

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

El cuerpo de la enfermedad mental: un nuevo marco teórico más allá de la
diagnosic psiquiátrica

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

Amparo Cano Esteban

DIRECTOR

Miguel Ángel Vázquez Ferreira

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

El cuerpo de la enfermedad mental: un nuevo marco teórico más allá de la diagnosis psiquiátrica

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

Amparo Cano Esteban

DIRECTOR

Miguel Ángel Vázquez Ferreira

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero dar las gracias a mi Director de Tesis, Miguel A. V. Ferreira, que más que un director ha sido para mí un Padre Académico y me ha guiado por este mundo, enseñándome cosas que no se aprenden en las aulas. Gracias por creer en mí, por contar siempre conmigo y por animarme en los momentos que pensé que esto no iba a salir adelante.

Gracias también al resto de mi Familia Académica. Gracias a Mario Toboso, el que podría decirse mi Tío Académico, que tantos buenos consejos me ha dado siempre para lograr esto. Y gracias a Mariano Urraco Solanilla, mi Hermano Mayor Académico, que ha contado siempre conmigo para los proyectos que han ido surgiendo a lo largo de estos años.

Gracias a mi familia, la de sangre. Gracias a mis padres, Paqui y Florián, por enseñarme el valor del trabajo. Gracias a mi hermana, Elena, porque siempre ha creído en mí y me ha apoyado para seguir estudiando. Gracias a mis sobrinos, Tomás, Luna, Ángela y Leo, porque siempre han sabido sacarme una sonrisa por muy cansada que estuviera. Y gracias al resto de mi familia (tías, primo y cuñado) por su apoyo incondicional. Gracias también a mi familia política, aunque algunos por desgracia ya no estén, porque igualmente me han tratado siempre como a una hija, a una hermana, a una sobrina o a una nieta.

Gracias al pueblo de La Toba (Guadalajara), por todos los buenos momentos que he vivido allí desde pequeña y que, por suerte, sigo disfrutando aún hoy en día. Gracias al Cebadero, por adoptarme y sumarme siempre a sus locuras, por estar siempre presentes en especial para los buenos momentos. Y gracias a mi grupo, que aunque disperso, sigue ahí para echarnos unas risas de vez en cuando.

Gracias a mi gente de Getafe (Madrid) por acogerme como a una más. Y gracias porque sin todas esas tardes de cañas y risas que amenizasen mi vida, esto no se hubiera hecho nada llevadero.

Gracias a mis compañeras de trabajo en Cruz Roja, porque compaginar estudios y trabajo no es nada fácil, y más trabajando en emergencias. Gracias en especial a Sandra y Bea por ayudarme a ver lo valiente que puedo llegar a ser y sacar siempre lo mejor de mí misma. Sin vosotras apoyándome en los momentos duros, hay muchas cosas que no hubiera superado en estos años. Gracias también al Comité, en especial a Raúl y Virginia, por animarme siempre a luchar por lo que es justo, y por recordarme que no es solo una utopía, que se pueden conseguir muchas cosas.

Gracias al resto de mis amigas y amigos, que me han apoyado en estos años. En especial, gracias a Vicky, por todas esas charlas que compartimos y que tanto disfruto. Y gracias a César, por todas esas tardes en las que arreglamos el mundo con debates sociopolíticos que tanto nos gustan. Gracias también a Patri (Gamo), por enseñarme a sacar siempre fuerzas y seguir adelante por muy mal que vayan las cosas.

Gracias al resto de gente que se ha ido cruzando en mi camino y se ha terminado haciendo un hueco en mi vida: Aida, Cris, María... Y tantas otras personas que han trabajado conmigo y que han llegado a ser más que simples compañeros y compañeras de trabajo. Gracias incluso a gente que, por circunstancias, ya no está en mi vida; porque en su momento fueron importantes y no sería quien soy hoy en día si no me hubiera cruzado con ellos en algún momento, aunque ya no estén a mi lado.

Por último, pero para nada menos importante, gracias a mi pareja, Dani. Gracias por la paciencia de todos estos años, hasta que al fin ha salido esta Tesis. Gracias por tus ánimos en momentos bajos. Gracias por creer siempre en mí y en que podría conseguirlo. Gracias por escuchar lo que muchas veces parecían locuras, aún sin entender del todo lo que decía, porque me ayudaban a pensar en voz alta. Gracias por dejarme volar libre, pero saber avisarme cuando me estaba alejando demasiado para que no me perdiera. Gracias, porque sin ti a mi lado, animándome, nunca hubiera llegado tan lejos.

A Dani,

*Porque eres tú
Mi Revolución*

ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS, FIGURAS Y GRÁFICOS.....	15
Índice de Tablas.....	15
Índice de Figuras.....	15
Índice de Gráficos.....	16
LISTADO DE ABREVIATURAS	17
Resumen.....	20
Abstract.....	21
CAPÍTULO I ► INTRODUCCIÓN.....	23
1. ¿QUÉ VAMOS A INVESTIGAR EN ESTA TESIS?.....	24
1.1. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LA TESIS Y PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	24
1.2. OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA.....	30
1.3. ESTADO DE LA CUESTIÓN	33
1.3.1. Reflexiones en torno a la discapacidad	33
1.3.2. Reflexiones en torno a la enfermedad mental	60
CAPÍTULO II ► DIVERSIDAD FUNCIONAL (TODAVÍA COMÚNMENTE CONOCIDA COMO DISCAPACIDAD).....	77
1. ¿POR QUÉ PARTIMOS DE ESTE CAMPO?	78
2. EL CONSTRUCTO SOCIAL DE LA DISCAPACIDAD: DE LA INVISIBILIDAD A LA DIVERSIDAD FUNCIONAL	81
2.1. PRIMERA ETAPA: EL MODELO CLÁSICO (MODELO DE LA PRESCINDENCIA).....	83
2.1.1. Marco histórico del modelo clásico.....	83
2.1.1.1. El modelo clásico de la discapacidad en la prehistoria y la antigüedad.....	85
2.1.1.2. El modelo clásico de la discapacidad en la época clásica.....	94
2.1.1.3. El modelo clásico de la discapacidad en la Edad Media y el Renacimiento	99

2.1.2. El fin de una era: la obsolescencia del modelo clásico de la discapacidad.....	101
2.1.2.1. Repercusiones del modelo clásico en la actualidad	102
2.2. SEGUNDA ETAPA: EL MODELO MÉDICO (MODELO MÉDICO-INSTITUCIONAL).....	105
2.2.1. La Modernidad como punto de inflexión histórico: transición del modelo clásico al modelo médico de la discapacidad.....	105
2.2.2. El nacimiento de la clínica	108
2.2.2.1. Medicina y discapacidad: de la explicación a la sumisión	118
2.2.3. La perdurabilidad de esta era: repercusiones del modelo médico en la actualidad	128
2.2.3.1. La aparición del modelo social de la discapacidad: el fin de la hegemonía del modelo médico.	133
2.3. TERCERA ETAPA: EL MODELO SOCIAL (MODELO MODERNO-CRÍTICO).....	135
2.3.1. El nuevo paradigma emergente sobre la discapacidad	135
2.3.2. Marco histórico del modelo social: de la segunda mitad del siglo XX hasta la actualidad.....	140
2.3.3. El inicio de una nueva mirada.....	142
2.3.3.1. El modelo social de la discapacidad en España.....	146
2.3.4. Cómo hacer cosas con palabras	150
2.3.4.1. De la discapacidad a la diversidad funcional.....	159
2.3.5. El paradigma de la diversidad funcional.	162
3. CONCLUSIONES E INCONCLUSIONES SOBRE LA DIVERSIDAD FUNCIONAL	166
CAPÍTULO III ► LA ENFERMEDAD MENTAL.....	171
1. ¿POR QUÉ HABLAR DE SALUD MENTAL PARA ESTUDIAR LA ENFERMEDAD MENTAL?.....	172
2. EL CONSTRUCTO SOCIAL DE LA ENFERMEDAD MENTAL.....	175
2.1. LA SUSTANCIACIÓN DE LO INTANGIBLE	175
2.2. LA INVISIBILIZACIÓN DEL CUERPO EN SALUD MENTAL.....	176
2.2.1. El cuerpo como receptáculo activo de lo social	178
2.2.2. El cuerpo en Psiquiatría.....	179

2.3. CONDENSANDO EL CUERPO DE LA ENFERMEDAD MENTAL.....	181
3. LA PSIQUIATRÍA Y EL <i>DSM</i> : <i>MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES</i>	183
3.1. SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL.....	183
3.2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA PSIQUIATRÍA	185
3.2.1. La Psiquiatría como disciplina consolidada	190
3.2.2. La evolución histórica del <i>DSM</i>	191
3.3. PERSPECTIVAS SOCIOLOGICAS SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL.....	194
3.4. CRÍTICAS A LA PSIQUIATRÍA.....	198
3.4.1. La antipsiquiatría.....	201
3.5. SUPERANDO EL CAPACITISMO DE LA ENFERMEDAD MENTAL.....	204
4. CONCLUSIONES E INCONCLUSIONES SOBRE LA ENFERMEDAD (Y LA SALUD) MENTAL.....	209
CAPÍTULO IV ► METACONCLUSIONES	213
1. ¿QUÉ NOS FALTA?	214
BIBLIOGRAFÍA	232
ANEXOS	243
ANEXO I ► Índice del <i>DSM-I</i> (1952).....	244
ANEXO II ► Índice del <i>DSM-II</i> (1968).....	250
ANEXO III ► Índice del <i>DSM-III</i> (1980).....	257
ANEXO IV ► Índice del <i>DSM-IV</i> (1994).....	266
ANEXO V ► Índice del <i>DSM-I</i> (2014).....	282

ÍNDICE DE TABLAS, FIGURAS Y GRÁFICOS

Índice de Tablas.

Tabla 1. La concepción social de la discapacidad a lo largo de la historia a través de sus diferentes modelos.....	82
Tabla 2. Síntesis del enfrentamiento ante la deficiencia en la prehistoria.....	86
Tabla 3. Síntesis del enfrentamiento ante la deficiencia en la antigüedad.....	90
Tabla 4. Síntesis del enfrentamiento ante la deficiencia en la antigüedad clásica.....	95
Tabla 5. Síntesis del enfrentamiento ante la deficiencia en la edad media, el primer renacimiento y la reforma.....	99
Tabla 6. Comparación del modelo clásico de la discapacidad frente al modelo médico.....	109
Tabla 7. Resumen de las técnicas de control de cuerpo que Foucault describe en <i>Vigilar y castigar</i>	117
Tabla 8. Comparación del modelo médico de la discapacidad frente al modelo social.....	124
Tabla 9. Recopilación de las principales leyes y acuerdos en materia de discapacidad.....	131
Tabla 10. Comparación del modelo social británico y estadounidense.....	145
Tabla 11. Definición de los conceptos “deficiencia”, “discapacidad” y “minusvalía” en la CIDDM.....	151
Tabla 12. Etapas de la atención al enfermo mental de acuerdo a la evolución del pensamiento social.....	189

Índice de Figuras.

Figura 1. Descripción gráfica de los diferentes niveles de estudio o campos temáticos en forma de “reloj de arena” y su vista aérea.....	27
Figura 2. Descripción gráfica de los diferentes procesos de estudio de la Sociología de la Discapacidad en forma de “reloj de arena”.....	29
Figura 3. Escultura original de madera de los Tres Monos Sabios del Santuario de Toshogu, construido entre 1634 y 1636 en Nikko (Tochigi – Japón).....	79

Figura 4. Representación de la discapacidad en cerámica precolombina del área de Tumaco (Nariño – Colombia).....	87
Figura 5. Cráneo con trepanaciones del 3.500 a.C.....	88
Figura 6. Anciana china mostrando sus pies de loto.....	91
Figura 7. Mano de hombre chino con las uñas largas, incapacitando su movilidad.....	91
Figura 8. Sacerdote egipcio con polio.....	92
Figura 9. Ecuación del plusvalor.....	113
Figura 10. Clasificación de las especialidades médicas.....	119
Figura 11. Ciclo del avance científico según la teoría de Kuhn.....	136
Figura 12. Esquema del gap.....	157
Figura 13. Avance en espiral sobre el conocimiento científico en el campo de la discapacidad, hasta llegar al momento actual sobre la diversidad funcional.....	163
Figura 14. Esquema de la evolución de términos con la que se designa el objeto de estudio y, por tanto, la idea que se adscribe.....	168
Figura 15. Línea temporal desde 1900 hasta la actualidad, marcando la aparición de las diferentes ediciones del <i>DSM</i> y el <i>CIE</i>	192

Índice de Gráficos.

Gráfico 1. Comparación de la tasa de actividad entre personas con y sin discapacidad.....	112
--	-----

LISTADO DE ABREVIATURAS

ABVD's: Actividades Básicas de la Vida Diaria.

APA: American Psychiatric Association (traducido, Asociación Americana de Psiquiatría).

ASPACE: Federación Española de Asociaciones de Atención a las Personas con Parálisis Cerebral.

BOE: Boletín Oficial del Estado.

CDC: Centers for Disease Control and Prevention (traducido, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades).

CDS: Centre for Disability Studies (traducido, Centro para el Estudio de la Discapacidad).

CEE: Comunidad Económica Europea.

CERMI: Comité Español de Representantes de Minusválidos (actualmente, Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad).

CIDDM: Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías.

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud.

CNSE: Confederación Estatal de Personas Sordas.

COCEMFE: Confederación Española de Personas con Discapacidad Física.

DEEL: Diccionario Etimológico Español en Línea.

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (traducido, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales).

FEAPS: Confederación Española de Organizaciones a Favor de las Personas con Discapacidad Intelectual.

FIAPAS: Confederación Española de Familias de Personas Sordas.

FSH: Hormonas Foliculostimulantes.

FVI: Foro de Vida Independiente.

IMC: Índice de Masa Corporal.

IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

INICO: Instituto para la Integración en la Comunidad.

IQ: del alemán *intelligenzquotient*, es el cociente intelectual o coeficiente intelectual (también abreviado como CI).

LGD: Ley General de los Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social.

LGTB: Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales.

LH: Luteinizante.

LIONDAU: Ley de Igualdad, No Discriminación y Accesibilidad Universal.

LISMI: Ley de Integración Social de los Minusválidos.

MVI: Movimiento de Vida Independiente.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONCE: Organización Nacional de Ciegos Españoles.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

RAE: Real Academia Española.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

TBM: Tasa Bruta de Mortalidad.

TIC's: Tecnologías de la Información y la Comunicación.

TOC: Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

TVT: Teoría del Valor-Trabajo.

UE: Unión Europea.

UPIAS: Union of Physically Impaired Against Segregation (traducido, Unión de Personas con Discapacidad Física contra la Segregación).

URSS: Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas.

Resumen

En la presente Tesis Doctoral vamos a estudiar la enfermedad mental desde una perspectiva social. Esto no es muy común, ya que la enfermedad mental se ha estudiado mayormente desde un enfoque meramente médico, obviando otras visiones que aporten luz a la cuestión desde otros ángulos. La importancia del presente trabajo de investigación reside, pues, precisamente en que incidiremos sobre otro punto de vista menos conocido de la temática en cuestión, pero igual de importante para entenderla, como veremos.

El punto de partida sería el campo de la discapacidad, en el que está contenido el campo de la enfermedad mental. Desgranaremos cómo la discapacidad es un proceso social, construido, siempre acorde a la norma social imperante en cada momento histórico; y cuya concepción ha cambiado a lo largo del tiempo hasta llegar a la idea que tenemos hoy en día sobre la misma.

Del mismo modo, la enfermedad mental, como tipo específico de discapacidad, sigue un proceso parejo de evolución. La Psiquiatría sería la disciplina médica que decide lo que se considera y no se considera hoy en día trastorno mental, dejando constancia a través del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés)*, que a pesar de ser elaborado con el presupuesto rigor científico de los autores expertos en la materia, evoluciona con el tiempo y excluye aquellos trastornos que socialmente ya no se consideran una enfermedad, como ocurre con el caso de la homosexualidad.

Solo entendiendo que el campo de la discapacidad, y más en concreto en este caso el de la enfermedad mental, son formados de una determinada manera, y no de otra, por la sociedad, podemos comenzar a (re)construirlos de manera más completa (contando con la visión sociológica, habitualmente marginada por la medicina); y comenzar a trabajar con este colectivo de personas de una manera más efectiva, contando con ellos mismos para decidir sobre su futuro.

Palabras clave

Discapacidad; diversidad funcional; enfermedad mental; trastornos mentales

Abstract

In this Doctoral Thesis we are going to study mental illness from a social perspective. This is not very common, since mental illness has been studied mostly from a purely medical approach, ignoring other visions that shed light on the issue from other angles. The importance of this research work lies, then, precisely in the fact that we will focus on another lesser-known point of view of the subject in question, but just as important to understand it, as we will see.

The starting point would be the field of disability, in which the field of mental illness is contained. We will break down how disability is a social process, constructed, always in accordance with the prevailing social norm at each historical moment; and whose conception has changed over time until reaching the idea that we have today about it.

Similarly, mental illness, as a specific type of disability, follows a similar process of evolution. Psychiatry would be the medical discipline that decides what is considered and is not considered a mental disorder today, stating through the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, which despite being elaborated with the assumptions of scientific rigor of expert authors in the field, it evolves over time and excludes those disorders that are no longer socially considered a disease, as in the case of homosexuality.

Only by understanding that the field of disability, and more specifically in this case that of mental illness, are formed in a certain way, and not in another, by society, can we begin to (re)construct them more completely (counting on the sociological vision, usually marginalized by medicine); and start working with this group of people in a more effective way, relying on themselves to decide on their future.

Keywords

Disability; functional diversity; mental illness; mental disorders

I

INTRODUCCIÓN

En este capítulo vamos a despuntar las ideas que veremos con más profundidad entre los capítulos II y III del presente proyecto. Sirva esta introducción como primera toma de contacto de las ideas generales que se abordarán a lo largo de las siguientes páginas. Se realiza así una revisión del estado de la cuestión, con los objetivos e hipótesis que promueven la presente Tesis Doctoral, para construir un esquema que sirva de mapa mental por el que moverse sobre lo que desarrollaremos en cada uno de los apartados consiguientes del presente trabajo de investigación.

1. ¿QUÉ VAMOS A INVESTIGAR EN ESTA TESIS?

1.1. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LA TESIS Y PLANTEAMIENTO TEÓRICO.

La presente Tesis Doctoral es el resultado de muchos años de investigación en el ámbito de la discapacidad¹. Resulta sumamente complicado resumir un trabajo de investigación de tal extensión y envergadura; sin embargo, esa es, precisamente, la intención de estas páginas, un intento de síntesis de los conocimientos adquiridos durante el transcurso de todos estos años de investigación.

Nuestra vida cotidiana nos enfrenta a infinidad de problemas, de naturaleza social, cultural, histórica, a los que hemos de dar respuesta; la Sociología puede ofrecer una comprensión teóricamente fundada de tales problemas, a partir de la cual proponer posibles soluciones a los mismos. No obstante, no todos esos problemas, aun implicando dimensiones de naturaleza social, han sido formulados, como tales, desde una perspectiva sociológica, cual es el caso de la salud y enfermedad mental, reducidas exclusivamente a una concepción médica en la que son los factores biológicos los que adquieren valor explicativo, en detrimento de los sociales, tradicionalmente considerados ajenos a la naturaleza de problemática

Es por esto que el área de estudio que se aborda en este proyecto es una novedad en sí misma, ya que lo que se pretende investigar es la enfermedad mental, encuadrándola en un campo más amplio, el de la discapacidad / diversidad funcional, desde una perspectiva sociológica, poniendo así en cuestión la preeminencia y exclusividad de la ciencia médica como única mirada certificada en la materia.

Aun siendo la temática principal de la presente Tesis Doctoral la enfermedad mental, el estudio ha de comenzar con el campo más amplio que, desde una óptica sociológica, la encuadra, el campo de la discapacidad, concebida como un fenómeno social, dentro del cual la enfermedad mental constituiría un subcampo específico. Una aproximación sociológica al campo de la discapacidad nos permite desarrollar una visión de conjunto con la que

¹ Aunque muchas partes del texto hacen alusión a este concepto, el término adecuado sería «diversidad funcional», en tanto que alude a la variedad de funciones y capacidades existentes de las personas, todas igualmente válidas, mientras que el término discapacidad señala la falta de capacidad. La propia investigación que aquí se plantea nos llevará a hablar en otros términos como el que ahora señalamos, pero debemos comenzar, inevitablemente, hablando de discapacidad.

poder abordar ulteriormente la temática concreta de nuestro interés. Teniendo esto en cuenta, es importante clarificar la estructura y organización de la Tesis Doctoral, que establece el hilo conductor y la coherencia de las ideas que son desarrolladas en los distintos capítulos del texto: es necesario afianzar cada paso previo para dar el siguiente, e ir así asentando, en un proceso secuencial —pero, al mismo tiempo, recursivo y no lineal— el marco teórico que se pretende desarrollar. Por ello, vamos a tratar de explicar con cierto detenimiento el planteamiento de este trabajo de investigación, para establecer una guía de referencia de lo que será tratado en los siguientes apartados y de la forma en la que están organizados.

Siguiendo la lógica explicativa que apuntábamos, nuestro punto de partida es la discapacidad. Como fenómeno, ésta ha sido tradicionalmente concebida desde una perspectiva médica, eludiendo cualquier tipo de consideración de naturaleza sociológica. Sin embargo, si asumimos que la discapacidad no se reduce exclusivamente a su naturaleza fisiológica, sino que, más bien, sería el resultado de la interacción entre las condiciones individuales de la persona, que remiten en primera instancia, aunque, veremos, no exclusivamente, a ese substrato (la deficiencia) y el entorno social en el que ésta vive, emerge una dimensión del fenómeno de naturaleza social, cuya importancia, en la configuración del mismo, hace pertinente una aproximación sociológica. Más aún si se puede demostrar que es el entorno el que, en gran medida, “produce” esas condiciones individuales, que ya no pueden, entonces, ser concebidas como “naturales”.

No podemos pretender creer que el mundo que nos rodea existe sin más. Muchas de las cosas que nos parecen lógicas y naturales hoy en día, son realidades construidas a través del sedimento del conocimiento acumulado a lo largo del tiempo sobre ellas. Los procesos históricos conforman el mapa conceptual en el que nos movemos, describiendo la realidad en la que nos desarrollamos y configurando las ideas que, sin ser plenamente conscientes de ello, configuran el imaginario social.

La salud mental, y por ende la enfermedad mental, no es una excepción a esta evolución histórica a la que nos referimos. Para comprender la enfermedad mental hoy en día, hemos de ahondar en los procesos históricos que la han conformado hasta el presente, y de ese modo poder entender el trato que se da a las personas que conforman este colectivo en la actualidad. Sin embargo, como apuntábamos previamente, hemos de contextualizarla la salud y la enfermedad mental en el campo más amplio de la discapacidad.

Estudiar cómo el fenómeno de la discapacidad era considerado desde épocas en las que ni si quiera el propio concepto existía, en sociedades primitivas, pudiera parecer exagerado; pero lo cierto es que algunas prácticas que quizá se consideren hoy en día aberrantes y que resultan muy lejanas en

el horizonte temporal, se han retomado con una sorprendente naturalidad en algunos momentos contemporáneos, debido quizá a que, precisamente, ya antes, en algún momento de la historia precedente, se habían dado hechos similares en cuanto al trato brindado a las personas con discapacidad.

Especial importancia en esta evolución histórica del fenómeno de la discapacidad tiene, como se ha apuntado, la ciencia médica, ya que impone su concepción, instituida como definición normativa, sobre la cuestión objeto de estudio y justifica, a partir de la misma, las prácticas que se llevan a cabo para con estas personas. Veremos más adelante que la Medicina no solo tiene poder en su propio ámbito de competencia, como sería lógico, sino que excede sus límites normativos para imponerse a un nivel social mucho más amplio.

La ciencia médica define y cataloga, o utilizando su propia jerga: diagnóstica. Todo lo que se considera, y por ende, también aquello que no se considera, en este caso enfermedad mental, está descrito en el *DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, por sus siglas en inglés²), que desde su primera versión en 1952 ha publicado cinco ediciones, actualizando la enumeración de trastornos que indican lo que es y no es enfermedad mental en cada uno de ellos, hasta llegar a la última y más reciente publicación de este *vademecum* en 2013. Baste ahora simplemente señalar este hecho en el que entraremos con mucho más detalle a lo largo de los siguientes capítulos por su importancia en nuestra construcción teórica.

Esto demuestra que el tipo de trastornos que se consideran como tales no son algo estable, como el descubrimiento de un nuevo elemento químico que se añade a la tabla periódica, sino que varían a lo largo del tiempo dependiendo de las condiciones sociales y del momento específico en el que se plantean estas diferentes clasificaciones por parte la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Por ejemplo, la homosexualidad ha sido patologizada durante muchas décadas y, como tal, estaba catalogada en versiones anteriores del *DSM*, pero hace ya algunas décadas que la APA decidió retirarle ese estatus de enfermedad. Dado que no es una “enfermedad erradicada”, como la viruela, la decisión se basó en presiones sociales que reivindicaban la necesidad de dejar de considerarse como tal; aunque la pauta que lo marcó como determinante fue la Psiquiatría, como saber médico especializado en la enfermedad mental, excluyéndola de su listado.

Siendo la enfermedad mental un tipo de discapacidad, entre otros, es lógico que comencemos estudiando en primera instancia este campo, ya que una vez profundizada la materia podremos aplicar las ideas que desarrollemos sobre el área de la enfermedad mental en concreto. A su vez, podríamos dar un paso más, focalizando la atención en uno (o en cada uno) de los trastornos mentales concretos existentes, considerando éstos como aquellos enumerados

² *DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.*

en el *DSM*, por lo que, por tanto, podría aplicarse también esta perspectiva sociohistórica que ayudaría a comprender por qué se los considera un problema médico en la actualidad. Diversos autores, como José Luis Moreno Pestaña (2010) o Esteban Sánchez Moreno (2002a), así lo han hecho con la anorexia y la depresión respectivamente, por poner solo un par de ejemplos.

Conformamos así un proceso deductivo en el que partimos de una idea general (la discapacidad) para desgranarla y centrarnos en otra más concreta (la enfermedad mental), que a su vez podría focalizarse en un punto preciso (trastorno mental determinado). Gráficamente, podemos pensarlo imaginando un reloj de arena (Figura 1), donde la capa de arena superior sería el campo de la discapacidad (Capítulo II del presente trabajo), que obliga y empuja al resto de arena a caer por su propio peso. La capa intermedia de arena sería el campo de la enfermedad mental (que desarrollaremos en el Capítulo III de esta Tesis Doctoral), siendo este el grupo importante del corpus teórico que vamos a desarrollar. Finalmente, todo confluye y pasa por el ojo del reloj, que en este caso sería cualquier trastorno específico en el que se podrían aplicar las ideas que desarrollaremos.

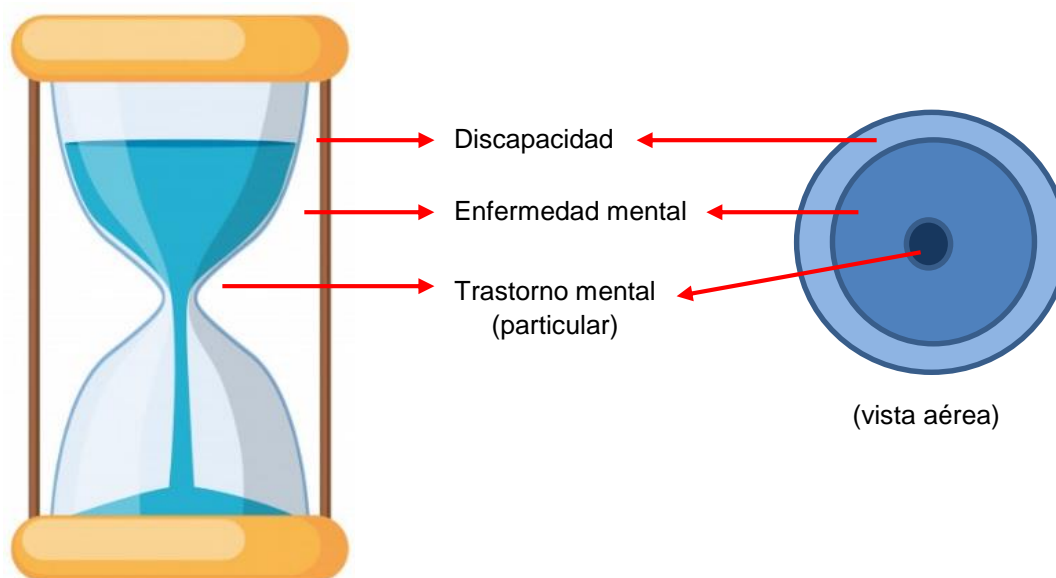


Figura 1. Descripción gráfica de los diferentes niveles de estudio o campos temáticos en forma de “reloj de arena” y su vista aérea.
Fuente: elaboración propia.

El inicio obligado, en consecuencia, nos lleva a profundizar en el análisis de la discapacidad como marco más amplio de referencia para situar el fenómeno específico de la enfermedad mental. Y si aún se duda de la importancia de un desarrollo exhaustivo de este campo, mirando el reloj desde arriba, se observarán círculos concéntricos en cuyo epicentro podría ponerse cualquiera de los reconocidos como trastornos mentales, que al final son

construidos de la misma manera que veremos que es construida la discapacidad y a su vez la enfermedad mental.

Aplicar una visión sociológica a la enfermedad mental supone desarrollar un método que teóricamente aporte nuevas ideas al campo objeto de estudio para nutrirlo, creando un sustrato rico más allá de la simple descripción y catalogación como viene haciendo la ciencia médica. Las condiciones sociales pueden influir en la producción de las discapacidades, y éstas, a su vez, determinar las condiciones sociales de existencia del individuo (Abberley, 2008). De este modo surge lo que podría llamarse una Sociología de la Discapacidad, que la considera una variable estratificadora relevante en el análisis social, analizando las desigualdades sociales que se producen por motivos de discapacidad. Inevitablemente, para comprender en profundidad qué sucede en el campo de la discapacidad, se torna necesario contar con las vivencias de las propias personas afectadas, por lo que hay que tener en cuenta su discurso, para que la teoría no sea una mera descripción de la realidad desde otra perspectiva alternativa a la mirada médica hasta ahora predominante.

Es por ello que no se trata solo de desarrollar un proceso deductivo como el que señalábamos anteriormente, a través del cual discurrimos de una idea general a otra más particular. Dado que en última instancia todos esos trastornos mentales existentes les suceden a unas personas, individuos con opinión sobre su propia situación y el trato recibido, y dado que ahí es precisamente donde reside la importancia de la perspectiva sociológica que queremos construir en torno a la enfermedad mental; la Sociología, a diferencia de la Medicina, dará voz a los propios implicados para tener información de primera mano sobre la situación real que vive este colectivo, porque son ellos mismos quienes mejor lo van a poder contar. No se trata, entonces, solo de ese proceso deductivo del que hablábamos, sino que tomando en consideración el discurso de las propias personas con enfermedad mental se podría confrontar el mismo con la teoría sociológica desarrollada, completando de esta manera la visión sobre el asunto. La Figura 2 es una descripción gráfica de los diferentes procesos de estudio de la Sociología de la Discapacidad.

En este proceso se prestará especial relevancia al lenguaje, ya que la carga semántica de los conceptos que utilizamos es importante para el análisis que aquí se plantea. En otras palabras, es importante hablar de cómo hablamos, porque no se trata solo de palabras sin más, ya que los conceptos utilizados generan ideas en el imaginario social que sirven de representación simbólica de aquello que se menciona. Hablaremos de discapacidad, pero veremos que no siempre se ha utilizado dicho término (que literalmente significa sin capacidad), ya que anteriormente diferentes conceptos han sido los elegidos para designar esta realidad social en otros momentos de la historia. Términos que hoy en día siguen en uso en el vocabulario común,

aunque quizá puedan resultarnos bruscos, incómodos o incluso políticamente incorrectos, pero cuyo uso tampoco nos sorprende o los cuales no descartamos por completo, precisamente por reiteración a lo largo del tiempo, como “minusvalía” (menos válido). Y es que los términos para designar en el pasado al colectivo, y por supuesto los que seguimos utilizando hoy en día, no son inocuos: describen, como decíamos, la realidad a la que hacen referencia, y cada uno de esos conceptos aporta connotaciones, en este caso negativas, a las que muchas veces no prestamos la atención que se merecen parándonos a repensarlos con más detenimiento. Finalmente veremos que los conceptos evolucionan acorde a la norma social dominante en cada momento histórico concreto.

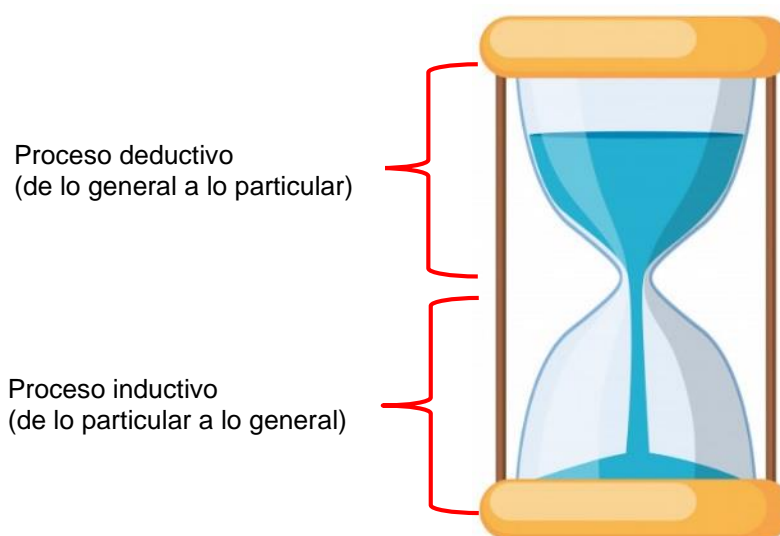


Figura 2. Descripción gráfica de los diferentes procesos de estudio de la Sociología de la Discapacidad en forma de “reloj de arena”.
Fuente: elaboración propia.

Por último, cabe señalar que los motivos por los que resulta interesante estudiar el tema que aquí se plantea son variados, aunque igualmente importantes. En primer lugar, resulta un terreno insuficientemente explorado por la Sociología, ya que no se ha ocupado, o al menos no es profundidad, de este ámbito en el que, como vemos, sí tiene cabida. No es que la Sociología no se haya interesado por ello, pero la Medicina ha ocupado durante demasiado tiempo el lugar privilegiado desde el cual facilitar las explicaciones procedentes sobre la materia, y ha sido (y sigue siendo) difícil justificar la necesidad de aportar luz a los resquicios que esa mirada médica no llega a alumbrar, pues para según qué cuestiones su determinación biologicista se agota en sí misma. Podría decirse entonces, que existe una necesidad de completar de este modo la teoría existente. Además, la visión sociológica sobre la materia ayudará al colectivo de personas diagnosticadas con alguna enfermedad mental a definirse a sí mismo, contando con más variables que la mera merma fisiológica y/o la herencia biológica. Si la enfermedad mental se convierte en un problema social, es objeto pertinente de estudio por parte de la Sociología.

