  
Servicio de Salud Mental • Independencia No. 57 B. Rodas • Cienfuegos, Cuba

### Bibliografía

- Area, M., Borrás, J. F., y San Nicolás, B. (2015). Educar a la generación de los Millennials como ciudadanos cultos del ciberespacio. Apuntes para la alfabetización digital. *Revista de estudios de Juventud*, 109, 13-32. Recuperado el 10 de septiembre de 2018 de <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/415394>
- Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación (AIMC). (2016). Navegantes en la red. Madrid: AIMC. Recuperado el 10 de septiembre de 2018 de: <http://www.aimc.es/Navegantes-en-la-Red.html>
- Ballesta, J. et al. (2015). Internet, redes sociales y adolescencia: un estudio en centros de educación secundaria de la región de Murcia. *Revista Fuentes*, 16, Junio, pp. 109-130. Recuperado el 12-9-2018 de <http://www.revistafuentes.es/>
- Bernete, F. (2010). Usos de las TIC, Relaciones sociales y cambios en la socialización de las y los jóvenes. *Revista de Estudios de Juventud*, 88, 97-114. Recuperado el 10-9-2018: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3254537>
- Calvo, A. (2011). Educación de competencias informáticas en adolescentes de secundaria del siglo XXI: una responsabilidad compartida entre la escuela y la familia. *Apertura*, 3(2), 1-22. Recuperado el 10 de septiembre de 2018, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68822737010>
- Castellana, M., Sánchez, X., Graner, C. y Beranuy, M. (2007). El adolescente ante las tecnologías de la información: Internet, móvil y videojuegos. *Papeles del Psicólogo*, 28(003), 196-204. Recuperado el 10 de septiembre de 2018, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77828306>
- CubaMinrex. (2007). "La informatización en Cuba", Consultado Septiembre 10. Recuperado 12-9-2018: [http://www.cubaminrex.cu/Sociedad\\_Informacion/Cuba\\_SI/Informatizacion.htm](http://www.cubaminrex.cu/Sociedad_Informacion/Cuba_SI/Informatizacion.htm)
- Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información (CMSI) (2003). "Construir la sociedad de la información: Un desafío mundial para el nuevo milenio". Recuperado 12-9-2018 <http://www.psi.gov.ar/Documentos/DeclaracionPrincipios.pdf>
- del Barrio Fernández, Ángela; Ruiz Fernández, Isabel. Los Adolescentes y el Uso de Redes Sociales. *International Journal of Developmental*

- and Educational Psychology*, vol. 3, núm. 1, 2014, pp. 571-576. Recuperado el 10 de septiembre de 2018, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851785056>
- Figueroa, N., Contreras, H., Mori, E., Nizama, M., Gutiérrez, C., Hinostrroza, W., Torrejón, E., Hinostrroza, R., Coaquira, E., e Hinostrroza, W. (2011). Adicción a Internet: desarrollo y validación de un instrumento en escolares adolescentes de Lima, Perú. *Revista Perú Med. Exp. Salud Pública*, 28 (3), 462-469. Recuperado el 10 de septiembre de 2018, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v28n3/a09v28n3.pdf>
  - García, A., López de Ayala, M.C., y Catalina, B. (2013). Hábitos de uso en Internet y en las redes sociales de los adolescentes españoles. *Comunicar, Revista científica de Educación y Comunicación*, 41, 195-204. Recuperado el 10-9-2018: <https://www.revistacomunicar.com/?contenido=revista&numero=41>
  - Gómez, k.k., y Marín, J. S. (2017). *Impacto que generan las redes sociales en la conducta del adolescente y en sus relaciones interpersonales en Iberoamérica los últimos 10 años* (Tesis de pregrado). Universidad Cooperativa de Colombia, Bucaramanga. Recuperado el 12 de septiembre de 2018 de <http://repository.ucc.edu.co/handle/ucc/747>
  - Interactive Advertising Berau (IAB Spain). (2015). Estudio Anual Redes Sociales 2015. España: IAB Spain. Recuperado el 12 de septiembre de 2018 de <http://iabspain.es/investigacion/busca-tu-estudio/>
  - Interactive Advertising Berau (IAB Spain). (2016). Estudio Anual Redes Sociales 2016. España: IAB Spain. Recuperado el 12 de septiembre de 2018 de <http://iabspain.es/investigacion/busca-tu-estudio/>
  - Interactive Advertising Berau (IAB Spain). (2017). Estudio Anual Redes Sociales 2017. España: IAB Spain. Recuperado el 12 de septiembre de 2018 de <http://iabspain.es/investigacion/busca-tu-estudio/>
  - Linares, A. y Quintero, M. (2012). La actitud de los adolescentes universitarios ante el uso y aplicación del celular e internet, en su desarrollo académico. *Revista digital universitaria*, 13(7), 1-23. Recuperado el 10 de septiembre de 2018, de <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num7/art77/art77.pdf>
  - Maseda, P. et al. (2011). El sentido de vida en los jóvenes redes sociales, relaciones significativas y actividades de ocio. *Revista Estudios de Juventud*, 95, 59-72. Recuperado el 12 de septiembre de 2018 de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5052580>
  - Naval, C., Sábada, C., y Bringué, X. (2003). Impacto de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) en las Relaciones Sociales. Navarra: Gobierno de Navarra. Instituto Navarro de Deporte y Juventud. Recuperado el 12 de septiembre de 2018 de <http://dadun.unav.edu/handle/10171/18444>
  - Ortiz, G. (2011). Los jóvenes y su relación con la red internet: de la adicción al consumo cultural. *Razón y palabra*, (78), 1-16. Recuperado el 10 de septiembre de 2018, de [http://www.razonypalabra.org.mx/varia/N78/2a%20parte/27\\_Ortiz\\_V78.pdf](http://www.razonypalabra.org.mx/varia/N78/2a%20parte/27_Ortiz_V78.pdf)
  - Recio M. (2013). La hora de los desconectados. Evaluación del diseño de la política de “acceso social” a Internet en Cuba en un contexto de cambios. La Habana: Trabajo de curso. Recuperado el 12 de septiembre de 2018 de [http://biblioteca.clacso.edu.ar/becas/20131219083409/Recio\\_trabajo\\_final.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/becas/20131219083409/Recio_trabajo_final.pdf)
  - Ruiz, M., y De Juanas, A. (2013). Redes sociales, identidad y adolescencia: nuevos retos educativos para la familia. *Estudios sobre educación*, 25, 95-113. Recuperado el 12-9-2018 de <https://www.unav.edu/publicaciones/revistas/index.php/estudios-sobre-educacion/article/view/1883>
  - Zenteno, A., y Mortera, F. (2011). Integración y apropiación de las TIC en los profesores y los alumnos de educación media superior. *Apertura*, 3(1), 1-26. Recuperado el 10 de septiembre de 2018, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68822701014>
- Recibido: 28/3/2019.
  - Aceptado: 25/5/2019.

# Una práctica orientada por la singularidad. Un encuentro posible frente al retorno de la normatividad y la producción masiva de normas y protocolos.

*A practice oriented by singularity. A possible encounter faced with the return of regulations and the massive production of standards and protocols.*

Cosme Sánchez Alber.

Trabajador Social. Bilbao.

**Resumen:** Frente a la tendencia a la normatividad en las prácticas sociales, nosotros oponemos una práctica orientada por la singularidad. La práctica de la que hablo es aquella que, alejándose de los universales, apoya a cada sujeto implicado. Es la práctica del Uno por Uno. Una práctica que no parte de un saber previo y determinado; monitorizado. Una praxis capaz de interrogarse a sí misma, a partir de la elucidación de cada caso. Una práctica que nos permita elaborar un saber más allá de los protocolos y los programas de intervención al uso, y su tendencia a la homogeneización.

**Palabras clave:** Singularidad, práctica, Salud Mental Comunitaria, acompañamiento, lazo social, lenguaje.

**Abstract:** Faced with the tendency towards normativity in social practices, we oppose a practice oriented by singularity. The practice of which I speak is that which, away from the universals, supports each subject involved. It is the practice of One for One. A practice that is not part of a previous and determined knowledge; monitored. A praxis capable of questioning itself, from the elucidation of each case. A practice that allows us to elaborate a knowledge beyond protocols and intervention programs to use, and its tendency to homogenization.

**Key words:** Singularity, practise, Community Mental Health, accompaniment, social bond, language.

## Introducción

El declive de las figuras de autoridad ha provocado, en determinados contextos institucionales, un retorno de la normatividad (control, vigilancia y disciplina) como métodos de tratamiento del cuerpo y la locura. Este movimiento desemboca

en la producción masiva de normas y protocolos para tratar de asegurar una práctica.

Frente a esta tendencia a la normatividad, nosotros oponemos una práctica orientada por la singularidad. La práctica de la que hablo es aquella que, alejándose de los universales, apoya a cada

sujeto implicado. Es la práctica del Uno por Uno. Una práctica que no parte de un saber previo y determinado; monitorizado. Una praxis capaz de interrogarse a sí misma, a partir de la elucidación de cada caso. Una práctica que nos permita elaborar un saber más allá de los protocolos y los programas de intervención al uso, y su tendencia a la homogeneización.

Una práctica que considere que hay un sujeto, y hay un consentimiento. Una práctica que sea sensible tanto a las defensas como a las invenciones que el sujeto trae consigo, o que el sujeto pueda inventar, a partir de un encuentro posible.

### Un ejemplo: La cámara de fotos

Martin, de 45 años y nacido en un pueblo de Francia, solicita entrar en el centro de día<sup>1</sup> (hace tres años). En nuestro primer encuentro, Martin me dice *“No sé qué hacer durante el día, quiero entretenerme”*. Martin, pasó una temporada viviendo en la calle, no obstante desde hace dos años alquila una habitación y percibe una ayuda social. *“No sé que hacer, no encuentro nada que hace durante el día, no sé, no sé...”*

Me explica su extrañeza con respecto a las miradas del dueño del bar, debajo de su casa, *“me mira, ¿quiere algo de mí?”*. Martin hace una interpretación de esta mirada, del lado de la injuria, cree haber oído algo, un insulto, pero no sabe exactamente lo que escuchó. Por otro lado, me explica su dificultad para *“parar de beber, me siento vacío y me pregunto ¿qué hago aquí? Entonces bebo”*.

Le pregunto si hay alguna cosa que le interese, que le guste. Tras un largo silencio, me dice *“mi cámara de fotos”*. Corto la conversación en este punto y le propongo con entusiasmo traer su cámara de fotos al día siguiente.

<sup>1</sup> Desde el año 2013 coordino un servicio de acompañamiento para personas en situación o riesgo de exclusión social. Se trata de un centro de día inscrito en la red de servicios de inclusión social de la Diputación Foral de Bizkaia y gestionado por una entidad del Tercer Sector. Un lugar donde tratamos de organizar una práctica social y ética basada en la singularidad de cada sujeto implicado.

### El trabajo de Martin en el centro de día

Los días sucesivos, Martin me enseña el manejo de su cámara de fotos. Comienza a realizar, con nuestra ayuda, todo tipo de trabajos de imagen, pasando poco a poco de las fotografías hasta la realización de carteles, videos, marcos de fotos, exposiciones y cortometrajes en los que incluye textos, sonido e imagen.

Por otra parte, Martin comienza a interesarse por grabar y fotografiar actividades culturales, conciertos, eventos deportivos, manifestaciones, o cualquier otra cosa que ocurra en la calle, como el vuelo de las palomas. En la casa de su madre, en el pueblo, tenían un palomar con *“palomas mensajeras”*, su tío las soltaba y sabían regresar solas a casa. A Martin, en ocasiones, le gustaba dormir con las palomas.

En el espacio del taller de reciclaje, Martin se equipa con un chaleco en el que escribe *“fotógrafo de X (nombre del centro de día)”*, de manera que pueda acceder con mayor facilidad a estos eventos, *“acercarme más”*. *“Soy el fotógrafo del centro”*, me informa.

Martin me explica: *“tengo un problema con el lenguaje, las palabras se me quedan en la cabeza y no puedo sacarlas, mis amigos me decían que era raro, que hablaba solo”*. *“Hay cosas que no entiendo (hace señas detrás de su cabeza, como si el ruido viniera de atrás). No entiendo, me viene información a la cabeza. No son conversaciones, es información. Yo oigo.”*

### El desencadenamiento, el desarraigo y la errancia

Martin trabajó de pintor de casas durante 15 años. Su interés por este trabajo lo sitúa en una escena en la que, siendo un niño, vio como una vecina pintaba el marco de una ventana. De su padre dice que se fue de casa cuando Martin era muy pequeño, su padre era militar y le cambiaron de destino, no volvió a verle. De su madre, señala que el tono de su voz era demasiado agudo, insoportable, hablaba mucho. Con ella vivió en la casa del pueblo hasta los 30 años.

Su trabajo como pintor le proporcionaba un alojamiento, un coche y una tarjeta de crédito. Durante un periodo de tiempo de unos diez años,

Martin iba y volvía a casa de su madre, desde los diferentes trabajos que realizaba como pintor en otras ciudades y pueblos. Sin embargo, a los 35 años decide abandonar la casa de su madre, *“en el pueblo todos me conocían y no soportaba la voz de mi madre”*.

Martin se traslada a una ciudad de España, donde alquila una vivienda compartida con otros trabajadores de la empresa de pintores, y durante dos años va y viene desde los diferentes trabajos y proyectos que realiza.

Hace aproximadamente cinco años tuvo que venir a Bilbao por un trabajo. Cuando llegaba en coche a Bilbao le paró la policía y le hizo un control de alcoholemia, tras dar positivo, le retiran el coche y se lo llevan al depósito de coches. Martin acude a recoger su coche, no obstante, le dicen que debe pagar una cantidad de dinero para sacarlo. Llama a su jefe y éste le dice que lo va a arreglar todo y que espere allí.

Pasa tres días con sus tres noches esperando en la puerta del depósito de coches, bebiendo. Vuelve a llamar a su jefe y éste le dice que le han despedido. Martin se queda sin casa, sin coche y sin dinero, *“sin nada que hacer”* y sin saber a dónde volver. No sabe a dónde ir, y ya no cuenta con el recurso que le servía para responder a una pregunta fundamental para él, y que insiste de manera masiva: *“¿Qué hago aquí?”*.

Es así como, tras pasar largas temporadas en la calle y bebiendo sin poder parar, entra en la red de albergues de Bilbao. Finalmente, solicita una ayuda social y alquila una habitación en Bilbao. *“Soy un lobo solitario”* me dice.

Martin me dice lo siguiente *“primero me siento solo, después empiezo a pensar en los recuerdos, en el pasado, comienzo a aburrirme y me pregunto... ¿qué hago aquí? Y entonces bebo”*. *“A veces, sin saber por qué, me hace un tick en la cabeza y bebo sin poder parar”*. En otra conversación me explicará que el problema es su *“soledad”*, sin embargo, añade que *“en casa puedo estar solo y me dedico a mis trabajos fotográficos”*. Le indico que entonces tiene dos maneras de hacer con la soledad, una le lleva a beber, la otra le lleva a hacer cosas. Me explica que lo que le gusta es *“tener una casa”, “estar tranquilo y hacer mis cosas”*.

## Las fotografías y el video

Realiza una exposición de fotografía que llama *“En la puta calle”*. Fotografía a personas que duermen en la calle, aceras, casas viejas, espacios donde duerme la gente, albergues y comedores sociales, el centro de día, palomas en la calle, etc. Me pide que escriba textos y que hable en público en las presentaciones de la exposición, *“me pongo nervioso, hablar no se me da bien, me cuesta explicarme, lo tengo en la cabeza pero no puedo sacarlo”*, me explica. A su vez, invita a un colega nuestro para que escriba poesías y textos sobre la vida en la calle. Al leer los textos, Martin saca ideas para sus fotos.

Cuando salimos a hacer fotos, me explica que ha tenido una idea, sacar dos cosas en la misma foto, por ejemplo, una iglesia (*“donde duerme la gente”*) y una acera. Sacar fotos desde dentro de un cajero automático (*“donde tuve que dormir”*) y sacar la calle. En otra fotografía, saca los tejados de unas casas junto con un grafiti que dice *“soñar”*, me explica *“soñar con casas”*. Le digo *“¡Es una metáfora!”* y le explico lo que significa.

Al día siguiente me dice que tiene una metáfora. Escuchó una canción de niño y en el videoclip salía una mujer tras un cristal, llovía y en el cristal resbalaban las gotas de lluvia como si fueran las lágrimas de la mujer. Buscamos el video en internet y se propone sacar una foto desde dentro de un cajero, enfocando desde el suelo *“porque las personas están durmiendo en el suelo del cajero”*, en un día lluvioso, para captar la lluvia en el cristal. *“El cajero es como una casa, tiene moqueta, calefacción y puedes ver la calle lluviosa”*.

En ocasiones, me trae a sus compañeros de piso para que les ayude, *“tienen problemas, yo no puedo ayudarles, no les entiendo y me pongo muy nervioso”*. Yo les atiendo y les ayudo a resolver sus problemas, esto alivia mucho a Martin.

Ahora está con un nuevo proyecto, *“artistas de calle”*, quiere retratar a las personas que hacen arte en las calles y hacerles entrevistas. De nuevo, me solicita para hacer las entrevistas. De joven aprendió a tocar la guitarra, me explica que tenía un amigo que escribía canciones y las cantaba mientras Martin tocaba la guitarra. Me explica que mientras él toca la música yo puedo poner la letra, cantar.

### Crear un marco: una manera de velar el vacío

El trabajo como pintor de casas fue la solución vital que encontró Martin para organizar su vida y tener un lugar en el Otro. Una manera de organizar el sentido, la palabra y el cuerpo, a partir de una actividad laboral elegida por él y que le proporcionaba “un lugar en el mundo”, con los otros, en el lazo social.

Además disponía del recurso a la casa materna, un lugar al que siempre podía volver. Sin embargo, y tras abandonar la casa materna, Martin es echado del trabajo, destituido de su lugar en el Otro, y se queda “*sin nada que hacer*”, salvo el “*tick*” y el recurso al alcohol. Y sin poder volver a la casa de su madre; tener un lugar al que poder regresar.

En las asociaciones y albergues sociales donde es acogido se encuentra con una educadora social que saca fotos. Martin se interesa por este objeto, a partir de lo cual solicita una ayuda social y alquila una habitación. Uno de los efectos del desencadenamiento es que Martin dice que ya no puede trabajar; recurso que le servía para dar un sentido a su vida. La cámara de fotos viene a ocupar el lugar, la función, del trabajo. La fotografía como actividad sublimatoria.

Este encuentro con la cámara de fotos le permite, a su vez, enmarcar su mirada, localizar su punto de vista y ocupar un lugar de enunciación que, aunque precario, le permite no exponerse demasiado a las miradas de los otros. Ser él quien mira. Establecer una cierta frontera, un marco, frente al vacío que lo habita. Una manera de responder a su pregunta “¿Que hago aquí?”.

En este sentido, la solución “cámara de fotos” es solidaria de la solución “pintor”. Recordemos que en el recuerdo infantil, Martin sitúa su interés por la pintura en relación a la escena de la mujer en el marco de una ventana. Con la cámara de fotos puede “*hacer cosas*”, “*sacar las palabras de su cabeza*” y “*tener algo que hacer*” con su soledad. Martin sufre por no poder sacar las palabras de su cabeza, lo que hace obstáculo tanto a su pensamiento como a su capacidad para organizar un sentido; entender al otro.

Cada fotografía tiene el estatuto de una palabra para Martin, una por una. Palabras que saca li-

teralmente de su cabeza a partir del visor y la cámara, un “clik”. Una prótesis, pegada a su cuerpo, que le permite sacar las palabras de su cabeza y organizar una cadena lenguajera.

En un segundo tiempo, al introducir -junto a las imágenes- el sonido, la voz y los textos, Martin organiza un tratamiento para las voces y los recuerdos que no cesan. Un anudamiento entre la imagen, el sentido y la palabra, por mediación de su cámara de fotos y los programas informáticos de edición de imagen y sonido. Cuando Martin habla de las voces que escucha, hace una precisión muy notable. No son conversaciones, señala, es información, “*yo oigo*”. Las voces no están articuladas al sentido (“*No son conversaciones*”), están fuera de la cadena de la significación y el lenguaje. Son, tan solo, información, ruido, sonidos, palabras por fuera del sentido. Por eso no las puede entender. Están fuera del registro de la significación. He aquí el estatuto de la alucinación verbal.

Por otra parte, al introducir dos cosas en cada fotografía, abre un campo para organizar un sentido (S1-S2). Una cadena de significación. A partir del objeto “cámara de fotos” y su trabajo con él, Martin organiza una operación de significación y sentido que vela el vacío constitutivo del ser hablante.

Finalmente, “*ser el fotógrafo del centro de día*” le permite alojarse en un discurso bajo el paraguas de un significante que lo representa, y que precisamente viene a ocupar el lugar vacío, “*no sé qué hacer durante el día, me siento vacío y me pregunto ¿qué hago aquí?*”. Pasar de vivir pasivamente el lenguaje, el eco de las voces de los otros, a ser agente de su propia voz.

En los casos que atiendo suelo encontrarme con dos posibilidades. O bien, el sujeto puede restablecer algo de su solución anterior, si es que la había, o bien realizar un desplazamiento e inventar una nueva.

### El discurso de la normatividad

Cuando las instituciones se rigen por las lógicas que comandan el discurso neoliberal nos encontramos con un mercado de proyectos socio-educativos y sanitarios que prometen una salud y una adaptación social “plena” bajo condiciones

de producción estándar. Se trata de hacer pasar a los diferentes pacientes, usuarios-clientes, por las sucesivas fases del programa para obtener el correspondiente certificado de calidad, integración o normalidad, según los casos. Para ello es necesario un pronóstico previo y un sistema eficaz de etiquetaje; toxicómanos, excluidos, locos, anoréxicos, adictos al juego...

Si consideramos que las formas que adquieren las instituciones en la actualidad son correlativas al discurso que las sustentan, es perfectamente lógico que las instituciones de hoy en día cada vez se parezcan más a las condiciones fundantes del discurso neoliberal, la meritocracia, la privatización y la producción en serie. Las instituciones son, pues, fruto de una época y de un discurso.

Del lado de la institución, proponemos no tanto la proliferación de prácticas y servicios muy normativizados, sino de prácticas reguladas que permitan alojar las invenciones de cada sujeto y promocionarlas. Una práctica *regulada* es aquella capaz de ordenar un espacio, un campo, una atmósfera a partir de los cuerpos, la presencia y la palabra de todos y cada uno de los que se inscriben en dicho espacio. Promocionar lugares de encuentro, de acogida y de conversación. Un espacio, un tiempo y un lugar donde el sujeto pueda inventar la manera de defenderse del mundo, y construir un lugar propio.

Los profesionales pueden, en este sentido, interesarse por conocer las condiciones de posibilidad de dicho discurso, y quizás puedan entonces introducir algunas cuestiones que, en el mejor de los casos, faciliten una práctica ética capaz de acoger la diversidad de posiciones subjetivas que se dirigen a ellos.

### Una práctica orientada por la singularidad

En el presente ejemplo vemos los efectos de la extracción de un solo significante; la cámara de

fotos. Una palabra, un objeto, que el sujeto trae consigo no por casualidad. En ocasiones, nuestro trabajo consiste en localizar este objeto y ponerlo al trabajo, desplegar sus potencialidades.

En determinados contextos asistenciales, el profesional recibe las palabras de las personas que se dirigen a él como si se tratara de ruidos, información, datos, desconociendo el potencial que portan. Una paloma mensajera transporta consigo un mensaje, un texto limitado que, en no pocas ocasiones, hay que descifrar. Es necesario tomar muy en serio aquello que el sujeto trae consigo. Las personas no somos programables. En todo caso, cada uno de nosotros portamos un mensaje, un enigma desconocido e íntimo, una lengua familiar y privada, a partir de la cual podremos inscribirnos en el vínculo social, sin renunciar a nuestra diferencia, a nuestro modo de satisfacción particular. Encontrar un camino de regreso.

Frente a la proliferación de las normas, y sus excesos, en el campo de nuestra práctica, nosotros oponemos la singularidad; la diferencia como aquello que nos humaniza y nos posibilita estar juntos, unos con otros. Es, a partir de esta diferencia, que podemos incluirnos en la sociedad; ser uno entre otros. La diferencia es la materia, el elemento y la razón, con la que se construye el lazo social. Es el principio a partir del cual cada uno de nosotros consiente en incluirse, ser parte, tomar parte en algo. Perder algo.

El vínculo social no es un programa. De lo contrario, naceríamos con un Manual de instrucciones. En nuestro campo se evidencia que para construir un lugar en el mundo, cada persona se ve confrontada a inventar una manera propia, por fuera de los ideales de la civilización. El profesional bien podrá acompañar en esta tarea, descompletando su propio saber y favoreciendo las invenciones de cada sujeto implicado.

#### Contacto

Cosme Sánchez Alber ✉ [cosmesan@hotmail.com](mailto:cosmesan@hotmail.com) ☎ 620 313 855  
C/ Solokoetxe 3, 3<sup>º</sup> • 48005 Bilbao

## Bibliografía

- Bassols, M. (2003). Psicoanálisis e institución. *Revista Cuadernos de psicoanálisis*. Nº 27. Ediciones Eolia.
- Laurent, E. (2003). *Acto e institución*. *Revista Cuadernos de psicoanálisis*. Nº 27. Ediciones Eolia.
- Sánchez, C. (2019). Psicosis y vínculo social. Una orientación no segregativa para pensar la práctica en instituciones. *Norte de salud mental*. Vol. XVI nº 60: 67-74.
- Sennet, R. (2006). *La cultura del nuevo capitalismo*. Anagrama.

- Recibido: 1/5/2019.
- Aceptado: 10/6/2019.





# FORMACIÓN CONTINUADA



# Psiquiatría transcultural. Relevancia de la cultura en la salud mental.

## *Cross-cultural psychiatry. Relevance of culture in mental health.*

Lorena Navarro Morejón (1); Raquel Calles Marbán (1); Jorge Couros de la Cruz (2).

(1) MIR. Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife.

(2) MIR. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Área IV, Fuerteventura.

**Resumen:** Los procesos migratorios son considerados factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental. La presente revisión además de repasar los Síndromes Ligados a la Cultura, valorando su perspectiva desde el DSM, pretende destacar el cambio de expresión de la psicopatología según la influencia cultural. Finalmente, se pretende resaltar la necesidad de un abordaje multidisciplinar de aquellos pacientes provenientes de otras culturas.

**Palabras clave:** migración, psicopatología, psiquiatría transcultural, salud mental.

**Abstract:** Migratory processes are risk factors for the development of mental health problems. The present review, in addition to the Culture-Bound Syndromes, assessing its perspective from DSM, aims to highlight the change of expression of psychopathology according to cultural influence. Finally, it is important to highlight the need for a multidisciplinary approach of those that have been proven in other cultures.

**Keywords:** migration, psychopathology, cross-cultural psychiatry, mental health.

### 1. Introducción

La inmigración es un proceso de actualidad, de hecho, la población española aumentó durante la primera mitad del año 2018, situándose en los 46.733.038 habitantes; este crecimiento se debió en gran medida al aumento del número de extranjeros con un total de 4.663.72, lo que se corresponde prácticamente con el 10% de la población total según los datos obtenidos a través del Instituto Nacional de Estadística. Entre las Comunidades Autónomas con mayor incremento de población están las Islas Canarias (0,53%), por detrás de las Islas Baleares y Madrid<sup>1</sup>.

Este proceso migratorio puede tener consecuencias negativas para la salud debido al estrés físico y psicosocial experimentado, convirtiéndose por tanto en un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental<sup>2</sup>.

En los últimos años, ha surgido la psiquiatría transcultural, que tiene en cuenta la influencia cultural tanto en el paciente como en el psiquiatra. No debemos olvidar que la ley de la diferenciación cultural defiende que mientras que todas las poblaciones tienen los mismos procesos cognitivos y perceptivos, los factores culturales y ecológicos marcan qué es lo que se va a desarrollar;



en consecuencia, diferentes ambientes culturales llevan al desarrollo de diferentes habilidades<sup>3</sup>.

Pero ¿qué definimos como cultura? Esta misma cuestión ha sido planteada por la población española, dado que fue el término más buscado en la versión online del Diccionario de la Real Academia Española (RAE) en el año 2015. La RAE la define como el “conjunto de conocimientos que permite a alguien desarrollar su juicio crítico / conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época, grupo social, etc.”<sup>4</sup>

Dependiendo de cuál sea nuestra fuente de consulta, podemos encontrar más de doscientas definiciones de este término, aunque una buena definición podría ser que una cultura es un “conjunto aprendido de tradiciones y estilos de vida, socialmente adquiridos, de los miembros de una sociedad, incluyendo ciertos modos pautados y compartidos de pensar, sentir y actuar”<sup>5</sup>.

En el siguiente artículo, analizaremos la influencia cultural en la expresión de la psicopatología, haciendo una revisión de los famosos Síndromes Ligados a la Cultura.

## 2. Síndromes ligados a la cultura

### 2.1. Concepto

Las clasificaciones internacionales resuelven el problema de las diferencias transculturales en los síndromes psiquiátricos a través de la definición de los denominados Síndromes Ligados a la Cultura o *Culture-Bound Syndromes*. Estos se definen como cuadros locales determinados por una matriz cultural<sup>6</sup>.

#### **Koro**

**Lugar:** Singapur, Tailandia, India.

Consiste en la creencia angustiante de una progresiva retracción del pene hasta llegar a la invaginación, creyendo que en el momento en que esto ocurra la persona morirá. Suele ser individual, aunque se han descrito epidemias; en 1969 surgió una tras el rumor de que habían “cerdos infectados”, y que todas las personas que hubieran comido esa carne podrían sufrir el *Koro*; en este contexto aparecieron más de 100 casos

en un día en el hospital de Singapur, entre ellos había incluso 8 mujeres<sup>5</sup>.

Durante mucho tiempo fue considerado por la psiquiatría como una forma de delirio, pero si analizamos los fenómenos acompañantes vemos algunos hechos curiosos:

1. Los familiares ayudan en el proceso de sujeción del pene con piedras para evitar que se invagine. Se trata, por tanto, de una creencia compartida.
2. Entre los chinos hay el convencimiento de que la retracción del pene es un signo de muerte inminente, porque los fantasmas no lo tienen.
3. Existen manifestaciones de ansiedad extrema.
4. Hay una relación con hechos desencadenantes y en relación a vivencias de culpa (masturbación, dificultades de erección, etc.) en una sociedad que valora de manera relevante la actividad sexual.

Tiene mecanismos comunes con la hipocondría, por ejemplo, la sobre-escrutinación de una función corporal. Algunos estudios muestran cómo provocando ansiedad relacionada con el tema en un paciente de *Koro* y midiendo con pletismografía el tamaño del pene, hay una disminución del flujo vascular y efectivamente, el pene empequeñece. Es decir, el temor tiene, en cierto modo, una base real. La descripción de unos 15 casos de *Koro-like* en una población occidental muestra cómo es posible la aparición de un análogo del síndrome en toda persona que monitorice un aspecto de su cuerpo (en este caso, los genitales); si bien no habrá miedo a la muerte porque no existe la creencia cultural al respecto, ni habrá maniobras de ayuda del medio. Por eso, *Berrios y Morley* en su revisión concluyen que no debe hablarse de *Koro* cuando aparece fuera del contexto propio del síndrome<sup>7</sup>.

#### **Psicosis por Windigo**

**Lugar:** Alaska, norte de Canadá.

Se trata de poblaciones con condiciones extremas durante el invierno, en estas circunstancias, cuando hay una hambruna se desarrollaría el miedo a la antropofagia circunscrito en un tabú rígido contra el canibalismo humano y la creencia en el *Windigo* o espíritu caníbal del hielo<sup>8</sup>. En

la “*psicosis por Windigo*”, la persona siente que no le apetece la comida normal, manifestando náuseas y vómitos ante ella. Si esto sigue adelante y el sanador interviene, aparece un cuadro de ansiedad creciente con mayor repugnancia por la comida, como prueba irrevocable de que la persona se está convirtiendo en *Windigo*. Si el tratamiento sigue sin conseguir resultados positivos, el paciente pedirá a la tribu que le mate para evitar que pueda convertirse en caníbal, lo que en épocas pasadas, al parecer, se hacía.

Puede observarse como en el *Windigo*, cuadro del que hace años que no hay descripciones y que algunos autores dudan incluso que haya existido, una vez más tendríamos la ansiedad y las expectativas sociales como, probablemente, los dos factores decisivos.

### **Amok**

**Lugar:** Malasia y países cercanos.

Se produce cuando un elemento masculino de la comunidad es ofendido en su honor. Entonces abandona la comunidad durante un periodo de tiempo sin comer, sin hablar con nadie, vagar sin rumbo y pensar en su orgullo herido regresando al cabo de unos días, generalmente armado. En estado de descontrol, arremete contra cualquiera que se cruza en su camino, pudiendo herir o matar a personas. La comunidad, con palos detiene a la persona que, tras el *Amok*, queda soñolienta, cuando vuelve en sí se reintegra con más o menos dificultades a su vida. *Leff* destaca la tolerancia social a estos episodios pese a las muertes provocadas, lo que tiene bastante paralelismo con la tolerancia de la ley francesa a los crímenes pasionales<sup>9</sup>.

### **Latah**

**Lugar:** Malasia, Burma, Tailandia, Filipinas, Siberia, Laponia...

Se trata de mujeres que presentan una conducta imitativa, copiando todos los movimientos de las personas que tienen delante, sin aparentemente, poder evitarlo. Hay una respuesta automática a las órdenes, y en ocasiones, la persona habla con expresiones groseras y malsonantes. El desencadenante puede ser desde un gesto inesperado por parte de un conocido a una experiencia atemorizante. Se considera que se trata de una posesión por el espíritu *Latah* que entra en la persona

durante un sueño. Se considera normal, que no requiere tratamiento y remite espontáneamente.

En diferentes estudios se ha mostrado que las reacciones de hiperalerta están en todas las culturas. Aparecen cuando la persona está o bien hiperconcentrada en algo o bien hipoconcentrada (somnolienta). A ello se añade, en el caso del *Latah*, la posibilidad liberadora, es decir, en este estado pueden decir y hacerse cosas que no serían toleradas en estado de plena conciencia. El *Latah* sería, plausiblemente, la respuesta ante la presión social de algunas mujeres realizando de manera socialmente aceptable actos obscenos o agresivos que no le son habitualmente tolerados en una cultura dominada por hombres. Al igual que en los estados de trance y posesión, se requiere una vulnerabilidad fisiológica para entrar en estados disociados de conciencia<sup>5</sup>.

### **Taijin Kyofusho**

**Lugar:** Japón.

Se caracteriza porque el paciente se presenta al médico con quejas de que alguna parte de su cuerpo resulta ofensivo a los demás por su aspecto, olor, expresión (como en los gestos faciales) o movimientos. Se manifiesta especialmente en situaciones interpersonales y el trastorno es tan prevalente que, en Japón, son frecuentes los grupos de autoayuda. Se traduciría como Síndrome de Miedo Interpersonal. No hay equivalente occidental y estaría a caballo, entre lo obsesivo y lo fóbico<sup>5</sup>.

### **Hwa-Byung**

**Lugar:** Corea.

Se describe como dolores epigástricos atribuidos a la rabia no expresada y retenida. Es un fenómeno interesante que se repite en muchas culturas y que no tiene equivalente occidental<sup>5</sup>.

## **2.2. Visión conjunta de los Síndromes Ligados a la Cultura**

Los casos presentados son los más conocidos que encabezan una lista interminable. En la famosa monografía de *Simons y Hughes*<sup>6</sup>, se describen decenas, algunos de ellos tan conocidos como la muerte por *Voodoo*<sup>10</sup>, el *susto*, el *Dhat*, la *neurastenia*, etc. Casi doscientos Síndromes



Ligados a la Cultura que abarcan toda clase de reacciones humanas ante el estrés.

El estudio del *susto*, sobre el que existen innumerables publicaciones, por ejemplo, *Rubel y cols*<sup>11</sup> es especialmente interesante porque muestra cómo tras una misma denominación puede haber múltiples modos de entender la enfermedad y su terapéutica, a veces en distancias geográficas relativamente pequeñas. Si no somos capaces de definir la depresión ¿qué sentido tienen los intentos por encontrar y definir síndromes de

los que ni siquiera hay una buena comprensión de su matriz cultural?

### 2.3. Perspectiva DSM

Se han hecho diferentes intentos por incluir los Síndromes Ligados a la Cultura dentro de las clasificaciones usuales. La siguiente tabla resume la propuesta de relación entre los *Culture-Bound Syndromes* y la clasificación DSM-IV hecha por un grupo de estudio (*González CA and Griffith EEH, en Mezzich y cols*<sup>5,12</sup>).

Tabla 1. Relación entre los *Culture-Bound Syndromes* y la clasificación DSM<sup>5,12</sup>

Grupo DSM-IV	Grupo DSM-IV	Grupo DSM-IV	Grupo DSM-IV
<i>Síndromes disociativos</i>	(1) Estados de trance y posesión [“el cuerpo de un paciente ha sido ocupado por un espíritu”]		Crear una categoría dentro del capítulo de Trt. Disociativos.
	(2) Síndromes de huida o escape [“caminar sin dirección ni objeto. Período prodrómico con letargia, depresión, ansiedad e inicio brusco de hiperactividad y estado disociativo posterior”].	Piblogtok, Chakore (Panamá) Grisi Sikmis (Miskitos). Amok. Considerado aparte por el componente de amenaza a la vida propia o la de otros.	Clasificar como Fuga Disociativa.  Clasificar como Trast Explosivo Intermitente.
	(3) Síndromes de desconexión motora. [Reacción ante situaciones de miedo, conflicto o gran tensión. La persona no puede moverse aunque oye y entiende lo que pasa a su alrededor].	Falling-out (población negra de EUA). Indisposición (Haití).	Clasificar como Reacción Aguda ante Gran Estrés o Psicosis Reactiva Breve.
<i>Síndromes somatomorfos</i>	(1) Koro [entendido como síntoma hipocondríaco no psicótico de menos de seis meses evolución].		Crear una categoría dentro de los Trt. Somatoformes.
	(2) Síndromes somáticos generalizados <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ode-Ori (Yoruba): “Un organismo dando vueltas por la cabeza”, ruido en los oídos, pérdida de visión...</li> <li>• Hwa Byung o “enfermedad por ira”. Masa epigástrica por ira o rabia no expresada.</li> </ul>		Clasificar como Trt. Somatoformes.
	(3) Síndromes neurasténicos.	Neurastenia (China). Shinkeisuijaku (Jap).	Clasificar como Trt. Afectivo mayor con síntomas somáticos.
	(4) Ataques de nervios o “síndrome de Puerto Rico” (sic).		Clasificar como Reacción aguda ante gran estrés.

Kirmayer<sup>2</sup> formula al respecto las siguientes críticas:

- La posesión es en muchos lugares una explicación causal sin relación con una condición disociativa.
- El *Latah* (no considerado en la clasificación) es una forma socialmente tolerable de expresión de emociones ¿dónde se coloca? ¿por qué no considerarlo, si sólo nos fijamos en la conducta aparente, como un síndrome de movimientos automáticos o tics?
- Somatomorfo es un concepto extraído de la dualidad mente/cuerpo. ¿Es correcto remitir el *Koro* y otros cuadros a esta categoría?
- En el *Koro*, por ejemplo, la ansiedad es síntoma clave, pero aparecen también ideas delirantes, somatizaciones, dismorfofobia... ¿en qué categoría incluirlo cuando eso ocurre? ¿dónde se pone el énfasis principal?
- ¿Qué muchos casos de neurastenia respondieran a antidepressivos es suficiente para situarlo entre los trastornos afectivos?
- ¿Los “ataques de nervios” (Puerto Rico) son una entidad como tal (*disease*) o simples formas de expresión de malestar (*idiom of distress*)?

Análogas a estas consideraciones podrían hacerse innumerables. El intento de encajar las piezas en el armazón del DSM provoca constantes dificultades conceptuales en una vía tortuosa y compleja.

#### 2.4. ¿Qué tienen en común los *Culture-Bound Syndromes*?

Es posible ver que todos los síndromes descritos anteriormente comparten un esquema común etiopatogénico: un hecho desencadenante (retracción biológica del pene, la hambruna, la desorientación en un ambiente cultural desconocido, una situación embarazosa...) lleva a una focalización de la atención, a una monitorización de una función corporal y a una ansiedad progresivamente creciente. Aparecen rumiaciones potenciadas por una base cultural y por un refuerzo del medio familiar o social, que llegan a consolidarse en ideas sobrevaloradas, que dominan el pensamiento de la persona y, en algunos casos, a ideas pseudodelirantes. Pseudo, en tanto en cuanto son coherentes con el medio cultural, y delirantes en cuanto a que no son reductibles por razonamiento lógico<sup>5</sup>.

La ansiedad extrema puede favorecer la aparición de ilusiones catatímicas (es decir, interpretaciones anómalas de experiencias reales, en función de las expectativas y el estado emocional) o incluso de pseudoalucinaciones o alucinaciones.

Una segunda vía de acceso tiene que ver con un desencadenante, en esta ocasión brusco que, unido a altos niveles de ansiedad, favorece la aparición de alteraciones de la conciencia (bien estados disociados en sus múltiples formas, bien estados de conversión), en cuyo contexto son plausibles la aparición de síntomas que, no encajando en la estructura del yo no escindido, pudieran identificarse como alucinaciones o delirios.

Lo que interesa destacar es cómo es posible entender que existen vías fisiopatológicas de respuesta del ser humano, como expresiones de una amenaza percibida extrema, congruentes con un modelo enculturado y socialmente normalizado. La amenaza encuentra su reflejo desde una perspectiva no dualista en somatizaciones, cuadros de ansiedad con síntomas psicóticos o cuadros conversivos o disociativos. Cada uno de los denominados Síndromes Ligados a la Cultura puede tener múltiples formas de expresión<sup>5</sup>.

Congruentemente con ello, todos los fármacos que disminuyan los niveles de ansiedad (incluidos, claro, los neurolépticos) serán potencialmente útiles, sin que esto signifique mayores connotaciones diagnósticas. Y, probablemente, tan o más eficaces serán aquellos tratamientos que, desde la cultura, ataquen el origen de esas formas de extrema ansiedad<sup>5</sup>.

#### 2.5. Pero... ¿realmente existen los *Culture-Bound Syndromes*?

Para algunos autores, el concepto de *Culture-Bound Syndromes* carece de sentido y sólo responde a una visión de la psiquiatría que define una serie de cuadros desde un modelo cultural y que reconoce ciertas entidades folclóricas. En el sentido opuesto, están los que pretenden buscar entidades psiquiátricas en cualquier expresión local de estrés. Más allá de un síndrome, debe haber un marco cultural, una hipótesis etiológica y una hipótesis terapéutica, reconocidas y compartidas desde la cultura<sup>5</sup>.



Wig<sup>13</sup> escribiendo desde la India lo resume de la siguiente manera:

“Respecto al concepto de *Culture-Bound Syndrome*, el psiquiatra que ejerce en el Tercer Mundo se siente algo perplejo y divertido cuando los psiquiatras occidentales plantean como hipótesis que aquello que se da en los hospitales de Europa o EE.UU. es típico y no cultural, en tanto que los fenómenos psiquiátricos observados en la periferia son atípicos y ligados a la cultura<sup>13</sup>”.

### 3. Conclusión

La presente revisión, además de repasar los Síndromes Ligados a la Cultura, pretende destacar la matización que sufre la expresión de la psicopatología en función de la influencia cultural. Teniendo en cuenta que el estrés relacionado con la migración, además de las diferencias culturales y la discriminación percibida, son considerados factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades mentales en la población inmigrante<sup>14</sup>. Kristiansen<sup>15</sup> comenta la falta de conocimiento existente en relación a la exposición de los factores de riesgo, la movilidad y las necesidades psicosociales de la población inmigrante.

Considerando los datos anteriores, los sanitarios debemos tener en cuenta los antecedentes culturales cuando planteamos alguna interven-

ción, facilitando así la acomodación a la nueva cultura del paciente; para ello es imprescindible conocer los factores que influyen en su identidad cultural<sup>16</sup>. La intervención multidisciplinar es indispensable, con la intención de que las instituciones cumplan con su papel de acomodador y facilitador del proceso de adaptación, señalando además la figura del mediador cultural como elemento relevante en el proceso de adaptación, dado que lleva a cabo el papel de representante del colectivo inmigrante dentro del contexto hospitalario y justificando su actuación no sólo por las dificultades de traducción lingüística, sino actuando como puente entre culturas<sup>17</sup>.

Para concluir, queremos señalar la importancia de considerar el proceso migratorio como un acontecimiento vital estresante y como tal, factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental, además de valorar cómo los aspectos socio-culturales matizan el desarrollo de la psicopatología y, finalmente, resaltar la necesidad de realizar un abordaje multidisciplinar de aquellos pacientes provenientes de otras culturas<sup>18</sup>.

*“Cada cultura absorbe elementos de las culturas cercanas y lejanas, pero luego se caracteriza por la forma en que incorpora esos elementos”*

*Umberto Eco*

#### Contacto

Lorena Navarro Morejón ✉ [lorenavarro.m@gmail.com](mailto:lorenavarro.m@gmail.com) ☎ 696 323 903  
Carretera de Ofra S/N • 38320 San Cristóbal de La Laguna • Santa Cruz de Tenerife, España

### 4. Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística [consultado en febrero de 2019]. Disponible en [www.ine.es](http://www.ine.es)
2. Bhuga D. Migration and mental health. *Acta Psychiath Scand* 2004; 109: 243 – 258.
3. Sánchez J. Procesos cognitivos en psicología transcultural. *Rev Psicol. Gral Aplicada*. 1984; 39 (2): 263-280.
4. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [consultado en febrero de 2019]. Disponible en <https://dle.rae.es/?w=diccionario>
5. Pérez Sales P. *Psicología y psiquiatría transcultural. Bases prácticas para la acción*. 1ª Ed. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2004.

6. Simmons RC, Hughes CC. The Culture-Bound Syndromes. Folk illnesses of Psychiatric and Anthropological interest. D. Reidel Publishing Company. Dordrecht. 1985.
7. Berrios GE, Morley SJ. Koro-like symptom in a non-Chinese subject. *Br J Psychiatry*. 1984; 145: 331-334.
8. Kleinman A. Rethinking Psychiatry: from cultural category to personal experience. Free Press. 1988.
9. Leff J. Psychiatry around the globe. A trans-cultural view. *British Journal of Psychiatry*. 1989; 158 (1): 142.
10. Sommerfeld J. Vudú y salud mental en Haití. En Riquelme, H. (ed.). Otras realidades, otras vías de acceso. Psicología y psiquiatría transcultural en América Latina. Nueva Sociedad, Caracas. 1992: 37-46.
11. Rubel AJ, O'Neill CW, Collado R. Susto: una enfermedad popular. Fondo de Cultura Económica, México. 1984.
12. Mezzich JE, Kleinman A, Fabrega H, Parron DL. Culture and Psychiatric Diagnosis. A DSM-IV Perspective, American Psychiatric Press. 1996.
13. Wig NN. Diagnóstico y clasificación en psiquiatría. Aspectos transculturales. *Confrontaciones psiquiátricas*. 1984; 20: 12-45.
14. Collazos F, Qureshi A, Antonin M, Tomás-Sabado J. Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papeles del psicólogo*. 2008; 29 (3): 307-315.
15. Kristiansen M, Mygind A, Krasnik A. Health effects of migration. *Dan Med Bull*. 2007; 54: 46-47.
16. Bhugra D. Cultural identities and cultural congruency: a new model for evaluating mental distress in immigrants. *Acta Psychiatr Scand*. 2005; 111: 84-93.
17. Qureshi A, El Harrak J, Visiers C. Mediación intercultural en la salud mental. En: Moussaoui D, Casas M. Salud mental en el paciente magrebí. Barcelona. Ed. Glosa. 2007; 287-289.
18. Gutiérrez López, ML. Psiquiatría transcultural. A propósito de un caso. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2010; 30 (108): 639-644.

- Recibido: 25/3/2019.
- Aceptado: 30/5/2019.

# Acogimiento en familia extensa: Estudio de caso de una menor de etnia gitana.

## *Kinship foster placement: Study of the case of a minor of gypsy ethnicity.*

Eider Narbona Fernández.

Trabajadora social. Máster Universitario en Intervención y Mediación con Menores en Situación de Desprotección y/o Conflicto Social.

Centro laboral: Asociación Parkinson Bizkaia, ASPARBI.

**Resumen:** El objetivo es analizar un caso de acogimiento familiar en familia extensa de la asociación Bizgarri Elkartea del *Programa de Intervención Familiar con Personas Menores de Edad y sus Familias de Etnia Gitana*. Para poder llevar a cabo el análisis se han realizado dos entrevistas, a la menor acogida y, por otro lado, a la coordinadora de caso de la Diputación Foral de Bizkaia.

Tanto el profesional como la menor afirman que el caso ha padecido varios cambios a lo largo del tiempo, y que se han conseguido varios logros y metas. Para poder entender bien el análisis y situarnos de que caso estamos hablando, previamente se exponen los antecedentes y posteriormente se realiza el análisis de las entrevistas. Por último, se realizan las conclusiones en las que se tiene en cuenta tanto el marco teórico, como el marco empírico.

**Palabras clave:** Desprotección, menores, acogimiento familiar, cultura gitana.

**Summary:** The objective is to analyze a case of extended family foster care of the Bizgarri Elkartea association of the *Family Intervention Program for Minor Persons and their Families of the Gypsy Ethnicity*. In order to carry out the analysis, two interviews were conducted, at the least received and, on the other hand, the case coordinator of the Diputación Foral of Bizkaia.

The professional and the minor claim that the case has undergone several changes over time, and that several achievements have been achieved. To understand the analysis, the background is exposed and the analysis of the interviews is carried out. Finally, the conclusions are made taking into account the theoretical framework and the empirical framework.

**Key words:** Check out, minors, foster care, gypsy culture.

## Presentación del caso

En un marco empírico, se trabaja el caso de una menor gitana en acogimiento en familia extensa con su abuela. El caso se divide en dos partes, por un lado la situación inicial, es decir, como se llevó a cabo el acogimiento; y por otro lado, cuando se abrió el caso en la entidad Bizgarri, debido al embarazo de la menor.

La tutela de la menor se llevó a cabo en el año 2011 con estas circunstancias: no estar cubiertas las necesidades básicas de subsistencia de la menor por parte de la madre; el consumo de drogas materno en presencia de la menor; y malos tratos emocionales. Esta situación, imposibilitaba poder ejercer el rol de madre de modo adecuado tanto por las dificultades personales que padecía como por el consumo de drogas crónico, en el que se encontraba. En lo que al padre respecta, se daban situaciones negligentes: falta de recursos para satisfacer las necesidades básicas de la menor aun siendo conocedor de las situaciones de desamparo a las que estaba expuesta la menor.