1.2. OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA.

Esta investigación pretende analizar cómo la enfermedad mental, encuadrada en el campo más amplio del que parte, el de la discapacidad, ha sido construida socialmente. En última instancia, esto le sucede a unas personas, que ocupan un lugar determinado dentro del ámbito social en el que vivimos y nos desarrollamos con otros, aunque no precisamente semejantes, puesto que las personas con enfermedad mental, y con discapacidad en general, quedan en una posición de desigualdad en muchos ámbitos de su vida como el educativo o el laboral.

Es por esto que, antes de comenzar este proyecto, y durante su desarrollo, surgieron múltiples interrogantes a los que se pretende contestar con este trabajo. Señalo a continuación algunos de ellos, exponiendo posteriormente los objetivos e hipótesis¹ que guiarán la presente investigación en base a dichos interrogantes:

- ¿Qué les sucede a las personas catalogadas con algún tipo de discapacidad en el ámbito social?
- ¿Se encuentran estas personas en una situación diferente por su condición respecto a aquellas otras personas que no tienen discapacidad?
- ¿Es la discapacidad una variable de desigualdad social que no se está considerando en los análisis de estudio habituales sobre ello?
- ¿Se tiene en cuenta las vivencias de las personas con discapacidad para el análisis de su propia situación?
- ¿Por qué la teoría médica cobra mayor importancia para la explicación de la realidad social de este colectivo?
- ¿Qué pretende la Medicina con su actuación sobre estas personas?

Dado que el ámbito de estudio concreto es la enfermedad mental, pero partimos de ese campo más amplio de la discapacidad, como indicábamos; todas estas preguntas tienen su semejanza cuando hablamos del campo de la enfermedad mental en particular:

- ¿Qué les sucede a las personas catalogadas con algún tipo de enfermedad mental en el ámbito social?

¹ Estas ideas ya se recogían en el artículo *Construyendo una Sociología Clínica de la Enfermedad Mental* (Cano Esteban, 2018). Si bien el planteamiento de la Tesis Doctoral ha variado desde entonces en algunos aspectos, los objetivos e hipótesis que guían el presente proyecto de investigación no han sufrido modificaciones sustanciales desde su comienzo.

- ¿Se encuentran estas personas en una situación diferente por su condición respecto a aquellas otras personas que no tienen ninguna enfermedad mental?
- ¿Es la enfermedad mental una variable de desigualdad social que no se está teniendo en cuenta en los análisis de estudio habituales sobre ello?
- ¿Se tiene en cuenta las vivencias de las personas con enfermedad mental para el análisis de su propia situación?
- ¿Por qué la teoría médico-psiquiátrica cobra mayor importancia para la explicación de la realidad social de este colectivo?
- ¿Qué pretende la Psiquiatría con su actuación sobre estas personas?

Debido a estos interrogantes, el objetivo general que guía el presente proyecto es investigar la enfermedad mental desde una perspectiva social para ver cómo ha sido construida desde estos parámetros. La consideración que se tiene de la misma tiene una explicación desde el terreno de la Sociología.

A su vez, dicho objetivo se subdivide en una serie de objetivos específicos, que ayudarán a la consecución del primero, de forma que resulte más sencillo aproximarnos al tema objeto de estudio. Los objetivos específicos que se plantean son:

1. Analizar la historia de la discapacidad, como campo en el que encuadrar la enfermedad mental, para ver qué cambios se han producido en este ámbito.
2. Estudiar cómo la enfermedad mental ha llegado a ser considerada como tal, en estrecha relación siempre con la norma social imperante de cada momento.
3. Confirmar la aplicabilidad de las ideas desarrolladas en los trastornos mentales concretos existentes.

Estos objetivos se proponen para construir un marco teórico sobre el tema que estudiaremos. Algo totalmente necesario, debido a la carencia teórica de este campo desde una perspectiva sociológica, como ya apuntamos páginas atrás.

Las hipótesis de partida bajo las que se ampara nuestro estudio, son a la vez un motivo de por qué es relevante investigar el tema que aquí se explicita, que a su vez justifica el modo organizativo de estudio que se propone. Aunque ya hemos dejado entrever los pensamientos que suscitan nuestro interés por el estudio de la enfermedad mental desde un punto de vista social, no está de más recopilar las ideas de las que partimos para construir el presente proyecto:

- La enfermedad mental es un constructo social, en tanto que el tipo de trastornos que se consideran como tal ha variado a lo largo del tiempo, dependiendo de las condiciones sociales del momento específico en el que se plantean las distintas clasificaciones de lo que se considera y no se considera trastorno mental.
- Las personas diagnosticadas con alguno de estos trastornos son estigmatizadas socialmente, pudiendo llegar a la exclusión social por la incompreensión que genera su trastorno.
- Algunas estructuras sociales (como el discurso médico, la educación, el ámbito laboral...) ayudan a la “creación” y perpetuación de este tipo de trastornos.

Como en toda investigación, la metodología que se propone para este proyecto se deriva de los objetivos de nuestro estudio. Para poder cubrir los objetivos que acabamos de exponer, se ha hecho una revisión bibliográfica de estudios e informes acerca de la discapacidad desde una perspectiva sociológica, y de igual manera, posteriormente, sobre la enfermedad mental.

Así pues, los objetivos formulados en nuestra investigación justifican la utilización de una estrategia metodológica cualitativa. Puesto que la elección de un diseño de este tipo, en el que se propone un análisis bibliográfico y documental de esta envergadura, siempre ha de estar ajustado, necesariamente, a los objetivos que marcan la investigación que llevamos a cabo. Dicho de otro modo, los objetivos formulados son alcanzables utilizando esta metodología. Y si bien esto debe realizarse en cualquier investigación, además aquí nos proporcionará la construcción de una base teórica sobre la materia que no está cimentada desde la Sociología, por lo que se torna necesario construirla.

Si bien la Sociología no es completamente nueva en el tema de la enfermedad mental, sí es solo una alumna iniciada en la materia en comparación con otras disciplinas que se han centrado en la enfermedad mental de una forma mucho más abrupta, hasta el punto de incluso “adueñarse” de este ámbito, mirando con recelo a aquellas otras disciplinas, entre las que se señalaría a la Sociología, que intentan comprender la enfermedad mental con su propia mirada. Es por esto que la revisión bibliográfica de la materia, para construir esa parte teórica de la que venimos hablando, tiene una especial relevancia, ya que resulta importante asentar unas bases teóricas para que se entienda de qué estamos hablando.

Empezar este trabajo desde cero era muy ambicioso, así que decidimos apoyarnos en un campo de estudio más desarrollado por la Sociología, como es el de la discapacidad: coger sus ideas principales y aplicarlas al caso

particular de la enfermedad mental, pues al fin y al cabo, la discapacidad psíquica (lo que llamamos «el campo de la enfermedad mental») es una forma de discapacidad). Así pues, se realiza ese proceso deductivo que apuntábamos anteriormente para pasar de la idea general de la discapacidad a una más delimitada como es la enfermedad mental.

En este proceso, hay que contar con la visión de las propias personas implicadas, ya que si no tomamos en consideración a los propios interesados e interesadas, caemos en la misma trampa que el discurso médico en el cual son los especialistas los que se imponen como expertos en la materia. No se puede estudiar un colectivo sin contar con dicho colectivo, pues son ellos mismos los que más saben sobre su situación: debemos escuchar sus voces para aprender de ellos, no hablar por ellos.

1.3. ESTADO DE LA CUESTIÓN.

1.3.1. Reflexiones en torno a la discapacidad.

Como apuntábamos al comienzo de esta introducción, nuestro objeto principal de estudio, esto es, la enfermedad mental, está contenido dentro de un marco de referencia, como es el de la discapacidad, que servirá para exponer las ideas principales que posteriormente aplicaremos sobre la enfermedad mental. Es por esto por lo que se torna necesario estudiar en primera instancia el ámbito de la discapacidad, y conocer cómo el proceso histórico evolutivo ha derivado en la concepción de la misma que tenemos actualmente.

Esta Tesis Doctoral es una invitación a reflexionar sobre la construcción social, cultural e histórica de las categorías sociales que conforman la discapacidad, ahondando en sus procesos de definición a través de la condición temporal y cambiante de los mismos. La discapacidad ha surgido como una dimensión significativa en el conocimiento sobre la exclusión social; y conocer la evolución histórica de la concepción social de la discapacidad y el trato que estas personas recibían, y siguen recibiendo, nos permitirá situar con más precisión el fenómeno en la actualidad, a la vez que nos ayude a comprender el imaginario social que opera hacia el colectivo en nuestros días. Por esto, es interesante profundizar en el desarrollo histórico de la discapacidad, puesto que como se probará, es un constructo social, en el que son las estructuras sociales las que limitan las capacidades de los individuos

con discapacidad y no la persona con diversidad funcional la que tiene una limitación en sí misma.

En sociedades primitivas hace miles de años, la discapacidad se adscribía al conocido ahora como modelo clásico. Este modelo también es llamado el modelo de la prescindencia porque, como su propio nombre indica, la persona con discapacidad era prescindible desde un punto de vista social. Es decir, se entiende que poco o nada aportan a nivel social y, por eso mismo, se puede dejar de contar con ellos. Dos serían las maneras de hacerlo. Por un lado, la forma suave de prescindencia, mediante el cual simplemente se aparta de manera física a la persona que está en esa situación; pero por otra parte, a través de la manera eugenésica, se terminará con la vida de la persona con discapacidad. En esta segunda forma de prescindencia, los individuos con discapacidad no eran considerados personas, por lo que se optaba por aniquilarlos anteponiendo el interés colectivo por encima del interés individual, lo que propiciaba su eliminación.

En la Edad Media se configura una sociedad con una fuerte presencia religiosa en todos sus ámbitos. Si bien se sigue bajo el paradigma de la prescindencia, la caridad cristiana será la que marque la elección de la forma suave de prescindencia frente a la eugenésica, aunque como veremos, esta segunda forma no será erradicada por completo. La bondad religiosa no permite terminar con la vida de estas personas (“No matarás” dice el quinto mandamiento), por lo que convertirá al colectivo en excluido, apestados indignos de compartir la vida social con el resto de personas, sirviendo a su vez de medio para salvar las almas de los más piadosos a través de las limosnas.

En la Modernidad, la ciencia desplaza a Dios como epicentro de la vida social y política en lo que se conoce como proceso de secularización. Esta transformación, que se extiende desde el siglo XVI hasta principios del siglo XX, con cambios a nivel político, económico y cognitivo; harán que ese primer modelo de la prescindencia evolucione paulatinamente hacia un modelo moderno-institucional, también conocido como modelo médico de la discapacidad. Desde esta perspectiva, se entiende que la discapacidad es un conjunto de causas y efectos que ya no son voluntad divina, sino de carácter natural; y la razón de la discapacidad, ya sea esta congénita (de nacimiento) o adquirida a lo largo de la vida, se encuentra en una deficiencia biológica del organismo, que impide al individuo desarrollar sus capacidad con normalidad.

Por eso será objeto de la emergente ciencia médica que comienza a desarrollarse de forma incipiente en dicha época; ya que la deficiencia (física, sensorial o psíquica), el sustrato fisiológico que le da origen, se asocia al concepto de enfermedad, lo que justifica las prácticas médicas y de asistencia social que se van a realizar para la adaptación y normalización de estos individuos. La emergencia de las sociedades capitalistas ligadas a la

Revolución Industrial consolidó una visión médico-científica de las personas con discapacidad en esta época. Volveremos sobre la cuestión de la normalidad más adelante, ya que la reflexión en torno a este concepto es de gran importancia para el trabajo que aquí nos ocupa.

Puede que en el pasado, la discapacidad resultase una condición largamente indefinida de lo humano; pero a partir del uso de las estadísticas poblacionales, como resultado del surgimiento de los nuevos Estados modernos, y de las definiciones y clasificaciones, en este caso médicas, como resultado de la emergencia de las ciencias que tienen su auge en esta época; la discapacidad adquiere una definición y una clasificación sin precedentes, ya que biológicamente se pueden determinar los parámetros para definir la salud y por tanto la enfermedad, o dicho de otro modo: de lo que se considera normal, estadísticamente hablando, y lo que no lo es.

En las últimas décadas, lo que algunos teóricos catalogan como la Postmodernidad, la discapacidad se explica desde una perspectiva de clara contraposición al modelo médico anterior, en lo que se conocerá como modelo social de la discapacidad o modelo moderno-crítico. A pesar del surgimiento de una nueva representación sobre la discapacidad, el modelo médico sigue siendo el principal referente en este ámbito; aunque en la actualidad vivimos un cambio paradigmático, por lo que podría decirse que el modelo médico se encuentra en pugna por la hegemonía del campo de la discapacidad con este nuevo modelo social del que hablábamos, para el cual la misma estaría causada por el entorno, que es el que *discapacita*. Ahora bien, el modelo social no pretende imponerse como líder explicativo en el ámbito, simplemente señala que en el análisis de la discapacidad, el componente social no ha sido lo suficientemente tenido en cuenta, siendo igualmente válido y necesario su análisis en la materia.

El Capítulo II de esta Tesis Doctoral versa específicamente sobre el campo de la discapacidad, ahondando sobre cómo ha sido construida socialmente, profundizando en cada uno de estos modelos: modelo clásico, modelo médico y modelo social. A continuación, expondremos el estado de la cuestión en el ámbito de la discapacidad para conocer qué se ha hecho con relación al tema de investigación que nos interesa y cuál es el conocimiento existente.

Hemos de comenzar señalando que si bien existen, como hemos visto, tres modelos explicativos sobre la discapacidad, correspondientes a tres momentos históricos diferenciados; no se trata exactamente de fases consecutivas que suceden de forma lineal (Cano Esteban y Rodríguez Díaz, 2015). Los apartados que estudian cada uno de estos modelos, si bien podrían leerse de forma independiente uno por uno y tendrían lógica de manera

individual, están a su vez interconectados entre sí, de tal manera que al leerse en conjunto se obtiene una visión mucho más amplia sobre la temática.

El segundo apunte que debemos señalar es que en la literatura referente al campo de la discapacidad, se menciona siempre el modelo clásico, pero suele pasarse por alto para centrarse en el debate abierto existente entre el modelo médico y el modelo social actualmente. Siendo este un punto débil en la teoría sociológica explicativa de la evolución histórica de la discapacidad, en esta presente Tesis Doctoral se ha querido reforzar concediendo un espacio propio de estudio de este primer modelo (modelo clásico), igual que se hace con los dos posteriores, pues no podemos pretender entender la discapacidad en la actualidad si desconocemos cómo estaba considerada en el pasado, desde el origen, y entender cómo ha ido evolucionando el concepto hasta llegar a cómo lo conocemos en la actualidad.

Historia de las deficiencias (Aguado, 1995) es una excepción a esa falta de interés sobre el modelo clásico por parte de muchos autores, ya que se trata de una monografía que aborda específicamente esta etapa. Además, el autor no adopta únicamente la perspectiva occidental, por lo que se aprecia el mestizaje cultural del mundo contemporáneo aplicado al ámbito de estudio. Aguado compila las ideas de una serie de autores que recogen los extremos opuestos en el trato prestado a las personas con discapacidad en determinadas épocas y lugares dentro del amplio margen histórico del modelo clásico de la discapacidad: la actitud pasiva, en la que la causa de la discapacidad es ajena al ser humano, frente a la actitud activa donde se realizan prácticas para solventarla. Aunque la exclusión de las personas con discapacidad fuera la práctica habitual de este primer modelo clásico o de la prescindencia, gratamente sorprende encontrar otro tipo de hábitos que también se aplican a este colectivo (Palacios y Bariffi, 2007). Esas actitudes pasiva y activa ante la discapacidad justificarán la diferencia de trato brindada a estos individuos, según una u otra visión.

Esta dicotomía en tanto al trato que recibían las personas pertenecientes al colectivo es una muestra más del *continuum* en el que nos movemos en el ámbito de la discapacidad, dualizando posiciones al respecto, a su vez interconectadas entre sí. “La diversidad a la que crecientemente nos hemos acostumbrado está constreñida por su adecuación a ciertos parámetros que dictan si lo diverso concreto de lo que se trate es aceptable o no lo es” (Ferreira y Rodríguez Díaz, 2010: 156). Lo normal y lo patológico en torno a la condición social de la discapacidad siempre ha estado presente: lo sano se considera bueno y normal, a la par que lo enfermo se considera malo y anormal.

La explicación de carácter divino sobre la discapacidad que se da a partir de la Edad Media como consecuencia de la tradición cristiana en Europa, supone asumir que la persona que padece una discapacidad es por voluntad

divina. Dios así lo ha querido como castigo a los pecados cometidos. En esta época, la Iglesia se encuentra en la cúspide del poder social, y sus ideas son permeables a todas las facetas de la vida del individuo; de igual manera que todo lo que sucede remite a una explicación divina, la discapacidad no queda fuera de dicha argumentación. Sí supone un cambio en cuanto a la manera de llevar a cabo ese modelo de la prescindencia, ya que, como indicábamos, se tiende más a la exclusión de las personas sin llegar a acabar con sus vidas; aunque por desgracia, como veremos, esta práctica no desaparece por completo.

Esto supone que la tradición cristiana justifica las prácticas que se llevan a cabo con las personas con discapacidad en esta época. Por un lado, la cara más amable, es que termina con la práctica que sistemáticamente eliminaba a las personas con discapacidad matándolas (eliminando la práctica como hábito constante, aunque no quiere decir que erradicada por completo). Por otra parte, como decíamos, dado que la Iglesia guía todos los aspectos sociales y políticos, se justifica que socialmente se prescindiera del colectivo a través de prácticas de exclusión y reclusión para su cuidado. Así tenemos por ejemplo los primeros barrios de leprosos, donde físicamente son recluidas estas personas alejadas del resto de la sociedad.

«Los encargados de diagnosticar diferencialmente si un comportamiento extraño era un proceso natural o uno diabólico eran el médico y el sacerdote, aunque no olvidemos que [...] en muchas ocasiones el peritaje médico se encontraba supeditado a la *lógica* teológica. El rasgo principal que caracteriza a este submodelo es la exclusión, ya sea como consecuencia de subestimar a las personas con discapacidad y considerarlas objeto de compasión, o como consecuencia del temor o el rechazo por considerarlas objeto de maleficios o como advertencia de un peligro inminente. Es decir, que —ya sea por menosprecio ya sea por miedo—, la exclusión parece ser la respuesta social que genera mayor tranquilidad» (Palacios y Bariffi, 2007).

Es entonces cuando el colectivo excluido comienza a tener una función social, podría decirse que de «salvadores de almas», ya que los puros y píos llegar a la prometida salvación eterna de sus almas a través de la beneficencia y la donación de limosnas a los más desfavorecidos en la vida terrenal.

Otra vertiente de ese castigo divino como explicación a la discapacidad sería, en última instancia, la tradición demonológica en la que la explicación se da a través del diablo, quien se apodera del alma del individuo, castigándole de esa manera. Sánchez Moreno (2002a) se plantea cuántas personas que actualmente serían diagnosticadas clínicamente por médicos psiquiatras con esquizofrenia no serían exterminadas por la Santa Inquisición aludiendo a posesiones demoniacas. Y es que, como indicábamos anteriormente, el cristianismo desarrolló pautas de caridad en el trato con estas personas buscando otras alternativas que no fuera matarlas como en épocas anteriores, pero la opción de la eugenesia nunca se eliminó por completo.

Avanzando en la línea temporal hasta el comienzo de Renacimiento, en los siglos XV y XVI, se produce un gran cambio social en el que la sociedad feudalista comienza a debilitarse, esto es, el sistema de gobierno y la organización económica, social y política basada en obligaciones vinculadas a vasallos y señores. A su vez, el Papado comienza a tener menor peso social, acorde al debilitamiento que sufre la influencia religiosa. Estos hechos, así como la creación de estados modernos, propician el surgimiento de nuevas clases sociales, como la burguesía.

Esta vorágine de cambios propicia el desarrollo de nuevos intereses que no se habían dado hasta el momento, como la fascinación por el cuerpo humano que quizá debido a la vergüenza generada por el pudor eclesiástico no se había producido con anterioridad. Obras como el famoso *Hombre de Vitruvio*, de Leonardo Da Vinci (1490), entre otras, son ejemplo del atractivo que suscita el cuerpo humano. En nuestro campo objeto de estudio, la discapacidad, esto se traduce en un interés por la anatomía y el desarrollo de la cirugía, especialmente la cirugía ortopédica, todo ello pensado para devolver al individuo a la considerada normalidad, basado en la premisa que indicábamos con anterioridad sobre que se asimila lo sano a lo que se considera bueno).

El cambio social que se produce, que brevemente hemos apuntado, propicia un cambio de comprensión en la explicación de la discapacidad, lo que significa un cambio de paradigma en el ámbito objeto de estudio. Si Dios ya no está en el centro de la vida social, la causa de la discapacidad no puede explicarse por este motivo; así que ya no se pretende la exclusión del colectivo, sino estudiarlo para tratar el problema que pasa a considerarse una disfuncionalidad biológica. La finalidad de ese tratamiento es devolver al individuo a su estado normal, esto es, solventar la merma fisiológica que produce la discapacidad y por lo que se encuentra en un indeseable estado de anormalidad en el que hay que evitar que continúe. Es así como pasamos de un modelo clásico de la discapacidad (modelo de la prescindencia) a un modelo médico moderno-rehabilitador.

Antes de adentrarnos en la siguiente etapa de la concepción de la discapacidad y explicar el modelo médico en detalle, no está de más en este punto exponer las limitaciones encontradas a la hora de construir este apartado de la presente Tesis Doctoral.

En este sentido, como anunciábamos páginas atrás, el modelo clásico de la discapacidad no suscita tanto interés a la hora de ser estudiado en la literatura como sucede con el modelo médico y el posterior modelo social, dado que el contenido teórico se centra en la relevancia actual que tienen ambos y el debate existente entre los ellos, quedando el modelo clásico relegado a un segundo plano por ser más lejano en el horizonte temporal. En definitiva, la

bibliografía menciona el modelo clásico como una etapa que no puede obviarse por completo, dada su existencia, pero por el que se pasa rápidamente para ir a otros aspectos más relevantes sobre la materia, como la contraposición ideológica que confrontan los dos modelos posteriores, médico y social.

Es por ello que la construcción de este primer apartado fue especialmente difícil de construir. Sin embargo, también se procuró un especial cuidado para no caer en el error de pasarlo por alto como había sucedido hasta el momento. Si bien complicado de escribir, especialmente gratificante también hacerlo, pues investigar sobre este modelo en particular, dio la opción a comprender muchos de los hechos posteriores que se dan en los consiguientes modelos de los que tanto se había escrito.

Se pretendía con dicha sección, completar una parte del estudio de la construcción social de la discapacidad que había sido poco atendida hasta el momento, quizá por esa lejanía en el eje temporal, pero que igualmente tiene su relevancia en el presente. Y es que algunas de las ideas sobre la concepción de la discapacidad y ciertas prácticas que acabamos de ver, llevadas a cabo para con este colectivo, se retoman en momentos actuales de la historia, que, por circunstancias históricas, permiten traerlas de nuevo a momentos contemporáneos con una naturalidad que, volviendo ahora la vista atrás, con perspectiva histórica, nos parecen aberrantes. Sin embargo, ello no impide que en dichos momentos se permita, quizá porque previamente, como hemos visto, ya se había hecho, retomar de nuevo este tipo de prácticas. Un claro ejemplo de esta idea que estamos exponiendo sería la conocida como Solución Final en la II Guerra Mundial (1939-1945), proyecto en el cual se retoma este modelo clásico en su vertiente más radical, la eugenésica, cuando los nazis acabaron con la vida de miles de personas con discapacidad física y/o psíquica en campos de exterminio a través del programa Eutanasia, también denominado Aktion T4 o simplemente T4, quedando este hecho bajo el amparo de la justificación y la supervisión médico científica propia del paradigma dominante en ese momento, pero cuyos métodos retoman prácticas del modelo clásico anterior.

Con todo esto simplemente se pretende poner de manifiesto que, si bien el modelo clásico de la discapacidad es lejano en el tiempo, conocer sobre ello nos ayuda a entender la concepción de la discapacidad en el presente. Por eso era necesario la construcción de una base teórica sobre el mismo, desarrollando los aspectos cruciales igual que suele hacerse con los posteriores modelos, y que a continuación también veremos.

Retomando el desarrollo del estado de la cuestión en materia de discapacidad, pasamos a continuación a profundizar sobre los aspectos clave del modelo médico, también conocido como modelo moderno-rehabilitador, que

corresponde al apartado consecutivo tras el desarrollo del modelo clásico en la presente Tesis Doctoral.

Como indicábamos antes de este pequeño paréntesis, esta primera etapa sobre el modelo clásico de la discapacidad termina a su vez con el fin del Renacimiento (siglo XVI), ya que desde su rápida expansión por toda Europa desde Florencia (Italia), éste supone una transición entre la Edad Media y los inicios de la Edad Moderna, a la par que la concepción de la discapacidad pasa del modelo clásico al todavía emergente modelo médico moderno-rehabilitador que poco a poco ganará peso hasta destituir al modelo clásico anterior.

Durante la Modernidad se da un proceso de racionalización (Weber, 2016), en el que la razón se sitúa en la cúspide de la pirámide social, ocupando la posición que hasta el momento había ostentado la religión, que marcaba las pautas sociales y políticas de la vida cotidiana. Esta diferenciación de la vida religiosa y sociopolítica, limitando la capacidad de influencia de la primera sobre la segunda, es lo que se determina como proceso de secularización. Pero ese hueco que deja la religión, que ha sido desplazada, pasa a ser ocupado por la ciencia, en este caso médica; motivo por el cual la explicación de la discapacidad no va a darse en términos de divinos, sino que pasa a entenderse como un conjunto natural de causas que afectan al organismo de las personas. Este cambio de perspectiva es lo que dará lugar a que sea objeto de estudio por parte de la ciencia médica, que comienza a desarrollarse durante este período, a la par que lo hacen a su vez otras ciencias.

Sin embargo, la Modernidad no alude solo a los procesos propiamente históricos, también hace referencia al cambio en los procesos sociales emergentes en dicho momento. En este sentido, el Estado comienza a crear instituciones para mantener el control social, bajo la premisa (paradójica) de garantizar y proteger los derechos y libertades de la ciudadanía. También se industrializa la producción para aumentar la productividad, de modo que la economía comienza a desarrollarse a gran escala; hecho que conlleva a su vez el surgimiento de nuevas clases sociales, dentro de las cuales ciertos grupos poblacionales prosperarán, mientras que otros serán marginados. Referente a la discapacidad, estos cambios suponen que “las sociedades modernas, al atravesar el proceso de industrialización, mantuvieron una postura de exclusión de la discapacidad, pero en este caso a través de los valores dominantes en el capitalismo de cuerpo con capacidad productiva” (Oliver, 1990; Toboso, 2010).

En medio de esta frenética vorágine de cambios sociales e históricos, surge la ciencia médica, que ayudará, desde su perspectiva a la definición y posterior clasificación de la discapacidad. Si la Medicina desplaza el lugar que tenía Dios, cuya influencia traspasaba a niveles sociales y políticos, puede decirse entonces que la ciencia médica traspasa entonces su propio campo para estructurar y dar forma a la discapacidad más allá del propio ámbito

médico, es decir, también en el plano social. Ayudada por herramientas como la estadística, a través de la cual se estipulan los parámetros biológicos que definen lo que es salud y, por ende, lo que no lo es (es decir, lo que es enfermedad), se puede decir que la cuestión apunta a la creación de «patrones de anormalidad y desviación» en los estudios sobre la discapacidad (Rodríguez Díaz, 2012).

Ferreira (2010) indica que es la ciencia médica la que estipula que el organismo debe cumplir con ciertos estándares de funcionamiento, catalogados como normales; y simplemente lo son porque así han sido definidos. La desviación de ese patrón de normalidad que la norma médica impone, sentencia un cuerpo no cualificado para realizar determinadas funciones que un cuerpo considerado normal si estaría en condiciones de realizar. Es interesante, por tanto, ver como la ciencia médica juega a un juego en el que ha desarrollado ella misma las reglas que el resto de jugadores deben seguir.

La idea de normalidad comienza a configurar un supuesto cuerpo perfecto, que se perfila bajo los parámetros médicos establecidos, los cuales remiten a cuerpo ideal como cuerpo óptimo para trabajar. No es de extrañar que la construcción del cuerpo perfecto remita al ámbito laboral, ya que en la Primera Revolución Industrial a finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX se consolidarán las sociedades capitalistas, y los cuerpos que limiten la producción quedarán fuera de dicho sistema, ya que no hay cabida para la merma, la falta, la improductividad. Así es como la visión médico-científica justifica la marginación de dicho grupo poblacional del nuevo sistema económico emergente.

Conociendo el modelo clásico previo y despuntando ahora ideas del modelo médico de la discapacidad, podemos realizar una rápida comparativa entre ambos basada en los análisis de Pérez Dalmeda y Chhabra (2019), señalando las principales diferencias que podemos encontrar. Como bien sabemos, en el modelo clásico de la discapacidad, ésta se explica como castigo divino; mientras que el modelo médico la explica como un defecto biológico, anormal y patológico. Por ello, para el modelo clásico la discapacidad es una vergüenza para el individuo y su familia, mientras que la visión médica la promulga como una tragedia personal. El objetivo del primer modelo de la discapacidad es espiritual: aumentar la fe y la tolerancia, así como encontrar significado y propósito en la aflicción; mientras que en el modelo médico se espera que los pacientes se desarrollen en el aparato asistencialista con la promesa de la curación (esto es, la mejora de la condición física en la mayor medida posible), la rehabilitación (el ajuste de la persona a su condición) o la adaptación de la vida de la persona con discapacidad.

Desde el modelo clásico, la persona es elegida por Dios para tener una discapacidad, mientras que el modelo médico etiqueta a los individuos a través

de una catalogación diagnóstica y promueve la fe en la intervención de los avances médicos y tecnológicos. Así pues, el modelo clásico promueve la marginación del individuo por ese sentimiento de vergüenza que apuntábamos líneas atrás, que deja de manifiesto la vida pecaminosa de la persona y su familia, castigada por Dios. El modelo médico, por su parte, promueve el paternalismo y la patologización del individuo, que no es incluido en su propio proceso vital.

Una consecuencia imprevista para las personas con discapacidad en el desarrollo de esta nueva era dirigida por el modelo médico es en lo que respecta al cambio que sucede en tanto a la productividad, que a su vez lleva parejo un cambio en el modelo económico (el desarrollo del capitalismo); ya que este nuevo modelo de producción propicia una nueva forma de exclusión para las personas con discapacidad que no se había producido hasta el momento. Gómez Bernal (2016) señala que, si bien la discapacidad no apareció con el nuevo capitalismo, ya que como bien hemos visto es muy anterior a ello, éste sí excluyó a las personas con discapacidad de la posibilidad de participar en dicho sistema. El motivo se encuentra en el presupuesto de que el colectivo de personas con discapacidad no van a producir ni tanto, ni tan rápido, ni tan bien como las personas sin discapacidad, a pesar de que esto no sea necesariamente cierto, pero dicho prejuicio propiciará que no se cuente con ellos como mano de obra; siendo no solo excluidos del mercado laboral en sí mismo, sino a un nivel más general, ya que al no aspirar a tener ingresos, tampoco podrán participar del sistema consumista de bienes y servicios.

Más de dos siglos nos separan actualmente del momento que describimos, pero la encuesta sobre el empleo de las personas con discapacidad del Instituto Nacional de Estadística (INE) respalda que en la actualidad sigue existiendo una menor inserción laboral de las personas con discapacidad cuando comparamos los datos con los existentes sobre personas sin discapacidad.

Retomando el tema sobre el modelo médico moderno-rehabilitador de la discapacidad en relación con el nuevo sistema capitalista que comienza a darse en el sistema económico como resultado de los cambios en el modelo de producción, no podemos dejar de hacer alusión a la teoría marxista. Si bien Marx (1971) no va a hablarnos propiamente de discapacidad, si hablará en términos que inevitablemente nos remiten a ella, establecida esta nueva relación entre discapacidad, ciencia médica y sistema productivo que acabamos de apuntar. Marx habla de la fuerza de trabajo, que hay que diferenciar del rendimiento del trabajador, ya que no se trata del objeto que crea el obrero en la cadena de montaje, pues esto sería el trabajo realizado. Precisamente en ese trabajo realizado hay una plusvalía (que etimológicamente hablando significa “más valor”), un valor añadido que el

obrero le da al producto y del cual se apropia el capitalista. Se entiende, aun siendo infundado, que las personas con discapacidad no pueden añadir ese “algo más” al producto, por lo que al dueño capitalista no le interesa esta mano de obra que no va a darle beneficios; así que no es de extrañar que las personas con discapacidad queden al margen de dicho sistema, ya que incluso terminológicamente, comúnmente designadas como “minusválidos” (menos válidos), se les está catalogando como no propicias para participar del mismo.

Más allá del lenguaje, que comenzamos a ver que efectivamente crea en el imaginario colectivo la representación de la realidad social que quiere transmitir; lo cierto es que en la actualidad se sigue excluyendo al colectivo de personas con discapacidad del mercado laboral, entre otros ámbitos, y es porque se sigue manteniendo la idea que se arrastra desde el mismo nacimiento del capitalismo como vemos, de que estas personas producen menos, de que son menos válidas para trabajar, aunque dicha idea no sea necesariamente cierta. Los cambios sociales ocurridos en las sociedades capitalistas avanzadas son objeto de estudio por parte de Robert Castel (2002); que hablará sobre los inútiles del mundo, sin hacer alusión explícita a la discapacidad, pero cuyas ideas bien podrían aplicarse según lo visto hasta el momento, pues postula que lo que define a los inútiles (él se refiere a los vagabundos) es, por un lado, la falta de trabajo y, además, el hecho de no tener reconocimiento social.

La cuestión es que si existe un nuevo sistema de producción que excluye a una masa más o menos amplia de población, ¿qué sucede con todas estas personas que no se considera que puedan trabajar? Si bien la justificación de la propia exclusión provenía del ámbito médico, la respuesta a esta pregunta también la encontramos en él. Aguado (1995) apunta que la superación de la etapa en la que se da una explicación religiosa, el ya conocido por nuestra parte como modelo clásico de la discapacidad, se da cuando se recurre a un tercero; y eso es precisamente lo que sucede en el modelo moderno-rehabilitador, puesto que se recurre al médico como experto en la materia (Zilboorg y Henry, 1968).

Esta figura del experto médico sin duda llega hasta nuestros días sin muchas variaciones desde su origen. El modelo médico de la discapacidad, como ya hemos apuntado en anteriores ocasiones, ha sido ampliamente estudiado por la Sociología, puesto que siendo mucho más actual que el modelo clásico, la concepción que se tiene de la discapacidad desde la perspectiva rehabilitadora sigue siendo la misma en la actualidad. Sin embargo, en las últimas décadas, el modelo social se contrapone al modelo médico, generando un debate en el campo sin precedentes. Mientras que el modelo social intentará dar voz al colectivo, en este modelo médico, son los doctores, los expertos, los que van a decidir sobre la vida del individuo, sin tener en cuenta al propio individuo sobre el que decide, es decir, sin dejarles participar

de su propia experiencia vital. Por esto Foucault (1966) dirá que la medicina es un saber ciego, porque la ciencia pasa del estudio de la persona *in situ*, en la propia cama donde descansa, a una mera recopilación de datos, medidos y organizados, que alejan al profesional del objeto de estudio, que deja incluso de ser persona para ser solo un número más en la estadística.

Foucault es un conocido teórico, pieza clave para el desarrollo de nuestro análisis, crítico con las instituciones sociales (entre ellas la medicina y el sistema de prisiones), que analiza el poder y las relaciones de poder, así como el conocimiento y el discurso. El cuerpo de la discapacidad es un cuerpo dócil, un cuerpo que puede ser sometido, en este caso por el sistema hospitalario y, como veremos más adelante, por el sistema manicomial en el caso concreto del cuerpo de la enfermedad mental, o si se prefiere, por el sistema psiquiátrico en términos más actuales. Pero el autor señala que lo novedoso del sometimiento del cuerpo, aunque no haga alusión directa a la discapacidad en sus escritos, son las técnicas a través de las que se somete (1976). En primer lugar, la escala de control, que trabaja la coerción de manera sutil en cada una de sus partes (movimientos, gestos, rapidez...). Y en segundo lugar, el objeto de control, la coacción ininterrumpida y constante, que vigila ya no los resultados sino los procesos de la actividad, pretendiendo la eficacia de la organización interna.

Sobre la primera, la escala de control, habla de la clausura específica de un lugar heterogéneo cerrado sobre sí mismo. Pero la clausura no es ni constante ni indispensable, ni suficiente tampoco, en los aparatos disciplinarios; pues es necesaria una división de zonas para evitar las distribuciones por grupos. Además, han de darse emplazamientos funcionales, ya que en las instituciones disciplinarias, poco a poco, se codifican espacios que podrían estar disponibles para varios usos, pero han de tener uno determinado. Sobre la segunda técnica de sometimiento corporal, el objeto de control, se aplicarán procedimientos para establecer ritmos, obligaciones determinadas y regular los ciclos de repetición. No es tanto regular el tiempo para una actividad determinada, es más crear un ritmo colectivo y obligatorio, es decir, programado. El control disciplinario no es solo enseñar una serie de gestos definidos, es imponer la mejor relación entre un gesto y la actitud global del cuerpo, desarrollando eficacia y rapidez. Se articula el cuerpo-objeto, en el que la disciplina define cada una de las relaciones que el cuerpo debe mantener con el objeto que manipula. Por último, se plantea una utilización exhaustiva del tiempo, tratando de intensificar el uso del menor instante posible.

Si bien Foucault no escribe sobre la discapacidad propiamente dicha, las teorías que desarrolla en sus escritos son de gran aplicabilidad al campo objeto de estudio de esta presente Tesis Doctoral, siendo un firme pilar en el desarrollo del corpus teórico en la materia, puesto que sus aportes sobre los dispositivos de poder para vigilar, y de algún modo también castigar, a ciertos

grupos poblacionales, como podría ser en este caso el colectivo de personas con discapacidad, son incuestionables.

Una vez visto cómo y por qué la Medicina surge en determinado momento histórico, en el que se conjugan las condiciones ideales para que esta ciencia tome poder, más allá incluso de su propio campo de acción, escalando a lo más alto de la cúspide social; al convertirse en objeto de estudio por parte de esta ciencia médica en todas sus vertientes especializadas (que son muchas, ya que las especialidades médicas son, en sí mismas, una clasificación) los sujetos cuyos cuerpos se alejan de las medidas estándar y los cánones de normalidad establecidos, las personas con discapacidad son condenadas, según señala Gómez Bernal (2016), a una especie de ciudadanía devaluada, ya que tienen suspendido el ejercicio de sus derechos o requieren de la tutela de otros para ejercerlos.

Las categorías médicas aluden a la noción de funcionamiento, por lo que inevitablemente se establece una diferencia entre el cuerpo sano y el cuerpo enfermo, que en última instancia remite a un funcionamiento eficiente (capacidad) o deficiente (discapacidad) (Ferreira, 2017). Esta dicotomía nos lleva a una cosificación del cuerpo, un cuerpo des-socializado, en términos de Bourdieu (1999), y sobre ello se aplican estrategias de normalización del mismo. Ese cuerpo tiene una historia propia, unas propiedades incorporadas, en definitiva un *habitus*, concepto sobre el cual me gustaría detenerme brevemente antes de continuar con la exposición.

El *habitus* podría definirse como “estructura estructurada estructurante”. Estructura porque es un ente real que dispone el modo de estar relacionadas las distintas partes, pero a su vez estructurada porque está dotado de estructura propia, a la par que es estructurante o estructurador, es decir, que estructura. En resumen: es, tiene y genera, todo a la vez. “Podemos plantear, entonces, situación y condición de discapacidad en términos de *habitus* de un grupo, el *habitus de la discapacidad*: como estructura estructurada, es un producto histórico a través del cual el Estado inculca la concepción del cuerpo no legítimamente definida por el campo médico; y como estructura estructurante determina el límite de lo pensable y lo no pensable y genera unas prácticas y unos juicios sistemáticos” (Ferreira, 2011:90).

Estas estrategias de normalización, como ya hemos apuntado en más de una ocasión, vienen determinadas por una férrea organización médica. Y en este sentido, la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1980, va a hacer una distinción terminológica entre deficiencia, discapacidad y minusvalía. La primera alude a una pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. La discapacidad sería toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de

realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Mientras que la minusvalía es una situación de desventaja para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que se entiende como normal. Vemos como esta última, traspasa el campo médico para hablarnos sobre el papel que tiene en la sociedad.

Siendo esta visión muy reduccionista, señalando únicamente los factores biológicos, dos décadas después, la OMS elaboró una nueva clasificación (la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y de la Salud; CIF) en la que apuntaba factores sociales como posibles causas de la discapacidad. Díaz Velázquez (2011) indica que esta definición bio-psico-social supone una superación del modelo médico, pero lo cierto es que sigue encuadrada en los parámetros de análisis del paradigma rehabilitador, desde el cual la discapacidad se considera un problema individual y no social, por lo que se siguen buscando soluciones individuales y no colectivas de adaptación de la persona al entorno.

Vemos que la exposición de ideas nos remite, inevitablemente, al eje corporal como centro de la construcción social de la discapacidad. Resulta pues, paradójico, que la funcionalidad del mismo se defina a partir de un conjunto de capacidades que son inherentes a él (Toboso y Guzmán, 2010). La normalidad se define con unos supuestos que se considera que *debe tener* el cuerpo; no que los tenga, sino que debería tenerlos, convirtiéndose así en una profecía autocumplida (Merton, 2010), entendida como una definición falsa sobre una situación que genera un comportamiento que hace que al final que la situación se vuelva verdadera; que parte del conocido como Teorema de Thomas: “si las personas definen las situaciones como reales, éstas son reales en sus consecuencias” (Thomas, 1928). Por ejemplo, si definimos la normalidad corporal como poder andar, efectivamente poder andar será la normalidad y todo lo que sea desplazamiento igualmente, pero de otra manera distinta a la de caminar (por ejemplo, ir en silla de ruedas), será por tanto anormal, indeseable y objeto de prácticas que devuelvan al individuo a la normalidad de poder andar.

Retomando a Foucault en este punto, las técnicas disciplinarias del poder, que en última instancia se aplican sobre el cuerpo de los individuos, no concierne a los cuerpos en sí, sino a los saberes y a su relación con el poder, porque es así como se construye lo verdadero (Foucault, 1992). Estos son los aparatos de saber-poder, que aplicados al caso concreto de la discapacidad (Ferreira, 2017), veremos cómo la normatividad corporal, erigida sobre los dictámenes médicos y los requerimientos económicos de eficiencia productiva, se manifiestan a través de discursos políticos que remiten a ese saber científico nuevamente. Al final, esa normatividad en torno al cuerpo promueve la homogeneización social, eliminando la diferencia, excluyendo la diversidad. Y

dado que todo se centra en volver al cuerpo imperfecto al estado de lo que se considera normal, no es de extrañar que surja un paradigma rehabilitador, que centra el problema en el individuo (Jiménez Lara, 2007), que pretende devolverle a los parámetros estandarizados de normalidad.

El modelo médico ha tenido la hegemonía ideológica en materia de discapacidad hasta hace unas décadas (Oliver, 1990; Barton, 1998), cuando surge, en clara contraposición al primero, el modelo social de la discapacidad, que pretende abordar una visión más amplia de la temática, mirando más allá de la deficiencia. Se trataría de un enfoque biopsicosocial y de derechos humanos, perspectiva desde la que se aspira a una participación real y efectiva de este colectivo en todos los aspectos de la vida social (Padilla-Muñoz, 2010).

Aunque más adelante expondremos más detalladamente este modelo social de la discapacidad al que hacemos alusión ahora, podemos señalar, llegados a este punto, las principales diferencias entre el modelo social y el modelo médico que ya conocemos (Toboso y Guzmán, 2010). En este caso, el modelo social de la discapacidad considera que las causas de la misma no son médicas sino sociales; por lo que la discapacidad no se debería a las limitaciones individuales, sino a las limitaciones sociales, ya que los servicios prestados no tienen en cuenta los requerimientos de todas las personas. Las personas con discapacidad pueden y deben participar de la sociedad igual que el resto de ciudadanos, lo que supondría una inclusión real del colectivo. Si el objetivo principal del modelo médico era la normalización de las personas con discapacidad, el modelo social aboga por la normalización de la sociedad, precisamente para que ésta llegue a estar pensada algún día para atender las necesidades de todos y todas de forma inclusiva.

El modelo médico, bajo los estándares estadísticos de la normalización, pretende una heteronomía de la población (Contino, 2013a), sin cabida para la variación, la diferencia, la diversidad. Se conforman así unos parámetros de lo que se considera normalidad, y por lo mismo, de lo que no lo es: “en una sociedad amenazada por elementos heterogéneos, no esenciales, emerge la idea de los extraños y desviados como subproductos de esta sociedad” (Rodríguez Díaz, 2012:46). Por eso, una sociedad normalizada como la actual, debe elaborar tecnologías de poder dirigidas a sectores concretos de la población, que posteriormente terminarán materializándose en políticas públicas. Es lo que Foucault (2009) designó biopolítica; y entender la discapacidad en términos foucaultianos de dispositivos de poder (Contino, 2013a) es un importante recurso para comprender la teoría que estamos desarrollando sobre por qué les sucede lo que les sucede a las personas con discapacidad.

Ahora bien, todo dispositivo como estrategia de control no puede ser efectivo por completo, siempre hay un margen para la subjetividad. En el campo de la discapacidad, esos resquicios surgen cuando los propios sujetos con discapacidad dan visibilidad a su vida diaria y a las complicaciones que se encuentran cotidianamente, o cuando cuestionan las explicaciones con una perspectiva únicamente biológica sobre su situación de desventaja, o cuando proponen mejoras para contribuir a la transformación de algunos aspectos de su situación actual, entre otros. Sin embargo, las políticas públicas son elaboradoras por los considerados profesionales y no por las propias personas con discapacidad; que junto a los datos estadísticos oficiales muestras que los efectos promovidos por dichas políticas están lejos de los resultados que pretenden. Los datos estadísticos sobre las personas con discapacidad en el mercado laboral muestran una clara desventaja social frente a las personas sin discapacidad, a pesar de existir leyes que promueven la inclusión, en este caso en el mercado laboral, pero que tristemente quedan en mero papel mojado al no aplicarse adecuadamente para conseguir lo que realmente pretenden.

Si la definición biopsicosocial de la CIF de 2001 era un intento de superar la visión reduccionista y biológicodeterminista de la clasificación anterior, apuntando factores sociales como posibles causas de la discapacidad, hemos de atender precisamente a este factor social que señala. Por ello, tiene sentido que hablemos de la interacción que las personas con discapacidad tienen con el entorno; pero el factor social va más allá de esto, pues también hace referencia al contexto social, que indica lo que se considera y no se considera discapacidad (Díaz Velázquez, 2011). La miopía puede ser normal en una sociedad agrícola, por ejemplo, pero resulta anormal en la marina o en la aviación (Rodríguez Díaz, 2012).

La norma, para Canguilhem (1970), tiene una doble vertiente: por un lado es aquello que es tal como debe ser, pero por otra parte, también es aquello que se encuentra en la mayoría de los casos. En consecuencia, las definiciones de salud, discapacidad y deficiencia son conceptos variables y no constantes (Abberley en Barton, 1998) porque, como constructos sociales, varían según la norma imperante en cada momento histórico. Surgen entonces desigualdades sociales por motivos de discapacidad que tienen un origen claramente social y no individual; ya que esta construcción social que se da desde la perspectiva del modelo médico implica que unas personas están en posiciones de inferioridad respecto a otras (Alfaro-Rojas, 2013). A pesar de que todos somos iguales ante la ley, a efectos prácticos de participación, existiría una discriminación con este colectivo en tanto que se restringe su interacción con el entorno, lo que limita, y por tanto excluye, a las personas con discapacidad, como hemos visto.

Sintetizando las ideas expuestas hasta aquí, tres serían las formas de definir la discapacidad hoy en día (Contino, 2013b). La primera de ellas remite al ya descrito modelo clásico, con prácticas basadas en la lástima y el asistencialismo; precisamente esta última parte en cuanto a la asistencia será la que mejor recoja el modelo médico posterior para legitimar el paradigma rehabilitador del cuerpo. La segunda forma de pensar la discapacidad es una perspectiva funcionalista: la discapacidad como producto de la interacción del sujeto con la sociedad, que no contempla particularidades individuales. Y por último, la tercera forma de definir la discapacidad es el denominado modelo social, cuyas ideas hemos comenzado a despuntar brevemente y sobre el que ahondaremos más adelante.

Lo importante de que existan estas tres formas de definir la discapacidad es que cada una de ellas supone una manera diferente de pensarla, haciendo uso de un modelo conceptual propio sobre la misma, utilizando términos con los que designar la discapacidad describen la realidad que las personas viven. El modelo médico designa como anormales, minusválidos, deficientes, discapacitados... Y aunque algunos conceptos ya están en desuso en la materia médica, han permanecido igualmente en el imaginario social arrastrando el estigma negativo que asocian. Además estas descripciones deberían de ser, en todo caso, adjetivos, cualidades de un sustantivo, en este caso, cualidades de una persona; pero al sustantivarse el término, se está cosificando a las personas⁴, porque este proceso de sustantivación hace que se nos olvide que hablamos de colectivos, y en última instancia de individuos, porque si ni quiera se les menciona como tal.

La normativa legislativa en cuanto a materia de discapacidad recoge algunos de los términos anteriormente mencionados, prueba de que la Medicina traspasa su campo para influir en otros de aspecto social, como sería en este caso el plano legislativo. La representación de la discapacidad en el terreno normativo indica la existencia de un colectivo especialmente vulnerable al que se debe proteger socialmente por estar en desventaja; pero más allá de esto, la representación de la discapacidad tiene un nivel más profundo, en el imaginario social colectivo, que sirve de sustrato a nuestras representaciones cotidianas (Ferreira, 2008a), y que en gran medida el modelo médico ha contribuido a crear y/o perpetrar.

Es por eso que en las últimas décadas ha surgido, como crítica al modelo médico anterior, el modelo social de la discapacidad, desde el cual comenzará a hablarse de personas con diversidad funcional, aludiendo, por una parte, a que la diversidad funcional es una cualidad de la persona, sin sustantivar el término, pero además dando a entender que hay diferentes

⁴ A lo largo de esta exposición, hemos hablado siempre de personas con discapacidad, precisamente por no caer en esta trampa, pero mucha literatura se refiere a los discapacitados sin hacer alusión a la persona, como apuntamos.

maneras de hacer las cosas, todas igualmente válidas. Al hablar anteriormente sobre la normalidad de las funciones corporales, indicábamos que ésta podía definirse por ejemplo como la capacidad de poder andar, y que todo lo que no fuera de ese modo, como el hecho de desplazarse en silla de ruedas, se consideraría anormal; pero para el modelo social de la discapacidad, es tan normal ir andando como ir en silla de ruedas, en tanto que el objetivo de desplazarse se cumple igualmente, aunque sea de distinta manera.

El concepto de «persona con discapacidad» no dejaría de ser el último y más amable de una sucesión de términos como los que hemos visto (entre otros como monstruo, idiota, inútil, subnormal, retrasado, impedido, deficiente...) si lo pensamos ahora desde el modelo de la diversidad funcional (Canimas, 2015). Este cambio terminológico no propone solo un cambio de nombre, sino un proceso de crítica y denuncia de la situación, deconstruyendo los términos que venían utilizándose hasta el momento para sustituirlos por otros que proyecten nuevas ideas sobre estas personas; porque es una forma de centrarnos en los individuos, ya que hablamos de personas y no de sociedad con discapacidad por ejemplo. Como vemos, la terminología es importante, porque el lenguaje no solo describe el mundo, sino que también lo crea. Además, en la identificación de problemas que, como vemos, son principalmente sociales, debería predominar lo políticamente correcto y no lo científico.

A través de los discursos y de la forma en que nombramos al cuerpo, éste es construido performativamente; pero también es construido políticamente mediante estrategias prácticas de entrenamiento, disciplinamiento y clasificación; y a su vez es un cuerpo construido existencialmente, en la confluencia de los dos planos anteriores (Bourdieu, 1999). Por eso, “para recuperar la condición íntegra del cuerpo como espacio fundamental de existencia de las personas con discapacidad, es necesario apelar a sus voces, sus experiencias, sus discursos, sentimientos y expectativas” (Ferreira, 2017:25).

Desde el modelo médico, el cuerpo es reducido a un mero substrato fisiológico, y se acude al experto para que éste valore la situación, siendo dicho experto alguien ajeno y externo (al cuerpo de la discapacidad); ya que no se toma por experto a la propia persona que tiene la vivencia, esto es, la persona con discapacidad, que es precisamente con la que sí contará el modelo social, dando voz a los afectados, trasladando la problemática a la sociedad, que es la que *discapacita* a un tipo de cuerpo que no cumple con el funcionamiento considerado como normal para desenvolverse.

Es importante superar el modelo médico de la discapacidad, cuya hegemonía ha durado demasiado tiempo, para comenzar a contar con otras variables de estudio que nos permitan conocer la discapacidad más allá de la

biología. Y para ello es necesario reconocer al colectivo y dotarle de capacidad de decisión, pues se trata al fin y al cabo de sus propias vidas, promoviendo así una integración social real de estas personas en la sociedad. El modelo social o moderno-crítico va haciendo brecha en la realidad médicamente construida hasta el momento, y así lo estudiaremos a lo largo de esta Tesis Doctoral para completar la teoría sobre la discapacidad que venimos desarrollando.

El modelo médico no puede explicar todo lo que les pasa a las personas con discapacidad: no puede explicar la falta de derechos, la marginación, las barreras arquitectónicas... Pero desde su perspectiva no se trata de limitaciones explicativas, sino simplemente hechos que no tiene por qué atender; mientras que para el modelo moderno crítico en el que vamos a adentrarnos a continuación, son anomalías del modelo médico anterior que justifican la necesidad de un cambio de paradigma explicativo debido a las carencias que éste tiene.

Ahora bien, es importante señalar que el modelo social moderno-crítico no pretende sustituir al modelo médico, simplemente trata de atender a una variable, la social, que no ha sido tenida en cuenta con suficiente consideración por el modelo médico. Señalábamos con anterioridad que la miopía en sociedades agrarias o sociedades marítimas sería impensable; pues este hecho demuestra que no es la constitución del sujeto la que lo convierte en discapacitado, es el contexto el que lo hará.

Este nuevo modelo explicativo de la discapacidad surge a partir de los años '60 del pasado siglo XX. Y no es de extrañar que sea precisamente en esta época cuando emerge, pues es un período histórico convulso⁵ caracterizado por confrontaciones internacionales y protestas ciudadanas que critican las acciones gubernamentales. La discapacidad no es ajena a todos estos movimientos sociales, por lo que es el caldo de cultivo perfecto para el nacimiento del conocido como Movimiento de Vida Independiente (MVI).

Según Shapiro (1994), el MVI nació el día que Ed Roberts llegó a la universidad de Berkeley. Ed Roberts (1939-1995) nació en Estados Unidos y a los 14 años contrajo la polio, catalogada como enfermedad severa. Aunque la esperanza de vida era de pocos años, logró terminar los estudios de secundaria y preparar el acceso a la universidad. Por aquel entonces, Estados Unidos contaba con solo cuatro universidades a las que podían acceder las personas con movilidad reducida, pero Roberts prefería otra diferente a éstas por ser, en su opinión, la mejor opción para estudiar Ciencias Políticas. Finalmente, no sin una gran lucha por su parte, fue admitido y alojado en la

⁵ Después de la II Guerra Mundial (1939-1945), comienza la Guerra Fría entre Estados Unidos y la URSS. La construcción del Muro de Berlín en 1961, que durará casi tres décadas, ejemplifica claramente la división política del nuevo orden mundial. Surgen protestas contra la Guerra de Vietnam (1955-1975), la Primavera de Praga (1968), protestas estudiantiles como la de Mayo del 68 en Francia, entre otros ejemplos.

enfermería de la universidad. Algunos compañeros se ofrecían para ayudarlo en las actividades básicas de la vida diaria, pero en muchos casos, Roberts prefería la contratación de asistentes, cubriéndolo con fondos estatales, dado que pensaba que así debía ser, en lugar de depender de la caridad de su entorno. En este tiempo, Roberts se dedicó al estudio del movimiento feminista, buscando similitudes entre la situación de opresión de las mujeres y la de las personas con discapacidad. A raíz de su ingreso, la universidad comenzó a recibir más solicitudes de otros estudiantes con movilidad reducida, y vivir en la enfermería era lo que más los estigmatizaba, ya que eran estudiantes de día y enfermos de noche, siendo precisamente este último rol el que pretendían erradicar. Por aquel entonces, la antigua consejera que Roberts había tenido en el instituto había comenzado un programa para disminuir el abandono escolar de personas negras y pidió a Roberts colaboración para hacerlo extensible a otros colectivos, como el de personas con discapacidad. La primera medida que tomó es que dicho programa de antideserción de estudiantes con discapacidad fuera llevado por personas con discapacidad, que eran quienes mejor conocían las necesidades del colectivo, ya que pertenecían a él. Es así como comienza a germinar el MVI.

En 1973, Estados Unidos aprueba la primera ley de derechos civiles para personas con discapacidad, que señalaba la ilegalidad de los organismos e instituciones que recibían fondos públicos y discriminasen a cualquier persona por razón de su discapacidad. Shapiro (1994) indica que esta ley se aprobó sin debatirse, pues se la consideró un tópico sin más, sin pensar que siendo una ley, estas palabras tenían consecuencias en los hechos. El problema fue que, precisamente, al momento de aplicarla, muchos de esos organismos e instituciones fueron reticentes, ya que la inversión en medidas antidiscriminatorias a favor de las personas con discapacidad requería mucha inversión económica, a diferencia de lo que sucedía para adoptar medidas antidiscriminatorias con otros colectivos como el de mujeres, por ejemplo. Esto propició una gran movilización de las personas con discapacidad, lo que también atrajo a muchos medios de comunicación que comenzaron a preocuparse por lo que les estaba pasando a estas personas.

El nacimiento del MVI significó un cambio en la percepción que socialmente se tenía de las personas con discapacidad en Estados Unidos, que a su vez sirvió de guía para muchos otros países, en especial Reino Unido. La consideración del colectivo hasta el momento había sido el de un grupo de personas vulnerables y necesitadas de protección, y comenzó a verse que eran sujetos de acción con plenas capacidades para definir sus problemas y necesidades. En 1976, la Unión de Personas con Discapacidades Físicas contra la Segregación (UPIAS, por sus siglas en inglés) recogió una serie de ideas en lo que denominaron “Principios Fundamentales de la Discapacidad”:

que posteriormente Mike Oliver presentó más tarde como el modelo social de la discapacidad.

«Destaca Colin Barnes que este modelo no consiste más que en un énfasis en las barreras económicas, medioambientales y culturales, que encuentran las personas a las que otros consideran con algún tipo de diversidad funcional. Estas barreras incluyen inaccesibilidad en la educación, en los sistemas de comunicación e información, en los entornos de trabajo, sistemas de beneficencia inadecuados para las personas con discapacidad, servicios de apoyo social y sanitarios discriminatorios, transporte, viviendas y edificios públicos y de entretenimiento inaccesibles y la devaluación de las personas etiquetadas como *discapacitadas* por la imagen y su representación negativa en los medios de comunicación —películas, televisión y periódicos—. Desde esta perspectiva, las personas con discapacidad son *discapacitadas* como consecuencia de la negación por parte de la sociedad de acomodar las necesidades individuales y colectivas dentro de la actividad general que supone la vida económica, social y cultural» (Palacios, 2008:121).

Barnes (2010) señala que según el momento histórico, hay personas catalogadas como personas con deficiencias⁶, que usando una terminología más actual podrían ser catalogados como personas con discapacidad, mientras que en otros momentos no eran consideradas como tal. Ya vimos, al hablar de la emergencia del capitalismo en el sistema económico, que éste no trajo consigo la discapacidad, pues ya existía previamente, simplemente que a raíz de ese cambio a nivel social que parte de un cambio en el sistema productivo como consecuencia de un cambio a nivel económico, la discapacidad adoptó una nueva forma dentro de ese nuevo contexto, ya que el capitalismo excluyó a dicho colectivo de poder participar de la nueva organización al impedirles el acceso al mercado laboral, bajo la premisa, no necesariamente cierta, de que eran personas menos productivas debido a su merma fisiológica, limitando así también su capacidad de consumo (Oliver, 1990).

Dado que, como vemos, el modelo social de la discapacidad surge principalmente en Reino Unido y Estados Unidos, vamos a detenernos a analizar los matices de una y otra vertiente (Pérez Dalmeda y Chhabra, 2019), partiendo de que Reino Unido consideraba la discapacidad como una barrera social, mientras que en Estados Unidos se tomó la visión de minoría política. Desde estas concepciones significativas sobre la discapacidad, para Reino Unido, la sociedad sería quien ha fallado a las personas con discapacidad y los ha oprimido mediante barreras que impiden su acceso, integración e inclusión en todas las esferas de su vida (trabajo, educación, ocio...) Mientras que desde la perspectiva estadounidense, la sociedad ha devaluado y marginado a las personas con discapacidad hasta convertirlas en una minoría. Los beneficios del modelo, en cualquier caso, serían la promoción de la integración de las personas con discapacidad, centrándose en las desventajas de las propias

⁶ Hay que diferenciar entre los términos ingleses *impairment/disability*, deficiencia/discapacidad (aunque el primero también puede traducirse como “impedimento”).

personas que componen el colectivo, en el caso de Reino Unido además, diferenciando entre barreras sociales (que podrían eliminarse) e impedimentos (que no podrían eliminarse, de ahí el matiz terminológico utilizado por Barnes señalado en el párrafo anterior). Los efectos negativos, a su vez, podrían resumirse para ambos casos en sentimientos de impotencia ante la disparidad de la situación política y económica: señalando la vertiente inglesa una falta de conocimiento del efecto de los impedimentos en la vida cotidiana; mientras que la vertiente estadounidense elimina dicho concepto.

Sin embargo, a pesar de la diferencia de matices entre una y otra vertiente del modelo social de la discapacidad, la inglesa y la estadounidense, bien podrían aunarse bajo el lema “nada sobre nosotros sin nosotros”, ya que el objetivo que persiguen es un cambio en el sistema político, económico, educativo y social, para que sean ámbitos accesibles, a la par que esta accesibilidad se haga extensible también a otros lugares y servicios. Se promueve, pues, un sentido positivo de la discapacidad.

Me gustaría hacer aquí un inciso sobre la paradoja que se produce en este modelo social de la discapacidad, que estudia la opresión a la que son sometidos las personas pertenecientes a este colectivo y la exclusión social que sufren. Y es que no podemos dejar de mencionar que, si bien el estudio de este colectivo desde esta perspectiva social comienza, como hemos visto, en los años '60 del siglo XX, no será hasta los años '90 cuando comiencen a realizarse estudios feministas de la discapacidad, tomando en consideración la variable género, ya que hasta entonces el tema no se abordaba con una perspectiva de género crítica. Autores como Hannah y Rogovsky (2008) comienzan a analizar entonces la suma de estos dos obstáculos en conjunto.

Retomando el tema que aquí nos ocupa, el desarrollo del modelo social de la discapacidad, vemos como la terminología utilizada es diferente a los anteriores, dado que, como ya hemos señalado en más de una ocasión en esta exposición, el lenguaje crea la realidad que se vive. Surge el concepto de «opresión» (Abberley en Barton, 2008), que implica asumir que las personas con discapacidad conforman un grupo en el que sus miembros, solo por el hecho de tener una discapacidad, se encuentran situados en una posición de inferioridad respecto a las personas sin discapacidad (Ferrante, 2009). Pero hay que tener especial cuidado al hablar de opresión en el colectivo de personas con discapacidad en comparación con otras formas de opresión social. También asumir que si se está incorporando la deficiencia en el marco analítico del desarrollo de una teoría social sobre la discapacidad, ésta no puede ser entendida simplemente como diferencia, aunque también lo sea, sino que se necesita realizar un análisis profundo que conecte el sustrato material y las estructuras sociales de opresión para el colectivo de personas con discapacidad. En la actualidad nos encontramos ante un nuevo cambio de paradigma respecto al modelo social, como veremos más adelante, y se vira

hacia el término de «exclusión social», más que seguir con el concepto de opresión, ya que la exclusión social hace referencia a las nuevas formas de estratificación social que existen y que no se habían dado hasta el momento, que derivan a un continuo dualizado entre las posiciones de incluidos y excluidos (Díaz Velázquez, 2011).

Completamos el contexto en el que surge el modelo social de la discapacidad estudiando el caso particular de España, ya que hasta ahora habíamos hablado extendidamente solo sobre los países en los que principalmente podría decirse que surge este modelo, Estados Unidos y Reino Unido. Sorprendentemente, nos encontramos con que no será hasta 2001, cuatro décadas después de su nacimiento, cuando llegue el MVI a nuestro país. Planella, Moyano y Pié (2012) apuntan que ese retraso puede deberse al largo período de Dictadura Franquista (1939-1975), durante el cual las personas con discapacidad no pudieron sumarse a esos movimientos de crítica social que se extendían por todo el mundo a partir de la década de los '60 como hemos visto. A raíz de la muerte del dictador fascista en 1975, comienza otro período de incertidumbre y cambios políticos, en el que se anteponen otras cuestiones a nivel social antes que la situación de las personas con discapacidad.

El movimiento asociativo en España comienza a darse a través de las familias de personas con discapacidad, y no de los propios individuos, en los años '60, '70 y '80, como respuesta a las necesidades no cubiertas de atención, consecuencia de este contexto histórico particular de nuestro país que planteábamos, asumiendo la responsabilidad en la planificación y gestión de programas de apoyo, ya que todavía predominaba el modelo médico rehabilitador de la discapacidad por la problemática para desarrollarse el modelo social que sí se estaba dando en otras partes del mundo. Por ello, el perfil característico de estas asociaciones es que se organizaban en torno a un mismo diagnóstico o tipo de discapacidad catalogada. El posterior desarrollo del modelo social sí permitiría superar esta segmentación, facilitando el surgimiento de nuevas iniciativas asociativas alrededor de necesidades, reivindicaciones o simplemente el rechazo a la discriminación, independientemente de la casuística concreta de diagnóstico (Gómez Bernal, 2016). Así, a finales de los años '70 y comienzos de los '80, se crearon el Real Patronato sobre Discapacidad y también el Consejo Nacional de Representantes de Deficientes, que nunca llegó a estar registrado oficialmente, que serán los antecesores del Comité Español de Representación de Minusválidos (CERMI), creado en 1997, que agrupaba a más de 3.000 asociaciones del sector. Actualmente se designa como Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (término adoptado en 2003, aunque mantuvo sus siglas), que engloba a más de 8.000 asociaciones que

luchan por los derechos de 3,8 millones de personas con discapacidad en España.

El Estado pretende dejar atrás el carácter paternalista y asistencialista hacia este colectivo, y comienzan a surgir nuevas asociaciones, esta vez encabezadas por las propias personas con discapacidad y no por sus familiares. Un ejemplo de este nuevo tipo de iniciativas es la creación del Foro de Vida Independiente (FVI) en 2001, posteriormente designado Foro de Vida Independiente y Diversidad (FVID), concepto este último que pretende aunar los términos de dignidad y libertad. En 2006, la Red de Marchas para la Visibilidad, que actualmente sigue reivindicándose, se encerró en la sede del IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales), con el objetivo de ser recibidos por el propio Presidente del Gobierno para explicarle de primera mano sus peticiones ante la inminente aprobación de la (mal llamada) Ley de Dependencia. Mal llamada, señalamos, porque el nombre completo de la ley es *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y a las Personas en Situación de Dependencia*, que pretende promover, como reza el título, la autonomía personal; pero en el resumen coloquial que se realiza para referirse a la ley simplemente se coge la primera y la última palabra del título, cambiando por completo el significado de lo que promueve realmente esta ley. La revuelta terminó tras mantener una reunión con el Ministro de Trabajo, donde se pactaron una serie de compromisos que posteriormente se incumplieron (Planella, Moyano y Pié, 2012).

Las leyes se crean con la intención de proteger a los colectivos más vulnerables, socialmente hablando; pero por desgracia muchas veces quedan en simples formalismos políticos, ya que en materia de discapacidad, los textos legislativos no se aplican a la realidad social con la misma dureza que otro tipo de leyes. Ya lo vimos al hablar de la primera ley de derechos civiles para personas con discapacidad en Estados Unidos, pero lo cierto es que no existe mucha diferencia con lo que sucede actualmente en España y su vigente Ley de Dependencia, que no falla solo en la síntesis de su nombre. Las personas con discapacidad son titulares de plenos derechos, pero sabemos, por todo lo expuesto hasta el momento, que su participación en la vida social no es real.

El artículo 2 de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad de 2013, define ésta como “una situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”. Es una definición alejada de los planteamiento médicos, que aporta una nueva perspectiva del fenómeno, abordándolo con una mirada sociológica (Ortega Camarero, 2018). A pesar de ello, en España no parece existir una Sociología de la Discapacidad como ámbito de conocimiento reconocido (Ferreira, 2008b), lo que sorprende teniendo en cuenta la representación que existe de

movimientos de personas con discapacidad, como acabamos de ver. Todo lo contrario que en Reino Unido, donde teóricos ya mencionados a lo largo de estas páginas como Barton, Oliver, Abberley, Barnes, Hannah o Rogovsky entre otros, sí desarrollan esa teoría sociológica sobre la discapacidad.