Desde el primer momento, la abuela paterna se prestó voluntaria a ser acogedora y, por ello, la Diputación Foral de Bizkaia la consideró adecuada como acogedora de familia extensa. La menor no se comportaba correctamente y, en reiteradas ocasiones, rompía las normas, insultaba y maldecía.

En el año 2016, en el Plan de Intervención Familiar (PIF) de Etnia Gitana de la Asociación Bizgarri Elkartea, se abrió el caso de la menor, ya que con 15 años estaba embarazada y su actitud no era la adecuada. Es por ello que, la actitud era una de las cuestiones a trabajar. Los objetivos del PIF eran los siguientes: conocer el cuidado dirigido al bebé que estaba en camino y valorar las capacidades de las que disponía la menor y valorar tanto la red social y como la red familiar, dando pautas de orientación considerando la capacidad de cambio de la menor y de su pareja.

El análisis se realiza de manera individual, por un lado, desde la técnico de la cuestión social sobre el caso y, por otro, la menor.

## 1. Análisis de la entrevista de la técnico de caso

### Situación principal del caso

En cuanto a la relación entre los progenitores de la menor, estaban divorciados y el padre vivía en una comunidad autónoma diferente a la de la madre. Este había formado otra familia y, por falta de tiempo y la distancia, a pesar de tener comunicación con la menor, no solían verse habitualmente.

En cambio, la relación con la familia paterna era muy adecuada, sobre todo con su abuela, quien también era tía de la madre de la menor, algo frecuente por la endogamia en la cultura gitana.

Según la técnico de la Diputación Foral de Bizkaia, el caso ha cambiado mucho desde sus inicios. Actualmente la menor de 17 años es madre de un niño de 2 años que comparte con su pareja. Inicialmente, vivía con la abuela en acogimiento familiar en familia extensa, pero ahora viven en el domicilio de sus suegros junto a su pareja y al bebé. Las intervenciones con la menor siguen en curso ya que se realizan tanto en la Diputación Foral como en el PIF de la asociación Bizgarri. A su vez, comenta que la menor es muy capaz de entender los conceptos y las pautas dictadas por la técnico de diputación, no presenta ninguna dificultad para ello. En cambio, muestra dificultades para llevarlas a cabo, dejando evidencia de que aún se deben de trabajar algunos aspectos.

La intervención llevada a cabo por Bizgarri va a cumplir 2 años, y la menor cumplirá a finales de año, su mayoría de edad. Por ello que se prolongará en el tiempo de manera que quede todo bien atado y pueda seguir trabajando y controlando algunos aspectos y situaciones.

La menor ha cambiado en diferentes ocasiones de domicilio. En el momento en el que se quedó embarazada con 15 años, aplicando la cultura gitana, debía de mudarse a casa de su pareja, por ello la menor fue a vivir con sus suegros y su pareja. En aquel momento, la medida de acogimiento familiar en familia extensa no cumplía su función, la menor ya no vivía con su abuela y es por ello que se concedió una autorización de estancia para que la menor pudiera vivir con los suegros.

Actualmente, la pareja de la menor ha cumplido la mayoría de edad por lo que pretenden solicitar la RGI de manera que tengan ingresos económicos y puedan independizarse junto al bebé.

### **Influencia del embarazo en el acogimiento familiar**

Cuando se analiza la influencia del embarazo en el acogimiento familiar, la técnico de caso afirma que en casos de etnia gitana está muy normalizado que las menores se queden embarazadas. Al hilo de ello, la acogedora (abuela paterna) no se mostraba de acuerdo con que la menor siguiera el proceso de embarazo, ya que la veía muy joven y tenía muchas cosas que aprender, sobre todo teniendo en cuenta la adolescencia tan difícil y rebelde que tuvo y tener un bebé era una gran responsabilidad.

También se contemplaba la repercusión que tendría en el día a día, en el ámbito académico ya que tendría que dejar los estudios, adaptarse a las necesidades del bebé, etc. Dada esta situación, los suegros de la menor y la abuela se reunieron en el servicio de la Diputación Foral donde la abuela se mostró conforme en que los suegros cuidasen de la menor. La técnico no veía clara esta propuesta. Después de esta reunión la menor se mudó a casa de los padres de su pareja. En la cultura gitana se les trata como si estuvieran casados.

### **La autorización de estancia**

En lo que a la propuesta de la autorización se refiere, tanto la técnico de caso como la menor, afirman que la propuesta fue por parte de la pareja con el objetivo de ser perceptores de la RGI. La técnico explicó como ella no estaba muy de acuerdo y hubiese preferido que la menor se quedara en casa de la abuela acogedora hasta los 18 años. De esta manera, la menor hubiera estado más tranquila, más atendida ya que conocía a la abuela. Bajo el punto de vista de la técnico de caso, la acogedora era mucho más adecuada pues con ella se habían trabajado varios aspectos del acogimiento y hubiera sabido transmitirlo a la menor para que lo aplicase con su bebé. También menciona que la abuela hubiera seguido siendo perceptora de la ayuda por acogimiento y eso hubiera sido positivo.

### **Intervención**

Al analizar las necesidades de la menor en el acogimiento, la técnico dejó claro que la mejor opción como acogedora de la menor era la abuela ya que la menor no hubiera funcionado en un acogimiento en familia ajena debido a su edad. A su vez, comentó que no todo ha sido un camino fácil pues tuvieron que trabajar con la acogedora, la abuela, varios aspectos, entre ellos, alimentación, normas, límites... La abuela se mostró muy colaboradora con la administración por lo que las necesidades de la menor quedaron totalmente cubiertas.

En lo que a los acogedores respecta, se tienen en cuenta tanto a la abuela como a los padres de la pareja. La técnico narra cómo se llevó a cabo el acogimiento, cómo antes de legalizarse la abuela cuidaba de la menor ya que era consciente de la situación de la madre de esta, quien tenía problemas de consumo de sustancias inapropiadas.

La técnico se muestra contenta con el resultado del acogimiento. Tras un camino duro con muchos obstáculos ya que la menor cargaba contra la abuela y tenía comportamientos muy inadecuados. Un claro ejemplo, era cuando la abuela debía de despertar a la menor para ir al instituto, en alguna ocasión recibiendo la acogedora algún que otro golpe. A pesar de ello, siempre ha acudido a la técnico de la diputación para que esta le aconseje y acabar con esa situación y ayudar a su nieta. Por último la coordinadora afirma que con la ayuda del psicólogo y la educadora social se ha conseguido un óptimo resultado.

### **Comparación y necesidades de la etnia gitana y de los payos**

A la hora de comparar las intervenciones que se llevan a cabo con la etnia gitana y con los payos, la técnico de diputación dejó claro que todos/as los niños/as deben tener cubiertas sus necesidades básicas. En el caso de la etnia gitana, hay algunas situaciones en las que se tienen que tener en cuenta su cultura y el funcionamiento. Un claro ejemplo es el de los estudios, pues habitualmente no suelen darles importancia.

En ocasiones hay familias que no son del todo adecuadas, pero ellos/ellas tienen que ver qué es lo correcto, sacar a la menor de la familia o

no, pues en ocasiones ha pasado que la persona en acogimiento no esté bien en la familia, y si se toma la decisión de sacarle del hogar la circunstancia empeore más, por lo tanto, los/las técnicos/as deben tener en cuenta algunos factores.

En lo que a las necesidades respecta la técnica afirma que tanto los payos como los gitanos tienen las mismas necesidades. Para ello, pone el ejemplo de la menor de este caso. La preocupación que tenía la menor por su madre que era consumidora era terrible y normalmente en casos en los que se da el consumo por parte de los progenitores o algún otro tipo de problema grave, los menores tienen la necesidad de cuidar de ellos, de protegerlos ya que sienten que es responsabilidad de ellos. En ese momento se convierten en padres de sus progenitores y eso es perjudicial para el/la menor.

Hacer hincapié en los horarios, estudios y las reglas de socializarse, donde sus ámbitos pueden ser bastantes caóticos en las familias gitanas y tienen varias cosas para trabajar en ese sentido. Por otro lado los /as payos/as se adaptan peor al acogimiento que los casos de etnia gitana, ya que en su cultura es más normal que un hijo/a viva con un familiar que en los/as payos/as por lo que es más fácil trabajar con ellos/as.

### **Futuro**

La técnica de caso antes de cerrar el caso, refleja la idea de empoderar a la menor porque la ve capaz al tener recursos. La menor tiene buena cabeza pero en muchas ocasiones se deja guiar por su entorno y eso le frena para realizar sus actividades cotidianas. Es consciente de que la menor se quiere ir a vivir con su pareja y su bebé, y tener una vida familiar los tres juntos. Por ello, se trata de empoderar a la menor. Por otro lado, la profesional afirma que esa capacidad solamente dependen de ella, y que su pareja no colabora. Por último, también desea trabajar la escolarización del menor y la búsqueda de empleo.

La situación de la menor de 17 años ha cambiado mucho y tienen un bebé de dos años. La menor es una chica muy capaz, que entiende y sabe lo que tienen que hacer en cada momento pero en muchas ocasiones su entorno es quien la frena y no es capaz de llevar a cabo aquello que ha pen-

sado. A su vez, afirma que hay varios aspectos para trabajar todavía y que eso puede hacer que el proceso sea más largo. En lo que a la autorización de estancia se refiere, deja claro que fueron la menor y su pareja quienes lo pidieron y que finalmente lo consiguieron, ya que es muy habitual que en esta cultura se de ese paso cuando hay niños. Como la técnica lo sabía, lo hacen con permiso. Por último, el objetivo es empoderar a la menor, y que espera que los tres puedan alquilarse un piso y vivir juntos, pero la menor debe tener más confianza en sí misma.

## **2. Análisis de la entrevista a la menor en acogimiento**

### **Situación inicial del caso**

Cuando la menor tenía 11 años comenzó el acogimiento familiar con la abuela paterna hasta que cumplió los 15 años. Teniendo en cuenta el análisis se contemplan dos edades, en el caso de la Diputación Foral de Bizkaia toman de referencia cuando empezaron a tener indicios de que algo no iba bien, y la menor en cambio, cuando empezó a vivir con su abuela.

La menor cuenta que los inicios del acogimiento familiar con su abuela paterna no fueron fáciles, echaba de menos a su madre a pesar de que estuviese a gusto con su abuela. Afirma que su abuela siempre ha estado ahí cuando la ha necesitado y que había confianza con ella. Desde un principio la menor supo cuál era su situación, según cuenta la menor, tanto la Diputación como la policía, le explicó lo que estaba sucediendo. La menor explica que tenía muy mala conducta con la abuela y en el instituto, pero por suerte ha podido cambiarla con ayuda de la abuela quién ha realizado un rol maternal, proporcionado la atención necesaria y siempre ha querido lo mejor para su nieta. Bajo su punto de vista, la abuela ha sido la mejor acogedora que hubiese podido tener.

### **La influencia del embarazo en el acogimiento familia**

La menor cuenta como vivió la abuela el momento en el que se fue de su casa y pasó a vivir con sus suegros, en esta dimensión coincide con la técnica de caso que no lo llevó muy bien y que a día de hoy sigue todavía asimilando y está un poco mal por la situación. La menor hace refe-

rencia al tiempo que ellas pasaban juntas, ya que a pesar de tener más nietos y nietas no tienen la misma relación, la relación entre ellas era especial.

En lo que a los estudios respecta, la menor al quedarse embarazada quiso dejar los estudios, dejó el instituto con 15 años y, a día de hoy, todavía no ha vuelto. Este año va a cumplir 18 años y cuando su bebé empiece al colegio en septiembre se reincorporará a alguna formación relacionada con los estudios.

Al analizar la relación de la menor con la familia biológica, en todo momento afirma que mantienen una buena relación, no solo con la abuela, quién es un pilar fundamental en su vida, sino que con sus tías y su padre también. Mantiene con todos una buena relación y también en la relación con sus suegros y pareja.

### Futuro

A las preguntas sobre los estudios e independizarse, la menor considera que está preparada. En lo que a la formación respecta, no le da tanta importancia como a independizarse, pero tienen intención de hacer algo. Para independizarse, ha ido un paso más allá y se ha movido para ello, ha buscado algún piso, pero antes de eso deben ir a la oficina de empleo a entregar la documentación para percibir la RGI.

Cuando se le pide a la menor que opine de los Servicios Sociales, al principio no tiene muy claro a qué nos referimos pero tras ponerle algún que otro ejemplo nos cuenta una situación que vivió en la que ella pedía visitas con su madre y no se las concedieron. La madre en el punto de encuentro tenía visitas con el hermano de la menor, ella llamó a la técnico de la Diputación Foral de Bizkaia para solicitar las visitas después de la de su hermano y la técnico le dijo que no. Esa situación no le gustó lo más mínimo a la menor y afirma que en ejemplos como ese no se le ha tenido en cuenta.

En la entrevista a la menor, se le pregunta por aspectos positivos o de ayuda que ha recibido. Deja claro que ha recibido ayuda pero no sabe poner ejemplos. Comenta que la técnico le ha ayudado con la autorización de estancia, con el bebé, y con gestiones de ayudas de carácter económico.

### Conclusiones

A aclarar que las entrevistas realizadas a la menor y a la técnico de caso son diferentes, es por ello que en algunos aspectos se han trabajado dimensiones diferentes. Teniendo en cuentas las entrevistas realizadas, hay varios aspectos positivos como son el proceso del caso y la situación actual, la relación de la acogedora y la menor, pues no ha sido un camino fácil.

Otro aspecto a comentar es la adaptación de la cultura, ya que en este caso la autorización de estancia se abordó debido a la cultura, para que la técnico de la Diputación Foral recibiese la información necesaria por parte de la familia con el fin de velar por el bienestar de la menor.

Aunque la técnico y la menor tengan diferentes puntos de vista, en las siguientes líneas se recogen ideas que comparten ambas. Una de ellas es que la abuela ha sido la mejor acogedora que hubiese podido tener la menor, que en la actualidad mantienen una muy buena relación, a pesar de los obstáculos por el mal comportamiento de la nieta, finalmente construyendo una bonita relación entre ellas. Se muestran de acuerdo en que en el momento en el que la menor y su pareja pidieron la autorización de estancia, esa idea no convenció a la abuela, y fue una decisión que le costó asumir ya que le daba mucha pena que su nieta se fuese de casa. Ha sido muy positivo, la coincidencia a pesar de diferentes puntos de vista de la técnico y el de una menor de etnia gitana acogida por su abuela.

Sobre la duración de la intervención. En muchas ocasiones, las intervenciones se cierran al cumplir la mayoría de edad lo que es un error. Deberían de ser más largas en el tiempo, alargando el periodo de intervención.

El acogimiento familiar en familia extensa debe ser la primera opción para el/la menor siempre teniendo en cuenta el interés superior del menor y manteniendo las relaciones afectivas del/la menor. En el caso trabajado coincide con la técnico de caso que ha tenido en cuenta el interés del/la menor y se han mantenido las relaciones afectivas. Actualmente a pesar de no estar en acogimiento familiar con la abuela, las relaciones afectivas se mantienen.

### Contacto

Eider Narbona • Bilbao

✉ eidernarbonafernandez@gmail.com ☎ 676 948 170

### Bibliografía

- Pinazo-Hernandis, S, Lluna, J. (2011). Menores criados por sus abuelas. Mejora de las pautas de cuidado a menores en acogimiento familiar en familia extensa a través de un programa de Intervención Psicoeducativo. *sobre la infancia y la adolescencia*, 1,14-34 - Septiembre 2011.
- Bizgarri Elkartea (2016).Txostena. *Programa de Intervención con Personas Menores de Edad y sus Familias de Etnia Gitana*. Bilbao.
- Gil MD, Molero R (2010). *El acogimiento en familia extensa y en familia educadora: análisis comparativo*. INFAD, de Psicología. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, vol. 2, núm. 1, 2010, pp. 179-188.
- Moro, Da Dalt, L. (2010). *Guía para la promoción personal de las mujeres gitanas: perspectiva psico-emocional y desarrollo profesional*. Instituto de la Mujer y Fundación Secretariado Gitano.

- Recibido: 2/4/2019.
- Aceptado: 13/6/2019.

# Dostoievski, un literato de la Complejidad<sup>(\*)</sup>.

## *Dostoievski, a writer of Complexity.*

Nicolás Caparrós.

Psiquiatra y psicoanalista. Presidente de Honor y psicoanalista didacta de SEGPA.

**Resumen:** Fiodor Mihailovich Dostoievski es uno de los más grandes exponentes de la literatura universal. Al mismo tiempo se resiste a ser clasificado en razón al campo complejo que sus escritos abarcan. Situándose al borde del caos, escribe sobre psicología, sociología, filosofía, etc. Representa una de las más altas cimas de la literatura.

**Palabras clave:** Dostoievski, complejidad, Edgar Morin.

**Abstract:** Fiodor Mihailovich Dostoievski is one of the most outstanding novelist of the universal literature and, meanwhile, very difficult to classify because the complex field he covers. He writes in the border of chaos about psychology, sociology, philosophy and so on. He represents one of the highest tops of literature.

**Key words:** Dostoievski, Complexity, Edgar Morin.

Resulta difícil introducirnos en el espacio de la literatura y en lo que concierne a la creatividad, desde la perspectiva de lo complejo. Sin embargo, lo creo posible siempre y cuando situemos en las coordenadas adecuadas el problema que me propongo bosquejar.

Juguemos con la complejidad; sin casi advertirlo, surge la presencia de conceptos transcendentales tales como la segunda ley de la termodinámica, la entropía, las nociones de niveles de integración, emergente y borde del caos.

Se trata de abordar algún aspecto de la creación que se apoya en un medio presto a recibirla. La creación precisa de un *contexto del descubri-*

*miento*, que muestre los procesos psicológicos y sociales que tienen lugar durante el proceso de la creación, ya sea esta la propia de la ciencia o del pensamiento en general.

A mi modo de ver, Fiodor Mijailovich Dostoievski es un creador que atraviesa con su literatura diversas disciplinas: religión, sociología, ideología, política, antropología y psicología. Lo vemos debatirse entre el orden y el desorden, en el borde del caos y en alguna precaria y reflexiva calma. Sus ideas se establecen en lo que Morin llama *buclé* y no en la mera relación dialéctica. Y en medio de la confusión restablece lo que en *La Méthode* este autor consigna como el concepto de sujeto.

(\*) Intervención en el Encuentro con Edgar Morin sobre *Epistemología de la Complejidad. Un pensamiento necesario frente a la iatrogenia de la simplicidad*, organizado por AESFASHU, 15 de junio 2019 en Madrid.

Freud reiteró en diversas ocasiones que la intuición del artista, y del escritor en concreto, llega más allá de donde alcanza la ciencia y, con ella, el pensamiento lógico. Las emociones son el bisturí que disecciona la tersa cognición que sin su concurso se torna inerte.

Llegamos al *caos*. En el espacio de las matemáticas y de la física se conoce como caos al comportamiento impredecible de diversos sistemas que varían en función de las condiciones iniciales. Su comportamiento es determinista, aunque en apariencia se diría que es aleatorio. La palabra griega *χαος* se relaciona con *gheu-2*, una raíz indoeuropea que significa, sorprendentemente, bostezar, estar abierto. Acuden a nuestra mente las nociones de quietud, desorden, aumento de entropía, reposo. Pero el proceso no acaba ahí.

Existen teorías un tanto especulativas, principalmente las de Stuart Kauffman sobre el *borde del caos*, respaldadas por varios descubrimientos, que afirman que las membranas de las células están en la frontera entre lo líquido y lo sólido; al borde del caos acontece la máxima expresividad, es el lugar crítico e inestable de lo nuevo. En suma el hombre.

Edgard Morin define el *homo complexus* y sostiene que *somos criaturas sensibles, neuróticas y delirantes, al mismo tiempo que racionales; todo ello constituye el tejido propiamente humano*. Tejido donde concurren la emoción y el pensamiento, la realidad y lo imaginario, la acción y el bloqueo.

Contamos también con la lectura que hizo Nietzsche de Dostoievski, sobre todo desde la perspectiva del psicólogo, tal y como el filósofo le considera. Muchos han intentado identificar su pensamiento con las teorías de los personajes dostoievskianos de carácter nihilista; así la máxima de Nietzsche «nada es verdad, todo está permitido» se considera análoga a la que pronuncia Iván Karamázov: «Si Dios no existe y tampoco la inmortalidad del alma, todo está permitido».

Se reconoce al Superhombre nietzscheano en el Raskólnikov de *Crimen y Castigo* o en el hombre-Dios de Kirilov, el personaje de *Demonios*. Sin embargo, presentan irreductibles diferencias. Nietzsche concede derechos especiales al hom-

bre superior. El filósofo de lo irracional que es Nietzsche, queda fascinado por la lectura de Dostoievski.

En lo que toca a su concepción de la psicología afirma que para conseguir comprender «el alma humana y sus límites», el psicólogo debe haberse liberado previamente de la moralidad, por su función distorsionante e inhibitoria. Hasta ahora la psicología no ha llegado tan lejos en su profundización. Cabe adivinar una senda donde discurre el hombre grandioso y miserable, destructivo y tierno, filósofo distante, soñador y ridículo, que traza Dostoievski, ese hombre transversal que protagoniza una situación dramática y que más tarde se hunde en una espesa niebla.

El proceso creativo parte en sus comienzos de una situación de mediana entropía a otra de menor entropía quedando al borde del caos, desde donde emerge un nuevo espacio afecto de reglas nuevas. Los sistemas complejos son procesos de futuro incierto y no consecuencias lineales de algo preexistente. Así Raskólnikov es en los comienzos el asesino de una vieja usurera. Avanzan los acontecimientos, las pasiones y los remordimientos se entrecruzan, se complican y alumbran al fin a un ser distinto.

En 1971 con su libro *Por una política del hombre* Edgar Morin desarrolló lo que Miguel Grinberg llama una *síntesis antropolítica*<sup>1</sup> donde se permitía dudar del carácter subversivo (en el sentido marxista) de las revoluciones de corte socialista. Destacaba el brote de barbarie derivado de dos guerras totales en el corazón de la civilización occidental con el nazismo, el fascismo y el estalinismo, que obligaban a sumergirse sin piedad en la cabeza (razón) y en el corazón (sentimiento) del hombre. Sostuvo que a Freud le falta el *homo faber* y a Marx la entraña *psíquica*. Bien es verdad que el psicoanálisis de Freud hizo escasas incursiones en el nivel de integración social y Marx a su vez no escribió sobre psicología. Esa crítica debe aplicarse ante todo a sus respectivos seguidores que en muchos casos pretendieron generalizar las conclusiones de ambos autores a terrenos que no les eran propios.

<sup>1</sup> E. Morin y el pensamiento complejo, B Aires Campo de Ideas, M. Grinberg 2003.

El paradigma de la complejidad ayuda a comprender y a superar las contradicciones que resultan de la simple aposición de estas dos densas corrientes de ideas. En sus respectivos planos, psicológico y social, ambas teorías son igualmente subversivas, pero el psicoanálisis adopta como unidad mínima al *sujeto*, ante todo como soporte de lo inconsciente, mientras que el marxismo opera con ese gran grupo, condicionado económicamente en última instancia, que llamó *clase social*.

En esa tesitura Morin reflexiona así:

«Y cuando en la ruptura de los controles racionales, culturales y materiales, existe confusión entre lo objetivo y lo subjetivo, entre lo real y lo imaginario, cuando hay hegemonía de ilusiones, desmesura desencadenada, entonces el *homo demens* somete al *homo sapiens* y subordina la inteligencia racional al servicio de sus monstruos... Pero, ¿quiénes somos nosotros, *homines sapientes-dementes*? ... somos poseídos por los mitos, los dioses, las ideas, somos casi sonámbulos. Nuestro pensamiento adquiere vida a la temperatura de su propia destrucción».

Para Morin, el pensamiento complejo significa *establecer relaciones*.

Diremos que el hombre yace en lo *real inalcanzable*, busca la *realidad inabarcable*, discurre en lo *imaginario vertiginoso* y piensa y actúa en el espacio que el *entorno innumerable* le ofrece.

Después de esta necesaria introducción, es hora de abordar con algún sistema al literato F. M. Dostoievski. Solo puedo limitarme en el espacio de que dispongo a trazar un boceto esquemático del mundo dostoievskiano a través de algunas de sus novelas.

Tras unos comienzos en el romanticismo, en el que confluyen F. Schiller, E. T. A. Hoffmann, Henri Beyle Stendhal, Alexandr Pushkin y Nicolái Gógol, se adentra en su propio y característico universo con *El Doble* (1846) donde el funcionario Goliadkin, personaje común en su obra y en su tiempo en Rusia, ve interrumpida una gris existencia impuesta por su entorno con un intento de alcanzar la libertad creando un «doble» que finalmente lo arroja al refugio inútil

de la locura. *El homo sapiens alienado deviene homo demens*.

Dos años después vuelve al mismo tema con *Un corazón débil*. La obra comienza con el anuncio que Vasia hace a su amigo Arkadi Ivánovich de su próxima boda. Está ebrio de felicidad, hasta tal punto que esta sensación le confunde. Vasia es un hombre sumiso que agradece a su jefe Julián Mastákovich su desdeñoso paternalismo, no acompañado del debido salario. Ha de terminar un trabajo en un tiempo que rebasa sus posibilidades y también, como en el caso de Goliadkin, se enajena. En este caso, a la locura le sigue la muerte.