Ahora que ya hemos visto el contexto en el que nace el modelo social de la discapacidad, de manera general y en España en particular, vamos a centrarnos en la terminología utilizada (Padilla-Muñoz, 2010), que como venimos señalando desde el comienzo de la exposición, es un punto importante a tener en cuenta ya que los conceptos definen la realidad que existe en el imaginario colectivo. Hemos hecho alusión a varios términos a lo largo de estas páginas que, aunque ya hemos indicado referencias sobre alguno de ellos, no está de más recopilarlos llegados a este punto explicativo, según lo que recoge la CIF en 2001 en aquel intento de superar la visión reduccionista y biológicodeterminante de la CIDDM:

- Deficiencia (*impairment*). “Toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Las deficiencias son trastornos en cualquier órgano, e incluyen defectos en extremidades, órganos u otras estructuras corporales, así como en alguna función mental, o la pérdida de alguno de estos órganos o funciones”.
- Discapacidad (*disability*). “Restricción o falta (debido a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se consideran normales para un ser humano. Engloba las limitaciones funcionales o las restricciones para realizar una actividad que resultan de una deficiencia”. Las discapacidades son trastornos definidos en función de cómo afectan a la vida de una persona (por ejemplo, no poder andar es una deficiencia, pero no poder entrar en un sitio porque hay escaleras en lugar de rampa es una discapacidad).
- Minusvalía (*handicap*). “Situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que lo limita o le impide desempeñar una función considerada normal en su caso (dependiendo de la edad, del género, factores sociales y/o culturales)”. La minusvalía describe la situación social y económica desventajosa en comparación con otras personas, pero dicha situación de desventaja surge de la interacción de las personas con entornos y culturas específicos.

Queda claro que el modelo médico sigue imperando hasta la fecha sobre la definición de la discapacidad, y el modelo social surge en contraposición a él, aportando una explicación alternativa sobre la cuestión, aunque no podemos olvidar del resto de modelos que también aparecen como alternativas

explicativas al modelo médico (Padilla-Muñoz, 2010; Pérez Dalmeda y Chhabra, 2019; Shakespeare, 2004). Este paradigma biopsicosocial, como lo habíamos designado anteriormente, es un ejemplo de ello, pero no el único.

Tenemos el modelo de las minorías colonizadas (o político-activista), que se asemeja al modelo social, pero incorpora las luchas por los derechos de las personas con discapacidad, considerando a éstas miembros de un grupo minoritario, cuestión por la que son discriminadas. Además está el modelo cultural, que a su vez también confiere la discapacidad como una identidad social minoritaria, siendo el impedimento (deficiencia) y la discapacidad categorías que construyen culturalmente esa identidad. Por otra parte, el modelo de los derechos humanos entiende la discapacidad como un derecho que no requiere determinadas condiciones de salud o determinado estado corporal. Desde el modelo universal de la discapacidad se aboga por la lucha para superar la discriminación de las minorías colonizadas hasta el punto en el que la discapacidad sea considerada como un fenómeno universal y respecto al cual todos estamos en posición de riesgo. Por último, el modelo escandinavo se opone al MVI en tanto que resalta la influencia positiva de los servicios sociales y de los profesionales en las vidas de las personas con discapacidad.

Sin embargo, de entre todos estos modelos, que de alguna forma provienen del modelo social, hay uno que en los últimos años resuena con más fuerza: el modelo de la diversidad funcional, que elabora su discurso contra la medicalización de la discapacidad, esto es, contra el discurso científico médico que clasifica determinadas constituciones físicas o psíquicas bajo el signo de la patología o la enfermedad (Moscoso, 2011). Este modelo concibe la discapacidad como parte de la diversidad humana, desterrando así el concepto de capacidad (Palacios y Romañach, 2008). No se trata, pues, de la carencia de capacidades, sino de aceptar que el ser humano tiene una gran variedad de funciones y capacidades, todas igualmente válidas. Hemos aprendido a convivir con todo tipo de diversidades (etnia, cultura, religión, nacionalidad, orientación sexual...), pero la diversidad funcional no se ha integrado, y al fin y al cabo supone una manifestación más del individuo de entre las muchas y variadas que existen (Ferreira, 2010).

Uno de los mayores aciertos de este modelo es que la nomenclatura que utilizan, es decir, catalogarse a sí mismos como «personas con diversidad funcional» y no como personas con discapacidad, parte del propio colectivo. Es una manera de retomar la realidad social que viven a través del lenguaje, ya que el término no viene impuesto por un grupo ajeno de supuestos expertos en la materia. Se retoma el término también de manera que expone algo positivo, no como una falta de capacidad, sino como una capacidad que se tiene y se expresa de manera diferente a la habitual (Pérez Dalmeda y Chhabra, 2019).

Entonces, ¿debemos hablar de discapacidad o de diversidad funcional? La propuesta del FVI sobre diversidad funcional se asienta en dos supuestos: 1) que la deficiencia, del tipo que sea (física, sensorial, intelectual o del desarrollo), es interpretada como una situación no deseada; y 2) que los Derechos Humanos y el resto de textos jurídicos internacionales no se han hecho efectivos para la mayoría de personas con discapacidad física o sensorial, y mucho menos aún para las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo. Para el modelo de la diversidad funcional, «persona con discapacidad» es simplemente el término más amable de una serie de vocablos que evocaban ideas negativas sobre la persona, como ya hemos explicado anteriormente. Este término, elegido por los propios integrantes del colectivo, retoma como decíamos la realidad social, reconstruyéndola a partir de conceptos que generan ideas más positivas, lo que explicaría que el término «persona con diversidad funcional» haya tenido una rápida acogida en algunos círculos académicos y profesionales, y poco a poco parece extenderse. Sin embargo, el concepto también ha acabado por significar en muchos contextos, como una variedad que debe tolerarse, respetarse y protegerse; siendo malentendido, podría dar lugar a lo que conocemos como *discriminación positiva*, donde la persona sin discapacidad estaría en desventaja frente a la persona con discapacidad (por ejemplo, al postular a un empleo). No debemos olvidar que la discriminación, en cualquiera de sus formas, siempre es algo negativo.

Aunque el término se va instaurando, no es suficiente solo con transformar el lenguaje, que a su vez cambiará la representación que se quiere evocar. Si ello no lleva consigo cambios sociales efectivos que aseguren la plena igualdad de derechos, de poco sirven los cambios conceptuales. Y en ese sentido, por desgracia, aún quedan muchos avances por lograr. Es por esto que aún sigue siendo necesario proteger, a través de leyes, la presencia de las personas con diversidad funcional en determinados sectores sociales como la educación o el ámbito laboral, ya que sigue siendo un colectivo que no se tiene en cuenta. Así por ejemplo, el Real Decreto Legislativo de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social de 2013 obliga a las empresas de más de 50 trabajadores a tener un porcentaje de puestos reservados para personas con discapacidad reconocida de un 33% o superior. No se trata de discriminación positiva, pues no se prima a este colectivo sobre el de personas sin discapacidad, pero sí se asegura al menos una pequeña visibilización del colectivo en el mercado laboral. Sin embargo, y a pesar de las ayudas que existen para que las empresas adapten el puesto laboral fuera necesario, muchas empresas deciden hacer caso omiso de la ley a cambio del simple pago de una multa.

Lo que queremos plantear con todo esto es que efectivamente hay un cambio terminológico donde pasamos de hablar de no-capacitados (discapacitados) a hablar de personas con diferentes capacidades (diversidad funcional), poniendo así la mirada en las distintas formas de hacer y no en el hecho de si se puede o no se puede hacer. Pero como decimos, no es suficiente con cambiar el término. El cambio de paradigma, avanzando hacia la diversidad funcional, es un pequeño paso más dentro de la lucha por la igualdad efectiva de este colectivo. Y para que este avance se dé, debería ser primordial contar con la voz de los propios protagonistas, incorporando también la experiencia subjetiva de la discapacidad como base sólida para el desarrollo de una Sociología de la Discapacidad tan necesaria, especialmente en España. Sin incorporar la dimensión sociológica, el modelo de la diversidad funcional no podrá imponerse de manera efectiva, promoviendo los cambios sociales reales que aseguren la integración de estas personas en la sociedad.

Solo ahora, después de todo lo que hemos expuesto sobre la discapacidad desde sus orígenes hasta llegar al momento actual, podemos entender cómo ésta se ha construido socialmente hasta llegar al instante en el que nos encontramos. Y solo ahora también, estamos preparados para aplicar las ideas expuestas al subcampo de la enfermedad mental, que al estar contenido en el campo de la discapacidad, sigue la misma lógica que hemos desarrollado. Esto es lo que se planteará en el Capítulo III de la presente Tesis Doctoral, cuyas ideas principales desarrollaremos a continuación.

1.3.2. Reflexiones en torno a la enfermedad mental.

Como avanzábamos al comienzo de esta introducción, el campo de la enfermedad mental está contenido en otro campo más amplio, el de la discapacidad, que sirve de referencia y cuyas principales ideas hemos expuesto a lo largo de estas páginas. Parecería lógico comenzar por desarrollar cómo el campo de la enfermedad mental se ha construido socialmente a lo largo de la historia, pero no tiene sentido repetir lo que ya se ha expuesto hasta el momento, dado que la revisión realizada en materia de discapacidad es perfectamente aplicable a la enfermedad mental. Sin embargo, sí tiene sentido que nos detengamos antes de comenzar con este apartado sobre la enfermedad mental en las revoluciones de salud mental que señala Aguado (1995), y que matizan el ámbito de la enfermedad mental respecto a lo que ya vimos de la discapacidad.

La primera revolución en salud mental surge a finales del siglo XVI y principios del XVII. En esta época, como vimos, se lleva a cabo un proceso de secularización, así que la enfermedad mental, que por aquel entonces no era enfermedad sino un castigo divino, deja de considerarse como tal y comienza a

tratarse, precisamente, como enfermedad. Es por esto que surgen las primeras instituciones manicomiales, que ponen en práctica toda una serie de tratamientos con la finalidad de la recuperación para la resocialización de la persona. Estas medidas que habían resultado ser, de algún modo, un avance en el trato de las personas con enfermedad mental (avance en el sentido de que deja de optarse por la eliminación de las mismas), van a desembocar en los siglos XVII y XVIII en lo que se denomina como «gran encierro», que no es otra cosa que un internamiento masificado. Ya en el siglo XIX dos serán las líneas de comprensión de la enfermedad mental: por un lado la perspectiva biologicista, que señala la heredabilidad del trastorno, inmutable e inevitable; y por otra parte, la perspectiva social, que subraya la importancia de los factores socioambientales.

La segunda revolución en salud mental se da a finales del siglo XIX, y va a desarrollar estas dos líneas de comprensión que indicábamos. En esta época surgen las ciencias sociales, como el Psicoanálisis, pero también se desarrollan ciencias naturales como la Psiquiatría, que introduce los test estandarizados de inteligencia para cuantificar la comprensión de las capacidades mentales de una persona, estableciendo así un primer esbozo de la normalidad basado en patrones estadísticos; no sin generar polémica, la cual permanece hasta nuestros días, puesto que es difícil conseguir la universalidad de estos instrumentos de medición, que al fin y al cabo se basan en conocimientos culturales. La II Guerra Mundial trae consigo una experiencia dispar en cuanto a la discapacidad y la enfermedad mental: por un lado el bando nazi alemán acaba con las personas con enfermedad mental, y en general con cualquier tipo de discapacidad, bajo la premisa de la mejora de la raza; mientras que en el bando aliado se cuenta con ellos para participar en la contienda como mano de obra debido a la falta de personal, ya que las personas que habitualmente ocupaban esos puestos de trabajo (personas sin discapacidad) estaban luchando en el frente. Al finalizar la guerra, con el regreso de un considerable número de soldados con secuelas sociales y psicológicas tras la contienda, surge el movimiento rehabilitador a la par que se profesionaliza una Psicología Clínica.

La tercera y última revolución en salud mental se da en la década de los años '60 del siglo XX y pone de manifiesto los determinantes psicosociales y socioambientales, pero en los años '70 se dará un retroceso al analizar el objeto de estudio bajo una consideración fundamentalmente biológica, que termino por perfilar una categorización biopsicosocial como marco de comprensión del fenómeno. En esta década, debido a la concepción que apuntábamos, se asienta término de normalización que comenzó a despuntar en la segunda revolución de salud mental. A pesar del avance legislativo en la materia de esta época, los textos siguen sin aplicarse, impidiendo el desarrollo real de medidas necesarias para la protección de este grupo poblacional.

Vemos que estas ideas encajan en el proceso histórico evolutivo de la consideración de la discapacidad que hemos desarrollado de forma amplia anteriormente, señalando los principales factores por los que llega a la consideración actual de la misma; por ello, no entraremos con más detalle sobre la evolución en el tiempo de la consideración de la enfermedad mental, ya que está previamente planteado al hablar de la discapacidad en general. Sin embargo, dado que las prácticas que hemos descrito en esta exposición, se aplican a unas personas, y en última instancia a unos cuerpos, sí es relevante para nuestro análisis ver qué sucede con el cuerpo de la enfermedad mental, ese cuerpo olvidado e invisibilizado en este terreno de estudio por referirse a un ente abstracto que parece, precisamente, incorpóreo. Como indicamos, en el Capítulo III de la presente Tesis Doctoral, se aborda con más exhaustividad la cuestión.

En muchas ocasiones, simplificamos el cuerpo hasta el punto en el que solo importa su estado vital, sin atender a otros aspectos que, en ausencia de muerte, serían más relevantes que la simple presencia de vida. Es por eso que ahora vamos a centrarnos en el cuerpo dentro del ámbito de la enfermedad mental, y dado que los discursos remiten a la normalidad como la ausencia de enfermedad y a la vez hay que ser políticamente correctos en la terminología, se suele referir este campo como el de la salud mental más que como el de la enfermedad mental. Independientemente de la referencia terminológica, lo que pretendemos poner a continuación de manifiesto es a cómo el sistema y las instituciones que operan en este espacio, amparadas por las leyes, tratan a las personas que padecen algún trastorno (referido al trato que tienen moldeando sus cuerpos a través de horarios y medicamentos, entre otras cuestiones, por poner simplemente algunos ejemplos). Veremos también que estas personas, poco a poco van quedando relegadas a un segundo plano debido a las prácticas médicas que operan sobre ellas, sobre sus cuerpos, pero que paradójicamente se olvidan de éstos porque consideran que el objeto de estudio, la salud/enfermedad mental, es algo abstracto como si sucediera sin más, como si no le ocurriera a personas.

Necesitamos conocer la realidad que viven las personas con enfermedad mental, contada en primera persona, para evitar seguir reproduciendo en el futuro las prácticas que las deshumanizan y cosifican como meros objetos de estudio (Correa Urquiza *et al.*, 2006). En esta línea, los trabajos de Correa Urquiza (2015) son especialmente relevantes en la materia, dado que aportan precisamente este factor de análisis de la situación; mientras que Kendall, Foote y Martorell (1983) hablan de un sistema de comunicación unilateral, donde los discursos circulan solo en una dirección, ya que los saberes expertos monopolizan la comunicación creando un monólogo sin atender a los propios interesados, que es con quienes siempre se debería para

en análisis de cualquier situación, aunque en este caso concreto referido a la enfermedad mental.

En salud mental se ha pasado del encierro (físico) como única propuesta de intervención, a lo que Ángel Martínez (1998) denominó como una reclusión química. Con ello expone la cantidad de cuerpos distintos que existen para ejemplificar las prácticas que se llevan a cabo con estas personas, y en última instancia lo que les provoca esta nueva tipología de reclusión, no basada en el espacio, sino dejándolos atrapados en una prisión farmacológica. Así nos hablará del cuerpo del sismo contenido, que remite a los temblores que aparecen como efectos secundarios de la medicación; el cuerpo de la desconexión, que impide a estas personas moverse a voluntad, siendo un claro ejemplo la dificultad de mantener relaciones sexuales como consecuencia de los fármacos. Un cuerpo también de la huida, constreñido de tal manera que incluso pide permiso al hablar; y otro sin fin de entidades corpóreas, que no son más que el sedimento que se apoya en lo material (el cuerpo) cuando se aplican las prácticas interventivas médicas a la enfermedad mental (en abstracto).

Por tanto, los cuerpos de la locura están sujetos a los saberes de otros, de los supuestos expertos, que en el terreno por el que caminamos serían los médicos psiquiatras en concreto. Pero fuera de esos discursos sobre el tratamiento de la salud mental, se habla de inclusión, de integración, de asistencia, de terapia, de beneficencia... Que muestran un abanico de posibilidades interventivas distintas en base a qué se entiende que se debe hacer con estas personas. De ahí la necesidad de crear espacios de entendimiento donde no se patologice al individuo (Correa-Urquiza en Comelles y Perdiguero-Gil, 2017).

Ya hablamos anteriormente sobre el concepto de *habitus* de Bourdieu, desgranándolo y aplicándolo al campo de la discapacidad. Podría decirse que la sociedad se inscribe en el cuerpo, es estructura y acción (Esteban, 2013); aplicado al tema que estamos abordando ahora, sobre el cuerpo de la enfermedad mental, Correa-Urquiza (2017) explicará cómo se materializa este proceso a través de dos variables. Por un lado, el cuerpo en términos físico-orgánicos, que resulta afectado por la medicación y las intervenciones sanitarias, como hemos visto. Pero también hay un cuerpo que sufre las consecuencias a raíz de las etiquetas médico diagnósticas, es decir, un cuerpo, unas personas, estigmatizadas. Y por la importancia del término en sí, siendo la tercera piedra angular sobre la que asentamos la teoría que estamos desarrollando, junto a las ideas de Bourdieu y Foucault, Goffman (1961) será el autor que estudie con más detenimiento la situación del individuo que sufre un estigma, definiendo éste como aquel que cuenta con su identidad deteriorada porque no es aceptado socialmente. El estigma sería, por tanto, aquellos

atributos (negativos) de la persona que son desacreditados en las interacciones sociales.

Hay un claro paralelismo entre el cuerpo individual y el cuerpo social. Como ya hemos señalado en más de una ocasión, sería la Medicina, y más concretamente en este campo de la enfermedad mental, la Psiquiatría, el saber experto en la materia, responsable de la cura del paciente, víctima de un cuerpo que no reconoce. Craviotto (2016) indica que el estudio de la psique toma como objeto al niño, respaldado por la teoría de Foucault (2005) que expone que ciertos trastornos como el retardo mental comienzan en la infancia. Sumado a la teoría sobre el estigma que indicábamos en el párrafo anterior, esto nos lleva a la aterradora conclusión de que el individuo vivirá una vida completa estigmatizada, marcando su comportamiento de por vida, o hasta la cura si en alguna ocasión llega a darse; aunque avanzamos que nunca será así, ya que un paciente mental curado será un paciente mental en remisión, donde siempre queda la impronta, precisamente, de ese estigma de paciente mental, dado que ni si quiera dar de nombrarse como tal.

La Medicina se apropia del cuerpo a través de la construcción de clasificaciones que catalogan a los individuos, que indican cómo es o cómo deben de ser dichos cuerpos, precisamente, mediante estas clasificaciones y los presupuestos establecidos. La clasificación suprema en el ámbito psiquiátrico es el *DSM*, que veremos con más detenimiento más adelante, pero pueden consultarse los anexos finales de esta Tesis Doctoral, los cuales enumeran los trastornos mentales diagnosticables en cada una de las cinco versiones del manual. Baste ahora introducir que, como la propia enfermedad mental, el *DSM* no deja de ser a su vez un constructo social, pues lo que queda dentro y fuera de lo médicamente patológico tiene que ver en algunos casos con la norma social que indica lo que socialmente debería ser patológico (o al menos patologizable) y lo que no debería serlo.

Volviendo sobre el cuerpo de la enfermedad mental, Huertas (2003) diferencia también entre cuerpos vistos y cuerpos sentidos. Los primeros aluden a cómo los profesionales de la salud mental ven el cuerpo de la otra persona, sobre lo que ya hemos hablado en profundidad a lo largo de estas páginas. El cuerpo sentido es la percepción que cada uno de nosotros tenemos sobre nuestro propio cuerpo. En primer lugar, este cuerpo sentido señala quiénes somos; ya que la conciencia se adquiere durante los primeros años de vida, momento en el cual recordemos que también es cuando la Psiquiatría comienza a actuar, tendrá, inevitablemente un impacto sobre esa conciencia individual. Pero ese cuerpo sentido puede hacer que nos preguntemos, además, si seguimos siendo la misma persona, pues a lo largo de la vida cambiamos, no necesariamente por cuestiones patológicas. Finalmente, hay que señalar el peso de los condicionantes sociales, porque no es solo el lenguaje lo que nos moldea según la idea que se desarrolla en el imaginario

social a través del concepto, sino también todo ese lenguaje no verbal que igualmente expresa ideas en la sociedad en la que vivimos, como asociar la belleza a la salud y el triunfo, hecho que no podemos dejar al margen de nuestro cuerpo sentido, ya que también lo construye.

Vemos pues, que la construcción de la enfermedad mental es algo social, que se da a través de los cuerpos, de las personas, aunque muchas veces queden olvidadas en el propio proceso. Detrás de estos cuerpos, tanto en sentido objetivo (el que se puede tratar, no solo médicamente, sino con el que podemos relacionarnos) como en sentido subjetivo (el cuerpo sentido), no podemos olvidar que existen unas personas, sujetas por políticas clasificatorias que tienen impacto real sobre sus vidas, sin que ni siquiera contemos con su propio discurso para poder atender mejor las necesidades que realmente tienen.

Tras este análisis, nos centraremos en la Psiquiatría y el *DSM*, ya que como vemos, por la lógica organizativa, sería el último punto que abordar para entender como la enfermedad mental es un constructo social, según el devenir de lo expuesto hasta el momento.

La salud mental es un tema de actualidad en la agenda política, especialmente con los efectos sobre ella que ha tenido la reciente pandemia de Covid-19 en el año 2020. Pero como ya apuntábamos con anterioridad, a pesar de hablar sobre salud mental, la preocupación real que existe es sobre la enfermedad mental. La OMS define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y satisfactoria y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. Por la propia definición, no es de extrañar, como decíamos, que la preocupación sea precisamente la ausencia de salud mental (es decir, la enfermedad mental), que conllevaría situaciones contrarias a la propia definición, condiciones que preocuparían a nivel social.

En el campo de la enfermedad mental, la Psiquiatría sería la ciencia médica indiscutible en la materia y la clasificación bajo la que organizaría lo que es y no es enfermedad mental quedaría recogida en el *DSM* como herramienta diagnóstica fundamental con la que guiarse. Ahora bien, si esto es la materialización del modelo médico de la discapacidad aplicado al ámbito de la enfermedad mental, debemos tener en cuenta movimientos detractores de la Psiquiatría que aboguen por una concepción social de las personas que tienen un trastorno mental. Es decir, debemos tener en cuenta el modelo social que surge en este terreno en contraposición al modelo médico.

Veremos a continuación como la Psiquiatría ha llegado a tener el peso social que actualmente ostenta, más allá del propio ámbito sanitario, siendo utilizada por el Estado como una herramienta de control social de la población. Retomaremos en este punto las teorías foucaultianas que ya vimos anteriormente para aplicarlas a este particular campo de estudio como es el de la enfermedad mental. Y lo que es más relevante para la materia: como surgen, a raíz precisamente de esta perspectiva médica, movimientos alternativos en contraposición a la Psiquiatría, puesto que ésta se impone en facetas de la vida del individuo que van más allá del terreno de la medicina, como decimos. Lo que reclaman las personas diagnosticadas con algún trastorno mental es ser tratados como individuos de plenos derechos, sin que sea la intervención psiquiátrica la que determine también el plano social en el que se desarrollan.

Dentro del modelo clásico de la discapacidad, donde la Psiquiatría no era todavía una ciencia establecida, comienzan a despuntar teorías que identifican al cerebro como órgano responsable de ciertas anomalías del comportamiento (González de Rivera, 1998). Hipócrates (460-377 a.C.) rechazó las teorías dominantes de la época donde las causas provenían de espíritus o dioses, y aplicó la reflexión racional a la medicina, lo cual es un pensamiento bastante avanzado en esta primera etapa. Introdujo las primeras clasificaciones de la enfermedad mental, lógicamente simplistas y no tan elaboradas como en la actualidad, a través de la observación de casos. Su influencia fue tan grande que el código ético que creó para los médicos se sigue teniendo en cuenta hoy en día. La Medicina se define como una actividad independiente de la religión, las quejas que el paciente expresaba, eran pues, un desorden corporal, dejando de pensar las dolencias del enfermo como algo ajeno al cuerpo para estudiarse como un fenómeno dentro-del-cuerpo (Casarotti, 2012). La Filosofía griega comienza también a tomar interés por la Psicología.

En la Edad Media se dará un desinterés por la mente y por la medicina en general, ya que el dogmatismo eclesiástico impedía la aplicación de la razón al estudio de la naturaleza, por lo que todo este avance de la medicina griega y romana se pierde en la época medieval y los enfermos buscarán la cura a través de la salvación de su alma. La medicina árabe fue la que volvió a encauzar las ideas que habían surgido en el período anterior, llegando a desarrollar una clasificación de enfermedades psiquiátricas divididas en dos (González de Rivera, 1998): las de origen sobrenatural y las de origen natural. Entre las últimas se incluían la epilepsia, la melancolía o la demencia, por poner solo algunos ejemplos. Sin embargo, Sánchez Moreno (2002a) se pregunta cuántas personas con esquizofrenia (lógicamente no diagnosticada en la época) se tomarían como una posesión demoniaca y serían condenados a la hoguera de la Inquisición. Y es que, distinguir medicina y religión en ciertas épocas históricas resulta complicado.

España se sitúa en un lugar geográfico privilegiado para que confluyan multitud de culturas que aportan su propia perspectiva en el trato brindado a las personas con enfermedad mental. Es por esto que solo aquí podía darse la unión de la caridad cristiana, los conocimientos médicos griegos y romanos, y la ciencia árabe. La confluencia de estos aportes supuso la construcción de lo que fue el primer hospital psiquiátrico del mundo occidental en Valencia en 1409, seguido de centros similares en otras ciudades del país. La atención prestada en estos centros llegó a ser muy positiva desde el punto de vista humanitario, así como en el plano médico; describiéndose mucho mejor que centros similares de los siglos XII y XIII posteriores.

La emergencia del humanismo significó el comienzo del proceso de secularización que explicábamos con anterioridad, reduciendo la influencia eclesiástica en el trato de las prácticas llevadas a cabo con personas con enfermedad mental. Se puede considerar que, después de un largo y lento proceso, la medicina moderna se establece a mediados del siglo XVII con la obra de Thomas Sydenham (1624-1689), que se dedicó a la observación clínica de casos, inspirando a otros eruditos posteriores que adoptarían nuevos métodos de docencia como la disección para aprender sobre anatomía, muy relacionado con ese nuevo interés en el cuerpo humano característico de esta época en Europa. El empirismo inglés, y su máximo representante Francis Bacon (1561-1626), desarrolló las ideas acerca de la observación de la realidad y la recogida de datos. Muchas ciencias, entre ellas la Psicología, comienzan a utilizar este método para el estudio de sus respectivos campos.

Pero podemos comenzar a hablar del nacimiento de la Psiquiatría, como ciencia propiamente establecida, durante la Ilustración, ya que es en ese momento cuando se desliga de la Medicina porque ésta avanzó más rápido que la propia Psiquiatría (González de Rivera, 1998). También la Psicología comienza a desligarse de la Psiquiatría, hasta el momento relativamente aunadas. Philippe Pinel (1745-1826) será considerado uno de los grandes reformistas psiquiátricos; primero porque elimina las ataduras, amplía los pabellones, facilita la comunicación social... Pero también porque construye una nosología⁷ basada en conceptos fundamentales que servirá como base para explicar las enfermedades mentales. En general, se da un auge de clasificaciones, que tiene que ver con la necesidad de introducir el método en todos los conocimientos científicos, especialmente aquellos que parecían más inciertos, como era el caso de la todavía incipiente Psiquiatría, que terminará asentándose como ciencia, así como especialidad médica, a partir de la taxonomía recogida en el tratado de Emil Kraepelin en 1883.

⁷ Parte de la medicina que describe, diferencia y clasifica las enfermedades (RAE).

Casarrotti (2012) distinguirá varios momentos una vez reconocida la enfermedad mental como objeto específico de práctica psiquiátrica. Una primera etapa (finales siglo XVIII – finales siglo XIX) donde se organiza una semiología⁸ específica. Posteriormente, durante varias décadas desde finales del siglo XIX, la Psiquiatría se interesará por el motivo que da lugar a la patología mental, pero al no desarrollar una evolución clínica sobre ello, dará lugar a la tercera y última etapa: un período de crisis que termina con un nuevo interés por el diagnóstico y la clasificación, naciendo así el *DSM*, guía que perdura hasta nuestros días. La salud depende de múltiples factores que posibilitan, o no, la adaptación del individuo al medio físico y social, por lo que deberíamos remitirnos a la tolerancia y la integración, entre otros; pero paradójicamente (aunque no por sorpresa por todo lo que venimos estudiando), el *DSM* no menciona nada al respecto.

Consolidada ya la disciplina psiquiátrica, la enfermedad mental se transforma en un mecanismo social, donde se patologiza la heterogeneidad humana (Vásquez, 2011). El autor explica que las disciplinas se consolidan cuando poseen un lenguaje propio que construye y funda el objeto de estudio, y así ha sucedido con la Psiquiatría también. Este discurso científico fabrica ciertos enunciados, que crean y recrean la realidad que describen, de tal manera que el saber psiquiátrico emplaza sus constructos como dispositivos del poder. Del mismo modo que un cura dice “ya sois marido y mujer” para sentenciar un matrimonio, sin que eso mismo dicho por cualquier otra persona tenga tal efecto; un perito psiquiátrico tendrá un poder similar en un contexto, por ejemplo, jurídico, del que carecerá cualquier otra persona que realizase las mismas afirmaciones.

Hemos visto páginas atrás el trato prestado a las personas con enfermedad mental a lo largo del tiempo y cómo, en la actualidad, la Psiquiatría es una institución represora incompatible con los principios de una sociedad libre. En 1961 Thomas Szasz (1982) inició un debate sobre los trastornos mentales negando la existencia de la enfermedad mental, siendo ésta producto de unas etiquetas estigmatizantes aplicadas a personas cuyas conductas molestan a la sociedad. Por lo tanto, la enfermedad mental no existiría, solo conductas anormales. En palabras de Salaverry (2012), la enfermedad mental “sería un *mito* que han inventado los profesionales de la Psiquiatría alentados por una sociedad que así encuentra soluciones fáciles a los complejos problemas del ser humano”. La publicación de *La fabricación de la locura: estudio comparado de la Inquisición y el Movimiento de la Salud Mental* (Szasz, 1981), junto con *Historia de la locura en la Era Clásica* (Foucault, 1967), darán paso a una nueva era de crítica a la disciplina psiquiátrica.

⁸ Parte de la medicina que estudia los síntomas de las enfermedades, los cuales constituyen el instrumento de trabajo que permite apreciar la situación clínica de un enfermo y establecer un diagnóstico (RAE).

El hecho de clasificar permite a los expertos tener un conocimiento común, ya que todos entienden lo mismo al tratar sobre categorías en las que no tienen cabida las interpretaciones particulares, lo cual lleva al rigor científico en el que se amparan. Aunque pueden encontrarse una serie de problemas (Barrio, 2009) cuando lo clasificable no es algo físico, como sucede con la enfermedad mental: por ejemplo, la confusión dependiendo si el grupo es homogéneo o no, la discriminación entre las diferencias del grupo, o la identificación en la asignación de un individuo a un grupo determinado. Como avanzábamos, Kraepeplin (1899) fue el primero en elaborar un sistema donde constituía grupos de pacientes de sintomatología homogénea que consideraba un síndrome, por lo que se le conoce como el padre de los trastornos mentales.

Desde entonces, han existido varios intentos por clasificar de manera que sirviera como guía a todos los psiquiatras. En 1917 fue la Asociación Americana de Psicología Médica (AMPA); en 1928, tras la Conferencia sobre Nomenclatura de Enfermedades, la Asociación Médica Americana (AMA); y en 1932 se publicó una nomenclatura estándar de enfermedades. El problema es que tras la II Guerra Mundial, esta nomenclatura resultó insuficiente y los médicos reclamaban la necesidad de compartir un lenguaje común para clasificar y tratar a los pacientes. Así nació el *DSM*, en un primer momento basado en la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)* promovida desde Europa por la OMS, pero de la que poco a poco se irá desligando. De nuevo, remitimos aquí a los anexos de esta presente Tesis Doctoral, donde puede observarse en detalle la clasificación propuesta en cada uno de las cinco versiones de este manual de referencia en la materia.

Sin embargo, el propio *DSM* no está exento de críticas (Barreira, 2015). El manual no aclara sus fuentes, ya que alude a comités de investigación, pero sin justificar bibliografía temática. Tampoco explica su modelo estadístico, indicando las variables incluidas y excluidas. Además, nuevamente el lenguaje será importante, pues la elección del término trastorno (*disorder*) en lugar de enfermedad, sugiere la idea de desorden eliminando la carga semántica organicista. Esto propicia que se hable, precisamente, de trastornos mentales y no de personas, como venimos exponiendo desde el comienzo de esta introducción, lo que se traduce en una clínica de la mirada y no de la escucha, que remite nuevamente a la idea del experto en la materia obviando la opinión del propio afectado.

Estas críticas conllevan a una crisis de los sistemas diagnósticos, tanto del *DSM* como del *CIE*. La prueba más reseñable de esta crisis inestabilidad en la confianza los sistemas diagnósticos fue el anuncio en 2013 por parte del Director del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) que informaba que dejarían de utilizarse dichos criterios diagnósticos debido a la falta de validez. A penas un mes más tarde se lanza el *DSM-V* (última versión del manual), que podría decirse que nace clínicamente muerta, aunque el tiempo ha demostrado

que no ha sido así, ya que sigue en vigor y su uso sigue siendo la pauta recurrente que aplicar en el campo de la enfermedad (Pérez Álvarez, 2017). A la par, aparecen campañas, como la proveniente de una organización de psiquiatras británicos, sobre “No Más Etiquetas Psiquiátricas”, lo que demuestra que existen alternativas a lo establecido hasta el momento; y precisamente el problema no viene de la falta de alternativas, sino precisamente de que tal vez son demasiadas, lo que impide que se siga una línea común de actuación que sea la que finalmente se implante. Además, estas alternativas no dejan de tener su propia problemática en sí mismas, dado que además de la multitud de opciones, muchas siguen hablando de categorías, que es precisamente el concepto que intenta superarse. Por tanto, si los movimientos transdiagnósticos como respuesta a la crisis de los sistemas diagnósticos, también necesitan las categorías diagnósticas, se terminará optando por un enfoque combinado entre el enfoque transdiagnóstico y la categorización psicopatológica, donde las categorías clínicas siguen vigentes, pero sobre otra base. Ya no se focaliza la atención en la propia clasificación, sino en *qué* clasifica.

Estos diagnósticos psiquiátricos son, justamente, esa fabricación de la locura que exponía Szasz. Las categorías diagnósticas son simplemente el nombre (etiqueta) que se le da a conductas que de alguna manera molestan u ofenden en la sociedad por ser atípicas, anormales; y además, son etiquetas estigmatizantes porque están señalando claramente una anormalidad. Se trataría, pues, de ese *habitus* de Bourdieu como “estructuras estructuradas estructurantes” que ya conocemos. Y a su vez daría pie a retomar las teorías de Foucault (1976, 1992, 1999) sobre cómo se produce esa forma de disciplinamiento de los saberes, creando una nueva relación entre el poder y el saber (aparatos de saber-poder) en la que la ciencia sería la única e indiscutible verdad.