Un apretado diálogo expresa el drama:

- ¿Cómo es que le ha sucedido esto? -dijo Julián Mastákovich-. ¿Por qué ha perdido la cabeza?
- ¡Por gratitud! -apenas pudo pronunciar Arcadi Ivánovich. Todos escucharon perplejos su respuesta, dándoles la impresión de que era extraño e irreal que uno perdiera la cabeza por gratitud. Arcadi se explicó como pudo.
- ¡Dios, qué lástima! -dijo finalmente Julián Mastákovich-. Además, el trabajo que se le encargó no era nada importante ni urgente. ¡De modo que arruinó su vida por nada! Bueno, pues ¡habrá que llevárselo al hospital...! -en ese momento Julián Mastákovich se dirigió nuevamente a Arcadi Ivánovich y se puso a hacerle preguntas-. Ha pedido -dijo Julián Mastákovich, indicando a Vasia- que no dijéramos nada de lo sucedido a una señorita. ¿Quién es? ¿Tal vez su novia?»

La vida de Vasia se disuelve en una atmósfera de compasiva indiferencia.

Llega la experiencia revolucionaria de Dostoievski con el Círculo Petrashevski. Será condenado a muerte en 1849 para ser luego indultado ante el pelotón de fusilamiento por el zar Nicolás I.

Lo insólito de esta historia es que Dostoievski emerge transformado, tanto por la experiencia misma como por los años de kátorga, el presidio siberiano. Allí convive con toda clase de seres marginados y de aquella época desolada extrae sentimientos compasivos y una más profunda comprensión de la naturaleza humana. Incluso el

ser más abyecto alberga dentro algo luminoso, aunque esté escondido bajo la corteza del sufrimiento. Así saldrá de su pluma *Memorias de la casa muerta* (1862).

En sus páginas se desgrana la vida en presidio en compañía de otros reclusos. Tendrá noticia de la historia de un parricida que tras diez años de presidio es declarado inocente. Dostoievski recordará a este hombre en *Los hermanos Karamázov*.

«La libertad, tras un prolongado encierro, nos parecía más libre que la libertad verdadera, es decir, que la que existe en realidad», consecuencia obligada de la fantasía del ensueño y la vivencia de la cosa misma.

*Memorias del subsuelo* retrata, como ninguna otra de sus obras, los vínculos indestructibles entre la vida del autor y sus escritos.

La fantasía del *hombre del subsuelo* mezcla inextricable de *homo demens* y *homo lucidum*, fue escrita tras el fallecimiento de su primera esposa y de su hermano Mijaíl, a lo que se unieron los problemas económicos y su adición al juego. El sempiterno funcionario entabla un monólogo interior en el que se mezclan breves descripciones, sensaciones de indignidad que ocultan arrebatos narcisistas y el sentimiento de estar dirigido. «Cualquier dosis de conciencia es una enfermedad», confesará nuestro habitante del subsuelo.

La ideología y la psicología se entreveran como afirma...

*Crimen y castigo* aborda antes que Chéjov un argumento policiaco, con la particularidad de que en sus páginas conocemos desde un principio al asesino y las profundidades de su alma, la intriga consiste en saber cómo será descubierto. Vuelve a aparecer la idea de que la conciencia es una enfermedad y ahora se añade también que ésta y su consecuencia, la culpa, castiga de manera más implacable que la propia ley.

Aparece también un apunte acerca del Superhombre nietzscheano En palabras de Raskólnikov:

«Los seres ordinarios han de vivir en la obediencia y no tienen derecho a faltar a las leyes, por el simple hecho de ser ordinarios. En cambio, los individuos extraordinarios están

autorizados a cometer toda clase de crímenes y a violar todas las leyes sin más razón que la de ser extraordinarios»; el juez Porfirio Petrovich hace ver a Raskólnikov que «Su crimen lleva el sello de nuestro tiempo, en una época en la que el corazón del hombre está trastornado».

La salvación interior de Raskólnikov vendrá dictada por el viaje a través de la culpa, el sufrimiento, y del amor que recibe de Sonia.

«Ni él mismo sabría decir cómo ocurrió, pero sintió un arrebato que lo arrojó a los pies de Sonia. Lloraba abrazado a sus rodillas... Había comprendido ya, sin lugar a duda, que la amaba, que la amaba infinitamente y que ese momento anhelado había llegado al fin». La apoteosis emocional corona el drama.

*Demonios*, cumbre de la novela social que se mezcla con el drama íntimo, se inspiró en el crimen que cometió el nihilista Necháyev en 1872 cuando asesinó a un compañero de su célula revolucionaria. Con él la expresión del nihilismo alcanza su formulación extrema, llegando más allá de las descripciones que hizo diez años antes I. Turguénev en *Padres e Hijos*.

En *Diario de un escritor* en el año 1873 expresa a propósito de esta novela:

«He intentado reflejar distintos motivos según los cuales, incluso los de corazón más puro y los más ingenuos pueden ser involucrados en una maldad tan monstruosa. Precisamente en eso consiste todo el horror: ¡En nuestro país es posible cometer la acción más infame y repugnante sin ser un malvado! Y no solo en nuestro país, es así en todo el mundo».

Los personajes de la trama son de diverso talento: el revolucionario Piotr Verjovenski, el manipulador Nicolái Stavrogin, y su contrapunto el *stárets* Tijon, antecedente del *stárets* Zosima de *Los hermanos Karamázov*, la histérica Julia Miháilovna, el mediocre escritor Karmazinov, que temblaba ante la juventud revolucionaria...

Es la novela panfletaria, la proclama antinihilista, la novela cínica obra de la colisión de generaciones, novela política; un ensayo palpitante sobre la libertad, contra todo y contra todos, hasta

sumergirse por fin en las cenagosas e inexploradas profundidades de la mente.

Sus personajes semejan al enajenado hombre superfluo, al distante adalid de la idea, al íntimo y próximo hombre del subsuelo. Desfilan por sus páginas los Stenka Ranzin, los atildados y decadentes nobles, herederos de los adormecidos boyardos; también las mujeres acurrucadas y curiosas, de mirada ávida; la histérica pujante, que pasea a su derredor su apasionada indiferencia; Liza, la amazona sin destino, de rienda firme y caminar incierto, que morirá abrasada como una valquiria eslava. Los hombres de principios, soñadores de ideas, el escritor verboso perdido en una estética sin horizonte, ajeno al desastre que le rodea; el místico que desciende al suelo que los quiméricos materialistas abandonan, el borracho que acaricia culpas. Y por doquier lo inconsciente descarnado y contradictorio capaz de representar a todos los hombres y a ninguno.

*Demonios* es, además, un ejemplo acabado de la novela como drama.

Y para terminar este bosquejo, llegan *Los hermanos Karamázov*, obra a la que conviene más que ninguna otra el calificativo de novela polifónica, como apunta Mijaíl Bajtin.

Aunque la religión y la filosofía estuvieron siempre en este escrito, una tragedia mucho más personal alteró su curso. En mayo de 1878 la novela de Dostoievski fue interrumpida por la muerte de su hijo de tres años, Alekséi (Aliosha). Aún cuando este suceso era trágico en cualquier circunstancia, la muerte de Aliosha fue aún más devastadora para Dostoievski a causa de que el niño murió de epilepsia. El dolor del novelista es palpable al leer el libro. Aliosha como héroe de la novela, está dotado con todas las cualidades que él mismo admiraba. Esta tragedia también aparece en la novela como la historia del Capitán Sneguiriov y su pequeño hijo Iliúshechka.

Una experiencia muy personal también tuvo influencia en la decisión de Dostoievski de que fuera un parricidio el crimen que dominara la acción de la novela. Al tiempo que cumplía con su sentencia de *kátorga* (trabajos forzados) en Siberia, conoció en 1850 al joven Ilinski, condenado por asesinar a su padre para convertirse en su here-

dero. Casi 10 años después de este encuentro, Dostoievski se enteró de que Ilinski había sido injustamente condenado y más tarde exonerado cuando el verdadero asesino confesó su crimen. El impacto que este encuentro supuso para el autor resulta bien patente en la novela, es un suceso sobredeterminado. Muchas de las características físicas y emocionales del personaje Dmitri Karamázov son muy parecidas a las de Ilinski.

En la obra se reflejan dos fuentes de la culpa inconsciente de Dostoievski, ambas ancladas en su biografía: la que se relaciona con la muerte de su padre y la que se despierta a raíz de la muerte de su hijo epiléptico de tres años.

La familia Karamázov debe su precaria identidad solo a la existencia de un padre común, que resulta ser un bufón perverso, lujurioso, borracho e hipócrita, que posee al tiempo las características primarias del niño, con sus ansias en pos de lo inmediato y la perversión decadente del sátriro.

Los hermanos Karamázov representan otras tantas aventuras psicológicas -que dialogan entre sí- protegidos por espacios imposibles de transitar con los que, sin embargo, Dostoievski logra establecer comunicación. Del soliloquio errático emerge una acabada sinfonía colectiva en la que ningún elemento sobra. Mezcla proteiforme que da paso a una estructura inesperada.

Los personajes operan como las notas musicales inscritas en una sinfonía. El manso y silencioso Aliosha, el apasionado Dimitri, el frío e introspectivo Iván y, para terminar, Smerdiákov, de cortos alcances y largos resentimientos.

Las mujeres son al mismo tiempo seres periféricos y actrices decisivas de toda la trama. Para empezar, Adelaida Ivánova, madre de Dimitri, de carácter tempestuoso y desbocada fantasía; Sofía Ivánova la madre de Ivan y Aliosha, modesta, ingenua y callada. «Aquellos ojillos ingenuos me atravesaron el alma como una navaja», dirá Fiodor. La descripción de las madres concluye con Lizaveta la Maloliente, con sus pies desnudos y su camisa de cáñamo que pese a ser una pobre idiota no escapó a la ciega lujuria de Fiodor. Fue la madre enajenada de Smerdiákov.

Otras dos mujeres arbitran el destino de la familia Karamázov: Katia, la orgullosa y rígida

prometida de Dimitri, que despierta al tiempo el amor de Iván y Grúshenka, la seductora, pura a pesar de su degradación, objeto de deseo para Dimitri y Fiodor, creando un motivo más de enemistad entre el padre y el hijo. Con su presencia se anuncia el futuro drama.

Romántica, folletinesca, religiosa, dramática, filosófica y psicológica al tiempo, todo cabe en esta novela, alfa y omega de la complejidad literaria. Por momentos al filo del caos y siempre creadora de situaciones en cuyas raíces moran las oscuras profundidades de sus intérpretes.

### Contacto

Nicolás Caparrós ✉ nicolascaparrós@gmail.com

### Bibliografía

- Grinberg, M. (2003). *E. Morin y el pensamiento complejo*, Buenos Aires, Campo de Ideas.
- Morin, E. (1965). *Introduction à une politique de l'homme*. París, Éditions du Seuil.
- Morin, E. (2009). *Introducción a una política del hombre*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Morin, E. (1971). *El paradigma perdido: la naturaleza del hombre*. Edit. Seuil.
- Morin, E. (2002). *Por una política de civilización*. Edit. Arléa.





# PRE-OCUPACIONES



# Última sentencia sobre el caso de “La Manada”: la perversión deshecha.

*Last sentence on the case of “La Manada”: the undone perversion.*

Carmen García Martín.

Psicóloga. Módulo Psicosocial de Deusto-San Inazio.

¿Cómo tendríamos que diagnosticar a quienes en la Audiencia Provincial de Navarra vieron y analizaron de manera compulsiva cada uno de los gestos de la mujer víctima de violación en el vídeo que realizaban quienes la estaban violando? Dejo a cada profesional su opinión diagnóstica, que se va a quedar en eso, en opinión, porque desgraciadamente ningún modificador de conducta, ni técnica cognitiva, ni medicación preventiva del daño a los demás o a sí mismo, ni contención mecánica, ni atadura a un diván a tres sesiones semanales se podrá prescribir para esta enajenación del principio de realidad: en un juicio se juzga a los sospechosos del delito y no se expone a la retraumatización, es decir, a una nueva agresión, a la víctima.

Porque del lado de las mujeres, lado desde el cual es muy poco probable encontrar alguna que no haya sufrido a lo largo de su vida alguna agresión sexual, nos ponen, nos ponemos, en multitud de ocasiones en manos de quienes nos dedicamos a aliviar sufrimientos psíquicos. A recoger los pedazos que han ocasionado otros, pero ellos se van de rositas. Cuesta muy poco anestesiar el malestar de las mujeres por su situación y condición que se mantiene a través de distintos mecanismos de violencia, y parece que cuesta mucho cuestionar a quienes provocan ese daño y violencia: diagnosticarles, controlarles, hacerles seguimiento. ¿Estarán los mecanismos institucionales dedicados a la salud anestesiando la agresividad y la ira necesaria para las mujeres?

La última sentencia del Tribunal Supremo sobre el caso de violación en grupo ha cambiado la mirada y ha deshecho en parte el entuerto. El anterior juicio y sentencia sólo tuvo una virtud: desatar la ira organizada y la sororidad (solidaridad entre mujeres) al grito de “hermana, yo sí te creo”.

Todo este vergonzoso y largo proceso también ha permitido hablar de algo que va más allá de los que pueden denunciarse como delitos, el nudo gordiano sobre el que se mueven en demasiadas ocasiones las relaciones sexuales heterosexuales: el consentimiento. Dice la fiscal en el Tribunal Supremo: “hubo sometimiento, no consentimiento”. Rotundo acuerdo, pero para el debate, para la comprensión de cuando hay intimidación y disfrute mutuos y cuando abuso, es necesario entender que todo consentimiento es sometimiento por definición.

Hombres y mujeres no partimos de situaciones simétricas en el encuentro sexual, no está garantizado de igual manera para ambas identidades el acceso a las relaciones sexuales desde el deseo. En demasiadas ocasiones ellos desean, ellas se someten. Las mujeres somos identificadas como tales en base a ser el objeto de deseo de otros, las garantistas del bienestar de los demás a costa del propio si fuera necesario.

La Audiencia Provincial de Navarra y su sentencia fue un ejemplo de el arraigo de esta idea, unida a la todavía más reaccionaria de que es



responsabilidad de las mujeres no despertar a la bestia del deseo irrefrenable masculino, y nuestro deber guardar nuestra honra. ¿Nuestro derecho a desear y que se nos crea dotadas de capacidad de desear y de no desear? No entra en el esquema.

Fue tremendamente doloroso, fue tremendamente violento, que en el mismo lugar y fiestas en el que el psiquiatra Yllanes asesinó por no consentir a Nagore Laffage, se repitiese la falta de justicia, se nos condenase a no ser creídas y se nos empujase al olvido. Pero ejercemos nuestra ira organizada como mujeres: no olvidamos, no perdonamos. Nos creemos, Nos protegemos.

Es prioritario romper las estructuras de pensamiento binarias hombres-mujeres, donde las identidades viven encorsetadas. Hay multitud de modos de vivir feminidades y masculinidades, multiplicidad de modos de hacer mil mezclas o generar maneras fluidas completamente nuevas. La actividad y la pasividad, son lugares que se pueden habitar independientemente del género al que nos adscribamos y del género al que se adscriba con quien nos encontremos, son partes de nuestras posibilidades de deseos y placeres, son riquezas de experiencia a las que no deberíamos renunciar.

Y en los espacios dedicados a la Salud Mental, como esta edición, es necesario y urgente salir de la revictimización. No somos despojos de la violencia de algunos, somos las oprimidas organizadas creando a través del feminismo nuestro de cada día un nuevo sentido común. Las mujeres llevamos toda la Historia de la Civilización sabiendo que nos pueden violar o asesinar, sobre eso se asienta esta perversión de Civilización precisamente, y lo que necesitamos es despertar nuestra ira para promover cambios, lo más terapéutico para nostras es el grito de rabia emancipadora. Cambiemos la vergüenza y la culpa de bando.

#### Contacto

Carmen García ✉ [garciamartincarmen@gmail.com](mailto:garciamartincarmen@gmail.com)  
Módulo Psicosocial de Deusto-San Inazio • Bilbao



## Resuelta la adjudicación de la Jefatura del Servicio de Psiquiatría del CHOP al Dr. Víctor Pedreira Crespo.

### *Adjudication of the CHOP Psychiatric Service Headquarters to Dr. Víctor Pedreira Crespo.*

**N. de la R.** Al Dr. Víctor Pedreira Crespo le ha costado más de seis años de pleitos que la Justicia y el Sergas le hayan dado la razón. Ha recuperado la jefatura de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Pontevedra (CHOP) aunque esa decisión le ha llegado cuando lleva más de cuatro años jubilado, más de siete años desde que se convocara la plaza. Ahora se siente feliz de haber terminado ese proceso tan doloroso, si bien ha podido sentir agradecimiento hacia las personas que le han ayudado.

En un proceso tan largo, costoso y agotador que tanto ha repercutido en su vida diaria..., un continuum, donde, el mismo decía que si no se cuenta con el apoyo familiar hubiera sido imposible mantenerse. El mismo señalaba en la prensa ("La Voz de Galicia", 25-4-2019): *Recuerdo que*

*los míos me dijeron 'aunque tengamos que vender la casa tienes el derecho, la razón y aunque nos cueste una fortuna vamos a ir hasta el final para defendernos'*. También pudo contar con el apoyo de asociaciones, también la AEN, o los sindicatos de todo el espectro ideológico, así como del Colegio de Médicos, enfrentándose incluso a la Consellería y demandando el cese del gerente por lo realizado, por ejemplo, ciertas maniobras cuando correspondía ejecutar las sentencias del Tribunal Superior, el TSXG, así comentarios crueles ante las protestas o "destierros" a plazas asistenciales periféricas.

Por su interés, damos continuidad al dossier editado en el anterior ejemplar de Norte de salud mental, con una carta de agradecimiento del Dr. Víctor Pedreira.

#### *Ahora puedo decir, con rotundidad, que esta pesadilla terminó*

El Servizo Galego de Saúde, SERGAS, acaba de publicar en el Diario Oficial de Galicia, DOG, la Resolución por la que me adjudica la plaza de Jefe del Servicio de Psiquiatría del CHOP con efectos retroactivos: desde el día 25 de octubre de 2012 (día siguiente al de la publicación en el DOG de la adjudicación de la plaza al Dr. Gómez Tato, que quedó anulada) al 20 de enero de 2015 (fecha de su jubilación). Aunque no puedo reincorporarme (por estar jubilado y haber cumplido los 69 años en enero) me reconocen las diferencias salariales entre lo que me pagaron como Adjunto durante ese período y lo que tendrían que haberme pagado como Jefe de Servicio. En mi expediente

profesional, figurará mi cargo de jefe del servicio, ininterrumpidamente, desde enero de 1982 hasta mi jubilación.

Después de una larga lucha de 7 años, puedo estar satisfecho por el resultado final:

- El indebidamente adjudicatario inicial (Gómez Tato) fue cesado y su nombramiento anulado. No tuvo valor de presentarse al acto de defensa de su Proyecto Técnico y de su Currículum el pasado día 19 de febrero ante la nueva Comisión de Evaluación nombrada por resolución judicial ya que, al carecer del apoyo explícito del nuevo Gerente y de la complicidad de la Comisión de Evaluación

(que actuó de manera imparcial, como es debido), se dio cuenta de que no tenía nada que hacer frente a mí y, cobardemente, huyó, por lo que fue eliminado del proceso selectivo. Después, pidió traslado al Área de Salud de Santiago y se lo acaban de conceder. Se va, por la puerta de atrás.

- El Gerente anterior y todo su Equipo fueron cesados por la Consellería de Sanidade poco después de haber dictado sentencia firme el Tribunal Superior de Galicia, rechazando el recurso del Sergas y confirmando, en todos sus términos, la sentencia emitida en Primera Instancia en Pontevedra.
- A mi me dieron la razón no sólo los Tribunales de Justicia, sino el Tribunal Facultativo (Comisión de Evaluación) que actuó con total imparcialidad, por lo que no se presentó ningún recurso y me adjudicaron la plaza con carácter retroactivo.
- Los Facultativos del Tribunal anterior (en especial Julio Bobes) salieron muy “tocados” de este asunto y bastante desprestigiados por su comportamiento indigno. El nombre de Bobes, que figura en las Sentencias, ha circulado por los ámbitos de la Psiquiatría. Ha estado imputado durante 3 años en un supuesto delito de prevaricación administrativa (con sobreseimiento “provisional” por falta de pruebas) y está pendiente del dictamen final de la Comisión Central de Deontología de la OMC que ha estudiado el caso a petición del Colegio Médico de Pontevedra por sospecha de comportamiento no ajustado al código deontológico en este proceso selectivo. Además, la Junta Directiva de la AEN ha solicitado al Ministerio de Sanidad su cese como Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría.

Quiero pensar que, de alguna manera, este caso puede marcar un antes y un después en este tipo de actos. Al menos, en Galicia, don-

de ha tenido una gran repercusión mediática. En el futuro, cuando un Gerente diga a los miembros de una Comisión de Evaluación que deben elegir a un determinado candidato, a pesar de tener menos méritos que otros, sólo por ser más “afín” o más “amigo” del poder de turno, es posible que les digan que NO, que ellos elegirán al mejor porque es lo justo y porque, además, no desearían verse involucrados en otro proceso judicial.

Pero soy consciente de que este resultado final no lo habría podido alcanzar yo solo. Afortunadamente, en este largo proceso no he estado solo. Además del apoyo incondicional y sin límites de mi mujer y de mis hijos, he contado con la ayuda constante de un grupo de buenos amigos que han estado conmigo en todo momento, a los que considero parte de mi familia ampliada. Pero también he tenido la fortuna de contar con el apoyo de muchas otras personas, colectivos, entidades y organizaciones diversas (asociaciones profesionales, de familiares y usuarios, sindicatos de todo el espectro ideológico, colegios profesionales, etc.) que os habeis ofrecido a recoger apoyos, a redactar comunicados o a difundir las noticias que se iban produciendo... a estar conmigo en los momentos difíciles. De este modo, se ha ido tejiendo una red de soporte emocional y también de ayuda práctica que ha sido muy eficaz en esta batalla por la dignidad y la justicia. Por ello, siento una deuda de gratitud con todos vosotros. Y, también por ello, considero que la victoria final es, en buena medida, vuestra victoria.

Con todo mi agradecimiento, quien desee más documentos adjuntos, podrá acceder a la publicación en el DOG de 23 de abril de 2019 de la Resolución final<sup>1</sup> y algunas entrevistas en diferentes periódicos.

Un fuerte abrazo.

Víctor Pedreira • 2 de mayo de 2019

<sup>1</sup> N.R.: De 25-3-2019 del Servizo Galego de Saúde: Adxudicarlle o posto de xefatura do Servizo de Psiquiatría da Xerencia de Xestión Integrada de Pontevedra e O Salnés a Víctor Pedreira Crespo. Tendo en conta o carácter extraordinario deste novo procedemento, derivado dunha resolución xudicial, mediante esta resolución enténdese implícita a toma de posesión do posto polo adxudicatario con efectos do 25 de outubro de 2012, data do día seguinte ao da publicación no Diario Oficial de Galicia da resolución da convocatoria impugnada, ata o 20 de xaneiro de 2015, data en que o adxudicatario deste posto deixou de estar en activo no Sistema nacional de saúde.

# El poder del destino. La novela familiar de los Panero.

## *The power of destiny. The novel of the Panero family.*

### Segundo Manchado.

Psiquiatra. Las Palmas de Gran Canaria.

*“Todas las familias felices se parecen; sin embargo, las desdichadas, lo son cada una a su manera”.*

Ana Karenina, León Tolstoi.

### Introducción

Agradezco a La Otra la invitación a participar en estas Jornadas. Particularmente quiero agradecer a José María Álvarez haberme sugerido el tema. En el mes de noviembre pasado, coincidimos en una jornada de psiquiatría en Las Palmas de Gran Canaria. Él participaba en una mesa sobre la psicosis y yo en un coloquio tras la proyección de la segunda película dedicada a la familia Panero, *Después de tantos años*. Al final de mi pequeña intervención, José María me dijo ¿por qué no trabajas esto un poco más y lo presentas en La Otra? Pues aquí estoy.

Pensaba escribir un texto y apenas me ha salido un apunte, un esbozo aproximativo al poder del destino. No es un apunte clínico, en sentido estricto. Es más una reflexión sobre algunos de los elementos de la clínica. Mi proceder, por razones obvias, es por ahora necesariamente oblicuo. Espero que me disculpen.

Tal vez me haya equivocado en mi proceder, pero me ha parecido oportuno hacer un acercamiento

fugaz a un tema tan complicado, de la mano de tres grandes aliados: la mitología, la literatura y, por supuesto, el psicoanálisis.

### Algunas referencias culturales

De todo el bosque genealógico de los términos del campo semántico del poder, he escogido uno relativo a un fenómeno grupal, el poder en el grupo familiar. Porque el poder del destino se da allí de un modo privilegiado. No faltan ni en la historia ni en la mitología ejemplos del destino oscuro (por desconocido) que acompaña a las familias. Recuerdo aquí las palabras preliminares de Freud [*Psicología de las masas*] cuando pone en cuestión la distinción neta entre lo individual y lo colectivo, toda vez que en la vida de cualquier sujeto está de entrada el Otro primordial, un Otro que es a la vez social. Y recuerdo también la consideración que tenía Lacan de lo colectivo como el sujeto de lo individual. Creo que el punto de engarce entre el sujeto y el grupo, ese *point de capiton* de cada sujeto con el grupo, es lo único que nos puede esclarecer algo del destino común y de su poder.

---

Trabajo presentado en las XIII Jornadas de La Otra Psiquiatría, dedicadas a “El Poder”, celebradas en el Hospital Río Hortega de Valladolid, el 13 y 14 de mayo de 2016. Editado en Siso Saúde 58-59, Invierno de 2016, con una revisión posterior.  
<http://www.agsm-aen.org/siso.php?id=10#241>

N.R.: Tras la aparición de algunas alusiones al autor en el libro referenciado en el ejemplar anterior de Norte de salud mental, “Leopoldo María Panero, Locura familiar” de Enrique González Duro, la Redacción consideró oportuno invitarle a elaborar un trabajo aclaratorio.