Si se señalan estos comportamientos incómodos es, precisamente, para tranquilizar a la sociedad (Moreno Pestaña, 2015): la Psiquiatría impone normas sociales que se ocultan tras la supuesta objetividad de la ciencia médica a través del método científico, y si algo asusta o incomoda socialmente por su incompreensión, se cataloga como anormal tras una etiqueta diagnóstica (estigmatizante), que explica ese comportamiento incómodo socialmente, y justifica que se aparte al individuo con dicho comportamiento, hecho siempre argumentado desde una perspectiva científica.

Pero necesariamente, la visión sobre el fenómeno de la enfermedad mental debe cambiar. Si se cumplen los pronósticos de la OMS que indican que la salud mental será la principal causa de discapacidad en el mundo para 2030 (actualmente 450 millones de personas se ven afectadas por algún problema de salud mental que dificulta gravemente su vida, según sus datos), se ha de dar una transformación profunda en la forma institucional de concebir

la salud mental (Ordorika, 2009). Por esto la OMS insiste en entender las particularidades de culturas y grupos en relación con la salud mental, para promover políticas efectivas, dejando atrás ese modelo médico que solo atendía aspectos individuales (biopsicológicos). Existe una necesidad de abordar la problemática desde una perspectiva interdisciplinar, y la Sociología, a diferencia de la Psicología, analiza precisamente esas situaciones sociales y contextos culturales que influyen en la construcción de la salud y la enfermedad mental. Cockerham (2000) indica que además la Sociología analiza cómo los procesos sociales se relacionan con los estados mentales de los individuos, y cómo ciertos trastornos particulares se vinculan con poblaciones específicas según su género, raza o clase social por ejemplo.

En la década de los años '60 del pasado siglo XX, académicas feministas británicas y estadounidenses comienzan a investigar sobre la salud mental aplicando la perspectiva de género, preocupadas por la sobrerrepresentación femenina en las estadísticas epidemiológicas psiquiátricas realizadas hasta entonces. Joan Busfield (2001) fue pionera en el campo de la sociología feminista de la salud mental. El punto de partida son las mujeres, que se encuentran en una situación de desigualdad frente a los hombres, subordinadas a éstos y desempoderadas. Busfield señala principalmente cuatro líneas de investigación: a) relación existente entre los procesos sociales y las definiciones de salud/enfermedad mental, incluyendo las categorías diagnósticas, para visibilizar y desmontar los sesgos de género que contienen; b) la relación establecida entre los procesos sociales y la constitución de prácticas médicas, ahondando en cómo la Psiquiatría ha colaborado en el control de las mujeres; c) la relación existente entre los procesos sociales y la etiología de los trastornos mentales, partiendo de la situación socialmente desigual de las mujeres; y d) el análisis de las experiencias de los individuos para ver cómo influye la identidad de género en la vivencia de estos padecimientos.

La introducción de la perspectiva de género supuso un avance cualitativo considerable en la materia, porque hasta ese momento se estudiaba a las personas con trastornos mentales como un grupo uniforme, sin variables diferenciales como esta. Para dar respuesta a por qué había más mujeres que hombres con trastornos mentales, según las estadísticas, se aborda la cuestión desde dos perspectivas teóricas (Ordorika, 2009). Por un lado la construcción social de la salud y la enfermedad mental, ya que podrían darse sesgos en los instrumentos empleados para recabar información, lo cual propiciaría una elevada cifra de mujeres en las estadísticas (por ejemplo, la histeria en el Psicoanálisis de Freud, era provocada por un hecho traumático que había sido reprimido en el inconsciente y que seguía aflorando en forma de ataques que carecían de explicación; pero esta neurosis que se transforma en patógena aplica solo a las mujeres por la concepción social que se tenía de ellas en la

época en la que se desarrolla esta teoría). El segundo enfoque que estudia la elevada cifra de mujeres en las estadísticas sobre trastornos mentales tiene que ver con la producción social de la salud y la enfermedad mental, donde se estudia cómo los factores sociales y las condiciones de vida afectan a la salud de los individuos, contando con la situación de desventaja social de las mujeres que apuntábamos anteriormente, oprimidas por un sistema patriarcal que las relega a una posición de inferioridad.

Pero además del género, la Sociología de la Salud/Enfermedad Mental analiza otras cuestiones, como las que apuntaba Cockerham (clase social, contexto cultural, procesos sociales...) Moreno Pestaña (2015) señala una nueva variable a tener en cuenta en los estudios sobre la salud mental: el trabajo. Aunque indica que nunca fue demasiado explorada, si se dan autores a lo largo de la historia como Emilio Mira, que en 1937 propone una relación de enfermedades mentales relacionadas con ciertos grupos profesionales. Un interés imprevisto por este tipo de estudios se dio desde las mutuas de accidentes, interesadas en saber cuántos enfermos producía cada profesión; y que desde entonces se sigue explotando dicha relación para optimizar los beneficios económicos del sistema capitalista, que supedita a la ciencia médica.

Aplicar una perspectiva sociológica al estudio de la enfermedad mental ayuda a comprender el fenómeno, aportando variables de estudio del mismo que no habían sido tenidas en cuenta hasta el momento por la perspectiva puramente médica que se había apoderado de este terreno. Pero como toda teoría, y la sociológica no está exenta de ello, hay que señalar las limitaciones que existen. La más inmediata parte del punto de que no se puede hablar de los trastornos mentales en general, sin bajar a un nivel más específico de estudio, tomando las especificidades de cada uno de ellos en concreto (Sánchez Moreno, 2003). Si la discapacidad es un constructo social y por tanto la enfermedad mental, campo contenido en el de la discapacidad, también lo es; los trastornos mentales que pertenecen al ámbito de la enfermedad mental seguirán esta misma lógica que hemos visto hasta el momento, ya que cada cual tendrá una evolución histórica para llegar a ser (o dejar de ser) considerados enfermedades mentales. Es el discurrir lógico de ese reloj de arena con el que ejemplificábamos gráficamente la construcción teórica de la presente Tesis Doctoral al comienzo de este apartado.

La aplicación de nuevas perspectivas, como la sociológica, en el campo de la enfermedad mental replantean la hegemonía del paradigma médico psiquiátrico como único referente en la materia, dando lugar a nuevos e interesantes enfoques que ni desplazan ni pretenden desplazar a la Medicina, pero sí completar su visión en los resquicios que no alcanza a explicar.

A pesar de la preocupación de la OMS por el presente, según los datos, de la población con enfermedad mental (un 25% desarrollará un problema de salud mental a lo largo de su vida) y, como hemos visto, por el futuro de la problemática, existe una clara contradicción entre estos datos y la respuesta local que se presta en materia de salud mental, ya que hay una disonancia entre lo que se sabe sobre los trastornos mentales y los recursos que invertimos en investigarlos, discordancia evidente desde hace tiempo para la Sociología Médica. Torres (2018) plantea tres conceptos clave para intentar entender la situación: la alfabetización en salud mental (ASM), el estigma de las dolencias mentales y el análisis de la decisión de revelar. Desarrollaremos especialmente el primero de ellos a continuación, dado que ya hemos hablado sobre el estigma a través de las ideas de Goffman en varios puntos de esta exposición, y el tercero estaría muy estrechamente relacionado con ello.

La OMS define la alfabetización en salud como “habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud”, apuntando una clara correlación entre la alfabetización lectoescritora y la salud, siendo una relación directamente proporcional donde a mayor nivel de analfabetismo, peores pronósticos en salud. En 1997, Jorm lo aplicará al subcampo de la enfermedad mental, definiendo la ASM como “el conocimiento y las creencias sobre desórdenes mentales que ayudan en su reconocimiento, manejo y prevención. La ASM incluye la habilidad para reconocer desórdenes específicos; el conocimiento sobre cómo buscar información en salud mental; el conocimiento de los riesgos y las causas, y de los posibles tratamientos tanto profesionales como de auto ayuda; y las actitudes que promueven el reconocimiento de adecuadas búsquedas de apoyo” (1997:182-183). La conclusión del autor es que la ASM debe aumentarse para mejorar la salud mental de la población, ya que en su análisis observó que muchos participantes reconocían la presencia de algún tipo de dolencia mental, pero pocos lo asociaban con una etiqueta concreta del *DSM*. Significativo también señalar que dos de los colectivos con niveles más bajos de ASM fueron los profesionales de la salud y los profesionales de la educación; colectivos ambos encargados de la detección, temprana o no, de los síntomas de dolencia mental. Este hecho podría explicar a su vez la incompreensión que sufre el colectivo de personas con enfermedad mental en general, si dos de los grupos de alguna manera encargados de detectarla no son capaces de poder hacerlo.

Hagamos aquí un paréntesis. La Sociología de la Desviación ahondó en la etiquetación como fenómeno sociológico principal en el proceso de construcción social de la enfermedad mental. Becker (1966) realizó una crítica basada en los registros administrativos, dado que una persona puede ser desviada o no, utilizando su terminología, y se puede percibir como tal

(enferma), pero en los registros solo aparecerá aquella que se haya detectado y por tanto diagnosticado, preguntándose por tanto qué sucede con el enfermo que pasa desapercibido. Además, Becker también criticaba que dichos registros solo apuntaban un momento exacto en el tiempo, como si todas las variables que actúan sobre este fenómeno lo hicieran a la vez, sin permitir ver los procesos temporales diacrónicos y qué variables actuaban en cada momento. Cerremos el paréntesis y sigamos con la exposición sobre la ASM aplicando lo que acabamos de ver.

Si existe una baja ASM especialmente entre dos de los colectivos que supuestamente deberían detectar los trastornos mentales, y además en las estadísticas solo aparecen aquellos que efectivamente se detectan, y solo se les asocia un estigma a estos últimos precisamente por encuadrarse en una de las categorías diagnósticas; podríamos decir que estamos ante la fórmula de la fabricación de la locura que apuntaba Thomas Szasz. Por ello, podemos hacernos una idea también de la situación en la que se encuentran aquellas personas detectadas en el sistema y diagnosticadas con alguna enfermedad mental a la hora de compartir con su entorno este diagnóstico. Cómo, por qué y con quién decide compartirse es una decisión individual, pero estará marcada por procesos sociales, como el hecho de percibir o no la probabilidad de recibir apoyo del entorno con el que se comparte.

El férreo control social que ejerce la Psiquiatría, prácticamente imperceptible en el día a día para las personas, es lo que genera una corriente crítica que reacciona y se opone a ella: la antipsiquiatría. Este término fue creado por el psiquiatra David Cooper (1931-1986), teórico y líder del movimiento junto con otros autores, algunos ya conocidos como Thomas Szasz y Michel Foucault. El concepto designó un movimiento político de impugnación del poder psiquiátrico que surgió en 1955 y que se desarrolló durante las dos décadas posteriores. Aunque la antipsiquiatría es la manifestación de una profunda crisis de la Psiquiatría, entre otras disciplinas que aplican al campo de la salud mental, por desgracia nunca llegó a hacer tambalear su posición privilegiada en el ámbito.

El nacimiento de la antipsiquiatría se da, en una primera etapa denominada por algunos autores como antipsiquiatría clásica (Pérez Soto, 2012), en contraposición a las condiciones de encierro institucional que sufren los pacientes. Podría decirse que se gesta contra el carácter opresivo de la Psiquiatría en la sociedad, nace como crítica al poder social que ésta ostenta. Esto no quedó solo en un plano teórico, se llevó al terreno práctico (Cea y Castillo, 2016) con diferentes puestas en práctica en Estados Unidos, Inglaterra y Francia, entre otros países. En España, el movimiento antipsiquiátrico no pudo desligarse del movimiento contra la Dictadura Franquista, ya que como hemos visto siempre hay una estrecha relación entre la ciencia médica y el poder político social. Destacar la labor del psiquiatra Ramón García (1941-

actualmente), que presentó los primeros textos antipsiquiátricos en nuestro país, fundador también del Colectivo Crítico para la Salud Mental, proponiendo a través de una red semiclandestina, una urgente participación y comunicación de los hospitales psiquiátricos entre sí (Galván, 2009).

La antipsiquiatría, como toda teoría, no está libre de críticas. Jervis (1979) se plantea en su libro *El mito de la antipsiquiatría* (en clara contraposición a la obra de 1961 con la que Thomas Szasz inició el debate sobre los trastornos mentales negando su existencia, *El mito de la enfermedad mental*), si realmente es posible ayudar de forma antipsiquiátrica a una persona afectada (y oprimida) por lo que se considera un trastorno mental. Por ello, esa antipsiquiatría clásica evoluciona hasta un movimiento que ya no parte de los profesionales sino de los propios pacientes, comenzando una segunda fase de lucha emancipatoria a través de movimientos de expacientes o sobrevivientes a la Psiquiatría.

Más allá de la interesante elección de términos con los que se designan, como siempre apuntando a la importancia del lenguaje en el ámbito, el objetivo político de estos movimientos consistía en devolver a los usuarios de servicios psiquiátricos sus derechos como ciudadanos. Además, el movimiento lo componían personas que habían sufrido la experiencia de la psiquiatrización, por lo que sabían de qué hablaban, a la par que reivindicaban que podían hablar por sí mismas a pesar de ser consideradas enfermas mentales con el estigma asociado que ya hemos visto que supone. El movimiento comienza a toparse con las limitaciones en el plano legal, así que pasan a estrategias de acción directa, atacando ciertas técnicas de la Psiquiatría con la finalidad de desbordar el marco legal. También comienzan a crearse redes de apoyo y colaboración entre personas psiquiatrizadas para ayuda mutua.

Los activistas de estos movimientos comienzan a utilizar conceptos como el de recuperación, que es una forma de reconocer (no solo lingüísticamente) las potencialidades de la persona, ya que se presuponen superadas las etiquetas clínico diagnósticas que construían médicamente la identidad de estos individuos. En 1985, estos movimientos de expacientes o sobrevivientes a la Psiquiatría se integran en la Conferencia Anual "Alternativas" de la NIMH, lo que conllevó un conveniente proceso de institucionalización del apoyo mutuo desarrollado por dichos movimientos en pro del declive de las estrategias más radicales de denuncia de la opresión psiquiátrica (Cea y Castillo, 2016, 2018). El movimiento decae al perderse así la fuerza con la que había nacido, y en los años '80 y '90 incluso el concepto de «recuperación» es reabsorbido por corrientes predominantes de la Psiquiatría hegemónica, que lo enfocan como un proceso individual (actitudes, sentimientos, habilidades...) que la persona promueve para vivir una vida satisfactoria a pesar de las limitaciones causadas por la enfermedad mental. Dicho de otro modo, apoyándonos en conceptos que también hemos

desarrollado largamente en estas páginas, la recuperación se reescribe entonces como si la persona intentase vivir de forma normal dentro de una situación que no lo es porque a pesar de la recuperación, nunca deja de ser paciente mental (puede que en remisión, pero paciente mental al fin y al cabo).

Si bien parece quedar un panorama bastante desolador, hay que señalar la importancia de estos movimientos, pues lucharon por abrir nuevas vías de estudio sobre la enfermedad mental desde una perspectiva diferente a la mirada médica que venía imponiéndose sin competencia en la materia. En los años '90 surge lo que podía llamarse una nueva antipsiquiatría, retomando las ideas iniciales de la antipsiquiatría clásica, que defiende la falsa neutralidad y objetividad de la Psiquiatría. Así pues, podría decirse que esta nueva antipsiquiatría se encamina a defender a la ciudadanía de los efectos no deseados de la Psiquiatría, y es la línea predominante dentro de los sectores críticos de la disciplina.

La postpsiquiatría surge para sobrepasar el conflicto entre Psiquiatría y antipsiquiatría (Markez, 2017), presentando la novedosa visión de que la Psiquiatría moderna no nace como un hecho científico, sino político. La postpsiquiatría propone un debate crítico sobre las prácticas psiquiátricas, contando tanto con los médicos como con los propios interesados en igualdad de condiciones. Se cuestionan las políticas psiquiátricas coercitivas, con el poder de la disciplina del etiquetaje y la estigmatización del individuo en la sociedad. Sin embargo, la postpsiquiatría se diferencia de la antipsiquiatría en que no se considera abolicionista de la Psiquiatría institucional, lo que genera una serie de cuestiones que hacen que la postpsiquiatría sea también objeto de crítica (cómo justifican sus críticas al modelo médico y a las clasificaciones sin renunciar a su identidad; cómo justifican la crítica al internamiento solo en algunos casos...) Lo que sí parece quedar patente es la necesidad de ofrecer una alternativa a la medicalización.

Como vemos, la Sociología es necesaria en el estudio de la discapacidad y más concretamente, en el estudio de la enfermedad mental. Contar con la perspectiva sociológica para abordar el tema nos ayudará a mejorar un campo en el que precisamente el componente social ha sido constantemente olvidado. No se trata de ocupar el lugar de la Medicina, se trata de completarlo con otras variables que no han sido tenidas en cuenta. La Sociología de la Enfermedad Mental, necesariamente, tiene que contar con los discursos de las propias personas afectadas, diagnosticadas con algún tipo de trastorno mental, para aprender desde su posición como verdaderos expertos en la materia, ya que son ellos quienes viven su realidad, sin que ningún experto, venga de la perspectiva que venga (médica o social) se imponga sobre ellos.

II

DIVERSIDAD FUNCIONAL (TODAVÍA COMÚNMENTE CONOCIDA COMO DISCAPACIDAD)

En este segundo capítulo hablaremos sobre el campo de la diversidad funcional, todavía comúnmente conocido como discapacidad. Para poder ahondar en el terreno concreto de la enfermedad mental (Capítulo III), primero debemos acercarnos al ámbito en el que instauraremos más adelante dichas ideas. Por ello, se torna necesario acercarnos a la temática objeto de estudio a través de esta área más amplia, el de la diversidad funcional, ya que conociendo cómo ha sido construida y tratada a lo largo del tiempo, nos será más sencillo después entender qué sucede con la enfermedad mental.

1. ¿POR QUÉ PARTIMOS DE ESTE CAMPO?

Si bien la presente Tesis Doctoral versa sobre la enfermedad mental estudiada desde la perspectiva social, una visión ensombrecida por la teoría médica que se apropia del campo de estudio, aunque cada vez irrumpa con más fuerza la perspectiva de estudio social que se planteará en este trabajo de investigación; se torna necesario encuadrar previamente el campo de la enfermedad mental en su contexto.

Este contexto no es otro que el campo de la discapacidad / diversidad funcional. La discapacidad, como fenómeno social, ha existido desde el origen del ser humano. Puede pensarse que esto es quizá exagerado en una tesis que trata sobre la enfermedad mental, pero se agradecerán los conceptos e ideas que desarrollemos en los siguientes apartados para poder aplicarlas en el desarrollo del posterior capítulo (Capítulo III), centrado específicamente en el campo objeto de estudio: la enfermedad mental.

El ser humano tiene una tendencia a creer que el mundo actual en el que vive viene dado sin más, sin pararse a pensar en que muchas de las cosas que nos parecen lógicas y naturales actualmente, son en realidad conocimientos que se han ido formando a lo largo de los siglos y siglos de evolución humana.

Sería pretencioso creer que todo lo que nos rodea es así porque siempre ha sido así. A la par que el hombre ha ido desarrollándose a lo largo de la historia, los hechos y realidades con las que interactúa se conforman en procesos complejos con una evolución propia. Los conceptos que utilizamos en el día a día no son inocuos, no son neutros si se prefiere, sin ningún tipo de carga valorativa, sino que son una construcción desarrollada con el paso del tiempo y que esconden la realidad que quieren describir tras de sí.

La enfermedad mental no es una excepción a esta evolución histórica a la que nos referimos. Para entender la enfermedad mental hoy en día, hemos de ver qué ha sucedido con anterioridad en el tiempo. Y para comprender el ámbito de la enfermedad mental, hemos de contextualizarla, como decíamos, en un campo mucho más amplio: el de la discapacidad.

Si bien no vamos a estudiar la discapacidad desde que los organismos comienzan a desarrollarse en la sopa primitiva⁹ de la vida, sí es interesante retrotraernos históricamente incluso hasta sociedades primitivas donde ni siquiera el concepto terminológico estaba acuñado (veremos que el propio concepto también varía a lo largo del tiempo, pero nos referimos a retroceder a cuando la idea de la discapacidad –o cualquiera otra forma de denominación– no estaba acuñada).

⁹ La sopa primitiva o caldo primigenio es el punto central de la teoría de Aleksandr Oparin, desarrollada en 1924, que a fecha actual se considera la teoría más aceptada sobre la creación de la vida en nuestro planeta.

El trato que las personas con discapacidad reciben en cada una de las tres etapas que desarrollaremos puede simbolizarse utilizando el símil de la célebre figura de los monos que se tapan los ojos, los oídos y la boca, conocida como los Tres Monos Sabios o los Tres Monos Místicos (Figura 3)¹⁰. Los nombres de los simios en el idioma natal significan «no ver, no oír, no decir», respectivamente, sin especificar el qué (aunque tradicionalmente se ha entendido que se refiere al Mal).



Figura 3. Escultura original de madera de los Tres Monos Sabios del Santuario de Toshogu, construido entre 1634 y 1636 en Nikko (Tochigi – Japón).

Así pues, a la primera etapa de la discapacidad (apartado 2.1.1.1.) donde desarrollaremos el modelo clásico (modelo de la prescindencia), la catalogaremos como la de *no ver* porque aunque las personas con discapacidad existían, la práctica habitual era la de apartarlas de la sociedad. Dicha etapa se extiende en el tiempo desde la prehistoria hasta la Edad Media, y aunque parecía demasiado comenzar la investigación en épocas de la historia tan antiguas donde ni si quiera el término «discapacidad» había sido acuñado, se ha pretendido mostrar la importancia de incluso esta etapa para comprender el trato que se da hoy en día a las personas con discapacidad, dado que ciertos comportamientos para con este colectivo de aquellas lejanas épocas se retoman en tiempos actuales de la historia.

¹⁰ La analogía se extrae de una trilogía de artículos (Cano Esteban, 2021a, 2021b, 2021c), donde cada uno de los mismos desarrolla en profundidad una de las tres etapas de la discapacidad, en los cuales nos basaremos principalmente para desarrollar los apartados de este proyecto de investigación. Cada texto corresponde con uno de los tres monos, dado que sería representativo del trato que se da a la discapacidad en cada etapa.

A la segunda etapa de la discapacidad (apartado 2.1.1.2.), donde nos centraremos en el modelo médico o moderno-institucional, la catalogaremos la de *no oír* porque serán los expertos (médicos) los competentes en la materia, sin tener en cuenta la vivencia del individuo sobre su propia situación, que por mucho que sea el que la sufre, al no ser experto, no se le deja opinar sobre su propia vida. Dicha etapa se extiende en el tiempo desde el final de la etapa anterior (desde el fin del Renacimiento en el siglo XVI), donde da comienzo un tipo diferente de sociedad con el inicio de la Edad Moderna; y cuyas ideas perduran hasta nuestros días actuales.

Por último, la tercera etapa de la discapacidad (apartado 2.1.1.3.), donde desarrollaremos el modelo social de la discapacidad (modelo moderno-crítico), la catalogaremos como la de *no callar*¹¹ porque es una etapa de lucha y cambio de la perspectiva médica predominante hasta ese momento, y a la que claramente se opone. Dicha etapa convive en el tiempo con el modelo médico, hasta ahora imperante como decíamos, aunque esta nueva concepción de la discapacidad está empezando a abrir brecha. Más concretamente, podemos fechar su inicio en la segunda mitad del siglo XX y perdura también hasta nuestros días.

Se presta especial interés en cada una de las etapas, y por tanto en el conjunto de la explicación de la discapacidad como constructo social, al lenguaje. Los términos utilizados para definir a las personas con discapacidad son importantes porque evocan ideas sobre la realidad social, y por tanto sobre el colectivo al que describen dichos conceptos. Los términos que utilizamos no son solo palabras vacías, huecas, sino que son descripciones de la realidad que existe en el imaginario social.

Todo ello justifica que comencemos el trabajo de investigación abordando previamente el campo de la discapacidad para poder aplicar las ideas que veremos en nuestro objeto real de estudio, la enfermedad mental. No podemos permitirnos pasar por alto el campo de la discapacidad y no recorrer estas ideas, pues sientan las bases para el área de la enfermedad mental que es contenida en dicho campo.

¹¹ Aunque este tercer mono sabio signifique «no decir», se decide retomar el término aquí como «no callar», acorde a las ideas que desarrolla este modelo, dado que también el colectivo decide retomar los términos con los que se definen para dotarlos de un nuevo significado.

2. EL CONSTRUCTO SOCIAL DE LA DISCAPACIDAD: DE LA INVISIBILIDAD A LA DIVERSIDAD FUNCIONAL

En este apartado realizaremos un breve recorrido histórico por las diferentes prácticas y discursos sociales que, en los diferentes períodos históricos y en los distintos contextos culturales, se ha referido al fenómeno social que hoy en día conocemos como discapacidad, aunque, lentamente comienza a sonar un término más políticamente correcto como sería el de diversidad funcional.

Una mirada fugaz, sin pararnos todavía a apreciar los detalles, permite observar la amplia gama de respuestas sociales que se han dirigido a este colectivo. Entre ella se encuentran la exclusión y erradicación, la prescindencia, la segregación, la asistencia caritativa, la presencia y participación en algunas facetas de la vida social. Refiriéndonos en el este último punto tanto en el ámbito popular, siendo objetos de espectáculos y ferias, como en el ámbito cortesano, como serían por ejemplo los bufones.

No obstante, a pesar de que el término "discapacidad" es relativamente reciente, el fenómeno subyace a la condición humana desde sus comienzos, a pesar de que no siempre ha sido evidente. Esta sección es una invitación a reflexionar sobre la construcción sociocultural e histórica de las categorías sociales que componen la discapacidad, así como sus procesos de definición y condiciones temporales y cambiantes actuales. Podremos situar el fenómeno con mayor precisión en el presente y comprender el imaginario social que opera hacia el colectivo en nuestros días al conocer el desarrollo histórico de las concepciones sociales de la discapacidad y el trato que recibieron estas personas a lo largo del tiempo.

La Tabla 1 que exponemos a continuación nos muestra las ideas principales de cada uno de los modelos de la discapacidad a lo largo del tiempo y ello nos sirve de mapa donde situarnos para saber el concepto que se ha tenido de la misma, derivada de esas explicaciones. Sin embargo, hay que aclarar que no son fases secuenciales que se suceden de manera lineal, sino que ocasionalmente estas etapas se superponen. Por ejemplo, es lo que pasa hoy en día con el modelo médico y social de la discapacidad.

MODELO	ÉPOCA	CONCEPCIÓN DE LA DISCAPACIDAD
Modelo Clásico (de la prescindencia)	Grecia Antigua; Edad Media	Prescindencia social; castigo divino
Modelo Médico (moderno-institucional)	Modernidad	Deficiencia biológica
Modelo Social (moderno-crítico)	Actualidad	Interacción entre la deficiencia y el entorno que discapacita

Tabla 1. La concepción social de la discapacidad a lo largo de la historia a través de sus diferentes modelos.

Fuente: Cano Esteban y Rodríguez Díaz, 2015:14.

En este primer apartado (2.1.1.1.) profundizaremos en la concepción social de la discapacidad de la época clásica, para después en los próximos apartados centrarnos en el modelo médico (2.1.1.2.) y el modelo social (2.1.1.3.).

Antes de entrar en materia, para definir el escenario, hay que destacar una aclaración terminológica hecha por Eduardo Díaz Velázquez (2009) sobre si hablamos de modelos o paradigmas. Ciertamente es que en los escritos sobre la temática, ambos términos se han utilizado de manera indistinta, pero como Kuhn (1975) señaló, no son exactamente lo mismo:

«Podríamos decir que el paradigma haría mención a un modo de conocimiento científico de la realidad y una forma de ver el mundo, universalmente reconocido, basado en un esquema de pensamiento e ideológico concreto. Por lo tanto, el *paradigma* referencia un modo de aproximación científica de la realidad. Pero es relativamente frecuente que coexistan varios modos de conocimiento científico para acercarse a dicha realidad o, lo que es lo mismo, varios paradigmas. Kuhn hablaba de revolución científica cuando un nuevo paradigma era reconocido por la comunidad científica sustituyendo a otro anterior, que quedaba obsoleto (Kuhn, 1975) [...]

»El *modelo* se insertaría dentro del paradigma (ya que su explicación del fenómeno sería coherente con la forma de ver el mundo del mismo), pero sería más una abstracción teórica de una realidad concreta (como sería el caso de la realidad de las personas con discapacidad), para comprenderla [...]

»Por lo tanto, desde ese punto de vista, los modelos se insertan dentro de paradigmas más amplios» (Díaz Velázquez, 2009:86).

Como podemos ver, hay distinciones entre estos conceptos, sin embargo, la literatura sobre el tema a veces los intercambia indiscriminadamente, lo que hace imposible comparar las perspectivas de diferentes escritores. En estas páginas, examinaremos cómo se veía la discapacidad desde antes incluso del nacimiento del paradigma del rehabilitador, que sigue dominando hoy en día, a pesar del desafío que plantea el paradigma de la autonomía personal.

Es vital comenzar un examen sociológico de la discapacidad con una base histórica. Cómo definimos la discapacidad puede influir en la forma en que interactuamos con las personas con discapacidad: “las personas con discapacidad han sido objeto de una variedad de tratamientos ofensivos por parte de las personas sin discapacidad. Tratamientos derivados de distintas percepciones, como el horror, el miedo, la ansiedad, la hostilidad, la desconfianza, la lástima, la protección exagerada y el paternalismo” (Barton, 1998:26). Nuestras definiciones son cruciales porque tienen el potencial de proyectar en el imaginario social aquello que quiere transmitirse (pensarse), incluyendo prácticas discriminatorias que pueden llegar incluso a legitimarse, precisamente por esa definición, esa proyección en el imaginario social

A pesar de que hemos dividido este capítulo en distintas fases, cada una de las cuales corresponde a una etapa distinta caracterizada por un paradigma dominante en el campo de la discapacidad, es importante señalar que estas fases rara vez ocurren de forma lineal; más bien, se superponen con frecuencia con el tiempo (Cano Esteban y Rodríguez Díaz, 2015).

2.1. PRIMERA ETAPA: EL MODELO CLÁSICO (MODELO DE LA PRESCINDENCIA).

2.1.1. Marco histórico del modelo clásico.

Es poco común enfatizar esta primera etapa de la discapacidad dedicándole un apartado completo. La revisión de la bibliografía nos muestra que no se investiga especialmente sobre esta época. Se alude a ella al inicio de cada desarrollo sobre la temática, ya que las nociones sobre la discapacidad de este determinado período son relevantes para el conocimiento de la temática. Esto se debe a que en cada época histórica derivan unas normas sociales propias de dicho período, por lo que es lógico comenzar la historia desde su punto de partida. Sin embargo, como decíamos, esta fase es típicamente investigada de manera superficial, sin dar a su análisis el mismo nivel de atención que el estudio de las fases sucesivas, ya que esta primera no se ve como significativa.

No obstante, no podemos pretender comprender plenamente la discapacidad hoy en día sin comprender primero cómo se veía en el pasado y cómo se desarrolló desde entonces hasta su estado actual. En términos de amplitud histórica, este primer período es el más extenso. Y a pesar de su carácter antiguo, posee una serie de singularidades que, sorprendentemente,

han perdurado hasta nuestros días, cuyas concepciones siguen vigentes en la actualidad, haciendo patente la necesidad de ampliar la investigación sobre esta primera etapa.

Sirviéndonos de referencia la figura de los tres monos sabios, que mencionábamos previamente y que nos servirían para realizar el paralelismo a través de nuestra investigación, esta etapa puede catalogarse como la de *no ver*. Y es que resulta difícil aproximarse al tema de la discapacidad cuando, en esta primera época, no se la tenía en consideración como característica del individuo. En la antigüedad, no existía ni si quiera el término, por lo que no era nombrada, ergo, no existía. Y cuando comienza a ser nombrada, se hace con términos rudimentarios, lejanos al de diversidad funcional que hoy en día comienza incipientemente a darse a conocer.

De manera explícita, podemos indicar que el aspecto distintivo de este período fue el de invisibilizar a las personas con discapacidad. Este colectivo sigue siendo todavía hoy en día una población que no está plenamente integrada en la sociedad contemporánea (veremos que más adelante hablaremos de exclusión, aunque no es una terminología propia de este modelo). Pero, en concreto, en este modelo clásico que estamos desarrollando, es un colectivo que tiene pocos o ningún derecho, con el objetivo de alejarlos de la participación de la vida colectiva, por lo que toma relevancia hablar del paradigma de la prescindencia. Según Palacios y Bariffi (2007) tendrían aquí cabida dos submodelos diferentes: el submodelo de la eugenesia y el submodelo de la marginación, ambos, como decíamos, enfocados a prescindir del individuo con discapacidad en la sociedad.

Indicábamos anteriormente que la progresión del constructo social de la discapacidad no es lineal. Aunque hemos dividido su estudio en tres fases, éstas no se suceden una detrás de otra con un comienzo y un fin determinados en momentos exactos del tiempo. Es una forma de organizar nuestro esquema mental para ver cómo la discapacidad llega a ser considerada actualmente. Aunque las concepciones de épocas pasadas puedan parecer repulsivas para nosotros hoy en día, no debemos olvidar que, por desgracia, creencias similares han resurgido en eras más recientes, e incluso en el presente, como veremos en la sección siguiente.

A pesar de que la práctica general en este primer modelo clásico que estamos tratando es la de invisibilizar a las personas con discapacidad y apartarlas de la vida social, como decíamos, existen también otras prácticas que no siguen esta corriente mayoritaria. Por ejemplo, en algunas civilizaciones, la eliminación como forma de exclusión extrema no fue el único método utilizado para tratar a estos individuos, dándose prácticas tan modernas como el asistencialismo a través de primitivas prótesis y la prestación de cuidados. Ello es debido a que, en este primer período, los

deficientes se consideran dentro de una ambivalencia (Puig de la Bellacasa, 1990), o bien son considerados una expresión del mal, o bien una manifestación de lo sagrado, lo que genera rechazo o amor respectivamente, y justifica que se manifieste una u otra tipología de prácticas con ellos en base a la concepción de uno u otro extremo de ese continuo. En definitiva, se trata de adoptar una actitud pasiva o una actitud activa frente a la discapacidad.

Las culturas que se desarrollan en esta primera etapa de la discapacidad, consideran a la misma como consecuencia de fuerzas externas al propio individuo Aguado (1995). Por eso en esta época tiene cabida el animismo¹² y el infanticidio, entre otras prácticas. Sin embargo, el máximo exponente de este enfoque pasivo de la discapacidad sería la demonología, que aparece con la religión persa y es recogida por la tradición judeo-cristiana. Por otra parte, también se producen manifestaciones de una actitud activa, lo que Aguado llamó voces de la moderación. Ejemplo representativo de esta vertiente sería Hipócrates (460-377 a.C.). El médico griego basó su práctica médica en la observación empírica y el estudio del cuerpo humano.

La ambivalencia siempre ha estado presente en el mundo de la discapacidad, siendo las personas con diversidad funcional definidas comúnmente por los conceptos negativos de categorías dicotómicas. Tenemos continuos del tipo sano/enfermo, bueno/malo, normal/anormal, cuyos términos además se relacionan entre sí: lo sano es bueno y normal, mientras que la enfermedad es mala y anormal. Usando como semejanza la sociología industrial, Ferreira y Rodríguez (2010) sentenciarán que las personas con discapacidad serían como los componentes rechazados del sistema de montaje taylorista que es la reproducción biológica de la especie humana, ya que son consideradas personas sin capacidad (discapacitadas), sin normalidad (anormales) y sin independencia (dependientes).

Continuaremos ampliando estas ideas en las páginas que siguen, pero ya es evidente por esta breve introducción cómo los acontecimientos históricos habrían explicado por qué esta primera fase fue la precursora del modelo médico-rehabilitador, y cómo ciertos aspectos, tanto de un modelo como de otro, han persistido hasta el día de hoy.

2.1.1.1. El modelo clásico de la discapacidad en la prehistoria y la antigüedad.

La paleopatología estudia las enfermedades contrastadas descubiertas en momias y la medicina prehistórica describe las consecuencias que tuvieron

¹² Creencia religiosa que atribuye a todos los seres, objetos y fenómenos de la naturaleza un alma o principio vital.

o pudieron haber tenido dichas enfermedades (Laín Entralgo, 1978). Ambas, a pesar de sus nombres, son ciencias actuales que demuestran la aparición de varios tipos de enfermedades que se remontan a las primeras épocas humanas, hecho que demuestra el interés que suscita conocer la forma de vida de las personas enfermas a lo largo de la historia.

Aguado (1995) combina una serie de escritores que ilustran los aspectos esenciales de los dos polos entre los que, como exponíamos ya anteriormente, se mueve la historia de las deficiencias, y que ahora se recogen en la siguiente Tabla 2. La distinción entre la actitud pasiva, en la que la discapacidad es vista como una característica cuya explicación es externa al individuo, y la actitud activa, en la que se utilizan técnicas empíricas con la intención de atenuar la falta de capacidad, es la base para comprender las diferentes prácticas, basadas en una u otra perspectiva, que ha recibido el colectivo a lo largo de los siglos.

Autor	ACTITUD PASIVA	ACTITUD ACTIVA
Laín Entralgo (1961)	Pecado.	Enfermedad.
Laín Entralgo (1978)	Magia.	Empirismo.
Carpintero <i>et al.</i> (1979)	Deficiencia como un problema ligado a lo religioso.	
Scheerengerger (1984)	Animismo.	Afecto y cuidado.
Pérez Álvarez (1988)	Brujería, religión, animismo (coincide con la corriente mágica). Ciencias Sociales.	Magia (coincide con la corriente empírica). Medicina y ciencia.
Zilboorg <i>et al.</i> (1968)	Psiquiatría.	Medicina.

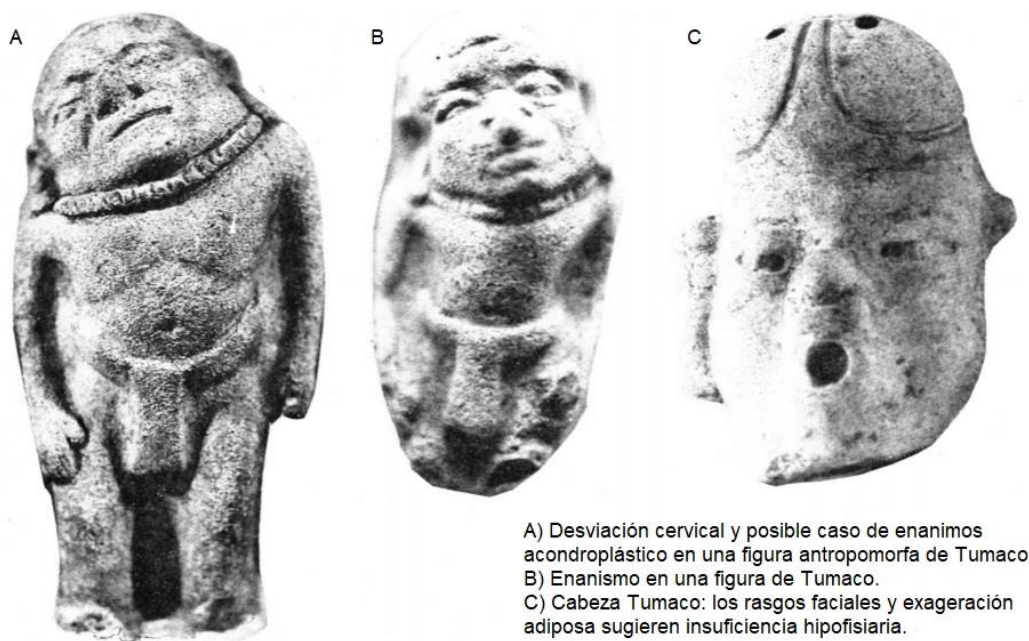
Tabla 2. Síntesis del enfrentamiento ante la deficiencia en la prehistoria.
Fuente: Cano Esteban (2021a:61) y elaboración propia.

Así pues, la discapacidad, en esa dicotomía polar, sería considerada un castigo divino, fruto del pecado, o una enfermedad, según nos situásemos en uno u otro de los extremos. El hombre primitivo pondría ya en práctica cierta actividad terapéutica, que Laín Entralgo (1961, 1978) califica como medicina pretécnica. La magia atribuye poderes extraños a ciertas personas, que serían las únicas capaces de aplacar esos pecados mediante determinados rituales en ciertos lugares considerados especiales. En esta vertiente, autores posteriores (Scheerengerger, 1984) hablarán también de animismo¹³ en tanto que se considera necesaria una curación espiritual de los pecados. Por otro lado, el empirismo utiliza como recurso la imposición de remedios que han demostrado su eficacia en casos similares.

¹³ Creencia religiosa que atribuye a todos los seres, objetos y fenómenos de la naturaleza un alma o principio vital (RAE), por lo que es una creencia muy arraigada en culturas y pueblos primitivos.

La transición desde la magia como brujería, religión o animismo ocurre cuando aparecen agentes externos, cuando se recurre a un tercero (Aguado, 1995), y este es el cambio decisivo que modificará de forma drástica las prácticas para con estas personas. Zilboorg y Henry (1968) aplicaron esta noción al tema particular que estamos investigando, apuntando al llamado experto, en tanto que será solo el médico el que tratará a las personas con discapacidad.

La mayor parte de las culturas animistas practicaban el infanticidio de manera habitual, reflejo de la mentalidad de absoluto rechazo propia del extremo pasivo que acabamos de describir. Las tribus más extremistas, como los pueblos de las Nuevas Hébridas, mataban no sólo al recién nacido con malformaciones, sino también a la madre (Scheerenberger, 1984). Dicha práctica se argumentaba en base a que al tratarse de una sociedad nómada, estos individuos eran una carga para su modo de vida, incapaces de seguir el ritmo de la transición. Andrés Valencia (2014) se refiere a ello como la tesis de la población excedencia, que sostiene que en civilizaciones cuya supervivencia económica es precaria, cualquier persona considerada débil debe ser eliminada.



A) Desviación cervical y posible caso de enanismo acondroplástico en una figura antropomorfa de Tumaco.
B) Enanismo en una figura de Tumaco.
C) Cabeza Tumaco: los rasgos faciales y exageración adiposa sugieren insuficiencia hipofisaria.

Figura 4. Representación de la discapacidad en cerámica precolombina del área de Tumaco (Nariño – Colombia).

Fuente: Cano Esteban (2021a:62).

Es cierto que esta práctica explica cómo se tratan a las personas con discapacidades graves, y en ciertas situaciones, cómo también se tratasen a sus familias. Pero no resulta imposible que discapacidades menos graves fueran inadvertidas o su causa se atribuyera a espíritus malignos, como podría

haber ocurrido en el caso de la epilepsia, por ejemplo. Siglos después, durante la Edad Media, etapa de la que hablaremos a continuación dentro de este período clásico de la discapacidad, la explicación dada a las convulsiones epilépticas tomará un viraje a causas demonológicas.

Pero, como se dijo anteriormente, el enfoque pasivo es sólo un extremo del continuo que estamos examinando, y estas acciones violentas estaban equilibradas con otras expresiones de preocupación, afecto y cuidado, que serían el enfoque activo del trato hacia las personas con discapacidad. Incluso el propio autor de la teoría de la población excedente la cuestiona al encontrar numerosos ejemplos de culturas en las que la supervivencia económica era precaria pero, a pesar de esto, aquellos con discapacidades o personas de avanzada edad eran respetados miembros de la comunidad. Esculturas y pinturas de la era neolítica muestran individuos con escoliosis, acondroplasia y extremidades amputadas. Mostramos a continuación un ejemplo de cómo estos rasgos fueron representados en el arte de la época (Figura 4), aunque para apreciarlos mejor, se exponen figuras del período precolombino, de 7.500 años de antigüedad (Correal Urrego, 1985).

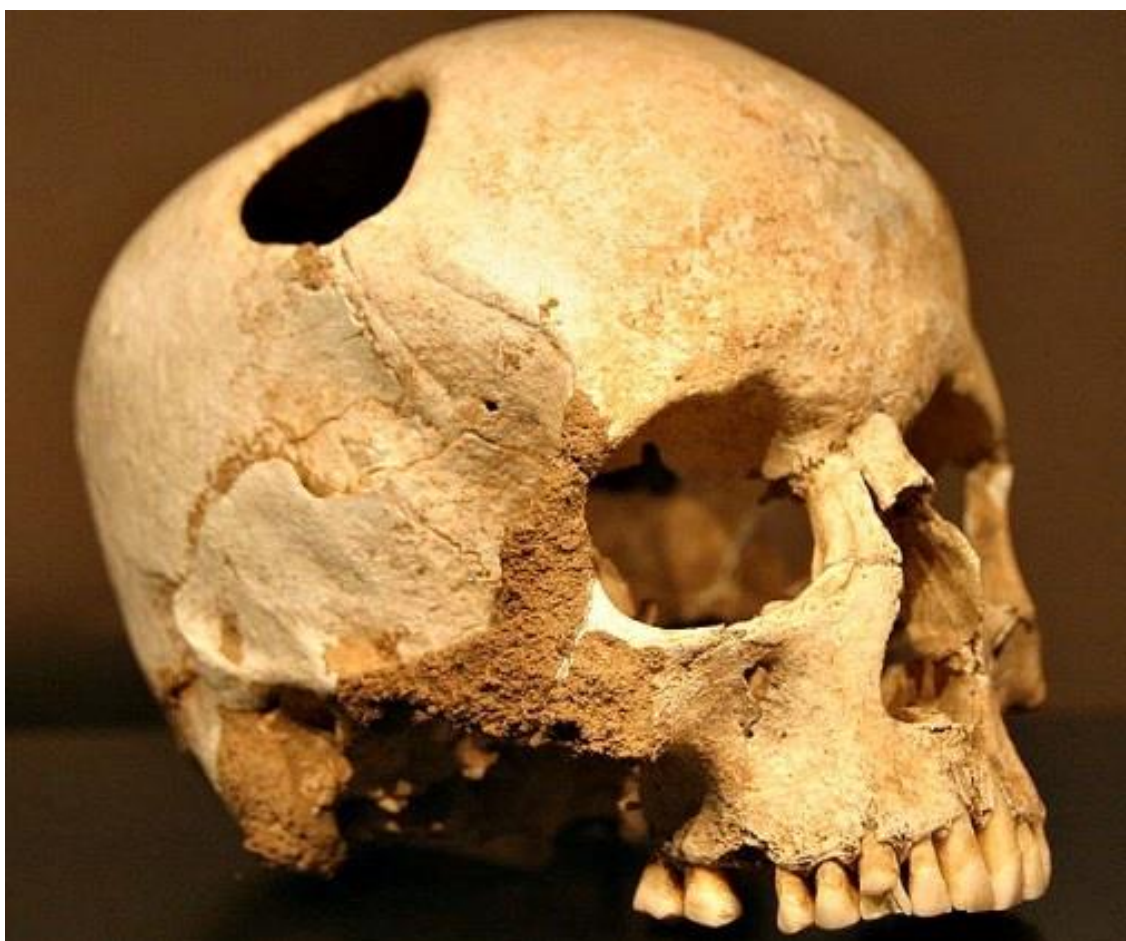


Figura 5. Cráneo con trepanaciones del 3.500 a.C.
Fuente: Andrés Valencia (2014).

Dentro de este enfoque activo que estamos describiendo, resulta fascinante el caso de los restos encontrados en Irak, datados con entre 35.000 y 45.000 años de antigüedad. Shanidar I, como es conocido este fósil, presenta atrofia de omóplato, clavícula y húmero derechos, amputación (probablemente aún en vida) del brazo derecho por debajo del codo, ceguera en el ojo izquierdo, así como una lesión en el lado izquierdista del cráneo. Es un caso reseñable en nuestro estudio porque, por razones inexplicables, su tribu le protegió y buscó para él una posición valiosa en su comunidad, siendo así un claro ejemplo de la atención activa que estamos discutiendo.

Aguado (1995) describe primitivos tratamientos médicos, simples pero efectivos, como son las trepanaciones. En la Figura 5 se aprecia un orificio en la zona craneal; la tesis del autor es que se realiza para aliviar la presión interna provocada por cefaleas. Si bien esta tesis es una posible explicación, desde el enfoque activo, a las aberturas que aparecen en algunos restos humanos encontrados en excavaciones arqueológicas, no puede descartarse que existan otros motivos para estas perforaciones como que puedan ser debidas a heridas de guerra, como el propio autor afirma.

«De igual forma, hay indicios de que nuestros antepasados prehistóricos practican ciertas formas de tratamiento de las *dificultades funcionales del aparato locomotor*, de *reducción de fracturas* y de *cirugía de huesos*. En este sentido, la primera huella de la existencia de una prótesis proviene aproximadamente de 2.300 años a.C. [...]

»Igualmente, se constata la utilización de *astillas de árbol para inmovilización de fracturas*, esqueletos que presentan lesiones de los huesos *al parecer tratadas*, una fractura observada en el cúbito de un hombre de Neanderthal que muestra una unión de los fragmentos *perfectamente consolidada*». (Aguado, 1995:38).

Por último, es importante señalar que este contraste entre los comportamientos pasivos y activos hacia las personas con discapacidad en la época antigua abarca a todas las civilizaciones, como vemos en la Tabla 3. A pesar de ser pueblos que surgieron en períodos diferentes e incluso en lugares geográficos alejados entre sí, o incluso completamente aislados, el tratamiento de las personas con discapacidad dentro de sus propias comunidades, desde un punto de vista tanto pasivo como activo, fue notablemente similar en todas estas culturas.

La cultura china tiene una larga historia del uso de masajes para aliviar el malestar corporal, incluida la reflexología. Esto, que sería una actitud activa ante la discapacidad, contrasta con otras tradiciones culturales que se remontan también a miles de años, donde intencionadamente algunos individuos se deterioran adrede, hasta el punto de encontrarse incapacitados, para señalar que pertenecen a posiciones sociales privilegiadas, cuya discapacidad sería signo de la mejora de su estatus (Meyerson, 1973).

ENFOQUE/ACTITUD PASIVA	ENFOQUE/ACTITUD ACTIVA
CHINA	
- <i>Relatividad cultural de prácticas sociales:</i> vendaje de pies de mujeres y manos cruzadas, y crecimiento de uñas en ricos.	- Cinestesia y masajes. - Confucio: responsabilidad moral, amabilidad, ayuda a los débiles.
INDIA	
- Niños deformes, arrojados al Ganges. - Código de Manú: infanticidio de ciegos.	- Ayurveda: ejercicios, masajes y baños. - Buda: compasión y generosidad.
ASIRIA, BABILONIA Y PERSIA	
- La enfermedad, <i>castigo de los dioses por un pecado de quien la padece.</i> - <i>Shertu</i> (palabra asiria) que significa <i>pecado, cólera de los dioses, castigo, enfermedad.</i> - <i>Demonología</i> de la religión persa.	- Código de Hammurabi: adopción de niños; no indicios de exclusión de los impedidos de sus estipulaciones. - Zaratustra: consideraciones hacia semejantes.
EGIPTO	
	- Sensibilidad en el trato a los niños. - Referencias a la deficiencia ya en los papiros. - Tipo de bastón, primera manifestación de ortesis; la mano artificial más antigua.
PALESTINA	
- Venta de niños como esclavos. - <i>Ideología demonológica.</i> - Biblia: discapacidad, castigo divino, posesión por un espíritu malo.	- Biblia: correcta descripción de algunas enfermedades mentales. - Biblia: sensibilidad hacia pobres y disminuidos, ayuda al ciego y al sordo.

Tabla 3. Síntesis del enfrentamiento ante la deficiencia en la antigüedad.

Fuente: Aguado (1995:40).

Ejemplo de esto serían las niñas chinas a las que se les obligaba a vendarse lo pies (Figura 6), donde se les rompían cuatro dedos para prensarlos baja la planta atrofiándolos permanentemente, todo ello para conseguir los llamados “pies de loto”, lo cual despertaba el interés de los hombres, que podían convertirse en futuros esposos, lo cual era sinónimo de porvenir y bienestar. Otro ejemplo lo encontramos en los tiempos de la China imperial, donde los hombres y mujeres de clase alta dejaban crecer la uña de su dedo meñique, y a veces también la del dedo anular (Figura 7), en señal de riqueza, demostrando así que no tenían que trabajar, dado que era imposible realizar cualquier tipo de trabajo manual con dicho estorbo. Meyerson explica que estas acciones dependen del contexto social en el que se llevan a cabo.

En algunos países, como en India o Palestina, la religión es especialmente importante e impregna aspectos de la vida cotidiana de su población, no siendo una excepción el tratamiento que se brinda a las personas con discapacidad. En estas comunidades, el papel principal de la religión es dar una explicación, generalmente aludiendo al castigo divino o al origen demonológico. Por esto mismo, dichas atribuciones afectarán a cómo las personas interactúan con aquellas con discapacidad, en definitiva, estos motivos explicativos determinarán cómo la sociedad les ve.



Figura 6. Anciana china mostrando sus pies de loto.
Fuente: foto de archivo.



Figura 7. Mano de hombre chino con las uñas largas, incapacitando su movilidad.
Fuente: foto de archivo.

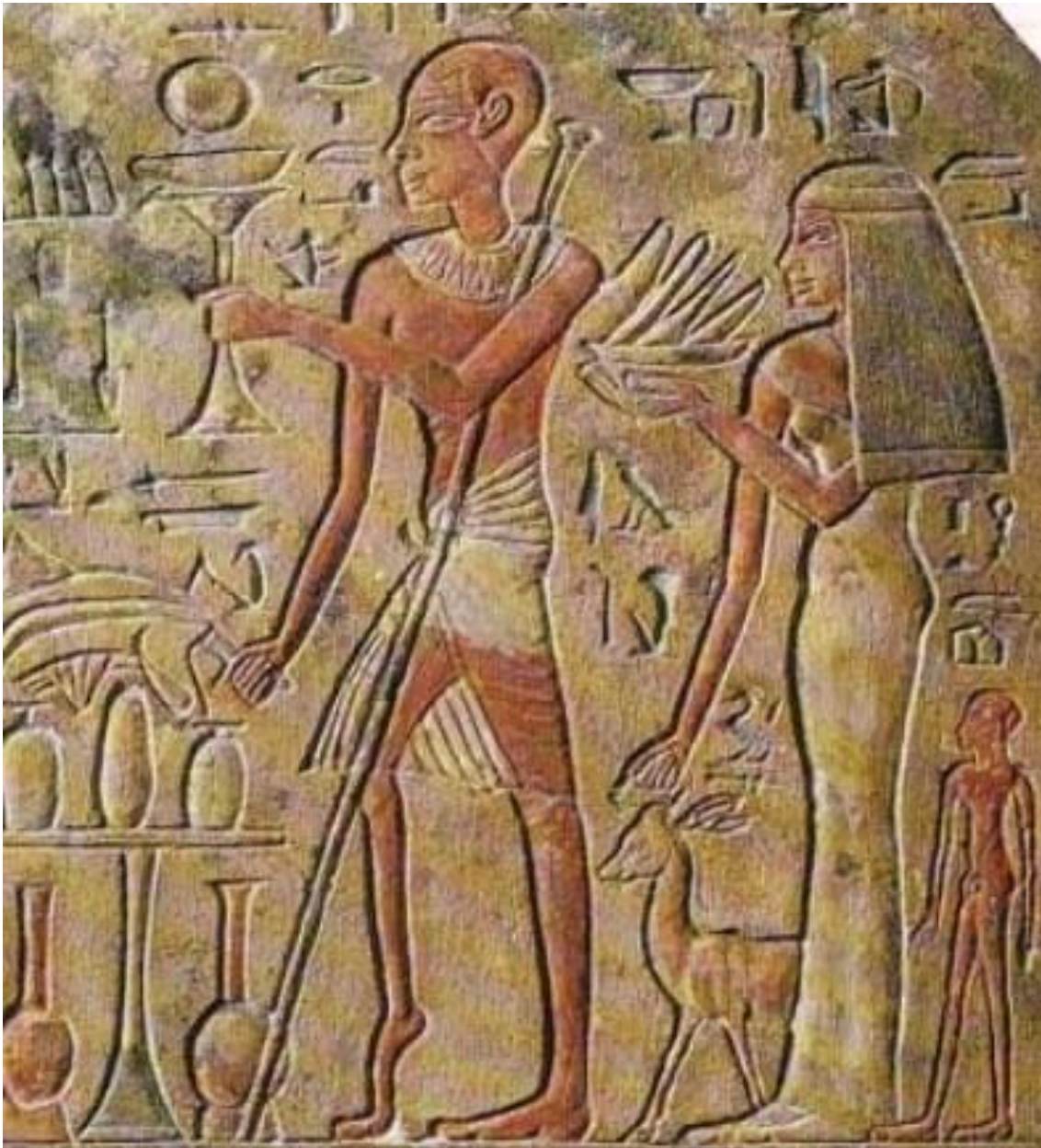


Figura 8. Sacerdote egipcio con polio.
Fuente: Andrés Valencia (2014).

Especial atención vamos a prestar al caso de Egipto que, como vemos en la Tabla 3, es la única civilización que exclusivamente desarrolla una actitud activa frente a la discapacidad, lo que supone un caso peculiar. La importancia de este hecho reside en que, siendo así, demuestra lo avanzada que estaba la sociedad egipcia, esforzándose por incluir a todas las personas en la vida pública sin discriminación por su condición física o mental. La investigación histórica muestra suficientes evidencias de la presencia de la enfermedad y sus repercusiones en la vida cotidiana de sus habitantes. Esas mismas investigaciones también demuestran la utilización de remedios para paliar secuelas discapacitantes, llegando incluso a desarrollar lo que podrían considerarse como una de las primeras ayudas protésicas de la historia.

La discapacidad no se ocultaba, no se invisibilizaba, como era lo propio de este primer modelo clásico sobre la discapacidad que estamos desarrollando. Al igual que vimos en la Figura 4, las investigaciones arqueológicas han descubierto también varias representaciones de la discapacidad en sus grabados en piedra y ornamentos. Una mujer con enanismo (acondroplasia) se encuentra en el barco funerario que aparece en la tumba del famoso Tutankamon (siglo XIV a.C.) Del mismo modo, un bajorrelieve que se remonta a unos 1.400 años a.C., muestra a un príncipe de la XVIII dinastía con una muleta o bastón alargado y el fémur derecho arqueado, lo que podría suponer una atrofia muscular (Figura 8). Pero esta representación de ayuda protésica no es la más antigua conocida, ya que ejemplos similares se pueden observar en esculturas que datan de 2.800 a.C. Mientras que la primera mano artificial conocida fue descubierta en Egipto alrededor del 2.000 a.C. (Aguado, 1995). Los jeroglíficos no solo plasmaban representaciones reales de la discapacidad en la cultura egipcia, también representaciones mitológicas, que a su vez ya incluían ideas sobre la discapacidad. Según la leyenda, Horus sirvió como oculista de Ra, cegado por otra deidad; razón por la que Horus es retratado como patrón de los ciegos y dedicado a la música, ya que éstos en el antiguo Egipto eran principalmente arpistas (Cardona, 1998).

No se han reportado pruebas de casos de infanticidio o maltrato infantil debido a nacer con o adquirir una discapacidad, como en otras civilizaciones. Es por esto que decimos que Egipto no contaba con una actitud pasiva ante la misma. Scheerenberger (1984), en su trabajo, habla incluso de sensibilidad en el trato y explica el ritual en el que los padres que asesinaban a sus hijos eran castigados a acunarlos muertos en sus brazos como condena.

Para terminar con la exposición sobre Egipto y su enfoque activo hacia las personas con discapacidad, y terminar así también con esta primera etapa histórica del modelo clásico de la discapacidad en las civilizaciones antiguas, me gustaría reseñar algunos papiros que resultan interesantes para concluir este tema. El texto médico más antiguo conocido es el Papiro de Edwin Smith¹⁴, que fue presuntamente escrito en el siglo III y transcrito alrededor de 1.600 a.C. Ofrece instrucciones sobre cómo diagnosticar, tratar y anticipar diferentes lesiones y enfermedades. El texto apunta incluso una lesión medular, probablemente la primera de la historia que se documenta, cuyo desconocido autor lo describe como “una dolencia que no puede ser tratada” (López Piñero, 1969:7-8). El Papiro de Ebers¹⁵, uno de los tratados médicos y farmacéuticos

¹⁴ Egiptólogo americano (1822-1906), que consigue el papiro que lleva su nombre en 1862; aunque no será hasta 1930 cuando la Sociedad de Historia de Nueva York termine de traducirlo completamente.

¹⁵ Egiptólogo alemán (1837-1898). Aunque el papiro fue descubierto por Edwin Smith en 1862, posteriormente lo compró Georg Ebers en 1872, que es quien lo traduce y por tanto quien le otorga el nombre.

más antiguos conocidos, fue escrito hacia 1.500 a.C. y contiene recetas antiguas para ayudar con el parto, el aborto y la lactancia, así como información sobre tumores benignos y malignos (Scheerenberger, 1984). Es uno de los documentos más largos escritos encontrados en el antiguo Egipto: contiene 877 apartados que describen numerosas enfermedades en varios campos de la medicina, incluyendo el primer esbozo en el campo de la psicología al desarrollar una descripción de la depresión clínica. Para terminar, el Papiro del Ramensseun, escrito unos 1.900 años antes de nuestra era, fue descubierto por James Edwad Quibell (1867-1935) en 1896 en la tumba de un sacerdote lector, del que toma su nombre el papiro, y trata la relajación de los miembros rígidos.

Aunque pudiera parecernos excesivo retrotraernos hasta la prehistoria para hablar sobre la discapacidad, este primer recorrido histórico demuestra que el tratamiento que se ha dado a las personas con discapacidad a lo largo de la prehistoria y la antigüedad varió a través del tiempo y entre las diferentes culturas. Esta doble actitud, pasiva y activa, que predomina en todas las sociedades que hemos estudiado hasta la fecha (a excepción de Egipto, donde hemos demostrado que sólo existe un enfoque activo de la discapacidad), continúa existiendo en períodos históricos posteriores según el modelo clásico de discapacidad que estamos desarrollando en este apartado.

2.1.1.2. El modelo clásico de la discapacidad en la época clásica.

En esta parte, examinaremos las contribuciones de las dos grandes civilizaciones del período, Grecia y Roma, al ámbito de la discapacidad (Tabla 4), ya que conocer el trato que brindaban a las personas con discapacidad por parte de estas culturas puede resultarnos interesante para comprender la concepción de la discapacidad hoy en día. Siguiendo el patrón del punto anterior, no exploraremos cada uno de los conceptos presentados en esta tabla de resumen por separado, ya que el propósito de esta sección es ofrecer una comprensión general de cómo la cultura convencional ve la discapacidad.

Las enfermedades mentales, y por tanto la deficiencia mental, son reconocidas por primera vez como fenómenos naturales y no castigos derivados de la furia divina. Esto supone un gran avance en la actitud activa de la discapacidad, que es el aspecto más notable de esta era, ya que hasta entonces la única explicación eran las causas sobrenaturales. Por el contraste, se observa una falta de interés en la discapacidad física, lo que dio lugar a prácticas que, como ya hemos visto, habían surgido previamente en muchas de las civilizaciones estudiadas en la era anterior, incluyendo el infanticidio, los malos tratos, la venta de niños como esclavos e incluso mutilarles para dar más

pena y obtener mayores beneficios en la práctica de la mendicidad. Y es que, como vemos, si bien la actitud activa de la discapacidad tuvo una notable evolución en esta etapa histórica, la actitud pasiva persistió y prácticas de uno y otro extremo del continuo siguieron conviviendo.

ENFOQUE/ACTITUD PASIVA	ENFOQUE/ACTITUD ACTIVA
GRECIA	
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Infanticidio</i> no solo de deformes, sino de neonatos con apariencia inusual, bien visto por Platón y Aristóteles. - Esparta: eugenesia e infanticidio, exposición del recién nacido ante consejo que si aprecia tara lo despeña por el Monte Taigeto. - Atenas: infanticidio de débiles y deformes, se les deja a la puerta de un templo por si alguien los adopta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Primacía del <i>enfoque naturalista</i> de la enfermedad mental. - Hipócrates: atribuye enfermedad y deficiencias mentales a causas naturales (ya se habla de <i>enfermedad</i>). - Fracturas y articulaciones: banco de extensión para tracciones vertebrales. - Templos de Esculapio (<i>Casas de Salud</i>) con baños y paseos.
ROMA	
<ul style="list-style-type: none"> - Ley de Rómulo: abandono de hijo inválido si cinco vecinos lo aprueban (el incumplimiento conlleva la confiscación de la mitad de los bienes). - República: infanticidio de deformes. - Imperio: infanticidio y mutilaciones de niños y jóvenes para mendigar. - Siglo II d.C.: compra de discapacitados para diversión. - Roca Tarpeia y Columna Lactaria. - Séneca: aversión natural hacia los deficientes. - Claudio: ridiculizado por su apariencia física y dificultad en el habla. - Celso: defiende la <i>hipótesis del miedo</i> (castigo con privación de alimentos y cadenas y grilletes). 	<ul style="list-style-type: none"> - Cicerón: responsabilidad del enfermo mental. - <i>Vena filantrópica</i> de gobernantes: Augusto, Vespasiano, Trajano. - Asclepiades de Prusa: tratamiento humano a enfermos y deficientes. - Celso: escrito "De Medicina". - Galeno: escrito "Ejercicios con la pelotita". - Sorano de Efeso: hospital de enfermos mentales y probablemente retrasados. - Influencias del <i>cristianismo primitivo</i>. - <i>Concilios</i>: hospedaje y asilos. - San Basilio: <i>ciudad-hospital</i> de Cesarea.

Tabla 4. Síntesis del enfrentamiento ante la deficiencia en la antigüedad clásica.

Fuente: Cano Esteban (2021a:68).

A pesar de los logros y contribuciones sociales que se describen en el enfoque activo griego sobre la discapacidad, esta cultura tenía una actitud muy hostil (enfoque pasivo) hacia la discapacidad física, dada la importancia de la belleza y el culto a la salud propios de este pueblo. Así, no solo prevalecían estos hábitos, sino que también fueron recomendados por los intelectuales de la época. Siguiendo la línea de Aristóteles (384-322 a.C.), Platón (428-347 a.C.) creía necesario erradicar a los débiles y defectuosos de la sociedad, y llegó a proponer leyes para prohibir la crianza de hijos lisiados.

Como consecuencia del crecimiento del sistema jurídico en esta época de la antigüedad clásica, especialmente en la sociedad romana, y su influencia en casi todos los aspectos de la vida cotidiana, también se promulgan aquí varias leyes para perpetuar el enfoque pasivo. Llegó a existir una ley, atribuida al mismísimo Rómulo, fundador de Roma según la leyenda, por la que los

padres podían abandonar a un hijo si éste era inválido o monstruoso si previamente lo enseñaba a cinco vecinos y daban su aprobación (Aguado, 1995). Si bien el abandono estaba permitido, amparado por la legislación vigente, el incumplimiento de la norma en cuanto a las formas en que podía llevarse a cabo estaba penado con la confiscación de la mitad de los bienes. Al final, se trata de tener una validación social para poder llevar a cabo un hecho, a priori poco humanitario, a pesar de estar validado por las leyes de la época. Sin embargo, esta ley pronto se abandona, aunque el infanticidio contra los bebés malformados, herencia de la tradición griega, sigue permitiéndose durante la primera semana de vida del recién nacido. La Roca Tarpeya¹⁶ en Roma cumplía funciones análogas a las del Monte Taigeto en Grecia, utilizado por los espartanos para la ejecución de los recién nacidos con defectos físicos y de los delincuentes. Finalmente, a partir del siglo I d.C, el infanticidio se hizo completamente aceptable, así como la mutilación a niños y jóvenes para obligarles a mendigar.

Cada vez más, la antigüedad clásica distancia estos dos enfoques opuestos del tratamiento a personas con discapacidad, el enfoque pasivo y el activo que hemos estado viendo. Como hemos mostrado, esa ambivalencia ya se notaba en las prácticas llevadas a cabo anteriormente, incluso desde la prehistoria, pero esta brecha ha crecido hasta convertirse en un abismo insalvable, ya que las prácticas de ambos enfoques son especialmente extremas en la antigüedad clásica, entre otros motivos, propiciado quizá por la legalización de ciertos actos a través de leyes.

Avanzando en nuestra investigación sobre la discapacidad en la época clásica, exploramos las ideas de Valentina Velarde que aseguraba que “el trato dado a quienes nacían con una discapacidad no era igual que el recibido por aquellos que la adquirían durante la adultez” (2012:118). Es decir, el trato social hacia las personas con discapacidad estaba influido dependiendo de si ésta era adquirida (en algún momento a lo largo de la vida del individuo) o de nacimiento (congénita). Es una consideración relevante, ya que hoy en día es una clasificación que se sigue realizando al hablar de discapacidad. Actualmente, la discapacidad, además de esta diferenciación, se clasifica a través de otras variables como el tiempo (siendo la afección temporal o permanente) o por aquello que es afectado (discapacidad física, sensorial si afecta a alguno de los sentidos, o psíquica¹⁷).

¹⁶ En realidad se trataba de un barranco de unos 25 metros de altura, con vistas al antiguo foro romano, centro de la ciudad. Durante la República romana (509 a.C.- 27 a.C.) fue el lugar de ejecución desde el que se lanzaba a los condenados a muerte, siendo ésta su función principal, además de aquella que estamos describiendo.