Todas las culturas conocidas disponen de términos que se refieren a lo que les sucede a los sujetos, que les parece ajeno a ellos mismos y, al mismo tiempo, les es propio e íntimo (es decir, éxtimo). En nuestra cultura occidental desde muy pronto se habla del hado (del *fatum* y de la fatalidad), de las profecías, de los oráculos y de toda la mántica que generan. Ya el Génesis, nos instruye sobre el pecado original de nuestros primeros padres, que sin ser nuestro, nos afecta. Y las cosas parecen seguir igual desde la Antigüedad hasta Freud y hoy mismo, como ejemplo de la articulación entre la sincronía y la diacronía.

Las familias, por citar los casos más famosos de la literatura, los átridas (desde Tántalo, Atreo, Tiestes, hasta Agamenón y su descendencia) y los labdácidas (Layo Yocasta, Edipo y sus hijos Eteocles, Polinices, Antígona e Ismene) parecen compartir, cada una a su manera, un destino común y repetido a través de las generaciones.

Hay un *dictum* clásico: “A quien los dioses quieren destruir, primero lo enloquecen”, que trae aparejada la que denomino tríada hermenéutica de *Ate-Hybris-Némesis* de la cultura griega antigua y clásica. Un buen modelo heurístico para la explicación de lo irracional (1) que ya aparece en Homero, y se desarrolla con Esquilo, Sófocles y Eurípides.

Está compuesta por tres elementos estructurales: la *Ate*, la *Hybris* y la *Némesis*, donde:

- *Ate* podría entenderse como ceguera moral, desmesura, imprudencia o error inexplicable, presidido por la soberbia, el *ORGUYO* (reivindico esta grafía) o la infatuación. Una especie de anublamiento de la conciencia, una suerte de locura transitoria –que en Homero no es debida a ninguna intervención divina ni a un desastre subjetivo, sino provocada por un *dáimon* que hace cometer al héroe actos de graves consecuencias; Ruth Padel (2) habla de *destructividad ciega*.
- *Hybris* sería la impostura continuada del despropósito o la intemperancia.
- y todo ello, según Sófocles, desemboca en “la ruina y en el yugo ineludible al que quedará unida su vida”. En esto consiste *Némesis*, como divinidad menor que castiga al héroe por su *Ate*.

Según Dodds, no existe en Homero una ligazón clara con la responsabilidad subjetiva, que sí es recogida por Aristóteles (3) como la *Hamartía* o error trágico del héroe.

### Referencias freudianas

Freud se detiene a observar cómo los sujetos repiten determinados comportamientos sin tener conciencia de *ello*. Entre los más conocidos, los casos de *los que fracasan al triunfar o los que delinquen por sentimiento de culpa*. Ambos casos responden a determinaciones de lo inconsciente. A veces saben lo que repiten, pero no saben por qué. Estamos en los terrenos comunes de la culpa, el superyó como cultivo puro de la pulsión de muerte, con esa bella definición de la pulsión como “el eco de un decir en el cuerpo.” [Colette Soler]. En la clínica y en la literatura hay sobrados ejemplos de destinos de este tipo, más o menos aciagos. Les traigo por los pelos unas palabras de una novela de Emmanuel Carrère (4), donde, hablando de su madre, dice:

“Por más que le expliques que, aunque su padre hubiese sido un comprometido colaboracionista y ella no tuviera nada que ver con eso, sin embargo, sigue creyendo que aquel pasado –que no es el suyo– puede aniquilarla.”

Estando en Valladolid no puedo dejar de citar la última novela de Rebeca García Nieto (5) donde, en una excelente *mise en abyme*, los padres de Eric se reencuentran con un pasado del que huían.

Este tipo de factores “freudianos” son los responsables de que las sagas familiares se presenten (perdónenme la resonancia histórica del antiguo régimen, joseantoniana), como *unidades de destino*, tanto en la historia, como en la literatura y en la vida misma.

### La novela familiar de los Panero

Seré breve. Hoy la conocemos como una familia abierta voluntariamente al público. Como dijo Jorge Semprún, “abierta en canal”. (No exenta de algún rasgo de telerrealidad, inédita entonces). Hoy disponemos de unas fuentes fiables sobre ellos. Sobre todo a través de dos autobiografías dictadas (Felicidad Blanc (6) y Juan Luis Panero

(7); de una biografía excelente sobre Leopoldo María Panero (8); de infinidad de textos propios y ajenos (algunos muy recomendables, entre ellos el prólogo de Antonio Martínez Sarrión a la citada biografía de Leopoldo María y la memoria de su relación con ellos de Luis A. de Villena (9); y dos películas sobradamente conocidas que unen dos “sincronías” familiares: *El desencanto* (J. Chávarrí, 1974) y *Después de tantos años* (R. Franco, 1994). Estas son mis fuentes en este trabajo.

Es una familia completamente normal. Con la terrible normalidad propia de los distintos momentos históricos en los que vivió: la II República, el franquismo y el posfranquismo. Cosas así ocurren hasta en las mejores familias. Algunos han visto allí un fracaso colectivo y personal.

Es obvio que el destino individual esté marcado por la familia. Sin embargo, a posteriori, vemos que además compartieron el destino de *una pasión común*. Al escucharles hablar en las películas, parece que escuchásemos la voz de un bovarismo adusto que bascula entre lo melancólico, lo lúdico, lo reivindicativo y lo transgresor. En las películas, les vemos hablar y contar en polifonía, dejando vislumbrar una suerte de drama común que deambula por una zona intermareal donde sufren simples desdichas, unas veces, y profundos descalabros, otras. Desconocidas para ellos las leyes de esa zona, parecen colocarles caprichosamente en las luces y en las sombras... Todos han terminado pagando su precio, unos más que otros y alguno dejándose la vida en el camino.

En los varones, padre incluido, hay una vida subterránea por miserias cotidianas y pasiones comunes en ocasiones excesivas. Una cierta tendencia al fracaso, la literatura y el alcohol. En la madre falta esta última pasión, pero en su caso sus palabras señalan hacia el anudamiento de la pasión con un deseo insatisfecho en una vida vivida como pérdida, aportándole al conjunto un aroma de romántica melancolía. El padre y su fracaso polítipicoético (él esperaba más). Según Martínez Sarrión, pasó de ser contertulio de poetas ilustres (Eliot, Cernuda, Alonso o Alexandre), a bebedor de excesos que prefería “los escritos de José Antonio Primo de Rivera a Góngora”, para terminar dirigiendo la “execrable *Selecciones del Reader’s Digest* americana”,

ninguneado por los escalafones del Régimen. Los hijos recorrieron con noble rebeldía casi todos los campos de la vida, una cierta bohemia, un cierto éxito, amores más o menos desafortunados, pero también la debacle o el derrumbamiento y la resistencia vital.

Una familia con un destino trágico quizá por la fugacidad y luminosidad del linaje. Pero, no es tanto una tragedia griega propiamente dicha, sino un drama familiar contemporáneo y común. Ellos se prestaron a crear la estirpe al tiempo que la destruían. Hay quien sostiene que fue la época quién la creó. Fuese lo que fuese, sobre ellos se fue tejiendo una leyenda épica familiar con matices de exhibicionismo, malditismo, genialidad, verdaderos ejercicios de libertad y de excesos, desórdenes del vínculo social, fracturas subjetivas, descontrol y locuras varias.

En *El Desencanto*, las voces van construyendo su *Tótem y tabú* particular, por un lado, un “todos contra el padre”, (del tipo: mi padre era un fascista borracho y maltratador) y, por otro, una especie de “Rellenando el agujero”.

La atmósfera general es de pérdida, corifeo melancólico de diferentes voces que hablan de derrotas, deseos insatisfechos como el destino de la mujer sacrificada por su función en la familia franquista (kinder, kirche, kitchen: niños, iglesia, cocina), ideas de ruina, de fin de raza, fetichismo, de literatura y de poesía.

La polifonía también es disonante: [de memoria] “Mis hermanos piensan que nuestra historia es una tragedia griega”; “Yo no creo en las Leyendas Épicas Familiares, porque están centradas en el Yo, y ahí no está la verdad”, “todo eran Borracheras y broncas... éramos una familia feliz”. Pero, en conjunto, con esa película se revienta la familia patriarcal franquista. Y es verdad, pero... veremos qué les depara el destino.

En *Después de tantos años* el tono es completamente distinto. El cristal limpio de la lente nos muestra la soledad de aquel mundo. Es una espera que anuncia la aparición colosal de un Leopoldo María que vertebra absolutamente todo. La opinión mayoritaria es que sin él no habría películas. El final es una reflexión fílmica acerca de la soledad de la vida y de la muerte.

Tres personajes-personas aparentemente divergentes con una matriz común.

En 1990 muere la madre y Leopoldo María, a quien por último ella se ha dedicado, queda solo. Las imágenes: tumbado en la cama de Mondragón, fumando y dejando fluir sus desgracias, mientras la cámara recorre su habitación: un reloj de pared, unas figuras de Peter Pan y Campanilla, una foto de la madre joven y guapa, una estantería con libros y carpetas... Afuera, los patios y sus personajes. Leopoldo M<sup>a</sup>, como imagen de un desasimiento vital, mira al vacío tras el cristal de una ventana. La soledad arraigada en el diálogo del cementerio. Vivir es morir. Allí yace la estirpe paterna de los Panero.

En el conjunto de las dos películas, encontramos la coral del desencanto, el declive, el desastre, la sordidez. Moisés Panero presta la voz. Y todos le siguen. Felicidad Blanc como *perdedora romántica*. El mismo Moisés como personaje *kynico* con fracaso final; Juan Luis como tráfuga (10). Y LMP, por escoger la imagen significativa que da L. A. de Villena, componiendo junto a su madre el cuadro de la *Pietá*. Una mujer con un hijo en sus brazos “de quien sólo recibe escupitajos y besos, insultos y súplicas... dando ellos dos la belleza lírica del drama de los Panero” (11).

### Desde el desamparo a la completud

Decía al principio que estos no eran unos apuntes sobre la clínica, sino una lectura de los elementos que nos ayudan a ver los fenómenos clínicos.

Hasta ahora hemos hecho un recorrido mítico y literario por el poder del destino. Y creo que es un buen modo oblicuo de acercarse a él. Eso es lo que hizo Freud.

En los humanos hay un poder ligado a la palabra y al lenguaje. El poder que emerge de la Ley mítica que Freud coloca tras el asesinato del Padre de la Horda Primitiva. Allí tienen su origen: el pacto (la ley y el derecho), la moral y la religión. Como sabemos, los hijos matan al Padre para acceder al goce restringido de aquél. Asesinato inútil, porque ahora tienen que pactar y prohibir (*precepto de la exogamia*, lo llama Freud). Lo que obtienen ya no es sin límite y, en adelante, irá asociado con la *Schuld*, palabra alemana utili-

zada por Freud cuya traducción es culpa y deuda al mismo tiempo.

Es el lado amable de la Ley simbólica que inaugura lo humano. El nuevo Padre de la Ley tiene el poder de la palabra. La identificación simbólica con el Padre Muerto instaura un nuevo orden, la Ley. Antes, sólo estaba presente la fuerza y la sangre. Y después, de un modo apenas perceptible, pero con inusitada frecuencia, una ley se pone al servicio de la otra. En palabras del rey Lear, intentando hacer el bien hemos hecho todo lo contrario.

Es decir, fuera de esa Ley vemos dibujarse oscuramente la silueta de otro poder. Tras la proscripción del goce, hay en los hijos una identificación-identidad con aquel padre sin límites. A fin de cuentas, lo mataron para ocupar su lugar. De este modo, en la sombra, hay un empuje que no entra en la ley, que está más acá y más allá de ella. Una fuerza constante que no distingue el día de la noche -una de las características de la pulsión freudiana-. Este tipo de identificación hace insignia de la omnipotencia de ese Padre Oscuro, que se muestra como una contra-ley o Ley de excepción, que anula todas las demás.

Estas dos fuentes del poder están imbricadas íntimamente a través del Ideal, el superyó y la pulsión de muerte, en el trasfondo de toda actividad humana. Es el poder del destino ligado al goce del Padre, a los pecados del Padre. Un recorrido mítico, pues, que nos lleva directamente al sujeto del significativo y, al mismo tiempo, al sujeto del goce.

En nuestro caso familiar, si hablamos del Poder del Destino que atraviesa a los miembros de la familia, se debe a esa inmisión de los dos modos de identificación con el *pathos* paterno. Una identificación con *lo mejor y lo peor* del padre: el fracaso, la poesía y el alcohol; una identificación con el modo que aquél tenía de tratar el empuje a colmar la pérdida. Vemos allí las diferentes posiciones frente a las pasiones del ser que han hecho suyas como “herencia” de la *hamartía* (error trágico) parental. Tal vez el único recurso que tenían a su disposición los miembros de la familia para inscribirse, haciéndose buenos escritores / bebedores más o menos fracasados, como el padre. En relación con el modo de tratamiento del exceso pulsional, (parece una broma, pero no lo es), en una de sus obras, Enrique Vila

Matas habla de un escritor irlandés (acaso uno de esos autores apócrifos a los que nos tiene acostumbrados) que decía: “Soy un alcohólico con problemas de escritura”.

Siguiendo conjuntamente la *Tríada hermenéutica* clásica, que apunta hacia la responsabilidad subjetiva del “héroe”, y la *Vía mítica freudiana* que lo hace al mecanismo íntimo de las identificaciones con las dos caras del padre, se va mucho más allá de la grisalla de la *mimesis*, de la cognición trastornada y de los castigos reforzados, que niegan la responsabilidad, en su afán de naturalizar lo normal y lo anormal.

¿Y el poder de la cura? Empieza por separar el I del a. Freud nos indica (*Psicología de las masas*

y *análisis del Yo*) y Lacan lo recalca (*El Seminario XI*) el peligro implícito en la superposición entre el objeto y el Ideal. A través de ambos, I y a, se trata de alcanzar una completud imposible.

Para terminar, vuelvo de nuevo al mundo griego. En el templo delfico de Apolo, había dos máximas atribuidas, según algunos, a Solón: *Conócete a ti mismo* y *Nada en demasía*. En ambas encontramos una similitud que tuvo que esperar casi veinticinco siglos para su reunión en el matema de Lacan sobre la doble división del sujeto por el significante y por el goce. La tarea del psicoanálisis no es otra que poner de manifiesto el puente de imposibilidad que les une y, pese a todo, hacer posible el vínculo atemperado del sujeto consigo mismo, con el Otro y con los otros.

### Contacto

Segundo Manchado ✉ [segundom@medicoslaspalmas.es](mailto:segundom@medicoslaspalmas.es)  
c/ Juan de Quesada 12, Bajo A • 35001 Las Palmas de Gran Canaria

### Referencias

1. E. R. Dodds, *Los griegos y lo irracional*. Madrid: Alianza, 2006.
2. Ruth Padel, *A quien los dioses destruyen*. México: Sexto Piso, 2010.
3. Aristóteles, en *Poética y en ética a Nicómaco*.
4. Emmanuel Carrère, *Una novela rusa*. Barcelona: Anagrama, 2008.
5. Rebeca García Nieto, *ERIC*. Málaga: Zut Ediciones, 2015.
6. Felicidad Blanc Bergnes (1978), *Espejo de sombras*. Madrid: Ed. Cabaret Voltaire, 2015.
7. Juan Luis Panero, *Sin rumbo cierto. Memorias conversadas* con F. Valls. Barcelona: Tusquets, 2000.
8. J. Benito Fernández, *El contorno del abismo. Vida y leyenda de Leopoldo María Panero*. Barcelona: Tusquets, 1999.
9. Luis Antonio de Villena, *Lúcidos bordes del abismo. Memoria personal de los Panero*. Ed. Fund. José Manuel Lara, 2014.
10. Dos de sus poemarios más celebrados llevan por títulos *Desapariciones y fracasos* (1978), *Enigmas y despedidas* (1999) y sus memorias conversadas *Sin rumbo cierto*.
11. Luis Antonio De Villena, op. cit.

- Recibido: 15/3/2019.
- Aceptado: 9/6/2019.





**HISTORIA**



# “Gaiola Aberta”, más que una publicación antipsiquiátrica. Descripción y análisis de la segunda etapa.

## *“A Gaiola Aberta”, more than an antipsychiatric publication. Description and analysis of the second stage.*

Diego González Peña (1); Ramón Ramos Rios (2).

(1) Psiquiatra. Hospital da Costa. Hospital da Costa. Burela (Lugo).

(2) Psiquiatra. Complejo Hospitalario de Pontevedra (Pontevedra).

*A Gaiola aberta* fue una revista publicada por la asociación cultural A Gaiola, fundada en 1992 en la ciudad de Santiago de Compostela.

La asociación estaba formada por personas de diversas procedencias y trayectorias, con diagnóstico psiquiátrico o sin él, la gran mayoría de ellas, relacionadas de alguna manera con el mundo de la cultura, en su aspecto más amplio, y también con el activismo político y social gallegos.

Tuvo como principales objetivos, *“la defensa de los derechos de los enfermos mentales y de toda clase de marginación en Galiza, defender el idioma y el patrimonio cultural gallegos y luchar contra toda clase de discriminación de género, social e ideológica, racial o política. Las actividades de la Asociación Gaiola son también un instrumento de rehabilitación de la salud mental a través de la interacción grupal”* (Fundaçom Artábria).

Esto es algo que podemos constatar en la propia “Contra-editorial” del número 1, en la que aparecen de nuevo estos objetivos: *extender la palabra de los que están privados de ella por ser marginados/as, enfermos/as, disidentes o, incluso, porque esta palabra está hablada o escrita en el idioma de nuestra, aún hoy oprimida, Terra Nai.*

Al igual que los movimientos de recuperación en otros países o los movimientos de supervivien-

tes se equipara la lucha de los enfermos mentales con las de otros colectivos discriminados en razón de su singularidad: minorías étnicas o racializadas, personas con diversidad funcional, presos políticos, personas migrantes, personas del colectivo LGTBI...



El comunicado del presidente de la asociación, Antón Moreda (internado en el manicomio de Castro durante décadas) en este mismo número, ahonda en este objetivo: *lucha en contra de la marginación social de muchos disminuidos, minusválidos o simplemente enfermos que no se pueden valer. Esclarecer, dar a conocer lo que pasa en las residencias, hospitales, casas*

*asistenciales y demás centros que imponen la reforma de la sociedad en la que vivimos.*

La principal actividad de Gaiola consistió en redactar y publicar la revista A Gaiola Aberta, de la que se editaron 6 números en total, 3 en la primera época (1992-1994) y otros tantos en la segunda (2005-2009), concretamente en los años 2006, 2007 y 2009.

La publicación de la revista y la mayor parte de la actividad de la asociación, incluida la redacción, tenía lugar extramuros, inicialmente en bares de la ciudad (Compostela), y en los últimos años en el Centro Socio-Cultural Aurelio Aguirre de Conxo.

De esta segunda época, en la que nos centraremos, tenemos 3 números de la revista (a los que hemos podido acceder primero en formato digital y después, gracias a la colaboración de una socia de la Gaiola en formato físico), dos de ellos llevan el número uno, aunque las fechas de publicación son distintas, 2006 y 2007 respectivamente, el tercero fue redactado en 2008 y publicado en 2009.



Además de esto, la asociación A Gaiola, también se dedicó a promover encuentros y charlas, así como otras actividades, y entró en relación con buena parte del tejido asociacionista gallego, colaborando y manteniendo contactos, más o menos regulares, con asociaciones de todo tipo, fueran estas del ámbito de la salud mental o no, como por ejemplo: A Gentalha do Pichel (Santiago de Compostela), Aluvión (O Barco), Centro Socio-Cultural Aurelio Aguirre, Lenda, Asociación Cultural Altofalante (Riveira) por

nombrar algunas de las que aparecen en estos tres números.

Para hablar de A Gaiola Aberta, es necesario hablar de Ramón Muntzaraz, uno de los principales impulsores de la iniciativa, psiquiatra de origen vasco y gran activista a favor de los derechos de las personas con diagnósticos de enfermedad mental, dentro y fuera de los muros del psiquiátrico. Conocido además por su militancia comunista e independentista.

Pero no fue esta una empresa de carácter individual, sino la suma de muchas voluntades, decididas a publicar la revista, que fue una herramienta para hacerse oír, expresarse y defender sus derechos.

### **Gaiola aberta – La publicación**

A lo largo de los tres números de esta segunda etapa, podemos encontrar numerosas colaboraciones de personas, ajenas en principio al mundo de la salud mental, políticas, activistas y escritoras como son Luz Fandiño que aporta varios de sus poemas, Xosé Manuel Beiras que dedica a Antón Moreda un artículo “Eloxio a loucura” con reflexiones como la que sigue “yo mismo había escrito una vez, en circunstancias vitales de hace muchos años ya, que la lucidez si durase, enloquecería”, y otros escritores y políticos gallegos como Xosé Neira Vilas y Camilo Nogueira, la presa política gallega Eva Loira, o la activista feminista y escritora, Nanina Santos.

La financiación de la revista se realizaba a través de las cuotas de los socios y de ayudas y colaboraciones de compañeros. La revista se vendía a 3 euros el ejemplar.

En cuanto a los contenidos de la misma, en cada número hay un tema principal del que tratan la mayoría de artículos y colaboraciones. Los temas de cada uno se decidían en las reuniones y los elaboraban los miembros de la asociación, la mayoría pacientes. Así en el primero se trataría de la reforma psiquiátrica, el número 1 “2”, del ecologismo y el número 3, sobre feminismo.

Queremos hacer notar que aunque estos temas principales sirven de eje para articular los contenidos de cada número, existe una gran variedad de temáticas, formas y perspectivas en cada número.

Los artículos sobre salud mental, tratan sobre todo de aspectos asistenciales. Se recoge una postura muy crítica con la reforma, que a pesar de haberse dicho que iba a ser comunitaria, acabó desembocando en un modelo asistencialista, biologicista, y sin cambios reales en el trato a los enfermos, reproduciendo el modelo manicomial y custodialista en las unidades de agudos.

Continuamos nuestro recorrido por estas páginas encontrando, poesías, testimonios, relatos de experiencias propias en los psiquiátricos (tanto desde el punto de vista del paciente como desde el del profesional), notas de denuncia, obituarios (semblanzas biográficas de colaboradores, compañeros de los integrantes de Gaiola, en las que habitualmente se destaca su militancia y la libertad en ejercerla -ej. Helena Talho- gracias a la cual se pasa de una identidad asociada a la marginalidad y/o enfermedad a una identidad positiva vinculada al activismo), también entrevistas de temas variados, en relación o no a la salud mental.

Muchas de las colaboraciones, ya sean artículos de opinión, poemas u otros escritos con un estilo más literario (entre ellos varios relatos cortos de ficción), se inspiran en temas relacionados con la cultura gallega, el independentismo, el sindicalismo o el antifascismo.

Existen también algunos artículos más cercanos al periodismo de investigación como el Dossier sobre la Fosa Atlántica, en el que se suceden varios textos que tratan el tema de los vertidos de residuos nucleares en el océano desde diferentes perspectivas.

Hay también ilustraciones en la contraportada del número 2 o en la portada del tercero que aluden a la temática central de cada número.

Nos parece destacable el gran número de homenajes póstumos que aparecen en los tres números, en los que se recuerda a compañeros y compañeras de una forma emotiva, resaltando positivamente sus aspectos más personales pero también los relacionados con su vida de militancia.

Esto nos sugiere que en A Gaiola había una gran cohesión grupal y unas redes de apoyo mutuo que se tejían entre las personas que conformaban la asociación y más allá de esta con otras del mundo político y cultural gallego.

Para finalizar, entendemos que según la clasificación de Martínez Azumendi, A Gaiola Aberta entraría dentro de las publicaciones con una orientación anti-institucional y anti-psiquiátrica, aunque posee características de otras orientaciones y épocas, como pueden ser la “Literatura Lunática” y la “Recuperación contra-estigma en primera persona”.

La revista permite a personas con diagnóstico de trastorno mental en situación de gran exclusión (personas ingresadas durante largo tiempo en hospitales psiquiátricos) entrar en diálogo con otros colectivos y movimientos sociales y políticos en una relación horizontal, además se da una posibilidad real de intersección de distintas luchas sociales (feminismo, soberanismo, ecologismo ...) que difumina y complejiza la identidad del enfermo mental, que a menudo aparece en un primer plano y como una pantalla opaca, ocultando la riqueza de matices y variedad de reflejos que hay en toda persona y que a menudo se pierden al hacer su aparición una etiqueta diagnóstica.