¹⁷ Sobre la discapacidad psíquica se utilizan, a su vez, otras subdivisiones terminológicas con diferentes matices, ya que por ejemplo «discapacidad intelectual» tiende a usarse al hablar del desarrollo intelectual de la persona, utilizado, a grandes rasgos, cuando ésta *no tiene la capacidad* de aprender a los *niveles esperados* y funcionar *normalmente* en la vida; mientras

La autora recopila numerosas fuentes que apoyan la noción de que cuando la discapacidad se detectaba en el nacimiento o en la infancia temprana, era necesario eliminar al recién nacido, matarlo, para evitar la descendencia de discapacitados o deficientes que dieran lugar a generaciones más débiles. “Muy distinto era el trato recibido por aquellos cuya discapacidad había sido adquirida durante la juventud o adultez, puesto que su causa ya no era religiosa. Cabe mencionar, a este respecto, el caso de los soldados que, habiendo servido a las *polis* griegas o al imperio romano, al quedar heridos de guerra no eran eliminados sino que, por el contrario, cobraban pensiones y participaban del reparto del botín” (2012:121).

Según Agustina Palacios (2008), el modelo de la prescindencia que estamos desarrollando en este apartado puede interpretarse en términos de dos hipótesis: la primera, sobre los orígenes de la discapacidad, como acabamos de ver, y la segunda considerando el papel de las personas con discapacidad en la sociedad. Esta última teoría vinculaba la posición de una persona en la sociedad con la utilidad que ésta tuviera para dicha sociedad. La premisa era que una persona con discapacidad, debilitada, no tenía nada que ofrecer a la sociedad y resultaba, pues, una carga improductiva.

Asumida la posibilidad de que nacieran niños cuyas vidas no merecían ser vividas, Velarde se pregunta qué solución se empleaba una vez se encontraba la deformidad física y/o mental. Es aquí cuando retomamos las ideas de Palacios y Bariffi (2007), que apuntamos páginas atrás. Ya que las personas con discapacidad eran consideradas innecesarias para la sociedad, había que prescindir de ellas y, en consecuencia, dependiendo del trato brindado, se originan dos submodelos: el eugenésico, como hemos visto, pero también el de la marginación, que es otra forma de prescindir socialmente de estas personas (Palacios, 2008:37). “Así, si bien desde ambos submodelos se prescindía de las vidas de los niños discapacitados, en el primero —característico del mundo griego— la solución estaba enfocada hacia la eliminación del niño dándole muerte; mientras que en el segundo —puesto en práctica con la introducción y expansión del cristianismo— dicho objetivo se alcanzaba mediante la separación o el alejamiento del recién nacido del núcleo social” (Velarde, 2012:118).

Es pertinente realizar, llegados a este punto, un inciso, aunque sin desviarnos de la temática. Hemos recogido las acciones pasivas y activas sobre la discapacidad que se observaban en el antiguo mundo clásico (Tabla 4), pero no hemos hablado en ningún momento de la mitología, tan presente en los aspectos cotidianos de estas culturas. Ya hemos visto que en la sociedad griega, la existencia de estas prácticas ambivalentes se justifica igualmente por

que la «enfermedad mental» es más tomada como una distorsión o exageración de la realidad. Señalamos aquí algunos conceptos interesantes que abordaremos con más detenimiento en puntos posteriores de este trabajo.

la importancia que otorgaban a la salud y la belleza estética. ¿Acaso no existían en la mitología personajes con discapacidad? A pesar de que se comentan un par de casos de figuras con defectos, Agustina Palacios sentencia que Hefesto¹⁸ era el único dios lisiado.

Hefesto era el dios del fuego y de la forja, por lo que podría decirse que era el dios de los herreros, los metales y la metalurgia en general, así como de los artesanos por general. En la Edad de Bronce se utilizó el arsénico como elemento para endurecer el material, lo cual provocó que muchos herreros se envenenasen y padeciesen arsenicosis. Así se representaba la apariencia física de Hefesto. Como era cojo y caminaba con la ayuda de un bastón, en algunas vasijas de la época se le pintaba con los pies del revés. En general, en el arte, se le representa cojo, de barba descuidada, sudoroso, con el pecho al aire, trabajando en su fragua. Referente a su cojera, ésta pudo ser congénita o adquirida. Por un lado, parece que sus padres, Hera y Zeus (padre de todos los dioses y mortales), estaban discutiendo y, al salir Hefesto en defensa de su madre, Zeus le arrojó del Olimpo y Hefesto se lesionó. Por otra parte, parece que su madre le envió a la Tierra cuando supo de su deformidad.

En esta relación causa-efecto de los motivos de la cojera de la deidad, donde le arrojan del Monte Olimpo y queda cojo, o siendo deforme lo expulsan del Monte Olimpo; Patricio Pedraza (2010:20) ofrece la siguiente lectura: la calificación de la discapacidad, de la deformidad, es generada por la civilización griega. En el primer mito, la cojera simboliza la perturbación del orden establecido al osar Hefesto enfrentarse a Zeus, distintivo de poder. En el segundo caso, la expulsión de Hefesto, que causa su lesión, es llevada a cabo por su madre y el motivo es la vergüenza: “a diferencia de Zeus que utiliza la violencia como cuestionamiento del *orden* y las *alianzas* y *separaciones* que permiten el ejercicio y la reproducción del poder, Hera lleva a cabo la expulsión por el sentimiento de vergüenza ante la *opinión* de los dioses (representantes de la sanción colectiva) por la cojera de su hijo” (2010:23). Vemos claramente la contraposición de ciertos pares (masculino/femenino, violencia/vergüenza, instinto/sentimiento, interiorización/exteriorización, activo/pasivo) que, de algún modo, también han estado presente a lo largo de toda nuestra exposición previa. Esta representación de la discapacidad a través de la figura de Hefesto como deidad mitológica, sirve como referente del imaginario social del período y explicaría las costumbres y el tratamiento dado a las personas con discapacidad en este período de la antigüedad clásica.

Pero ahora, tras este inciso, tenemos que seguir avanzando en el tiempo unos siglos más para ver cómo evoluciona la sociedad y, por lo mismo, ver también cómo se adapta el pensamiento social al tratamiento de algunos colectivos, como el de personas con discapacidad, que en este caso es el que

¹⁸ Hefesto, en la mitología griega, tenía su homónimo romano, Vulcano.

nos interesa en concreto. Con el estudio de este tercer período, cuando examinemos la discapacidad en la Edad Media y el Renacimiento, completaremos la noción de la misma en este primer modelo de la discapacidad, el modelo clásico.

2.1.1.3. El modelo clásico de la discapacidad en la Edad Media y el Renacimiento.

En la Edad Media, la concepción de la discapacidad gira en torno a aparición de la demonología, propia de una época donde la religión ocupa el centro de la vida social. En Europa, esta tradición demonológica tendrá su máxima expresión con la posesión diabólica y justificará la necesidad de una institución, como la Inquisición, que luche contra la presencia del demonio. Pero mientras esta vertiente se expande, aparecerán a la vez lo que Aguado (1995) llama valerosos disidentes, que propician avances sobre la temática cuestionando la inmutabilidad de la deficiencia, lo que resultaba peligroso, ya que en última instancia suponía cuestionar el designio divino.

ACTITUD / ENFOQUE PASIVO	ACTITUD / ENFOQUE ACTIVO
IMPERIO BIZANTINO	
	<ul style="list-style-type: none"> - Justiniano: distintas penas para deficientes. - Proliferación de hospitales, orfanatos, asilos...
MUNDO ÁRABE	
<ul style="list-style-type: none"> - Mutilaciones por robo. - Limitaciones religiosas a la práctica médica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Continuación del naturalismo griego. - Humanitarismo en los sanatorios mentales. - Maimónides: precursor de la educación especial (progresos a través de la instrucción).
EUROPA OCCIDENTAL	
<ul style="list-style-type: none"> - Carlomagno: niño abandonado, esclavo del que lo encuentre (tráfico para <i>esclavos/mendigos</i>). - 1324 (<i>King's Act</i>, Eduardo II): las propiedades de idiotas para la Corona (la <i>idiotia</i>, congénita, permanente y con <i>reconocimiento legal</i>). - Inquisición y <i>posesión diabólica</i>. - 1487: auge de la <i>demonología</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asilos y orfanatos: recogen a muchos deficientes. - Primer asilo para niños abandonados en Milán. - 1212: <i>cofradía de los ciegos</i>, tras las Navas de Tolosa. - 1260 (Luis IX): centro para <i>soldados ciegos</i>. - 1400: desarrollo de la <i>técnica protésica</i> (prótesis manual de hierro).
PRIMER RENACIMIENTO Y REFORMA	
<ul style="list-style-type: none"> - Cierre de instituciones benéficas de la Iglesia. - Reforma: continúa la <i>posesión diabólica</i>. - Lutero y Calvino denunciaban a los deficientes como <i>habitados por Satanás</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> - Interés por el cuerpo y la anatomía, desarrollo de cirugía y medicina. - Primeras brechas a la inmutabilidad de enfermedad y deficiencia mentales.

Tabla 5. Síntesis del enfrentamiento ante la deficiencia en la edad media, el primer renacimiento y la reforma.

Fuente: Cano Esteban (2021a:74).

Después de la caída de Roma (476 a.C.), el epicentro social se trasladó al Imperio Bizantino, donde la tradición romana persistió mientras lentamente se filtraban las influencias culturales cristianas con comportamientos activos hacia la discapacidad. Mientras tanto, la cultura árabe enfatizaba la moderación y prohibía acciones como el asesinato de niños, aunque se seguirán produciendo prácticas propias del enfoque pasivo hacia la discapacidad (Tabla 5).

En definitiva, como decíamos, se trata de una redistribución del orden social en el que la Iglesia Católica, especialmente durante el medievo en Europa occidental, adquiere una posición clave tanto en la vida pública como privada. La importancia para nuestro estudio de que la Iglesia como institución cobre tanto protagonismo, reside en que supondrá que se convertirá en el único lugar donde se puede llevar a cabo la medicina. Pero no la medicina en general como conjunto de avances beneficiosos para el individuo, sino *un* tipo concreto de medicina: desapareciendo así el naturalismo griego y supliendo la farmacología árabe a la griega. El médico será sustituido por el monje y la posesión demoníaca volverá a ser reconocida como una explicación de los problemas mentales, como ya vimos que fue en el pasado.

«La introducción y expansión del cristianismo produce un cambio importante en la situación de los discapacitados, pues se condena el infanticidio. De ahí que el medievo haya sido prolífero en asilos y hospitales donde eran cuidados los niños con diversidades funcionales que sus padres habían abandonado. Mucho se ha criticado a los siglos medievales por la marginación de los niños discapacitados, encerrados en orfanatos, pero basta revisar cualquier historia de la vida privada de aquel período para advertir que tampoco los infantes sanos recibían demasiada atención [...] Pero, criticable o no, lo cierto es que, como producto del cristianismo, transitamos del submodelo eugenésico —propio del mundo antiguo— al submodelo de la marginación —característico de la Edad Media— y cuyas pautas se prolongan hasta principios del siglo XX» (Velarde, 2012:121).

Las personas con discapacidad asumieron el carácter de mendigos para que los ricos donaran limosna y, por lo tanto, alcanzaran la salvación eterna de sus almas, según Palacios (2008:47). Esta función surgió como consecuencia de la transición de un submodelo a otro dentro del modelo de la prescindencia, es decir, el paso del submodelo de la eugenesia al submodelo de la marginación. Este hecho crea un excelente ambiente para que la Iglesia comience a descubrir milagros significativos, como la curación de algunos de estos individuos, que sirve como prueba de la bondad del mismo Dios que les condenó. En lo que se conoce como la baja Edad Media (siglos XIV y XV), como consecuencia de la peste negra, el estigma de la discapacidad se relaciona con la pobreza. Sumado a las acusaciones de brujería, convierten a las personas con discapacidad en excluidos más que marginados. Aunque esta terminología, hablando de exclusión, es más propia de la tercera etapa de la

discapacidad, donde desarrollaremos el modelo social, y que expondremos con más detenimiento en posteriores apartados.

El Renacimiento (siglos XV y XVI) representa la caída del feudalismo y del sistema papal, el surgimiento del nacionalismo y la formación del Estado moderno, con una nueva organización social diferenciada por clases. El culto a la belleza se enfatiza y, en consecuencia, se desarrolla el interés por el cuerpo y la anatomía, que es primordial para nuestro objeto de estudio, sobre todo porque particularmente evoluciona la cirugía ortopédica. Numerosas instituciones benéficas se cerraron como consecuencia de la disminución de la influencia clerical por parte de la Reforma, y el gobierno asumió las responsabilidades anteriormente desempeñadas por la iglesia. Pero esto no conlleva alivio para las personas con discapacidad (Aguado, 1995:62-63): en entornos rurales, se les asigna la función social de “tonto del pueblo”, mientras que en las áreas metropolitanas las únicas alternativas son la reclusión, ya sea en casa o en internados, la mendicidad o el trabajo como bufón, como se ve en la tradición generalizada de enanos en las cortes del Siglo de Oro español.

2.1.2. El fin de una era: la obsolescencia del modelo clásico de la discapacidad.

Este cambio en los procesos sociales e históricos que se dan en Europa a partir del siglo XVI con la llegada del Renacimiento es lo que conocemos como Modernidad, aunque en realidad ésta es un proceso que se extiende hasta principios del siglo XX, cuyos cambios se dan también a nivel político, con la construcción de los Estados-nación, a nivel económico, con el surgimiento del capitalismo, y a nivel cognitivo, sustituyendo las explicaciones religiosas por las científicas.

Esta transformación social sigue una lógica de racionalidad, donde la optimización de los bienes supone un recurso en sí mismo para conseguir un objetivo determinado. Es lo que Weber (2016) llamó el proceso de racionalización. Para nuestro tema objeto de estudio, la discapacidad, este paso de la tradición, donde los valores y creencias son transmitidos de generación en generación, a la racionalización, supone también un cambio de modelo en la concepción de la discapacidad.

Es necesario enfatizar el proceso de secularización, que implica que el concepto de Dios como centro de la vida pública y la explicación de todo será sustituido por la ciencia, que comenzará a asumir esa posición prominente en la sociedad. Por lo mismo, la discapacidad ya no será explicada por causas divinas, y por ello, comienza a desarrollarse otro modelo explicativo basado en la medicina, ciencia que tras desplazar a la religión ocupará el lugar central de

la sociedad. Es así como este primer modelo de la prescindencia que estamos explicando va a evolucionar paulatinamente hacia un modelo moderno-institucional y, en consecuencia, la discapacidad será vista como una recopilación de causas y efectos biológicos (en oposición a los sobrenaturales), dando lugar a su estudio por la ciencia médica emergente del período. “La discapacidad se entiende fundamentalmente como el sustrato fisiológico que le da origen, es decir, la deficiencia, ya sea física, sensorial o psíquica, y se asocia al concepto de *enfermedad*; esta concepción justifica las prácticas médicas y de asistencia social que se van a realizar para la adaptación y normalización de los individuos” (Cano Esteban y Rodríguez Díaz, 2015:15).

La Primera Revolución Industrial que se da en Inglaterra en el siglo XVIII, y que rápidamente se extiende por toda Europa, supuso un conjunto de transformaciones a nivel económico, tecnológico y social. A consecuencia de ello, en la segunda parte del siglo XIX, comenzaron a surgir sociedades capitalistas, pasando de una economía rural, basada fundamentalmente en la agricultura y el comercio, a una economía de carácter urbano, industrializada y mecanizada (Chaves, 2004). Estas sociedades se fundaron sobre un conocimiento médico-científico de la naturaleza humana, que certificaba el nivel ideal de normalidad para el trabajo y la producción, excluyendo a aquellos con limitaciones, ya que restringían los niveles de producción. De este modo, la medicina conquista los espacios que simbolizan el éxito económico y estético (Ferreira, 2010). Pero este hecho no es algo puntual sucedido en un momento dado del pasado, sino que se perpetúa hasta el día de hoy, como podemos ejemplificar con la cirugía estética o las dietas, tan habituales en nuestro entorno cercano cotidiano. Todo esto encarna el “cuerpo sano”, que se caracteriza por un físico hermoso y, por lo tanto, vinculado también al éxito.

Como decíamos, este proceso no es ajeno al campo de la discapacidad. “Las sociedades modernas, al atravesar el proceso de industrialización, mantuvieron una postura de exclusión de la discapacidad, pero en este caso a través de los valores dominantes en el capitalismo de cuerpo con capacidad productiva” (Oliver, 1990; Toboso, 2010). Así termina una era y, paulatinamente, un paradigma de rehabilitación médica comienza a dejar obsoleto el modelo clásico de la prescindencia.

2.1.2.1. Repercusiones del modelo clásico en la actualidad.

Hemos aprendido sobre el modelo clásico de la discapacidad a lo largo de la historia, a través de múltiples y variadas culturas desde la prehistoria, deteniéndonos especialmente en la antigüedad clásica para estudiar más detenidamente el trato que recibían las personas con discapacidad por parte de los romanos y los griegos, hasta llegar a la Edad Media y el Renacimiento.

Pero este apartado va más allá de simplemente describir el paradigma clásico de la discapacidad, detallando las prácticas tanto de la actitud activa como de la actitud pasiva al respecto. Estas nociones, tan distantes temporalmente, que parecían en un primer momento incluso poco adecuadas para exponerlas en un trabajo de actualidad, han sobrevivido de alguna manera hasta el día de hoy y siguen presentes en la comprensión contemporánea de la discapacidad.

Avanzábamos al comienzo de nuestra exposición que los modelos de la discapacidad no son lineales. Si bien algunas prácticas enmarcadas en este primer modelo clásico, como el paradigma eugenésico, pueden parecer primitivas y aberrantes para nosotros ahora mismo, no debemos olvidar que, lamentablemente, se han retomado en nuestro tiempo. El caso más atroz ocurrió durante la II Guerra Mundial (1939-1945), con la llamada Solución Final, cuyo plan suponía la aniquilación de todas aquellas personas (no consideradas como tal) que no encajasen en el ideal de raza superior, raza aria, que promulgaba el nacionalsocialismo. El Programa Eutanasia, también conocido como Aktion T4, o simplemente T4¹⁹, permitió el asesinato sistemático de personas con discapacidades físicas y/o mentales bajo la supervisión de médicos alemanes que justificaban científicamente estos actos.

Debemos matizar esta comparativa, ya que es difícil hacer analogías directas entre la Alemania nazi y, por ejemplo, la antigua civilización persa. Por esto, hemos de tener en cuenta la necesidad de mantener el espacio histórico existente entre las épocas que contrastamos. Por otro lado, aunque ello no justifique los crímenes cometidos durante la II Guerra Mundial, hay que comprender este conflicto en su contexto, ya que fue un momento de agitación en la historia moderna causada por una variedad de causas sociales, políticas y económicas que derivaron en seis años de cruel guerra entre naciones. Con este ejemplo solo estamos tratando de ilustrar lo aterrador que resulta que el tratamiento dado a las personas con discapacidad en las civilizaciones antiguas todavía hoy en día se repita, hace menos de un siglo.

Como señalábamos anteriormente, con el paso a la modernidad, la religión deja de ser el eje en torno al cual giraba la vida social en la Edad Media. Estudiar la discapacidad desde una perspectiva histórica, como estamos haciendo, no puede disgregarse de esta realidad. Debido a este cambio, la discapacidad dejará de atribuirse a causas sobrenaturales, considerada un castigo divino (Aguado, 1995). La noción de que lo que le sucedía a una persona era parte del plan de Dios, es la materialización de la influencia religiosa en cualquier ámbito de la vida social propia de la época. Muy probablemente, algunos de los condenados por brujería por la Inquisición fueran pacientes con convulsiones epilépticas o con otro tipo de enfermedad

¹⁹ El nombre T4 viene de los cuarteles generales de la organización que ejecutaba estos planes, que estaban situados en Berlín en la calle Tiergartenstraße, número 4 (calle del Jardín Zoológico, número 4).

mental (Sánchez Moreno, 2002a), pero la explicación que se daba era que si una persona tenía una enfermedad o deformidad física, ese era el método de Dios de castigarle por alguna transgresión, o la manera de manifestarse el diablo por lo mismo.

A pesar de ser un entendimiento antiguo de la discapacidad, a pesar de que la razón científica desplazase a las explicaciones divinas, a pesar de que ello supusiera el comienzo de una era en la que se desarrolló el modelo médico que perdura hasta nuestros días; a pesar de todo, el modelo clásico de la discapacidad, de alguna manera, ha sobrevivido hasta la actualidad. En ciertas sociedades, la práctica de rituales chamánicos o esotéricos todavía se utilizan a día de hoy para curar problemas de salud. También son habituales expresiones como “hasta que Dios quiera” o “lo que Dios quiera”, que a menudo hacen referencia a enfermedades o circunstancias que refieren algún tipo de discapacidad. Si bien su uso puede ser más o menos generalizado, como expresión cotidiana quizá, es especialmente común entre personas mayores, ya que crecieron en pleno régimen franquista, donde prevalecía una profunda educación cristiana. Precisamente por esto, y por las ideas que hemos desarrollado en estas páginas, esta concepción de la voluntad divina sigue presente a fecha actual.

Sin embargo, la muestra más clara de cómo ciertas concepciones de la discapacidad, lejanas en el tiempo, han llegado hasta la era contemporánea, la encontramos en los *freaks shows* (traducido del inglés como espectáculo de fenómenos). Aunque en las cortes modernas los monarcas ya no tengan a enanos por bufones, la población de hace tan solo unas décadas disfrutaba de este tipo de entretenimiento. Un espectáculo extraño, lleno de curiosidades biológicas (en sí mismas, como objetos, no como personas que presentaban características diferentes), donde se exhibían individuos con capacidades o características físicas inusuales, sorprendentes e incluso grotescas. Éstos podían incluir individuos con alteraciones genéticas, padecimientos médicos, rarezas étnicas, capacidades físicas extrañas... Ya que en estos espectáculos había una parte de presentación a modo de circo para atraer el interés del público exponiendo diferentes números.

Aquí podían hallarse personas con diferentes padecimientos médicos que les producían malformaciones o mutaciones, como intersexualidad, órganos supernumerarios, albinismo, androginia, siameses, amputaciones y malformaciones óseas; además de personas con problemas metabólicos que padecían de enanismo, gigantismo, obesidad, raquitismo o hirsutismo (desarrollo excesivo del vello, especialmente en mujeres, que dio pie a las famosas "mujeres barbudas"). Mientras que los ejemplos más antiguos de exposiciones de rarezas humanas se remontan al siglo XVII en Inglaterra, el paso del tiempo hizo que ello un complemento de otros espectáculos parecidos como los circos, las ferias o los carnavales. Ya no solo en Europa, puesto que

entre 1880 y 1930, en Estados Unidos, había espectáculos similares como los *vodevil* y los *dime museums*, o museos de diez centavos, por el precio habitual de la entrada, lo que denotaba su accesibilidad para la clase obrera de finales del siglo XIX y comienzos del XX, diferenciados por completo de los eventos culturales de la clase media alta.

«Puede verse que hasta nuestros días actuales llegan doctrinas cuya concepción parece lejana y anticuada; representaciones sociales de las personas con discapacidad que parecían imposibles de retomar en sociedades modernas. Es importante tener esto en cuenta porque si ideas de hace milenios sobre el modelo clásico de la discapacidad llegan hasta nosotros hoy en día, ¿cómo no nos va a costar avanzar en temática de discapacidad? ¿Cómo vamos a prosperar en el tema si seguimos estando expuestos de alguna forma al imaginario social que venimos arrastrando desde el principio de la historia? Si aún nos afectan ideas de hace miles de años, ¿cómo no vamos a estar influenciados, aún sin saberlo, por paradigmas y modelos posteriores más modernos, pero que comienzan a quedarse anticuados también para los tiempos en los que vivimos? ¿Cómo desprendernos de estas viejas ideas que nos impiden avanzar hacia la integración efectiva de estas personas en la sociedad?» (Cano Esteban, 2021a:78).

El primer paso es darnos cuenta de que la discapacidad es un proceso socialmente construido y que lastramos estas ideas a través de la historia hasta nuestro presente. Aceptar esto nos permitirá comenzar a derribar muros y reconstruir la imagen social que se proyecta del colectivo de personas con discapacidad en la actualidad. Cuando comenzamos a hablar de la discapacidad en los primeros siglos de la historia parecía no tener mucho sentido, pero gracias a esto tenemos los instrumentos pertinentes para evaluar esta realidad y tenerla en cuenta a medida que continuemos investigando la construcción social de la discapacidad.

2.2. SEGUNDA ETAPA: EL MODELO MÉDICO (MODELO MÉDICO-INSTITUCIONAL).

2.2.1. La Modernidad como punto de inflexión histórico: transición del modelo clásico al modelo médico de la discapacidad.

Ya sabemos que el paradigma clásico de la primera etapa de la discapacidad puede decirse que terminó con el final del Renacimiento en el siglo XVI, iniciado en Florencia (Italia) y que rápidamente se extendió por toda

Europa. Pero como decíamos, las etapas del proceso social de la discapacidad no son lineales, comenzando una donde otra termina. La idea que se tiene de la discapacidad, y de las personas con discapacidad, desde esta etapa temprana ha persistido en cierta forma hasta el día de hoy, e incluso sus prácticas han sido retomadas en momentos actuales de la historia. Prueba de ello, como hemos visto, son los ejemplos que hemos expuesto. Hay que apuntar que, por suerte, dichos ejemplos son algo puntual en la historia, no prácticas a largo plazo. El Renacimiento marca un período de transición entre la Edad Media, y el fin del modelo clásico de la discapacidad, y los comienzos de la era moderna, que dio lugar al nuevo modelo médico del rehabilitador moderno en el área que aquí nos ocupa.

Podría decirse, pues, que el Renacimiento representa una crisis social y cultural en la sociedad que se estableció en la Edad Media. La transición de un modo de producción feudal a un modo de producción capitalista ocurre con el crecimiento del sistema monetario. En el siglo XIV comienza una crisis como consecuencia del agotamiento de las tierras, que deriva en una escasez frecuente de alimentos con hambrunas generalizadas. Esto, junto a unas condiciones insalubres, dio lugar a epidemias que se propagaron rápidamente. Los señores feudales encontraron que era más difícil recoger sus impuestos a medida que el número de agricultores disminuía por la alta mortalidad. Ayudados por el rey, que tuvo que imponer una fuerza central organizada para gobernarlos, presionaron a los campesinos. Como resultado, los señores feudales se convirtieron en propietarios de las tierras y continuaron recogiendo tributos de los campesinos. Comienza entonces a emerger una nueva clase social conocida como clase burguesa, que comienza a acumular riqueza, rompiendo los privilegios feudales del clero y la nobleza (Pacenza, 2017).

Una economía global se formó como resultado de la expansión europea de los siglos XV y XVI, que puso en contacto a todos los continentes entre sí, ya que cada Estado se había repartido ciertas regiones de estos continentes. Al integrar a los residentes de las regiones conquistadas, este intercambio cultural llevó a un aumento de la población. Este aumento demográfico y la reestructuración de la producción agrícola son los cambios más importantes de este siglo. Como resultado de ambos, se inicia el proceso manufacturero, ya que requería un nivel de producción más elevado de lo que los artesanos eran capaces. Marx (1975:391) señala que “el operar de un número de obreros relativamente grande, al mismo tiempo, en el mismo espacio (o, si se prefiere, en el mismo campo de trabajo), para la producción del mismo tipo de mercancías y bajo el mando del mismo capitalista, constituye histórica y conceptualmente el punto de partida de la producción capitalista”.

Debido al hecho de que cada señor supervisaba la administración de la justicia y cobraba sus propios impuestos sobre sus dominios, había una clara división política en la sociedad feudal. Todos estos cambios, desde una

perspectiva política, supusieron el surgimiento de los Estados nación. Dado que el poder feudal estaba disminuyendo a medida que la servidumbre desaparecía, el estado fue adquiriendo cada vez mayor presencia para tener un mayor control social, lo que dio lugar a la aparición de una nueva clase social, la burguesía. “El Estado Absolutista centralizado, militarizado y de carácter nacional (no local) fue una estrategia de la clase dominante para la explotación, control y disciplinamiento social de los campesinos y plebeyos que estaban debajo de la jerarquía social” (Pacenza, 2017:10). En la sociedad feudal, la actividad artesanal estaba controlada por gremios, que establecían requisitos de acceso para cualquiera que quisiera participar. Pero, cuando la actividad comercial creció, el Estado intervino para regular también las actividades comerciales.

Otra ruptura significativa con la tradición medieval es el ascenso de la razón, es decir, del razonamiento objetivo o pensamiento secular, en contraposición al pensamiento teológico. “Individuo y Sociedad son dos conceptos claves del pensamiento social moderno [...] A partir de los cambios introducidos por el capitalismo se produce una separación entre lo social y lo político convirtiéndose en dos sistemas de acción diferentes pero al mismo tiempo complementarios” (Pacenza, 2017:3). Filósofos como Hobbes, Leibniz, Locke y Kant afirman la necesidad de comprender el derecho, la política y la sociedad mediante la razón, al igual que se hace en las ciencias científicas. Esto pone las bases para el surgimiento de nuevas ciencias como la Medicina y la Estadística, además del desarrollo también de las ciencias sociales. La Ciencia Política tiene su auge con autores de referencia como Maquiavelo (1469-1527), Hobbes (1588-1679), Locke (1632-1704), Leibniz (1646-1716), Montesquieu (1689-1755), Rousseau (1712-1778) o Kant (1724-1804). Adam Smith (1723-1790) puede considerarse el padre de la Economía, igual que el nacimiento de la Sociología puede datarse en el siglo XIX con los escritos de Comte (1798-1857) para estudiar ambas.

Habrán tres revoluciones económicas durante los siglos XVIII y XIX que se extenderán rápidamente de Francia y Gran Bretaña al resto de Europa y determinarán la naturaleza del sistema capitalista, así como el surgimiento de la nueva cuestión social: la revolución agrícola, la revolución industrial y la revolución de los transportes.

En primer lugar, la revolución agrícola, la conversión de las tierras comunales en propiedades privadas, dio pie a un éxodo rural donde las ciudades reciben gran cantidad de población que acabará por convertirse en mano de obra para las nuevas fábricas. La revolución industrial comenzó en Inglaterra alrededor de 1750 cuando la energía mecánica se utilizó para tareas de fabricación, especialmente en la industria textil. Al principio los talleres estaban ubicados en zonas rurales, que usaban energía eólica o hidráulica, pero después se comienzan a utilizar máquinas de vapor y las fábricas se

trasladaron a las ciudades, donde se encontraba la mano de obra, lo cual propicia que éstas sigan creciendo porque es donde se puede encontrar trabajo. Por último, la revolución de los transportes, se refiere a la aplicación de las mismas máquinas de vapor que se usaban para las fábricas, en barcos y trenes de comienzos del siglo XIX.

Los profundos cambios sociales que se están dando en este momento histórico tendrán un impacto en las personas a todos los niveles, y sin duda, para las personas con discapacidad también. Por eso, para comenzar a hablar de esta segunda etapa de la discapacidad, con el modelo médico, retomaremos desde este momento histórico con el surgimiento de la modernidad. Recordemos que con ella ocurre un proceso de secularización en el que Dios deja de ser el centro de la vida social –y privada-, por lo que deja de ser la religión la que explique todos los fenómenos (Weber, 2016). Este proceso de secularización, en definitiva, antepone la razón a la religión, porque la ciencia desplaza a la religión de ese lugar privilegiado que tenía hasta el momento. Estos cambios sociales son los mismos que hacen que la discapacidad comience a ser vista como una colección de factores con carácter natural, y no sobrenatural como hasta entonces, que afectan al cuerpo. Por ello, será precisamente el cuerpo el foco de atención de la ciencia médica emergente a lo largo de este nuevo período histórico.

2.2.2. El nacimiento de la clínica²⁰.

Los cambios que provoca la Modernidad no solo se dan en el plano social, también en el económico y político, como decíamos. Para aumentar la productividad y desarrollar la economía, se industrializa la productividad, implantando fábricas y organizando el proceso industrial para optimizar el rendimiento. Al mismo tiempo, se desarrollan instituciones gubernamentales que trabajan para limitar el control social, así como garantizar y proteger los derechos y libertades de los ciudadanos. En conjunto, todo ello propicia el surgimiento de nuevas clases sociales que permitan la prosperidad de algunos grupos sociales, mientras otros son marginados. Este es el terreno en el que, con la ciencia médica liderando el camino, la discapacidad tomará forma, será definida y organizada. Esto permitirá estructurarla y darle forma, también a nivel social.

²⁰ Titulamos este apartado en el que describiremos el nacimiento del modelo médico de la discapacidad, parafraseando el título del libro de Foucault (1996) donde explica, precisamente, lo que aquí vamos a exponer.

Una sociedad medida y organizada, que surge como resultado del crecimiento de población. Medida estadísticamente y organizada por el Estado. Y es que los nuevos estados en formación aprovecharían el auge de las nuevas ciencias, como la estadística, para categorizar a los individuos, si bien esto implicó el internamiento²¹ de ciertos grupos de población en instituciones como cárceles, hospitales o manicomios (Aguado, 1995:71) afirma que “la primera revolución en salud mental en el mundo occidental tiene lugar a finales

COMPARACIÓN DE LOS MODELOS	MODELO CLÁSICO	MODELO MÉDICO
Significado	La discapacidad es vista como un defecto causado por un fallo moral o un pecado.	La discapacidad es un problema médico que reside en el individuo: un defecto o falla del sistema corporal que es intrínsecamente anormal y patológico. El impedimento y la discapacidad se combinan.
Implicación moral	Es una vergüenza para la persona con discapacidad y su familia. La familia debe soportar la naturaleza inmoral que conlleva la presencia de un miembro de la familia con discapacidad.	Rechaza la visión de la discapacidad como una lesión en el alma, pero puede culpar a la persona o la familia por los hábitos de atención médica (ej: la toma de grasas en conjunto con la sedimentación pueden conducir al ataque cardíaco) y promulga la visión de la discapacidad como una tragedia personal.
Ejemplo	“Dios nos da lo que podemos soportar”.	Los pacientes se describen clínicamente (ej: paciente sufre Síndrome de Down). La persona con discapacidad es vista como atípica, anormal y patológica.
Origen	Es el modelo más antiguo de todos y sigue siendo el más frecuente en todo el mundo.	A mediados de 1800 en adelante. Supone el origen de la mayoría de las instituciones y revistas de rehabilitación de los países ricos.
Objetivos de intervención	Espiritual divina o aceptación. Aumento de la fe y la tolerancia. Encontrar significado y propósito en la aflicción.	Se espera que los pacientes o clientes utilicen los servicios ofrecidos por los profesionales entrenados con la promesa de la curación (la mejora de la condición física en la mayor medida posible), rehabilitación (el ajuste de la persona a su condición) o adaptación (ajuste a la vida como persona con discapacidad).
Beneficios del modelo	“Sentirse elegido” para tener una discapacidad, sentir una relación con Dios.	Promueve la fe en la intervención médica y ofrece una etiqueta como explicación. Los avances médicos y tecnológicos como servicios clave del Estado de Bienestar han mejorado las vidas de las personas con discapacidad.
Efectos negativos	Ser excluido de la familia y la comunidad, sentimiento de vergüenza, tener que ocultar los síntomas de la discapacidad. La discapacidad expone las vidas pecaminosas (pasadas y presentes) de la familia.	Paternalismo, patologización y promoción de la benevolencia. Promueve el empleo de personas externas y servicios para las personas con discapacidad, quienes no son incluidas en los procesos.