### Contacto

Diego González Peña ✉ [Diego.gonzalez.penha@gmail.com](mailto:Diego.gonzalez.penha@gmail.com) ☎ 639 076 138

Ramón Ramos Ríos ✉ [Ramon.ramos.rios@sergas.es](mailto:Ramon.ramos.rios@sergas.es) ☎ 680 355 935

## Bibliografía

- Asoc. A Gaiola. (2006) *Gaiola Aberta – Segunda época – N<sup>o</sup>1*. Edita y publica Asociación Cultural “A Gaiola”.
- Asoc. A Gaiola (2007). *Gaiola Aberta – N<sup>o</sup>1 – Segunda eira*. Edita y publica Asociación Cultural “A Gaiola”.
- Asoc. A Gaiola (2009). *Gaiola Aberta – N<sup>o</sup>3 – Segunda época*. Edita y publica Asociación Cultural “A Gaiola”
- Esteban Hernández S, Márquez Alonso I, Martínez Azumendi O, Sánchez Álvarez-Castellanos ML, Urmeneta Sanromã X (2016). *Historias de la salud mental para un nuevo tiempo*. AEN; 2016.
- Artábria Fundação. (2007). *Apresentação da revista Gaiola Aberta* (online). 2007. (consultado 16/03/2019). Recuperado de [http://agal-gz.org/blogues/index.php/artabria/2007/09/12/apresentacom\\_da\\_revista\\_gaiola\\_aberta](http://agal-gz.org/blogues/index.php/artabria/2007/09/12/apresentacom_da_revista_gaiola_aberta)
- Santos, A. (2018). *Ramón Muntzaraz e a memoria arredista* (online) Galiza Livre. (consultado 16/03/2019). Recuperado de <https://www.galialivre.com/2018/08/08/ramom-muntzaraz-e-a-memoria-arredista/>
- La Voz de Galicia. (2007). *Gaiola aberta potenciará la actividad literaria y su revista para la rehabilitación en salud mental* (online) (consultado 16/03/2019). Recuperado de [https://www.lavozdegalicia.es/noticia/santiago/2007/08/19/gaiola-aberta-potenciara-actividad-literaria-revista-rehabilitacion-salud-mental/0003\\_6071247.htm](https://www.lavozdegalicia.es/noticia/santiago/2007/08/19/gaiola-aberta-potenciara-actividad-literaria-revista-rehabilitacion-salud-mental/0003_6071247.htm)
- La Voz de Galicia. (2007). *Fallece en Conxo uno de los fundadores de la revista “Gaiola Aberta”*. La Voz de Galicia. (consultado 16/03/2019). Recuperado de [https://www.lavozdegalicia.es/noticia/santiago/santiago/2007/04/16/fallece-conxo-fundadores-revista-gaiola-aberta/0003\\_5723025.htm](https://www.lavozdegalicia.es/noticia/santiago/santiago/2007/04/16/fallece-conxo-fundadores-revista-gaiola-aberta/0003_5723025.htm)
- La Voz de Galicia. (2006). “Gaiola Aberta” resurge en Santiago con la idea de salir todos los años. La Voz de Galicia. (consultado 16/03/2019). Recuperado de [https://www.lavozdegalicia.es/amp/noticia/santiago/santiago/2006/05/16/gaiola-aberta-resurge-santiago-idea-salir-anos/0003\\_4779169.htm#referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com&amp\\_tf=De%20%251%245](https://www.lavozdegalicia.es/amp/noticia/santiago/santiago/2006/05/16/gaiola-aberta-resurge-santiago-idea-salir-anos/0003_4779169.htm#referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com&amp_tf=De%20%251%245)
- Conxofusión. (2015). *A revista “Gaiola Aberta”* (online). Conxofusión. (consultado 16/03/2019). Recuperado de <https://conxofusion.wordpress.com/2015/02/27/a-revista-gaiola-aberta/>
- Villar, M. (2015). *Unha lembranza do escritor Suso López Gaioso (Suso do Páramo)*. Crebas.gal (consultado 16/03/2019). Recuperado de <http://crebas.gal/?p=5535>

## Agradecimientos

A Pilar Martínez y María Ameneiro, por los ejemplares de la revista y la información.

# Dionisio Nieto Gómez: Un neuropsiquiatra republicano exiliado en México.

## *Dionisio Nieto Gómez: A republican neuropsychiatrist exiled in Mexico.*

Reda Rahmani (1), Juan Medrano (2) y Luis Pacheco (3).

(1) Psiquiatra. Hospital de Zaldibar. Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza.

(2) Psiquiatra. Comarca Ezkerraldea. Red de Salud Mental de Bizkaia & Instituto de Investigación Sanitaria BioCruces. Osakidetza.

(3) Psiquiatra. Comarca Bilbao. Red de Salud Mental de Bizkaia & Instituto de Investigación Sanitaria BioCruces. Osakidetza.

**Resumen:** En el contexto de nuestra guerra civil numerosos científicos de gran relieve profesional tuvieron que exiliarse de España por motivos políticos. México fue probablemente el país que más facilidades les proporcionó para reanudar su vida profesional, calculándose que, entre 1938 y 1940, llegaron a este país unos quinientos médicos españoles, protegidos por el entonces presidente de esa nación, Lázaro Cárdenas. Uno de ellos fue Dionisio Nieto, republicano convencido y neuropsiquiatra seguidor de la escuela de Cajal, que acabó consiguiendo en el exilio los más altos reconocimientos de sus colegas, a la par que prestigiosos cargos académicos y profesionales. Un lujo que nuestro país no se permitió tener.

**Palabras clave:** Dionisio Nieto, Psiquiatras españoles exiliados, Psiquiatría mexicana, Instituto Cajal, Cisticercosis cerebral, Instituto de Investigaciones Biomédicas de México, Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría de México.

**Abstract:** During the Spanish civil war, many professionally renowned scientists had to leave Spain into political exile. Mexico was probably the country that contributed the most in their professional rehabilitation. It is estimated that between 1938 and 1940, more than 500 Spanish doctors arrived to the country under the protection of the Mexican president Lázaro Cárdenas. Among those physicians was Dionisio Nieto, a convinced republican and a neuropsychiatrist belonging to Ramón and Cajal's school. In exile, he earned the highest recognition of his peers and reached prestigious professional and academic positions. He was indeed one of those gifted scientists that unfortunately Spain didn't get to know.

**Key words:** Dionisio Nieto, Exiled Spanish psychiatrists, Mexican psychiatry, Cajal Institute, Cerebral cysticercosis, Institute of biomedical research of Mexico, Mexican Neurology Neurosurgery and Psychiatry Journal.



## Su vida en España

Hemos encontrado bastantes datos sobre la obra científica de Dionisio Nieto, especialmente la desarrollada en el exilio mexicano, pero mucha menos información -y a veces confusa- sobre su vida y la de sus familiares. Esto nos ha impedido concretar mejor algunas fechas relevantes en su biografía, especialmente de su primera época, por lo que pedimos disculpas en relación con los errores que hayamos podido cometer en este sentido.

Dionisio Nieto Gómez nació el 13 de marzo de 1908, en Madrid<sup>4,5</sup>, aunque algunos autores sitúan su año de nacimiento en 1907<sup>6</sup> y otros incluso en 1905<sup>7</sup>.

Estudió la licenciatura de Medicina y Cirugía en Madrid, entre 1923 y 1929<sup>7</sup> (entre 1924-1929 para otros<sup>5</sup>). Respecto a la fecha de su doctorado, unos autores señalan que realizó la tesis en 1929<sup>7</sup>, pero otros creen que fue en 1932<sup>1,3</sup> o incluso en 1934<sup>4</sup>, lo que parece más lógico, considerando cuando había acabado la carrera. El título del trabajo fue para unos el de “Lesiones cerebrales en la psicosis pelagrosa”<sup>3,7</sup>, y para otros “Contribución al estudio clínico e histopatología del sistema nervioso central en la psicosis pelagrosa”<sup>4</sup>. Quizás este último se adapte mejor al estilo académico de las tesis de la época y además la referencia es de la propia universidad de Madrid, donde la presentó.

Al acabar la carrera comenzó a trabajar como auxiliar de investigación en el laboratorio de Histología Normal y Patológica dependiente de la Junta de Ampliación de Estudios (JAE) que dirigía Pío del Río Hortega<sup>4,8</sup>, a la par que se incorporó como médico interno a la clínica psiquiátrica que J. Sanchís Banús dirigía en el hospital Provincial de Madrid. Este profesional era entonces uno de los psiquiatras clínicos más prestigiosos de España y D. Nieto había sido alumno interno en su departamento desde 1926<sup>4,7</sup>.

En 1932<sup>4,7</sup> (para algunos autores en 1931<sup>3,5</sup>) y gracias a una beca de la JAE pudo desplazarse a estudiar al Instituto de Investigaciones Psiquiátricas que, décadas antes, había fundado E. Kraepelin en Munich, asistiendo al mismo tiempo a la Clínica Psiquiátrica Universitaria bajo la influencia directa, entre otros, de los profesores

Spielmeyer y Bumke, y permaneciendo en la ciudad hasta finales de 1933<sup>4,3</sup>. En el primer semestre de 1934 estuvo como médico asistente en la Clínica Universitaria de Berlín, con el profesor Bonhoeffer, y en el segundo semestre en la Clínica Psiquiátrica Universitaria de Marburgo, donde tuvo la suerte de trabajar bajo el magisterio de Kretschmer<sup>4,3</sup>.

En 1935, tras regresar a España, se reincorporó al servicio de Sanchís Banús y accedió también al Instituto Cajal, en el Laboratorio que dirigía G. Rodríguez Lafora<sup>4,7,9,10</sup>.

Paralelamente a su actividad asistencial, fue miembro del comité editorial de la revista Archivos de Neurobiología -fundada por Ortega, R. Lafora y Sacristán-, actuando como Secretario de Redacción desde 1932<sup>7</sup>. También perteneció, como secretario, a la junta directiva de la Sociedad Madrileña de Neurología y Psiquiatría<sup>4,7</sup> y fue vocal de la Asociación Española de Neuropsiquiatras<sup>7</sup> y de la Liga Española de Higiene Mental<sup>1</sup>.

## La guerra civil

Al empezar la guerra civil, el manicomio de Ciempozuelos era la mayor institución psiquiátrica de Madrid. Pertenecía a la orden hospitalaria de San Juan de Dios y estaba compuesto por un hospital de mujeres, uno de hombres (llamado Sanatorio San José) y una clínica militar. El psiquiatra José Miguel Sacristán era el director del hospital de mujeres<sup>11</sup>, pero en agosto de 1936 la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia decretó la incautación de los hospitales de hombres y de mujeres, y el 31 de ese mes se nombró director de ambos a Dionisio Nieto como Delegado técnico interino de la Dirección General de Sanidad<sup>12,13,14</sup>. No sabemos las razones, pero nos sorprende la destitución de Sacristán, pues precisamente fue uno de los psiquiatras represaliados por el bando nacional tras acabar la guerra<sup>11</sup>, con lo cual no podía tildársele de desafecto al régimen republicano. En todo caso, Nieto permaneció como director, instalado en el hospital de hombres hasta febrero de 1937, año en que, tras la ocupación del manicomio por las fuerzas franquistas, A. Vallejo Nágera fue nombrado nuevo director del establecimiento<sup>13,14</sup>.

En plena guerra Nieto continuó trabajando en las fuerzas aéreas del ejército republicano, donde alcanzó al menos el grado de capitán médico de aviación<sup>5</sup>, y cuya labor consistía, entre otras cosas, la realización de exámenes y reconocimientos a los pilotos en campaña, a modo de perito<sup>1</sup>. También se reseña que, a partir de 1938, se trasladó a Tánger en misión secreta para llevar mensajes del general Asensio a varios líderes del norte de África que estaban a favor de la República, y que estudiaban iniciar una sublevación de las fuerzas marroquíes contra el ejército de Franco<sup>2,15</sup>.

### El exilio en México

Al finalizar la guerra, Dionisio Nieto emigró a Casablanca, parece que gracias a la ayuda económica de Pío del Río Hortega<sup>2,15</sup> y desde allí viajó a París, donde trabajó unos meses con el prestigioso neurólogo y neurocirujano Clovis Vincent, junto con Del Río Hortega e Isaac Costero (a su vez, alumno también en España de Del Río Hortega), en el laboratorio de neuropatología del hospital de la Pitié<sup>1,15</sup>. Vincent les ayudó económicamente a todos<sup>1,15</sup>, incluso, gracias a sus amistades policiales, evitó que Nieto fuera enviado a un campo de concentración<sup>2,15</sup>.

Con el inicio de la Segunda Guerra Mundial, Dionisio Nieto se fue a Burdeos, desde donde salió hacia Santo Domingo en el último barco fletado por el Gobierno republicano<sup>2,15</sup> y tras pasar allí unos tres meses, se trasladó a México, donde llegó en abril de 1940<sup>1</sup>, obteniendo la nacionalidad del país en 1941<sup>5</sup>.

Nieto poseía una sólida formación psiquiátrica, a través de su aprendizaje con J. Sanchís Banús. Asimismo, junto a Del Río Hortega y Lafora, había aprendido las técnicas neurohistológicas y también estaba ampliamente formado en neurología, gracias a sus estancias en Alemania y París. De esta manera, cuando llegó a México su formación era muy amplia y además ya era conocido en ciertos círculos académicos porque -durante su estancia en Munich-, había diseñado un método que mejoraba y simplificaba la detección del treponema pallidum en el tejido cerebral de pacientes con neurosífilis. El método, que lleva su nombre, se basaba en el uso de nitrato de uranio e impregnación con nitrato de plata<sup>3,8,16</sup>.

Al poco de llegar a México, comenzó a trabajar en el manicomio general conocido como “La Castañeda”, entonces el más grande del país. El manicomio había sido inaugurado en 1910 por el presidente Porfirio Díaz<sup>17</sup>, siendo su propio hijo -que era ingeniero, el encargado de la construcción-, el cual desarrolló el proyecto tomando como modelo el manicomio parisino de Charenton<sup>18</sup>, en su día dirigido por el prestigioso JE. Esquirol.

Cuando Nieto llegó, el hospital estaba sobrecargado de enfermos, con unos 3.400 pacientes ingresados<sup>1</sup>. Su primer puesto fue encargarse de la sección de Anatomía Patológica, convirtiéndose después en médico-residente. Muchos años después, en 1960, Nieto se encargó de dirigir un “Pabellón Piloto”, que se desarrolló como un ensayo de transformar la práctica asistencial manicomial que se venía ejerciendo en el mismo, con una especial dedicación al cuidado higiénico de los pacientes, e impulsando tanto el tratamiento con psicofármacos como con psicoterapia<sup>1,3,5</sup>.

Sin embargo, la degradación del hospital provocó finalmente su cierre definitivo hacia el año 1968<sup>17</sup>, si bien durante varios años previos a su desaparición se hizo un trasvase de enfermos a diversas instituciones, como por ejemplo, el Hospital Granja y la Escuela Granja Bernardino Álvarez que, en realidad, fueron los antecedentes inmediatos del más tarde llamado Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), el cual vendría a sustituir en el tiempo, con diferentes postulados y proyectos, al antiguo manicomio<sup>19</sup>. En este INNN se establecieron varias secciones y a partir de 1964/1965, Dionisio Nieto se hizo cargo de la jefatura del Servicio de Psiquiatría e Investigaciones Cerebrales del mismo, continuando su labor clínica y de formación de generaciones de neurólogos y psiquiatras<sup>1,6</sup>.

En paralelo a su trabajo en el manicomio había cofundado, en 1940, el actual Instituto de Investigaciones Biomédicas, que, en su origen, se llamó “Laboratorio de Estudios Médicos y Biológicos”<sup>1,20</sup>. Esta institución inició su funcionamiento en 1941<sup>20</sup>, gracias a que tres médicos españoles emigrados a México, G. Rodríguez Lafora, Isaac Costero y Dionisio Nieto, recibieron una beca de la Fundación Rockefeller<sup>21</sup> e iniciaron el proyecto en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México

(UNAM), inspirándose en el madrileño Instituto Cajal -donde los tres habían trabajado- como un centro de investigación básica y también clínica del sistema nervioso<sup>6</sup>. El donativo que otorgó la Fundación Rockefeller (nada menos que 250.000 dólares del año 1939)<sup>20</sup> debía gastarse para habilitar el lugar en donde se ubicaría el laboratorio, así como para la compra de equipo y mobiliario. La Universidad se encargaría del pago a los investigadores y de los gastos de mantenimiento. En cuanto a los salarios de los investigadores, la Universidad contaba con un escaso presupuesto, así que inicialmente los sueldos eran pagados por la Casa de España en México -institución creada por el presidente Lázaro Cárdenas y antecedente de lo que hoy es el Colegio de México-, hasta que la Universidad tuvo recursos económicos suficientes para cubrir los salarios<sup>6,20</sup>. Contaba con cuatro secciones y salvo una, la de Citología (dirigida por I. González Guzmán, que además era el director), todas las demás estaban dirigidas por españoles: Neuroanatomía y Neuropatología, inicial y brevemente llevada por R. Lafora y luego por Nieto; Anatomía patológica por I. Costero y Neurofisiología por J. Pi Suñer y R. Carrasco<sup>1,3</sup>.

Al margen de la docencia y formación de profesionales, en 1942 iniciaron la publicación del “Boletín de Laboratorio de Estudios Médicos y Biológicos”, órgano de expresión del Laboratorio<sup>20</sup>. Con el tiempo, la mayoría de estos científicos se trasladaron a otras instituciones, salvo Dionisio Nieto, que llegó a Decano del Instituto y permaneció allí hasta su fallecimiento<sup>1,6</sup>. Quizás por ello, desde 2010 la Biblioteca del Instituto de Investigaciones Biomédicas de la UANM lleva su nombre<sup>20</sup>.

Gracias al tipo de pacientes ingresados en el manicomio, con numerosos casos de pacientes crónicos y con afectación orgánico-cerebral (epilépticos, alcohólicos, etc.) pudo Nieto realizar muchas de sus investigaciones. Por ejemplo, en aquella época en México era común una enfermedad conocida como “Cisticercosis”, que en los humanos consiste en una infección provocada por la variedad de tenia llamada “solium”, contraída a través de la ingestión de carne porcina contaminada. Su libre evolución provoca numerosos quistes, denominados “cisticercos”, por todo el cuerpo, especialmente en el cerebro.

Nieto investigó las alteraciones de este trastorno en el líquido cefalorraquídeo y diseñó, hacia 1956, una prueba para el diagnóstico de la enfermedad, que se conoce desde entonces como “Reacción de Nieto” y que fue usada durante décadas<sup>1,5,16</sup>.

Otra de sus áreas principales de investigación fue el estudio de las alteraciones neuropatológicas que aparecían postmortem en los cerebros de los pacientes afectos de un trastorno mental grave, especialmente de la esquizofrenia<sup>22</sup>, lo que le llevó con los años a un cierto reconocimiento internacional, especialmente tras la publicación de seis capítulos sobre estas cuestiones -en colaboración con su discípulo Alfonso Escobar-, en el tratado de la patología del sistema nervioso, editado por J. Minckler en 1972<sup>1,16</sup>. También realizó varias contribuciones en la misma línea de investigación, pero centradas en los pacientes que padecían epilepsia del lóbulo temporal<sup>16</sup>. Asimismo, fue reconocido por sus aportaciones al estudio de las manifestaciones neuropsiquiátricas de la porfiria, describiendo también la topografía lesional del sistema nervioso en esta enfermedad<sup>16</sup>.

Finalmente, contribuyó a la introducción en México de los entonces recientes psicofármacos, promoviendo el uso del litio, la reserpina, los neurolepticos -se reseña que fue el primer psiquiatra en usar la clorpromazina en México<sup>23-</sup>, los IMAOs y los antidepresivos tricíclicos en el tratamiento de los trastornos mentales graves<sup>3</sup>. También estudió las psicosis experimentales con el uso del LSD y las plantas mexicanas que poseían acciones psicotrópicas<sup>3,7</sup>. En pocos años publicó numerosos trabajos sobre el efecto de los psicofármacos en las patologías psiquiátricas, destacando entre ellos un artículo de 1961, titulado “Quimioterapia del delirio de celos”, en el que muestra la eficacia de los neurolepticos en una patología que, hasta entonces, era considerada como de etiología psicodinámica y por tanto de tratamiento exclusivamente con psicoterapia<sup>3</sup>.

La primera revista mexicana de ámbito neuropsiquiátrico fue creada en 1934, por el Dr. Ramírez Moreno, con el título “Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal”<sup>24</sup>, pero parece que la revista más importante del

país acabó siendo la editada, como sucesora de aquella, por Dionisio Nieto hacia 1959 y por petición de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría (fundada en 1937). Esta se tituló “Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría” y fue dirigida por él durante unos diez años, como vehículo de expresión de la mencionada Sociedad, perdurando hasta nuestros días<sup>24</sup>. Nieto también fue uno de los socios fundadores y el primer presidente de la Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica, hacia 1970<sup>25</sup>. Además, en 1970, Nieto fue nombrado jefe del Centro de Referencia Mexicano Nacional, perteneciente a la Red Central Internacional de Referencia de Psicofarmacología de la Organización Mundial de la Salud<sup>5</sup>.

Hay autores que defienden que Nieto sufrió un “doble” exilio, siendo el primero de ellos debido a la guerra civil española y el segundo a la inicial falta de reconocimiento de su labor como científico en México, muy en relación con el enfrentamiento de los psiquiatras de orientación neurobiológica, frente a los psiquiatras de orientación psicoanalítica<sup>1</sup>. Como hemos señalado, Dionisio Nieto defendía a ultranza el paradigma “neurobiológico” en el análisis de las enfermedades mentales y defendía el uso de psicofármacos en patologías consideradas por muchos como de exclusivo tratamiento psicodinámico pero, aproximadamente entre 1940 y 1960, la Psiquiatría mundial y especialmente la americana, estuvo dominada por las corrientes psicoanalíticas. En México, además, residió durante muchos años, mediado el pasado siglo, Erich Fromm, una de las figuras señeras de dicha escuela, si bien en aquella época ya se había desviado marcadamente de las teorías originales freudianas. Fromm fundó la Sociedad Psicoanalítica mexicana y tuvo un influjo decisivo en el desarrollo del Psicoanálisis en este país<sup>1,3</sup>. Uno de los representantes mexicanos más reconocidos de esta escuela fue el doctor Ramón de la Fuente<sup>26</sup>, un prestigioso profesional que llegó a ser vicepresidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría y gracias a ello, presidir en México el V Congreso Mundial de Psiquiatría, en 1971<sup>1</sup>. Este psiquiatra y D. Nieto mantuvieron constantes enfrentamientos profesionales por sus posturas inicialmente antagónicas y casi no se hablaban entre ellos, pero De la Fuente reconoció las aportacio-

nes de Nieto al final de la vida de este y acudió a su funeral, en el que estaban presentes los más prestigiosos profesionales de la Psiquiatría mexicana, entendiéndose esto como un honroso gesto de reconciliación profesional<sup>1</sup>.

Cuando Nieto llegó a México con su esposa, Catalina Vallejo, ésta estaba embarazada de su primer hijo<sup>1</sup>. Parece que tuvieron dos más y se ha reseñado que su hija mayor, Adela, publicó en 1990 y a través de la Universidad Nacional Autónoma de México, la tesis que hizo para lograr un doctorado en España, con el título de “La obra científica del doctor Dionisio Nieto”. En esta obra participaron varios alumnos y colaboradores de Nieto y aparecen diversos artículos suyos y una entrevista a su persona<sup>1,3,4</sup>. En 1978 padre e hija habían publicado un libro conjuntamente sobre “El problema cerebro-mente y el misterio de los delfines”, deteniéndose en el análisis del cerebro de estos mamíferos y estableciendo análisis comparados respecto al de los humanos<sup>3,5</sup>.

A Nieto se le atribuyen un total de 109 trabajos científicos, 83 en español, 21 en inglés, 3 en alemán y 2 en francés<sup>1</sup>. Uno de ellos, titulado “Cerebral Bases for Schizophrenia”, publicado originalmente en castellano, en 1978, fue incluido en el libro “Anthology of Spanish Psychiatric Texts”, de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA), en 2001<sup>27</sup>.

Otro trabajo, realizado en colaboración con A. Escobar y titulado “Major Psychoses”, que había sido publicado en el mencionado texto de Minckler en 1972, fue incluido también en la “Antología de textos clásicos de la psiquiatría latinoamericana”, obra realizada bajo el patrocinio conjunto de la WPA y la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL)<sup>28</sup>. El psiquiatra francés Jean Garrabé figuró como coeditor de ambos textos de la WPA.

Fue objeto de numerosos homenajes en vida. En 1972 se publicó en México un libro en su honor, titulado “Dimensiones de la psiquiatría contemporánea” (Ed. Fournier, La Prensa Mexicana), con contribuciones tanto nacionales como internacionales<sup>1,5</sup>. En 1975 fue nombrado investigador emérito por la UNAM<sup>28</sup>, en cuya facultad de Medicina había llegado a detentar la cátedra de Patología del Sistema Nervioso<sup>9</sup> y



el 21 de julio de 1983 recibió la medalla de oro de la Universidad Complutense de Madrid, en un intento de desagravio de la Universidad hacia los exiliados españoles<sup>15</sup>.

Falleció el 2 de enero de 1985<sup>1</sup>, tras el regreso de uno de los numerosos viajes que realizó a España desde 1977, cuando ya no podía ser perseguido en nuestro país<sup>15</sup>. Su muerte no pasó inadvertida para alguno de los más famosos psiquiatras del siglo XX, como fue Sir Martin Roth<sup>13</sup>, insigne profesor de Psiquiatría en Cambridge (Reino Unido).

Entre los discípulos principales que Nieto tuvo en México se encuentran, entre otros, Alfonso

Escobar, Augusto Fernández Guardiola, Gastón Castellanos, Agustín Caso, Cesar Pérez de Francisco, Antonio Torres, Julio Sotelo, Héctor Pérez-Rincón y Alfonso F. Martín del Campo<sup>3,5,26</sup>.

Dionisio Nieto fue uno de los exiliados españoles formado en la escuela de Ramón y Cajal (en este caso, a través de las enseñanzas de Rodríguez Lafora y Del Río Hortega) que desarrolló en México la mayor parte de su vida profesional, pero desgraciadamente no fue el único. El lector interesado puede consultar un excelente trabajo de Dosil, donde se resume la trayectoria que muchos otros seguidores del premio Nobel, entre ellos el propio Rodríguez Lafora, desarrollaron en dicho país.

### Contacto

Luis Pacheco ✉ [LUIS.PACHECOYANEZ@osakidetza.eus](mailto:LUIS.PACHECOYANEZ@osakidetza.eus) ☎ 946 006 927

### Bibliografía

1. Sacristán C. *En defensa de un paradigma científico. El doble exilio de Dionisio Nieto en México, 1940-1985*. En: De la “Edad de Plata” al exilio. Construcción y “reconstrucción” de la Psiquiatría Española. (R Campos, O Villasante y R Huertas, Eds.). Madrid: Frenia S.A. 2007. pp.: 327-346.
2. Anónimo: *Dionisio Nieto Gómez*. Descendientes del Exilio Español. Disponible en: <http://descendientesexilio.com/?p=1640>
3. Fernández Guardiola A. *Dionisio Nieto*. En: Las neurociencias en el exilio español en México. México: Fondo de Cultura Económica. 1997. Disponible en: <http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/153/htm/neurocie.htm>
4. Díaz-Rubio M. *Nieto Gómez, Dionisio. 1908-1985*. En Biblioteca Complutense Médicos históricos. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: [https://biblioteca.ucm.es/BUCM/med/archivo/ficha\\_medico.php?id\\_medico=1956](https://biblioteca.ucm.es/BUCM/med/archivo/ficha_medico.php?id_medico=1956)
5. Colotla VA. *La psicofisiología mexicana a través del trabajo de tres investigadores: Raúl Hernández-Peón, Dionisio Nieto y Augusto Fernández-Guardiola*. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*. 2016; 8,2:48-57. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/racc/issue/view/1290>
6. Díaz JL. *El legado de Cajal en México*. *Rev. Neurol.* 2009; 48,4:207-215. Disponible en: <http://www.joseluisdiaz.org/wp-content/uploads/2011/04/Diazlegado-de-cajal-publicación-2009.pdf>
7. Ferrándiz A, Lafuente E. *Dionisio Nieto (1905-1897): Contribuciones de un neuropsiquiatra exiliado español al estudio de las bases biológicas del comportamiento*. *Revista de Historia de la Psicología*. 1993; 14,3-4: 205-212. Disponible en: <https://www.revistahistoriapsicologia.es/revista/1993-vol-14-núm-3-4/>
8. Dosil FJ. *La huella en la neurociencia mexicana del exilio español, un legado de Cajal en ultramar*. *Neurosciences and History*. 2013; 1,4:

- 154-161. Disponible en: [http://nah.sen.es/vm/files/abstract/NAHV1N42013154\\_161ES.pdf](http://nah.sen.es/vm/files/abstract/NAHV1N42013154_161ES.pdf)
9. VV. AA. *La destrucción de la Ciencia en España. Depuración universitaria en el franquismo*. (LE Otero Carvajal, Dir.). Madrid: Editorial Complutense, S.A. 2006. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/29541/>
  10. López Muñoz F, Molina JD, De Pablo S, Álamo C. *Lafora y el origen de la neuropsiquiatría biológica española*. *Psic. Biol.*;14,3:108-120. 2007. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-psiQUIATRIA-biologica-46-articulo-lafora-el-origen-neuropsiquiatRIA-biologica-13107413>
  11. Pérez Gil S. *La aportación de José Miguel Sacristán (1887-1957) al desarrollo de la psiquiatría científica en España*. Tesis doctoral (Dir.: José Lázaro). Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. 1999. Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/9801>
  12. Gaceta de Madrid. *Orden (rectificada) nombrando a D. Dionisio Nieto Gómez Delegado técnico interino de la Dirección General de Sanidad al frente de los establecimientos psiquiátricos de varones y de mujeres de Ciempozuelos*. 31 de agosto de 1936. Nº 244. pág. 1584. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=fcYzZBGw64C&pg=PA1584&lpg=PA1584&dq=dionisio-nieto+gomez&source=bl&ots=oYIm9s5zE-&sig=3weAlg5H3MQWIYEgdNyHYtkYBS0&hl=es&sa=X&ved=2ahUKewiftrb29K7dAhUHhxoKHflxB104FBDoATADegQICBAB#v=onepage&q=dionisio-nieto%20gomez&f=false>
  13. Vázquez de la Torre Escalera P. *El manicomio nacional de Santa Isabel en Leganés durante la guerra civil española (1936-1939): Población manicomial y prácticas asistenciales*. Tesis Doctoral (O Villasante, R Huertas y AL González, Dirs.). Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Historia de la Ciencia. Facultad de Medicina. U. Complutense de Madrid. 2013. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/21076/>
  14. Villasante O. *Los viajes de los "dementes" del Provincial de Madrid durante la Guerra Civil*. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2010; 30, 108: 613-635. Disponible en: <http://www.revistaen.es/index.php/aen/article/view/16109>
  15. Casanueva M. La Complutense ha concedido su medalla de oro a Dionisio Nieto, psiquiatra exiliado. *Diario El País*. 25-7-1983. Disponible en: [https://elpais.com/diario/1983/07/25/sociedad/427932003\\_850215.html](https://elpais.com/diario/1983/07/25/sociedad/427932003_850215.html)
  16. Escobar A. *Dionisio Nieto y la investigación científica*. *Salud Mental*. 2008; 31: 331-334. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252008000400010](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000400010)
  17. Sacristán C. *La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968*. *Salud Mental*. 2010; 33: 473-480. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252010000600001](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000600001)
  18. Wikipedia. *La Castañeda*. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/La\\_Castañeda](https://es.wikipedia.org/wiki/La_Castañeda)
  19. Rodríguez-de Romo AC, Castañeda-López G. *El Hospital Granja y la Escuela Granja Bernardino Álvarez: antecedentes del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía*. *Revista de Investigación Clínica*. 2013; 65,6: 524-536. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvclii/nn-2013/nn136i.pdf>
  20. Brito L, Cariño M, Brito E. *Biblioteca del Instituto de Investigaciones Biomédicas "Dr. Dionisio Nieto Gómez"*. *Bibl. Univ.* 2013; 16,1: 67-72. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28528266008>
  21. Barona JL. ¿Una comunidad científica en el exilio?. En: *El exilio científico republicano* (JL Barona, Ed.). Valencia: Publicacions de la Universitat de València. 2010. pp.: 201-216. Disponible en: [http://www.cheic.es/jpg/barona\\_exilio%20cientifico.pdf](http://www.cheic.es/jpg/barona_exilio%20cientifico.pdf)
  22. Nieto D. *La anatomía de la esquizofrenia y la teoría dopaminérgica*. *Salud Mental*. 1978; 1,3: 12-18. Disponible en: [http://www.revista.saludmental.mx/index.php/salud\\_mental/issue/view/3](http://www.revista.saludmental.mx/index.php/salud_mental/issue/view/3)
  23. Garrabé de Lara J. *La historia como fundamento epistemológico*. *Prólogo*. En: *La psiquiatría*



- en el siglo XXI: realidad y compromiso. Actas del V Congreso Internacional de la Asociación Psiquiátrica de Jalisco, Colegio Médico, A.C. XIV Congreso Internacional del Instituto de Psiquiatras de la Lengua Española. Universidad de Guadalajara. Puerto Vallarta. México. 12-15 de octubre de 2006. Disponible en: <https://www.apalweb.org/docs/realidad.pdf>
24. Cabildo y Arellano HM. *Bosquejo histórico de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría*. Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2017; 45,1: 5-12. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2017/nnp171c.pdf>
25. Villanueva Colín JG. *SMPBMX: Historia de la Psiquiatría Biológica en México*. Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica (SMPB). March, 6, 2013. Disponible en: <http://smpbmx.blogspot.com/2013/03/historia-de-la-psiquiatria-biologica-en.html>
26. De la Fuente R, Campanillo C. *La Psiquiatría en México: Una perspectiva histórica*. Gaceta Médica de México. 1976; 111, 5: 421-436. Disponible en: [https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864\\_2007/1976-111-5-421-436.pdf](https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1976-111-5-421-436.pdf)
27. Garrabé J. *Dionisio Nieto (1908-1985). Cerebral Bases for Schizophrenia*. En: Anthology of Spanish Psychiatric Texts. (J López-Ibor, C Carbonell, J Garrabé; Eds.). World Psychiatric Association. Paris: Groupe CPL. 2001. pp.: 487-500.
28. VV. AA. *Antología de textos clásicos de la psiquiatría latinoamericana*. (S) Villaseñor, C Malpica y J Garrabé, Eds.). Guadalajara (México): Grupo Latino Americano de Estudios Transculturales. s/f (hacia 2011). Disponible en: <http://www.gladet.org.mx/publicaciones/textos%20clasicos%20de%20lapsiquiatra%20latinoamericana.pdf>
29. Dosil J. *La escuela de Cajal en México. Diplomacia oficiosa, representación y redes*. En: Diplomacia oficiosa, representaciones y redes extraoficiales en la historia de América Latina: un homenaje a la trayectoria académica de Salvador E. Morales Pérez (1939-2012). (F Herrera, Coord.). Encuentros 21. Morelia, Michoacán de Ocampo (México). 2015. pp: 167-197. Disponible en: [https://www.academia.edu/23558158/La\\_escuela\\_de\\_Cajal\\_en\\_México.\\_Diplomacia\\_oficiosa\\_representación\\_y\\_redes](https://www.academia.edu/23558158/La_escuela_de_Cajal_en_México._Diplomacia_oficiosa_representación_y_redes)

- Recibido: 11/12/2018.
- Aceptado: 15/4/2019.



## In Memoriam.

### Hernán Kesselman.

Falleció Hernan Kesselman (1933-2019). Médico psiquiatra, psicoanalista, psicodramatista y psicoterapeuta de renombre internacional, impulsor de las psicoterapias de grupo, se destacó como especialista en psicología social y psicodrama analítico; especialmente por su teoría-método de Multiplicación Dramática.

Analizado por Marie Langer y también discípulo de Enrique Pichon-Rivière, supervisar con José Bleger y David Liberman durante su larga carrera profesional, trabajó junto a otros ilustres y pioneros del psicoanálisis argentino: Mauricio Goldenberg, Emilio Rodriugué, Armando Bauleo, José Bleger y, sobre todo en los últimos 50 años, con Eduardo Pavlovsky con quien inició un largo recorrido allá por 1968 coincidiendo en su primera analizando. Amigos de Fernando Ulloa, y de la misma *hornada* que Armando Bauleo y Emilio Rodriugué, con quienes compartió vivienda junto a Pavlovsky.

Fue docente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, miembro adherente de la Asociación Psicoanalítica Argentina de la que se marchó y fundó en el umbral de los años 70 junto a otros jóvenes colegas, con un primer parto político en el Congreso Psicoanalítico Internacional de Roma, en 1968, cuando aún soplaban los vientos del mayo francés. Así nació el Grupo Plataforma Internacional, disidente de la International Psychoanalytical Association. Fue

coautor del texto *Cuestionamos*, que planteaba la posición del grupo Plataforma. Allí estaban Pavlovsky, Marie Langer, Armando Bauleo, Emilio Rodriugué, Juan Carlos Volvonich con Hernan Kesselman, entre otras personalidades del psicoanálisis argentino. Reivindicaban a Freud y al psicoanálisis, planteaban la necesidad de aprovechar la contribución de otras ciencias sociales: “Nuestra disciplina provee el conocimiento de las determinaciones inconscientes que regulan la vida, pero la misma, como conjunto de prácticas sociales articuladas, está regida también por otros órdenes determinantes: fundamentalmente el sistema de producción económica y la estructura política” (...) “Nos pronunciamos comprometidos con todos los sectores combatiendo de la población que, en el proceso de liberación nacional, luchan por el advenimiento de una patria socialista”. Y se pronunciaba por “una ciencia comprometida con las múltiples realidades que pretende estudiar y transformar”.

En los últimos años fue Full Member de la Group Analytic Society de Londres, miembro de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática, de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo (SEPTG) y director del (Centro de Psicoterapia y Técnicas Operativas (CPO).

Fue autor de numerosos libros tales como *Psicoterapia breve* (1972), *Las escenas temidas del coordinador de grupos* (1978) y *La multiplicación*



*dramática* (1989), *Espacios y Creatividad, Clínica Grupal*, escritas junto con Eduardo Pavlovsky; *La psicoterapia operativa 1: "Crónicas de un psicoargonauta"* (1999) y *La psicoterapia operativa 2: "El goce estético en el arte de curar"* (1999) y *Corpodrama: cuerpo y escena* (2008) en coautoría con Susana Kesselman, entre otras. Escribió mucho en la revista *Clínica y Análisis Grupal*. Sus muchos trabajos sobre la Clínica y la responsabilidad social del Psicoterapeuta, el misterio de lo Grupal, El Análisis del Cuerpo, el goce estético en el arte de curar, la Biopolítica de las sensaciones y el Biopoder, Cartografía sentimental del psicoanalista, y tantos otros temas.

Seguidor del pensamiento de Gilles Deleuze sin saberlo, como esquizoanalista, siempre atento al

paradigma de lo complejo. Su compromiso político y social lo hizo blanco de la persecución de la dictadura militar argentina y por ello tuvo que exiliarse en España, desde donde regresó a Argentina en 1986 tras los primeros cambios políticos, manteniendo sus vínculos por estos lares, sobre todo en Madrid. Su actividad intelectual y militante lo hicieron un fiel y lúcido exponente de aquella vital generación.

Nuestro recuerdo y homenaje para un maestro.

I. Markez



## Distribución de libros

Una nueva oferta para socios y socias de la AEN para la venta de sus libros a través de la web.

Cualquier socio interesado que quiera vender sus libros, puede consultar las condiciones en un módulo con esa información la pantalla de inicio de [www.tienda-aen.es](http://www.tienda-aen.es)

Esperemos que sea un nuevo motivo de valor añadido, y que contribuya a la mejor imagen profesional y humana de nuestra asociación.

# Notas sobre las coincidencias de Garma y Bofill. Dos pioneros del psicoanálisis. Creación de las Sociedades de Psicoanálisis españolas y catalanas. (\*)

*Notes: the coincidences of Garma and Bofill.*

Iñaki Markez.

Un poco de historia para reflexionar sobre el psicoanálisis en Catalunya y en la Península, a modo de breves pinceladas.

Hay preguntas que ya han sido realizadas por autores e historiadores: ¿Era posible construir una sociedad de psicoanálisis después de una guerra civil tan desoladora como la de 1936 a 1939? ¿Y era posible lograrlo después con el peso mortal de una dictadura siniestra? ¿Es factible el método psicoanalítico, donde la palabra es tan importante, con un régimen que prohíbe hablar en las lenguas del Estado diferentes a la hegemónica? Sí fue posible con un grupo de personas que tanto aportaron en iniciativa y tenacidad. De ahí esta breve aportación.

**Pere Bofill** (1920-2009), *pionero* del psicoanálisis en el ámbito español, murió en 2009 en Barcelona, a los 89 años. Otra coincidencia con Garma que había fallecido en 1993 a esa misma edad. Oriundo de Pals, Girona, desde joven tuvo inquietudes intelectuales y médicas. Pronto se reuniría para estudiar el psicoanálisis y su aplicación, con un grupo de intelectuales y científicos catalanes: allí estaban el psicólogo Matutes, el escritor Rafael Abella, los doctores Pere Bofill, Joan Obiols, Enric Grañén, Juan Ramón Otaola y Pere Folch, entre otros. Compro-

baron que era necesario vivir la experiencia, y como no había psicoanalistas, marcharon al extranjero para formarse. Bofill, marchó a París donde conoció a Jacques Lacan, Delay y Anna Freud, después fue a Suiza y se psicoanalizó con Odier y después con Krapf y Reding, llegando a ser miembro titular de la Sociedad Suiza de Psicoanálisis en 1956 con un amplio trabajo sobre “Anorexia Mental”.

## Discípulos de Garma

Sus primeros discípulos en Madrid fueron los médicos Ramón del Portillo y Jerónimo Molina. Ambos conocían y habían comenzado formación con Garma desde su regreso en 1931 de Berlín siendo el primer psicoanalista español reconocido por la IPA, la asociación internacional de psicoanálisis. En el año 1948 contactaron con Garma, que residía en Buenos Aires desde 1938, tras su exilio en 1936 a Burdeos y París, y había sido cofundador de la APA, la Asociación Psicoanalítica Argentina. El objetivo era ser ayudados para acceder a la IPA.

Bofill ya había sido orientado por Matte Blanco, catedrático de psiquiatría chileno, tras haberle escrito a él, a Garma y a la Sociedad Psicoanalítica de París para conocer las gestiones a realizar para

---

(\*) Intervención de Clausura durante la Jornada del IV Premio Ángel Garma de Psicoanálisis celebrado en Barcelona el 27 de abril de 2019.

una adecuada formación y la creación de una institución en el ámbito del psicoanálisis.

Garma visitó España en 1952... y en los cinco años siguientes, tiempo en el que hubo cruces y coincidencias con aquellos Boffil, Ramón del Portillo, María Teresa Ruiz, Rof Carballo, María L. Herrerros, etc., con muchas gestiones para ser reconocidos internacionalmente, favorecer el psicoanálisis y tener mayor desarrollo científico, con no pocas actividades docentes (cursos, seminarios, conferencias, publicaciones, etc.). En 1954 se reconoció a la Asociación Psicoanalítica Española, que dos años después sería la Sociedad Luso-Española de Psicoanálisis, con sede en Barcelona.

En 1954, Ramón del Portillo visita Buenos Aires y varios miembros del grupo madrileño se psicoanalizan allí. Portillo se analiza con Ángel Garma, María Teresa Ruiz con León Grinberg y Eduardo Blaise con Pichón-Rivière. A su vez viajan a Madrid Raskowsky, Cesio, Liberman y Pola. En Barcelona, en 1955, se celebra el I Congreso Iberoamericano de intercambio médico-psicológico, dedicado a la obesidad, en colaboración con la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) y participan, entre otros, Ángel Garma, David Liberman, Arnaldo y Matilde Raskowsky, Salomon Resnick, Rebeca Grinberg, Jorge Mom, Tallaferrero, Fidiás Cesio, etc.

La conferencia de Ángel Garma, “La obesidad como enfermedad psicósomática”, un tema repetido en esos años por Garma, fue curiosamente replicada por Pere Bofill por considerar inoportunas las interpretaciones simbólicas del maestro, no compartiendo que la úlcera fuera un mordisco en el estómago por muy símbolo exagerado que fuera. Tras aquel encuentro congresual vieron la urgencia de tener una sociedad de psicoanálisis.

### Reconocimiento de una sociedad peninsular

De aquel grupo de Barcelona surgieron los protagonistas del movimiento psicoanalítico en el ámbito peninsular. Pere Bofill fue el primer psicoanalista español tras la guerra civil aceptado como miembro de la IPA tras un *parón* de dos décadas ocasionado por la guerra y los primeros años de postguerra. El año 1956 se reúnen Bofill,

Folch, Alvim, Abelló, Luzes, Rallo y Jesusa Pertejo, vinculados a la Sociedad Suiza, y Júlia Coromines y Carolina Zamora, vinculadas a la Sociedad Psicoanalítica de París, para realizar juntos la petición de ser reconocidos. Sería en el Congreso de Copenhagen de 1959, donde la IPA admitió a la Sociedad Luso-Española de Psicoanálisis.

De aquella primera sociedad surgirán tres instituciones reconocidas en la península. En 1966 los miembros portugueses decidieron formar un Grupo de Estudio propio y el tronco del psicoanálisis se ramificó con discrepancias, pero de modo no traumático en: 1) la Sociedad Portuguesa de Psicoanálisis, en Lisboa; 2) la Asociación Psicoanalítica de Madrid, y 3) la Sociedad Española de Psicoanálisis, en Barcelona. Reconocidas en 1981 en el congreso de Helsinki de pleno derecho.

### Divisiones en las sociedades psicoanalíticas

En 1970, tras la visita de Lacan a España, el psicoanálisis empieza a impregnarse de las ideas de éste, especialmente en Cataluña, donde, en 1971, se crea el Instituto de Psicoanálisis de Barcelona, la primera institución específicamente dedicada a la formación y enseñanza de psicoanalistas. Ese año, los miembros de Madrid comienzan las gestiones para que se reconozca una entidad similar en su ciudad.

A finales de los 70, tras divisiones en sus sociedades de origen, se establecen aquí algunos psicoanalistas sudamericanos, especialmente argentinos. Muchos vinieron como exilados por razones políticas, entre ellos, amigos como León Grinberg, Valentín Barenblit, Jaime Szpilka,... y otros presentes como Eduardo Braier y Daniel Schöffer que impulsaron la formación en la península, sobre todo desde Madrid y Barcelona. Sin olvidar la llegada en 1975 de Oscar Masotta, introductor de Lacan, que fundaría dos años más tarde la Biblioteca del Campo Freudiano en Barcelona.

### Relación Bofill-Garma

Hubo diversos encuentros a lo largo de los años 50. Tras varios cursos y congresos conjuntos, hay constancia importante del intercambio epistolar entre Garma y Bofill entre los años 50 y los 80. En 1990 Garma visita España por última vez para visitar algunos lugares entrañables y recibir la

medalla al Mérito Civil, logrando así un reconocimiento que el Estado no había dado al Psicoanálisis y psicoanalistas.

Las aportaciones de Pere Boffil y las de Ángel Garma son accesibles y quienes las conocemos tenemos una importante labor: favorecer su estudio y difusión.

Hoy, hay cambios a ritmo vertiginoso, donde el psicoanálisis forma parte de nuestra cultura, hay menos personas que eligen un tratamiento que precisa tiempo, esfuerzo e impacto emocional. No es fácil conocerse a uno mismo. Si hoy hay menos psicoanalistas, quienes confíen en la importancia del psicoanálisis tendrán, debemos pensar más en la capacitación en las jóvenes generaciones.

### Sobre este IV Premio Ángel Garma

He de reconocer que, siendo de Bilbao, conocía poco del bilbaíno Ángel Garma hasta que este acudió en 1989 a su ciudad natal. Y luego, de nuevo, en 1991 en Buenos Aires al leer algunos trabajos mientras se celebraba el congreso mundial de psicoanálisis en aquella ciudad. Yo solía leer con pasión los textos de Marie Langer y por allá en sus trabajos a veces aparecía un señor de Bilbao, un tal Garma. Después vino mi enorme interés por la vida y obra de Ángel Garma, hasta elaborar un libro con su biografía en 2005 (\*\*) y algunos otros libros y artículos sobre su vida y obra.

En 2013 decidimos impulsar desde Bilbao, desde la asociación vasca de la AEN, un Premio al mejor trabajo de Psicoanálisis tomando el nombre de Ángel Garma, como reconocimiento a quien fuera en 1931 el primer psicoanalista del ámbito español reconocido por la Internacional del momento, la API. Hoy estamos dando por finalizado el IV Premio. Bilbao, Zaragoza, Santander y Barcelona se han sucedido cada dos años, con una importante riqueza en los trabajos presentados, no digamos ya en los trabajos ganadores.

Hemos llegado a estas fechas, en esta semana peculiar: el 23 de abril día de la rosa y el libro,

en recuerdo de la leyenda de Sant Jordi y el fallecimiento de Cervantes y Shakespeare; el día 24 de abril de 1923, en Viena se publica la tesis *Das Ich und das Es* (El yo y el ello) de Sigmund Freud; día 25, aniversario revolución pacífica de los claveles en Portugal, resuena Grândola Vila Morena (1974); el 26, aniversario del terrible bombardeo de Gernika sobre su población civil (1937), pero también de plantarse el árbol que es símbolo en el País Vasco; el día 27, algo más trágico, los últimos fusilamientos de la dictadura (1975) preludio de las ansias de la ciudadanía por una sociedad y gobiernos de equidad imperante; el 28, mañana, toca votar contra la amenaza y barbarie... tras meses, y años, con muchas mentiras, miedo y acciones alejadas de los derechos de las personas. Obliga decidir con quienes queremos viajar.

Esta Jornada y este IV Premio requieren felicitar y felicitarnos. A quienes desde la organización habéis logrado este proceso que hoy ha llegado a término; y a quienes os habéis esforzado con vuestras aportaciones, artículos y libros. En esta ocasión, además con la colaboración no sólo de gentes de la AEN, también del Colegio de Psicología de Catalunya y de la *Revista Intercanvis* demostrando que instituciones tan diferentes pueden aportar mucho para revitalizar el psicoanálisis y otras cuestiones de interés en la Salud mental. Ha merecido la pena el esfuerzo. El próximo, el V Premio será organizado en Madrid por la Sección de Psicoanálisis de la AEN. Será otra ocasión para el encuentro y para la producción científica sobre el pensar y comunicar desde el psicoanálisis.

Un buen cierre que nos permite a esta asistencia tan amplia y acogedora seguir intercomunicando sobre las excelentes aportaciones de los premiados o sobre la importancia de un mayor reconocimiento a aquellos pioneros del psicoanálisis. Moltes gràcies a tots i totes.

27 de abril de 2019

(\*\*) 2005: *El bilbaíno Ángel garma, fundador de psicoanálisis argentino*. Bilbao: Edita Fund. BBK; 2015: *Religión y Psicoanálisis en la obra de Ángel Garma*. Ed. Ekimen; 2019: *Homosexualidad y Psicoanálisis en la obra de Ángel Garma*, en prensa.

- Recibido: 29/4/2019.
- Aceptado: 25/5/2019.





# ACTUALIZACIONES





## Mas Aristóteles y menos Concerta®. Las cuatro causas del TDAH.

Autor: Marino Pérez Álvarez.

Edita: NED Ediciones • 2018, 255 págs.

ISBN: 978-84-16737-44-4

Marino Pérez Álvarez, vuelve a centrarse en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), tras «Niñ@s hiper» con R. Ubieta, y «Volviendo a la normalidad: la invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil» con García de Vinuesa y González Pardo. El título remeda el de otro libro «Mas Platón y menos Prozac». La apelación al filósofo tiene mucho sentido ya que en esta obra revisa el TDAH bajo la luz de las causas aristotélicas, que al autor ya le sirvieron como inspiración y elemento de análisis en otra obra suya «Las cuatro causas de los trastornos mentales».

En la investigación existente sobre esta categoría diagnóstica, actualmente muy popular y concebida como un trastorno del neurodesarrollo de tipo genético que se inicia en la infancia con una tendencia a la cronicidad, se encuentran datos que cuestionan el mismo concepto y hacen que el TDAH sea un tema polémico. La misma idea TDAH no es ajena a la solución farmacológica que se propugna. Este podría ser el caso, como ocurre en otros, de un diagnóstico, y su etiología atribuida, al servicio de un tipo de tratamiento. El autor nos muestra el debate, con los argumentos y pruebas, sobre las cuestiones suscitadas por el TDAH que conforman el núcleo de su validez científica y clínica.

No se trata solo de si existe o no, sino también qué tipo de existencia tiene eso que se llama TDAH, y que existe de forma efectiva en la práctica social de los profesionales que trabajan con niños y también en la percepción social de la comunidad. Nos dice el autor que su existencia, la

del TDAH, no se va a dilucidar en el plano de los datos, sino que es necesario abordar «qué cosa es el TDAH» y «cómo se estudia» y se extraen las pruebas y los datos.

El autor revisa la evidencia neurocientífica, pero en su análisis considera también el tipo de argumentación y retórica que liga los datos con la visión manifiesta del TDAH.

El libro se estructura en tres partes. En la primera revisa el diagnóstico, la genética, la neurobiología y la historia del TDAH. Desde cada uno de esos ámbitos, el relato dominante del TDAH resulta cuestionable a la luz de las pruebas.

En la segunda parte se centra en analizar la propia ciencia del TDAH, a fin de intentar desvelar que tipos de argumentaciones son las que conforman la realidad TDAH como entidad clínica. Desde una perspectiva metacientífica muestra la retórica argumental. En esta parte se usan las cuatro causas aristotélicas como una vía de análisis, que consiste en considerar el TDAH a la luz de cuatro preguntas: a) La causa material que interroga acerca de qué está hecho el TDAH, b) la formal que trata sobre la forma que toma, c) la eficiente sobre qué lo crea o desencadena, y d) la causa final, sobre la finalidad de lo que se puede llamar TDAH. Es un análisis amplio que incluye a los niños y sus contextos, y entre ellos también el entorno clínico.

En la tercera parte se acepta que pueden darse problemas en la relación entre el niño y su contexto socializador, y algunos pueden asociarse a



características peculiares del temperamento del niño. Recoge desde una perspectiva no patológica, cuestiones como los estilos de aprendizaje, los problemas de los niños, el desarrollo, las características de los contextos de crecimiento, etc., viendo que algunas de las situaciones que son compatibles con cierta idea del «TDAH», ahora ya entre comillas, pueden observarse de desde otras miradas y pueden encararse de un modo distinto. Puede que una parte de los niños a los que se diagnostica de TDAH pudieran ser «más creativos, curiosos y vitales, y capaces de tener una atención focalizada sobre las cosas que realmente les interesan». Se desvelan los resultados de usar la medicación y se proponen otras vías para algunas de las cuestiones propias de la infancia.

En esta tercera parte se incluyen tres capítulos centrados en las ayudas que se pueden implementar en las distintas situaciones, una centrada en los niños, otra en los padres y otra dirigida a

profesionales y padres. Esta parte tiene un valor práctico especial, dado que explica herramientas sencillas y comprensibles, que evidentemente requieren un entrenamiento, que pueden ser útiles, para que los adultos ayuden al menor, sin diagnósticos y sin estigmatizarle, es decir a encarar los retos que se le presentan en los distintos ámbitos de su desarrollo.

En definitiva se trata de un libro imprescindible para quienes se relacionan con niños, tanto para los profesionales, incluidos los profesores, como para los padres, a los que se les ha propuesto un diagnóstico para su hijo, que encontrarán en esta obra una inspiración necesaria para ver los problemas y las dificultades que les presentan sus hijos prescindiendo de diagnósticos y abordarlos, o solicitar otra ayuda, de forma más eficaz que mediante un diagnóstico y un fármaco, y sin necesitar convertirlos antes en enfermos.



## Salud mental y Bienestar. Más allá del arte.

Autores: Francisco Rodríguez Pulido  
y Nayra Caballero Estebanz (eds.).

Edita: Mercurio Editorial, Colección Universidad, Psicología.  
1ª Edición. • Las Palmas de Gran Canaria • 2018, 680 pp.

ISBN: 978-84-949010-0-3

La relación entre el arte y la salud viene construido por diversas experiencias y por un conjunto de evidencias en evolución que se centran en el impacto de mejorar la motivación, tanto en el transcurso de un proyecto y en la vida de los participantes en general, de impulsar una mayor conectividad con los demás, el desafío de potenciar las percepciones acerca de tener una actitud más positiva en la forma de ver la vida, con una menor sensación de miedo, a aislamiento y ansiedad y un aumento de la confianza, la sociabilidad y la autoestima.

Desde la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis, se ha escrito mucho sobre Arte, terapias y salud mental, aunque haya sido escasa la profundización sobre estas cuestiones. El efecto terapéutico se ha vinculado al paso del inconsciente al consciente, según el cual el arte liberaría las tensiones inconscientes y purgaría el alma. Es la catarsis freudiana, más eficaz en algunas personas con enfermedad mental. Sus inicios como parte de la terapia de estas expresiones artísticas en hospitales ingleses desde la década de los años treinta, pero se demostró que era un

buen recurso ocupacional, que reducía el aburrimiento en los prolongados internamientos, favorecía el diagnóstico y además era un excelente medio de “descarga emocional”. El término *art-therapy* se utilizó en Gran Bretaña en la década de los años 40, pero no sería hasta la década de los 80 cuando fue reconocido oficialmente, con diferentes enfoques creativos en sus actividades ocupacionales y en las políticas educativas, con modelos propios en iniciativas desde Gran Bretaña, EE.UU., Francia, Alemania, Suiza e Italia, en todos ellos muy ligados a la práctica psiquiátrica en algunos hospitales. En el ámbito español, aunque ha habido interesantes y exitosas experiencias, no llegó a desarrollarse un modelo de actuación. Con sus variedades conceptuales en la terapia creativa, la terapia expresiva o en las actividades artísticas, estas más vinculadas con el área ocupacional. Eso sí, siempre reflejo de expresiones emocionales. Por esto las iniciativas que van surgiendo en los últimos tiempos obligan a su valoración. Este libro nos acerca y por ello es un excelente recurso.

Desde la autoría plural nos ofrecen contenidos que dividen en varios bloques:

- 1) sobre los Fundamentos, en torno a la Psicosis en relación a la psicodinamia y la fenomenología del self a las neurociencias. Con la rehabilitación en el horizonte se adentra en aspectos conceptuales sobre la Recuperación, el Arte, la Ciencia y la Salud, con sus terapias creativas, sus evidencias, estudios y limitaciones.
- 2) Evidencias en torno a la Danza y Movimiento Terapia (DMT), con el trabajo de las emociones a través del movimiento; Dramaterapia, Musicoterapia o Arteterapia, en general, recorriendo enfoques, procesos y evidencias.
- 3) Las Experiencias, amplia ya en el caso de ASCATEC, la Asociación Canaria de Terapias Creativas; otros programas de musicoterapia en dispositivos de rehabilitación psicosocial, como el Proyecto “SoNoS”, con pacientes como verdaderos agentes creadores de salud social; experiencias peculiares vividas desde la musicoterapia, en dramaterapia, en danza movimiento terapia, arteterapia vincular o escritura terapéutica, con utilización por personas con trastorno mental severo, experiencias psicóticas o en rehabilitación psicosocial, siempre buscando el poder sanador del arte en proyectos creativos de recuperación.
- 4) Formación y acreditaciones. Orientado a aportar valor institucional y estabilidad a quienes optan por capacitarse e intervenir desde las terapias creativas.

En casi setecientas páginas, se presenta un importante trabajo colaborativo y en red, con enfoques diversos, impulsado y coordinado por Francisco Rodríguez Pulido y Nayra Caballero Estebanz. En diferentes ámbitos, en instituciones públicas, desde la universidad y desde empresas, por personas usuarias y profesionales, aportan sus esfuerzos por ofrecer terapias creativas a quienes, con frecuencia, tienen dificultades para expresarse con la palabra. La investigación y la evaluación son el complemento necesario ante las experiencias frente a las personas afectadas por trastorno mental, incluido su estigma que se trata de contrarrestar. Es una adecuada oferta de alternativas innovadoras, tras presentar el impacto de las terapias artísticas, a modo de eficaz complemento a los hegemónicos tratamientos farmacológicos.

Cierto que los fármacos son de gran ayuda en ocasiones y más si son combinados con actuaciones psicoterapéuticas, o con recursos de afrontamiento del problema, presente o futuro. Precisamos una psiquiatría y una psicología que estén atentas al saber acumulado por las ciencias de la salud, la historia, la sociología, la antropología y otras ramas del conocimiento que ayuden a comprender el sufrimiento humano, mejor que las concentraciones de serotonina o noradrenalina en sangre.

Finalmente, como reflexión final hay una breve aportación de Fernando Colina sobre “Arte y Rehabilitación” con un elocuente cierre: La locura, si no se resuelve, se bestializa, se cosifica o se diviniza. En ese trágico nudo es el lugar donde concurre la pintura, la música, la escultura, la escritura, el teatro, la fotografía o el baile para ofrecer, en auxilio de nuestra debilitada rehabilitación, los recursos de la salud, de la obra y de la vida.

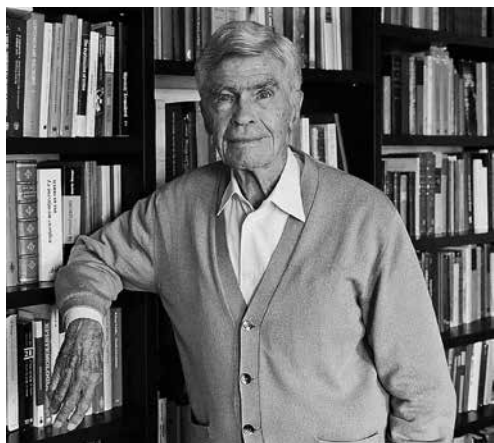


## Un sabio de 100 años, vivo. Homenaje a Mario Bunge en su centenario.

### *Tribute to Mario Bunge in his centenary.*

Fernando Marquínez Bascones.

Doctor Psiquiatra. Pte. Sección de Salud Mental de Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.



Mario Augusto Bunge Müser (M.B. en adelante) nació en Buenos Aires (República Argentina) el 21 de septiembre de 1919. Como hijo de médico y enfermera, debió verse condicionado sin duda, tanto genética como epigenéticamente, a simpatizar con las profesiones sanitarias y a interesarse por la salud propia y ajena.

De su extensa obra no diré nada pues hay que leerla y asimilarla cada cual por su cuenta. Quizás pueda servir de aproximación introductoria entrar en Wikipedia y también los múltiples vídeos que están en Internet con sus conferencias y entrevistas.

De su vida privada tampoco diré nada, pues lo ha dicho él mismo casi todo en el libro titulado

“Entre dos mundos”, en el que se autocalifica de físico profesional, psicólogo teórico y sociólogo matemático aficionado.

Para acercarse a la obra escrita de M.B. hay que pasar por Pamplona, que no sólo tiene un equipo de fútbol de primera división, sino también una editorial en la misma categoría. Se trata de Laetoli.

Tiene Laetoli una colección titulada “Vaya Timo”, dirigida por Javier Armentia y editada en colaboración con la Sociedad para el Avance del Pensamiento Crítico.

Ha publicado ya 14 títulos y el último de ellos es de nuestro homenajeado M.B., y lleva el nombre de **“Las pseudociencias. Vaya timo”**. El libro tiene tres prólogos, el primero de Alfonso López Borgoñon (licenciado en filosofía e historia) titulado *Bunge y las pseudociencias*.

El segundo, de Cristina Corredor Lanás (profesora de lógica y filosofía de la ciencia en la Universidad de Valladolid), titulado **Reivindicar la Razón Y Ciencia**.

El tercero, de Rafael González del Solar (Doctor en filosofía y traductor independiente), titulado **“Ciencia y Pseudociencia; positivo y negativo de la racionalidad científica”**.

Como es de suponer, el grueso de los análisis en el cuerpo del libro corre a cargo del maestro M.B.

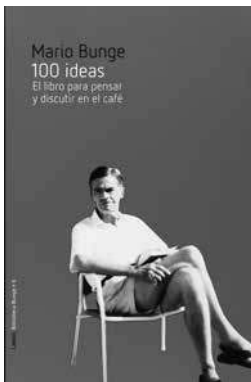
Esta valiente editorial que es Laetoli también tiene una “Biblioteca Bunge”, cuyos primeros títulos son:

1. La ciencia, su método y su filosofía.
2. Materialismo y ciencia.
3. Pseudociencia e ideología.
4. Ciencia, técnica y desarrollo.
5. Las pseudociencias. Vaya timo, ya citada.
6. 100 ideas. El libro para pensar y discutir en el café.

Yo recomendaría empezar a adentrarse en la obra de M.B. con este último, de fácil lectura por su amenidad, diversidad y la frescura del fino humor que despliega M.B. sin perder en ningún momento el rigor del pensamiento científico.

Como un ejemplo que puede interesarnos especialmente a los sanitarios que trabajamos en el campo de la salud mental, voy a transcribir, resumiendo bastante la idea nº81 que se titula: “**Psicoanálisis a un siglo de distancia**”.

El psicoanálisis vio la luz en 1900 con la publicación de *La interpretación de los sueños* de Sigmund Freud. Ernest Jones, su fiel discípulo inglés y principal biógrafo nos cuenta que este libro, al que Freud siempre consideró su obra maestra, se reeditó ocho veces en vida de su autor. Y afirma que “no se hizo ningún cambio fundamental y no hubo necesidad de hacerlo”.



Semejante inmutabilidad basta para despertar la sospecha de cualquier mente crítica.

¿Por qué no fue necesario modificar nada esencial en una doctrina psicológica en el curso de tres décadas? ¿Será porque no hubo investigación psicoanalítica de los sueños?

¿O porque el primer laboratorio de estudios científicos de los sueños fue fundado en 1963, en la Universidad de Standford, y sin la participación de psicoanalistas? Y si es así, ¿No será que el psicoanálisis es más literatura fantástica que ciencia?

Este no es el lugar adecuado para hacer una investigación detallada de la teoría y la terapia freudianas; esta tarea ya fue hecha por muchos psicólogos y psiquiatras científicos, de esos que no predicán en los templos psicoanalíticos que son ciertas facultades de psicología latinoamericanas. Me limitaré a resumir una decena de resultados de esos análisis de algunos de los mitos más populares inventados por Freud.

1. *Inferioridad intelectual y moral de la mujer, envidia del pene, complejo de castración, orgasmo vaginal y normalidad del masoquismo femenino.*
2. *Todo sueño tiene contenido sexual, ya manifiesto, ya latente.*
3. *Complejo de Edipo y de Electra y represión de los mismos.*
4. *Todas las neurosis son causadas por frustraciones sexuales o por episodios infantiles relacionados con el sexo (p. ej. Abuso sexual y amenaza de castración).*
5. *La violencia, guerra, huelga, etc. es la válvula de escape de la represión del instinto sexual.*
6. *Sexualidad infantil.*
7. *El tipo de personalidad es efecto del modo de aprendizaje del control de los esfínteres.*
8. *Los actos fallidos (lapsos de la lengua) revelan deseos reprimidos.*
9. *El super yo reprime todos los deseos y recuerdos vergonzosos que se almacenan en el inconsciente. EL analista lo destapa con el método de la asociación libre.*
10. *El ser humano es básicamente irracional; está dominado por su inconsciente.*



En resumen, las fantasías psicoanalíticas son de dos clases: las improbables y las comprobables. Las primeras no son científicas. Y las segundas son de dos clases: las que has sido puestas a prueba y las que aún no han sido investigadas científicamente. Todas las de el primer grupo han sido falsadas. Y, evidentemente, las del segundo grupo siguen en el limbo.

¿Qué queda de todo un siglo de psicoanálisis? Nada más que fantasía incontrolada. Los psicoanalistas no hacen experimentos y ni siquiera llevan estadísticas de sus tratamientos. Además, ignoran por principio los hallazgos de la psicobiología y la psiquiatría biológica. Su psicología es de sillón y sofá, porque son prisioneros del mito primitivo del alma inmaterial que no puede captarse por medios materiales tales como la resonancia magnética funcional, y otros métodos de visualización de procesos mentales.

El psicoanálisis es la teoría de los que no tienen teorías científicas de lo mental ni de lo cultural. Y es una curandería irresponsable que explota la credulidad. Como dijo Sir Peter Medawar, premio Nobel de Medicina, el psicoanálisis es “un estupendo timo intelectual”. Ningún otro timo del siglo pasado ha dejado semejante huella en la cultura popular.

El éxito comercial del psicoanálisis se explica porque; a) no requiere conocimientos previos; b) no exige rigor conceptual ni empírico; c) pretende explicarlo todo con un puñado de principios, desde las neurosis y la rebelión adolescente hasta la religión y la guerra; d) es un sucedáneo de la religión; e) llena vacíos que dejó hasta hace poco la psicología científica, en particular la sexualidad, las emociones y los sueños; f) se jacta de curaciones inexistentes y g) según el propio Freud, los psicoanalistas les hacen el favor a sus clientes de cobrarles la consulta: no hacen obra social.

Pero éxito comercial y penetración en la cultura de masas no son lo mismo que triunfo científico. Cien años de fantaseo psicoanalítico no han arrojado resultados equivalentes a los que arroja una semana de investigaciones de laboratorio en neurociencia cognoscitiva.

Además, hoy contamos con la *psiconeuroendocrinoinmunofarmacología*. Esta es la palabra

castellana más larga que conozco. Abreviémosla en PNEIF. Este acrónimo designa la ciencia aplicada que busca fármacos que prometan reparar los trastornos del sistema neuroendocrinoimmune que se sienten como trastornos mentales, tales como el dolor y el pánico, la confusión y la amnesia, la alucinación y la depresión.

El caso de la PNEIF es uno de los pocos en que se conoce la fecha exacta del nacimiento de una ciencia: 1955. Ese año se descubrió el primer fármaco neuroléptico para una enfermedad mental: la depresión.

La PNEIF es la versión más reciente, rigurosa y eficaz de la medicina psicósomática.

La popularidad de psicoanálisis entre los escritores posmodernos se explica en parte porque no exige conocimientos científicos. Y en parte también porque los posmodernos, como los filósofos hermenéuticos y los practicantes de las “ciencias ocultas”, sospechan que todo es símbolo de alguna otra cosa. Sin embargo, incluido Freud admitió que, a veces, un cigarro puro es un cigarro puro.

Hasta aquí la transcripción aligerada de la idea nº81 de M.B.



En el libro “**Filosofía para médicos**”, M.B. analiza ideas clave y sin embargo muy discutidas. ¿Cómo puede ayudar o perjudicar la filosofía a la medicina? ¿Qué es la enfermedad: cosa o proceso, natural o social? ¿Por qué suelen ser inciertos los diagnósticos médicos? ¿Tiene sentido hablar de probabilidad en medicina? ¿A qué se debe el

atraso de la Psiquiatría? ¿Hay pruebas de eficacia de las medicinas tradicionales como la china y la ayurvédica? ¿Qué es la medicina: Ciencia aplicada, técnica o arte? ¿Qué filosofía moral debe guiar el ejercicio de la medicina?

A estos interrogantes da respuesta M.B. en su obra citada.

En mayo de este 2019, editado por Ariel, ha aparecido el libro de Ignacio Morgado, titulado **“Deseo y Placer. (La ciencia de las motivaciones)”**, con una presentación a cargo de Mario Bunge.

Dice M.B. que desde hace varias décadas, Morgado estudia experimentalmente la conducta y la mente como procesos biológicos que ocurren en un medio social que las influye con gran fuerza. No es pues reduccionista; no dice que el animal superior sea tan solo “un cerebro” evolucionado, ni tampoco algo que determina su entorno. Morgado comparte el famoso dictamen de su ilustre compatriota José Ortega y Gasset, “yo soy yo y mi circunstancia”.

#### Contacto

Fernando Marquínez ✉ [abanself@movistar.es](mailto:abanself@movistar.es) ☎ 944 230 978

#### Bibliografía

- Mario Bunge. “Las pseudociencias. Vaya timo”. Editorial Laetoli. Pamplona 2010.
- Mario Bunge. Filosofía para médicos. Editorial Gedisa. Barcelona 2012.
- Mario Bunge. “Memorias. Entre dos mundos”. Editorial Gedisa-Eudeba. Barcelona 2014.

¿Cómo sabemos que eso es así? Lo conocemos manipulando tanto el cerebro como su entorno social, ósea, investigando tanto en psicobiología individual como en psicología social, tal como vienen haciéndolo Morgado y sus colegas en el laboratorio.

Esta presentación M.B. la firma así:

Físico y filósofo, catedrático emérito en la Universidad McGill (Canadá). Premio príncipe de Asturias de Humanidades y Comunicación (1982).

Para terminar diré que si queremos vislumbrar el inmediato futuro de este siglo XXI y poder marcarnos un rumbo vital y profesional sano y razonable, habremos de “subirnos a hombros de gigantes” del tipo de Mario Bunge. Zorionak nagusi eta eskerrik asko. Por exhortarnos a estudiar científicamente la realidad.

- Recibido: 24/5/2019.
- Aceptado: 11/6/2019.

# Agenda

- 21 al 24 de agosto • Lisboa  
**19TH WPA World Congress of Psychiatry.**  
Contacto: wcp19\_reply@kenes-group.com
  
- 26 al 28 de septiembre • Bilbao  
**XXII Congreso Nacional de Psiquiatría, La psiquiatría de las personas.**  
Contacto: www.congresonacionaldepsiquiatria.es
  
- 10 y 11 de octubre • Colegio de Abogados de Oviedo  
**Jornadas sobre derechos humanos y salud mental.**  
Coorganizadas por Plataforma de Asociaciones de Salud Mental (Sociedad de Psicología Clínica de Asturias, Foro Psicológico de Asturias, Asociación de Bipolares de Asturias, Plataforma de la Salud y sanidad Pública, Asociación de Familiares y Personas con enfermedad Mental de Asturias, Asociación Hierbabuena, Asociación Española de Enfermería de S. Mental y Asociación Asturiana de Salud Mental-AEN).
  
- 18 de octubre • Las Palmas de Gran Canaria  
**XXII Jornada de la Asociación Canaria de Neuropsiquiatría: Derechos humanos y salud mental.**  
Contacto con la ACN: www.ascane.org
  
- 17 al 19 de octubre • Jerez de la Frontera  
**XXXII Jornadas de la Asociación Andaluza de Profesionales de Salud Mental-AEN: Intervenciones en Psicosis.**  
Contacto: www.aapsm.aen.es • aapsm@gmail.com
  
- 24 y 25 de octubre • Hospital Universitario de la Princesa, Madrid  
**II Jornadas de la Sección de Psicoterapia de Grupo de la AEN.**  
Inscripciones en: aen@aen.es • www.aen.es
  
- 25 al 27 de octubre • Urdaibai, Bizkaia  
**II Curso-Taller de Psicoterapia Autógena (16h.) (Curso oficial ICAT)**  
Contacto: psicoterapiaautogena@gmail.com; www.ome-aen.org
  
- 25 al 27 de octubre • San Lorenzo del Escorial, Madrid  
**I Escuela de Otoño de la AEN.**  
Organiza: Escuela de Salud Mental de la AEN.  
Contacto: www.aen.es
  
- .....
  
- 31 de enero de 2020 • Centro Joaquín Roncal, Zaragoza  
**Jornadas de la Sociedad Aragonesa de Salud Mental-AEN: “Amor y odio, en la clínica y lo social”.**

# 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 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.

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*: [revistanorte@ome-aen.org](mailto:revistanorte@ome-aen.org)

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 adicional 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 y palabras clave, en castellano e inglés. Habrá de 3 a 8 palabras claves para su inclusión en los índices oportunos.

Los artículos Originales de investigación 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 adjunto, 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*, 2ª ed. 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*. 2ª ed. 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 in-

formatics. 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 utilization*. 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 (videocasette). 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 AI. 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.govncidod/EID/eid.html](http://www.cdc.govncidod/EID/eid.html)

# Solicitud de Ingreso

Para ser miembro de una asociación autonómica, se solicita al tiempo la incorporación a la AEN/PSM. La ratificación de la solicitud se realizará en la primera Asamblea de Socios y Socias tras su recepción.

La cuota anual será de 100 euros. Profesionales en formación, jubilados y no-facultativos (enfermería, trabaj. sociales, terapeutas, educadores sociales,...) será del 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 • Correo-e: aen@aen.es

SOLICITUD DE INGRESO en la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA de NEUROPSIQUIATRÍA/PROFESIONALES DE SALUD MENTAL (AEN) y en la respectiva Asociación de su Autonomía.

D./Dña ..... profesional de la Salud Mental,

con título de .....

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 .....

IBAN/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/Profesionales de Salud Mental.

En ..... el ..... de 20 ..... Firma:

## Revista de:



ASOCIACIÓN DE  
SALUD MENTAL  
Y PSIQUIATRÍA  
COMUNITARIA



asociación de  
profesionales de  
salud mental  
de Cantabria



Sociedad aragonesa de  
salud mental  
S.A.S.M.



Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental

Asociación Castellano Manchega  
de Neuropsiquiatría  
y Salud Mental

Asociación Extremeña  
de Neuropsiquiatría  
(AExN)



ABSM ASOCIACIÓN BALEAR  
DE SALUD MENTAL