Tabla 6. Comparación del modelo clásico de la discapacidad frente al modelo médico.
Fuente: Cano Esteban (2021b:87-88).

²¹ De ahí el acertado título de otra obra de Foucault, *Vigilar y castigar* (1976).

del siglo XVI y principios del XVII dentro de un proceso más amplio de laicización del individuo y protagonizada por la corriente humanista emergente en el renacimiento [...] El paso de una concepción demonológica a otra de corte naturalista, de un modelo demonológico a un modelo organicista y biologicista, de la idea de pecado a la de enfermedad”. Precisamente, en la Tabla 6 proporcionamos una comparación de las características clave de los diferentes modelos de entender la discapacidad, respaldada por el trabajo de Pérez Dalmeda y Chhabra (2019:11).

“El sentido socialmente «legítimo» de la discapacidad proviene de la ciencia médica [...] Se presupone, porque así lo ha estipulado la ciencia médica, que el organismo humano debe cumplir ciertos estándares de constitución y en su funcionamiento que lo cualifican como «normal» [...] Es «normal» porque médicamente ha sido así definido [...]. Una desviación de la norma medica implica un cuerpo no apto para realizar ciertas funciones que un cuerpo «normal» sí estaría en condiciones de llevar a cabo” (Ferreira, 2010:48). En esta etapa del modelo médico, a diferencia de la etapa anterior, empieza a definirse con precisión el ámbito de lo humano. Comienzan a surgir patrones de normalidad, por lo que también aparecen patrones de anormalidad y desviación, aunque los segundos fueran consecuencia no deseadas de los primeros (Rodríguez Díaz, 2012). Esto es posible gracias al uso de las estadísticas demográficas, ciencia de control del nuevo estado moderno, que establece el escenario para estimar los parámetros biológicos que definen la salud, y por tanto la enfermedad.

De esta manera comienza a perfilarse el concepto del cuerpo ideal, que debido a las circunstancias en las que nace dicha idea, se asemejará al cuerpo óptimo para trabajar, lo que da lugar a la noción del *hombre como máquina*. Las sociedades capitalistas desarrollaron una visión médico-científica de los seres humanos durante la Primera Revolución Industrial a finales del siglo XVIII y principios del XIX, que se asentará un siglo más tarde con la Segunda Revolución Industrial. Esta visión legitima la expulsión de este proceso de industrialización, y por tanto de la vida social en general, de aquellos individuos cuyas deficiencias restringen la producción. “Las sociedades modernas, al atravesar el proceso de industrialización, mantuvieron una postura de exclusión de la discapacidad, pero en este caso a través de los valores dominantes en el capitalismo de cuerpo con capacidad productiva” (Oliver, 1990; Toboso y Guzmán, 2010). Es así como, paulatinamente, se transita de un modelo clásico de la discapacidad a un modelo médico.

El desarrollo del capitalismo es la característica más significativa para el tema que realmente nos preocupa aquí, que es la discapacidad. El cambio en la productividad, que está acompañado de un cambio en el modelo económico, implica un modelo de producción donde no hay cabida para las personas afectadas con algún tipo de discapacidad, dado que se consideran menos

productivas y esto contrasta con la máxima del capitalismo de que el tiempo es oro. “La discapacidad no apareció de nuevo con el capitalismo, pero si adoptó una forma diferente en el contexto de las relaciones sociales: el capitalismo industrial excluyó a las personas con discapacidad de la posibilidad de participar en el sistema” (Gómez Bernal, 2016:41). En este caso, aunque estamos hablando de la productividad, no lo hacemos en un sentido marxista, donde el trabajo productivo es el que se hace en el ámbito de la producción, ya sean bienes o servicios, y no en el campo de la circulación, como trabajo asalariado en empresas privadas. Estamos hablando de la productividad en su sentido estricto, como una relación entre lo que se produce y los recursos utilizados, como los materiales o las energías, o por supuesto, la mano de obra. Señalamos específicamente ésta última porque, desde una perspectiva marxista, las personas con discapacidad caerían bajo ese sector de producción como trabajadores remunerados, pero el sistema laboral cree que este colectivo producirá menos, aunque esto no sea necesariamente cierto, por lo que son eliminados del mercado laboral y, por ende, como señalaba Gómez Bernal (2016), imposibilitados para participar en el resto del sistema.

Las estadísticas respaldan que en la actualidad sigue existiendo una menor inserción laboral de las personas con discapacidad en comparación con los datos de personas sin discapacidad. La encuesta *El empleo de las personas con discapacidad*, realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) es una encuesta anual que tiene como objetivo obtener datos sobre la fuerza de trabajo (ocupados, parados) y la población ajena al mercado laboral (inactivos) dentro del colectivo de personas con edades comprendidas entre los 16 y los 64 años y con discapacidad oficialmente reconocida. La operación es fruto de un convenio de colaboración entre el INE, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), la Dirección General de Coordinación de Políticas Sectoriales sobre Discapacidad, el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) y la Fundación ONCE (Organización Nacional de Ciegos Españoles). En su realización se utiliza la información procedente de la integración de los datos de la Encuesta de Población Activa (EPA) con datos administrativos registrados en la Base de Datos Estatal de Personas con Discapacidad (BEPD); e incorpora además datos procedentes de la Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS), del Registro de Prestaciones Sociales Públicas del Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Los últimos resultados del INE, referentes al 2021 (publicados en diciembre de 2022), indican que solo el 34.6% de las personas de 16 a 64 años con discapacidad oficialmente reconocida²² eran activos (0,3 puntos más que

²² Personas con un grado de discapacidad igual o superior al 33% y asimilados, según el RD Legislativo 1/2013.

en 2020); tasa de actividad²³ que era 43,1 puntos inferior a la de la población sin discapacidad. Repitiéndose, durante años, datos similares, como muestra el Gráfico 1.

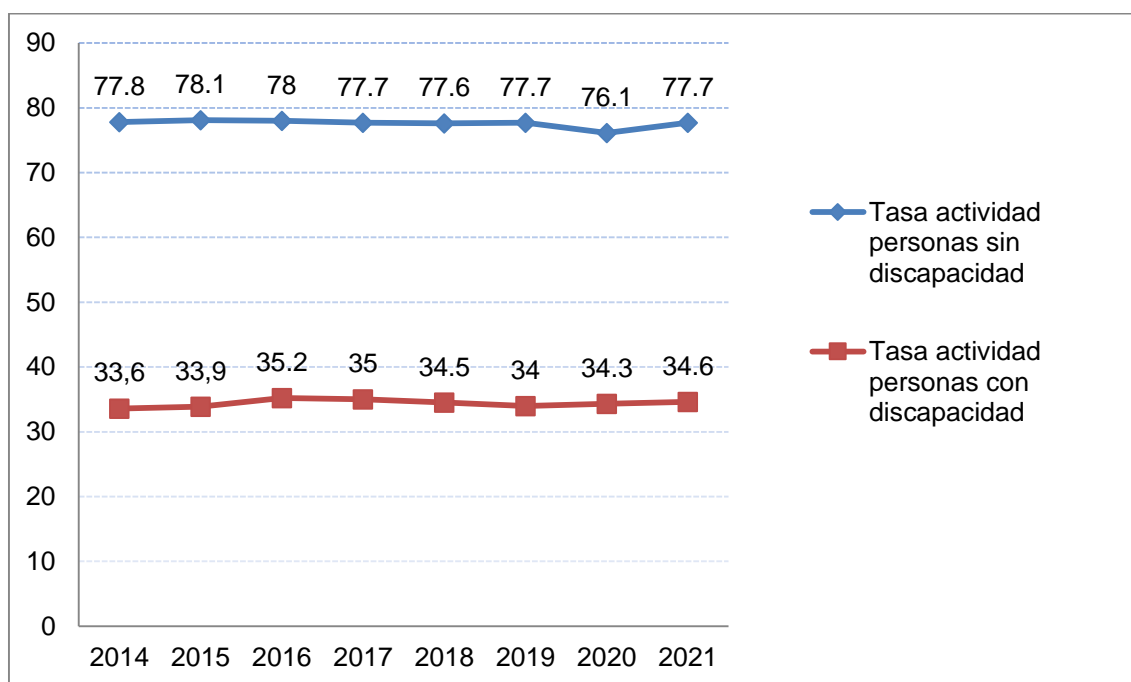


Gráfico 1. Comparación de la tasa de actividad entre personas con y sin discapacidad.
Fuente: INE y elaboración propia.

Podemos observar que la tasa de actividad de personas sin discapacidad se ha mantenido estable a lo largo de estos años, desde que comienzan a recabarse datos en 2014, y solo baja significativamente en 2020 como consecuencia de los efectos de la pandemia mundial por Covid y el confinamiento masivo que destruyó muchos empleos. Vemos que, efectivamente, la tasa de actividad para personas con discapacidad se sitúa muy por debajo de la tasa de actividad para personas sin discapacidad, siendo de media siempre 43,2 puntos por debajo. Se aprecia una ligera subida de la tasa de actividad de las personas con discapacidad, que ha aumentado un punto en siete años. No puede decirse que lentamente la tasa de actividad de las personas con discapacidad se estén equiparando a la tasa de actividad de las personas sin discapacidad, porque siguiendo esta tendencia, tardarían siglos en equipararse.

Pero retomemos la importancia de las teorías marxistas sobre la producción capitalista y su importancia para nuestra investigación. Aunque ésta no está destinada a ser una investigación sobre economía, vamos a detenernos brevemente en la fórmula de Marx para el concepto de plusvalía

²³ Índice que mide el nivel de empleo de un país, calculándose como el cociente entre la población activa –personas ocupadas y paradas- y la población en edad de trabajar (16-64 años).

(Figura 9), explicado con mucho más detenimiento en el capítulo “La producción capitalista como producción de plusvalía” de *El Capital* (1971): “el plusvalor (p) generado en el proceso de producción por el capital adelantado (C), o en otras palabras, la valorización del valor del capital adelantado (C), se presenta en un primer momento como excedente del valor del producto sobre la suma de valor de sus elementos productivos” (1975:255).

El capital adelantado (C) es la suma del dinero que se invierte en los medios de producción, que es un capital constante (c), y el dinero que se gasta en la fuerza de trabajo, que es un capital variable (v):

$$C = c + v$$

Con el plusvalor (p), el capital adelantado (C) pasa a ser el nuevo capital (C’):

$$C' = C + p \rightarrow C' = (c + v) + p$$

O lo que es lo mismo, el plusvalor (p) es la diferencia entre el capital que obtenemos al final del proceso (C’) y el que habíamos adelantado en un principio (C).

$$p = C' - C \rightarrow p = C' -$$

Dado que en el capital adelantado (C), que se compone de dos partes, el dinero que se invierte en los medios de producción siempre es constante (c); que se obtenga más o menos plusvalor (p) depende del dinero que se gasta en la fuerza de trabajo, ya que es variable (v). A mayor dinero gastado en la fuerza de trabajo (v), menor plusvalor (p); y viceversa.

Figura 9. Ecuación del plusvalor.

Fuente: Cano Esteban (2021b:90).

Según Marx (1975), la fuerza de trabajo de un trabajador es el conjunto de facultades físicas y mentales que existen en la *corporeidad*, que el trabajador pone en *movimiento* cuando *produce* valores de uso. La fuerza de trabajo debe distinguirse de su rendimiento, que se plasma en el trabajo materializado, que no es otra cosa que el objeto de la producción. En este trabajo realizado siempre hay algo más que la mera fuerza de trabajo, que en verdad es lo que se retribuye, hay una plusvalía, que crea el trabajador con su fuerza de trabajo (y de la que se apropia el capitalista): “la fuerza de trabajo añade constantemente al producto, sobre su propio valor, una plusvalía que es la encarnación del trabajo no retribuido” (Marx, 1975:247). Según la teoría del valor²⁴ de Marx, el valor de la fuerza de trabajo, al igual que el de cualquier mercancía, está determinado por el tiempo de trabajo que es necesario para producirla.

²⁴ La teoría del valor-trabajo (TVT), a la que Marx se refiere simplemente como teoría del valor en sus escritos, considera que el valor de un bien o servicio viene determinada por la cantidad de trabajo necesario para producirlo. Adam Smith, considerado el padre de la economía, la describió previamente alegando como una herramienta por ejemplo, podría facilitar la adquisición de dicho bien, ya que la cantidad de trabajo necesario para producir el bien sería menor y, por tanto, el valor mismo del bien.

«En la definición de plusvalor se hace explícita alusión al término «valor» (que proviene de *valere*, “ser fuerte”); de hecho, etimológicamente hablando, plusvalor está formado por el prefijo “plus-” (más) y “valor”. No es de extrañar que estas pocas nociones de economía, nos den una amplia visión del trato que las personas con discapacidad recibían en el mercado laboral: una persona con discapacidad, a priori menos productiva, hacía ganar menos al empresario; por lo que se las excluye de este ámbito. Es por esto que no sorprende la aparición de nuevos términos como el de “minusválido²⁵”, donde de nuevo se hace alusión al término «valor», esta vez unido al prefijo “minus-” (menos)». (Cano Esteban. 2021b:91).

Toda esa población incapaz de trabajar en la Edad Media tenía como única salida la mendicidad. Era una forma de que los señores feudales, a través de la donación de limosnas, salvaran sus almas para la vida eterna. Juan Luis Vives (1991) describe cómo poner fin a la mendicidad: en primer lugar, se requiere una investigación cuantitativa que detalle el número de pobres; y en segundo lugar, enseñar a trabajar a aquellos útiles y socorrer a los que no (ancianos y/o enfermos).

Sin embargo, en esta nueva sociedad, el concepto de Dios ya no está en el centro de la vida social, ya que el avance de las ciencias naturales lo desplaza para crear una sociedad medida y organizada. Aguado (1995) discute la pobreza desde una perspectiva que nos ayude a entender el problema de la discapacidad en el modelo médico. Una contribución importante de España al campo de las deficiencias, utilizando su propia terminología, trata de resolver el problema de la pobreza. La cuestión de la pobreza afecta a todos aquellos individuos que no son capaces de asegurarse un medio de subsistencia, lo que puede darse por una gran variedad de factores, incluyendo enfermedades e incapacidad para trabajar. Obviamente, algunas discapacidades físicas y sensoriales, así como algunas deficiencias mentales cuadran aquí (aunque no hay referencias directas a deficientes, pero sí menciones esporádicas de *cojos*, *ciegos*, *mancos*, *lisiados*, *tullidos*, *tontos* o *lerdos*). Siendo éste un tema que preocupó en toda Europa desde los inicios del Renacimiento, es también uno de los muchos factores que contribuyeron a formar el estado moderno. Porque los estados europeos centralizados comienzan a asentar las bases de una asistencia organizada, excluyendo gradualmente a las instituciones privadas, y en especial, a la Iglesia, que se había encargado hasta entonces en exclusiva de la beneficencia.

²⁵ Formado por el prefijo “minus-” (menos) y el sufijo “-ido” (que tiene aspecto o características de), sobre el término “valere” (ser fuerte) (Diccionario Etimológico Español en Línea, DEEL). La Real Academia Española de la Lengua (RAE) lo define como “discapacitado”. Este término, a su vez, está formado por el prefijo “dis-” (inversión de la acción) y el sufijo “-ado” (que ha recibido la acción), sobre la palabra “capacidad” (cualidad de capaz) (DEEL). La RAE lo define haciendo alusión a la temática que aquí desarrollamos: “dicho de una persona: que padece una disminución física, sensorial o psíquica que la incapacita total o parcialmente para el trabajo o para otras tareas ordinarias de la vida”.

Atendiendo a esto, podemos preguntarnos qué pasa entonces con toda esa cantidad de gente incapaz de trabajar, dado que es un grupo poblacional importante, tanto en la propia cuestión como en la magnitud numérica del mismo. La respuesta la da la ciencia médica. Ya vimos al desarrollar el modelo clásico de la discapacidad en la prehistoria y la antigüedad, que “el paso de la *magia* a la *brujería*, a la *religión* o al *animismo* se produce cuando se da entrada en las prácticas a agentes o poderes extraños a la relación, cuando se recurre a un *tercero*” (Aguado, 1995:36). Este “tercero” es el médico, que en definitiva es el considerado experto, el que sabe. Emerge de la sociedad moderna que estamos estudiando, y el peso de su figura continua presente hasta el día de hoy.

Veremos más adelante que en la actualidad, el presente modelo médico que estamos desarrollando, ha tenido que aprender a convivir con el modelo social de la discapacidad, pero sin duda el modelo médico sigue siendo todavía el más extendido. La ciencia médica, como conocimiento especializado, ha ocupado la mayoría de las páginas en la literatura sobre discapacidad. Esto se debe a que resulta mucho más actual que el modelo clásico. La idea de discapacidad desde una perspectiva médica tiene una larga historia que ha llegado a nosotros hoy sin muchos cambios desde su origen. En nuestra analogía de los tres monos sabios, nos referimos a este modelo médico como *no oír* porque estos expertos –médicos- tomarán decisiones sobre la vida del individuo sin tener en cuenta, precisamente, a dicho individuo, que realmente es quien está pasando por la experiencia en cuestión. Los médicos decidirán qué es lo recomendable, qué debe hacerse, qué es lo deseable. Los médicos y “no el individuo, que *solo* padece la situación, pero por mucho que sea el interesado, sigue sin ser experto ni *conocer* la materia, así que no se le escucha, ya que no se tiene en cuenta su opinión” (Cano Esteban, 2021b:95). Reseñable que, en contraposición al profesional, la persona con discapacidad pase a ser el *paciente*, que tiene paciencia y recibe la acción del agente.

Paradójicamente, Foucault (1966) dirá que la Medicina es un saber ciego para señalar esta misma cuestión. Así lo describe porque afirma que la Medicina carece de visión, en el sentido estricto de la expresión. En el pasado, la Medicina se aprendía por observación, al lado de la persona enferma, pero hoy en día se recoge toda una colección de datos que se organizan y se miden, al igual que la sociedad que desarrollaría este modelo a seguir. Pero la clínica todavía se está desarrollando: no estará abierta a todo, como puede estarlo la práctica cotidiana de un médico, ni será tan especializada como llegará a serlo en el siglo XIX. De momento, la Medicina generaliza un estudio continuado y grupal de casos para describir, diferenciar y clasificar las enfermedades; es decir, para crear una nosología.

Poco a poco se va asentando en el hospital, pero lo hace con un método único. No se trata solo de la selección cuantitativa²⁶ de casos, que también, sino del descubrimiento de la enfermedad del paciente, porque están allí para recibir tratamiento y el médico no puede elegir las enfermedades que quiere tratar y las que no. En definitiva, los pacientes que acuden no lo hacen con un solo tipo de enfermedad para que se estudie esa en concreto y no otra; en lugar de eso, los enfermos acuden y el experto *debe saber* qué les sucede. Debido a esto, Foucault afirma que la clínica no conoce, por sí misma, la verdad, y lo hará solo bajo su forma sintética. El experto preguntará al paciente toda una serie de cuestiones relacionadas con su entorno, con sus enfermedades previas, el modo en que comenzó la dolencia, los remedios tomados... Y contabilizará sus funciones vitales (respiración, pulso, temperatura), naturales (sed, apetito, excreciones) y animales (sentidos, facultades, sueño, dolor). “No se trata de un *examen* sino de un *descriptamiento*” (1966:93). A día de hoy, cualquiera que haya tenido que acudir al hospital, sabrá que ésta continúa siendo la rutina habitual.

«En el siglo XVIII, la clínica es, por lo tanto, una figura mucho más compleja que un puro y simple conocimiento de casos y, no obstante, no ha adquirido valor en el movimiento mismo del conocimiento científico; forma una estructura maquinal que se articula en el campo de los hospitales sin tener la misma configuración que éstos; vive el aprendizaje de una práctica que simboliza más que analiza; agrupa toda la experiencia alrededor de los prestigios de un descubrimiento verbal que no es su simple forma de transmisión, sino el núcleo que la constituye» (Foucault, 1966:96).

Un cuerpo que puede ser sometido es un cuerpo dócil. Sin embargo, en estos esquemas de docilidad, es necesario destacar sus técnicas innovadoras (Foucault, 1976). En primer lugar, la escala de control, que se refiere a la aplicación metódica de la coerción en cada una de las partes, para ejercer una cantidad infinitesimal de control sobre el cuerpo activo (movimientos, gestos, rapidez...) En segundo lugar, el objeto de control, que se refiere a la coacción continua, que ejerce más poder sobre los procesos de la actividad que sobre los resultados porque se esfuerza en maximizar la eficacia de los movimientos y su organización interna. En la Tabla 7 podemos ver de una forma más detallada los mecanismos de control sobre el cuerpo que explica el autor. Aclarar que aunque Foucault menciona los hospitales, entre otras instituciones disciplinarias como las escuelas, las prisiones y el ejército, los ejemplos utilizados en este trabajo han sido adaptados para la temática en cuestión y no son del trabajo original del autor. En su lugar, sirven como ilustración para la explicación del autor de los mecanismos de control sobre el cuerpo.

²⁶ La clínica optimiza cuantitativamente cualquier cuestión, siempre hay un número óptimo de todo.

		<i>Técnica</i>	<i>Explicación</i>	<i>Ejemplo</i>
TÉCNICAS DE CONTROL DEL CUERPO	El arte de las distribuciones	1) Clausura.	Especificación de un lugar heterogéneo a todos los demás y cerrado sobre sí mismo.	<i>Hospitales.</i>
		2) “A cada individuo su lugar; y en cada emplazamiento un individuo”.	La clausura no es ni constante, ni indispensable, ni suficiente en los aparatos disciplinarios. Es necesaria una división de zonas, evitar las distribuciones por grupos.	<i>Los hospitales están divididos en zonas de tratamiento específico (Área de Psiquiatría, Área de Cardiología...) A su vez, éstas áreas se dividen en las habitaciones de los pacientes.</i>
		3) Emplazamientos funcionales.	En las instituciones disciplinarias. poco a poco, se codifica un espacio que la arquitectura dejaba en general disponible y dispuesto a varios usos.	<i>Salas de Espera, son habitaciones que podrían servir para dar charlas informativas por ejemplo, pero su propio nombre indica que solo están pensadas para esperar.</i>
		4) Rango.	Lugar que se ocupa en una clasificación. En la disciplina, los elementos son intercambiables puesto que cada uno se define por el lugar que ocupa en una serie y la distancia que lo separa de los otros.	<i>Están los directivos, los médicos, los enfermeros, los auxiliares, el personal administrativo... Y al final del todo, el paciente.</i>
TÉCNICAS DE CONTROL DEL CUERPO	El control de la actividad	1) Empleo del tiempo.	Tres grandes procedimientos: establecer ritmos, obligar a ocupaciones determinadas, regular los ciclos de repetición.	<i>Se establecen horarios determinados para todo (comidas, toma de medicamentos...) Se obliga al paciente a acudir a pruebas médicas o rehabilitación. Y este ciclo se repite a diario hasta que es dado de alta.</i>
		2) Elaboración temporal del acto.	No es un empleo del tiempo, marco general para una actividad; es más que un ritmo colectivo y obligatorio, impuesto desde el exterior; es un “programa”; asegura la elaboración de un acto propio.	<i>El paciente, dentro del hospital, no es un individuo. Forma parte de un cuerpo colectivo que se mueve a la vez. Uno no puede cenar a la hora que quiera, cenará cuando la cena se reparta en toda su planta.</i>
		3) Establecimiento de correlación del cuerpo y el gesto.	El control disciplinario no consiste simplemente en enseñar o en imponer una serie de gestos definidos; impone la mejor relación entre un gesto y la actitud global del cuerpo, que es su condición de eficacia y rapidez.	<i>A los pacientes con rotura de cadera se les enseña cómo deben sentarse y cómo deben levantarse de la mejor manera posible para no repercutir en su lesión.</i>
		4) Articulación cuerpo-objeto.	La disciplina define cada una de las relaciones que el cuerpo debe mantener con el objeto que manipula.	<i>Ponerse una inyección de heparina requiere hacerlo de una forma muy concreta.</i>
		5) Utilización exhaustiva.	Plantea el principio de una utilización teóricamente creciente siempre del tiempo: agotamiento más que empleo; se trata de extraer, del tiempo, cada vez más instantes disponibles y, de cada instante, cada vez más fuerzas útiles. Lo cual significa que hay que tratar de intensificar el uso del menor instante.	<i>En los Centros de Rehabilitación, la estancia no es permanente (dado que el objetivo de dichos centros es rehabilitar las funciones que se hayan perdido, y si no se mejora, se entiende que no tienen nada que hacer allí), por lo que se procura aprovechar cada momento de la estancia.</i>

Tabla 7. Resumen de las técnicas de control de cuerpo que Foucault describe en *Vigilar y castigar*. Fuente: Cano Esteban (2021b:93-94).

Podemos ver cómo la Medicina se desarrolló en este momento específico de la historia porque en él se dieron los elementos clave que permitieron su desarrollo y expansión. Por esto, tiene un papel primordial dentro de la sociedad, más allá de su función primaria para tratar enfermedades. De este modo, podría decirse, asciende hasta lo más alto de la cúpula social, desplazando la religión como centro de la vida. Desde entonces, todas las vicisitudes de la organización de la nueva sociedad emergente pasan por el ojo de esta cerradura (médica) que abre, o no, la puerta que permite el paso de los individuos a la participación de la vida social.

2.2.2.1. Medicina y discapacidad: de la explicación a la sumisión.

Parece que la discapacidad se ha pensado, históricamente hablando, como un problema que sólo afecta a personas de manera individual, resultado de ciertas deficiencias biofísicas que hacen que sus cuerpos se desvíen de los estándares médicos de normalidad. “La persona con discapacidad es condenada a una especie de ciudadanía devaluada, considerada como una menor de edad permanente que, en el caso de tener derechos, tiene suspendido su ejercicio o requiere de la tutela de otros para ejercerlos” (Gómez Bernal, 2016:40). Y es que esas personas, esos cuerpos, se convierten en el objeto de investigación y tratamiento de todas las ramas especializadas de la Medicina, que son muchas. Porque las especialidades médicas, en sí mismas, son una clasificación, como muestra la Figura 10.

En definitiva, el cuerpo se convierte en el centro de estudio de la ciencia médica. Para las personas con discapacidad, Miguel A.V. Ferreira (2017) señala diferentes tipos de cuerpos (el cuerpo normativo, el cuerpo ausente, el cuerpo político y la reapropiación del cuerpo), que abordaremos con más detalle en las siguientes páginas. Aunque ahora, nos detendremos un momento en el primero, el cuerpo normativo, que es especialmente importante para el estudio del modelo médico de la discapacidad, ya que nos da una comprensión de cómo son tratadas a nivel social las personas con discapacidad.

Las clasificaciones médicas giran en torno al concepto de funcionamiento, que es un término que nos remite al cuerpo-máquina que mencionábamos anteriormente: “establecen una diferencia entre un cuerpo sano y uno enfermo, entre salud y enfermedad, esto es, entre un funcionamiento eficiente (capacidad) y otro deficiente (discapacidad)” (Ferreira, 2017:22). Estas clasificaciones dicotómicas se refieren a un cuerpo-cosa, un cuerpo des-socializado (Bourdieu, 1999), sobre el cual se han desarrollado estrategias de normalización. El cuerpo sirve como un principio de individualización, ya que está situado en un tiempo y espacio específicos y no

en otros. Además, tiene su propia historia y propiedades integradas; en otras palabras, tiene un *habitus* (estructuras estructuradas estructurantes). Pensemos en la lucha por el ascenso social, con el objetivo de lograr la mejor posición posible en la jerarquía social, como si fuera una carrera. El concepto de *habitus* es significativo porque implica que cada persona que participa en la carrera lo hará en diferentes condiciones y comenzará desde un lugar diferente, todos podrán alcanzar la meta, pero algunos lo encontrarán más fácil que otros. En esta metáfora, las personas con discapacidad parten ya de por sí con cierta desventaja en dicha carrera. Ahondaremos más sobre este concepto más adelante.

- El lugar de ejercicio profesional:
 - Hospitales.
 - Centros de salud de atención primaria.
- Su orientación, que podría ser:
 - Por grupos de edad (por ejemplo, la Pediatría para niños o la Geriatría para ancianos).
 - Por aparatos o sistemas del cuerpo humano (por ejemplo, la Neumología, que se centra solo en el aparato respiratorio).
 - Por las técnicas diagnósticas (por ejemplo, la Radiología).
 - Por las técnicas terapéuticas y rehabilitadoras (por ejemplo, la Farmacología).
 - Por enfermedades concretas (por ejemplo, la Alergología).
 - Por actividades humanas (por ejemplo, la Medicina del Trabajo o la Medicina del Deporte).
- Su agrupación tradicional, que tendría a su vez cuatro subespecialidades:
 - Especialidades clínicas, donde el médico desarrolla actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas, sin utilizar técnicas quirúrgicas (por ejemplo, la Cardiología).
 - Especialidades quirúrgicas, donde al médico se le pasa a considerar cirujano, dado que en esta especialidad sí se utilizan medios invasivos para tratar, modificar y extirpar físicamente la estructura patológica (por ejemplo, la Cirugía Cardíaca o la Cirugía Maxilofacial).
 - Especialidades médico-quirúrgicas, donde se usan tanto técnicas invasivas quirúrgicas como técnicas no invasivas, como la farmacología (por ejemplo, la Urología).
 - Especialidades de laboratorio o diagnósticas, que es un apoyo a los demás médicos, dado que se realizan diagnósticos y se sugieren tratamientos a los especialistas, pero la interacción con el paciente es reducida (por ejemplo, la Radiología).

Figura 10. Clasificación de las especialidades médicas.

Fuente: elaboración propia.

En definitiva, el cuerpo se convierte en el centro de estudio de la ciencia médica. Para las personas con discapacidad, Miguel A.V. Ferreira (2017) señala diferentes tipos de cuerpos (el cuerpo normativo, el cuerpo ausente, el cuerpo político y la reapropiación del cuerpo), que abordaremos con más detalle en las siguientes páginas. Aunque ahora, nos detendremos un momento en el primero, el cuerpo normativo, que es especialmente importante para el estudio del modelo médico de la discapacidad, ya que nos da una comprensión de cómo son tratadas a nivel social las personas con discapacidad.

Las clasificaciones médicas giran en torno al concepto de funcionamiento, que es un término que nos remite al cuerpo-máquina que mencionábamos anteriormente: “establecen una diferencia entre un cuerpo sano y uno enfermo, entre salud y enfermedad, esto es, entre un funcionamiento eficiente (capacidad) y otro deficiente (discapacidad)” (Ferreira, 2017:22). Estas clasificaciones dicotómicas se refieren a un cuerpo-cosa, un cuerpo des-socializado (Bourdieu, 1999), sobre el cual se han desarrollado estrategias de normalización. El cuerpo sirve como un principio de individualización, ya que está situado en un tiempo y espacio específicos y no en otros. Además, tiene su propia historia y propiedades integradas; en otras palabras, tiene un *habitus* (estructuras estructuradas estructurantes). Pensemos en la lucha por el ascenso social, con el objetivo de lograr la mejor posición posible en la jerarquía social, como si fuera una carrera. El concepto de *habitus* es significativo porque implica que cada persona que participa en la carrera lo hará en diferentes condiciones y comenzará desde un lugar diferente, todos podrán alcanzar la meta, pero algunos lo encontrarán más fácil que otros. En esta metáfora, las personas con discapacidad parten ya de por sí con cierta desventaja en dicha carrera. Ahondaremos más sobre este concepto más adelante.

Para las personas con discapacidad, estas estrategias de normalización vienen determinadas por la implacable organización médica de la que hablábamos líneas atrás. En este caso, según la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1980, hay diferentes conceptos que, llegados a este punto, conviene aclarar. Así pues, una deficiencia es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Mientras que una discapacidad es cualquier restricción o ausencia, debido a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Y una minusvalía sería una situación de desventaja para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que se entiende como normal.

Vemos, pues, que el concepto minusvalía es el único que nos remite a una dimensión social, considerando cada caso de manera particular para cada individuo, porque la misma deficiencia no supondría una minusvalía en todos los casos. Por ejemplo, la pérdida de un dedo de la mano sería una deficiencia. Ahora bien, no es lo mismo perder el dedo gordo que cualquier otro, ya que éste es con el que se realiza el movimiento de pinza que nos permite a los humanos coger y manipular objetos; por lo que se consideraría discapacidad si, debido a la pérdida de un dedo, ello impidiera por ejemplo escribir o utilizar los cubiertos para comer como se hace habitualmente. Pero, la pérdida del dedo de una mano, sea cual sea, no es igual para cualquier persona que, por

ejemplo, para un pianista. Y es que esa deficiencia, esa discapacidad, en concreto, para esa persona –y no para cualquier otra-, para ese pianista, implicaría que no podría tocar, perdiendo su papel –rol- de músico.

Ante esta clasificación, la OMS desarrolló una nueva en 2001, la llamada Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y de la Salud; CIF), que apunta a los factores sociales como posibles causas de la discapacidad. Esta nueva clasificación se debe a un esfuerzo por superar la anterior, claramente reduccionista y biológicodeterminista. Sin embargo, como apunta Díaz Velázquez (2011), esta nueva definición, denominada bio-psico-social, no logra apartarse completamente de los parámetros analíticos de un paradigma de la rehabilitación que ve la discapacidad como un problema individual para el que es esencial desarrollar soluciones fundamentalmente individuales de la adaptación de la persona al entorno. Es decir, la mirada, a pesar de todo, sigue siendo individual y no social.

A pesar de esto, el cuerpo sigue siendo un elemento clave en la construcción social de la discapacidad. Toboso y Guzmán (2010) señalan la paradoja que resulta de definir la funcionalidad corporal según una colección de capacidades que se cree que son intrínsecas a ella y cumplen con el estándar de normalidad. En otras palabras, la normalidad se basa en suposiciones de lo que se cree que el cuerpo debería tener, lo cual no significa que los tenga. De este modo, la hipótesis se convierte en verdadera, como una profecía autocumplida o autorrealizada (Merton, 2010), donde una definición en principio falsa de la situación despierta un nuevo comportamiento que hace que la concepción original falsa termine volviéndose verdadera. La teoría de Merton deriva del conocido como Teorema de Thomas (1928), donde sí se define una situación como real, ésta será real en sus consecuencias.

«Las técnicas disciplinarias del poder, tomadas en el plano más bajo, más elemental, en el nivel del cuerpo mismo de los individuos consiguieron cambiar la economía política del poder, multiplicando sus aparatos [...] Estas disciplinas hicieron emerger de estos cuerpos algo así como un alma-sujeto, un “yo” [...] Habría que mostrar, al mismo tiempo, cómo se produjo una forma de disciplinamiento que no concierne a los cuerpos, sino a los saberes; cómo este disciplinamiento [...] preparó un nuevo tipo de relación entre poder y saber; cómo, finalmente, a partir de estos saberes disciplinados emergió la construcción de la ciencia en lugar de la construcción de la verdad» (Foucault, 1992:152).

Foucault, en sus escritos (1976, 1992, 1999), se refiere a aparatos o dispositivos de saber-poder; y Ferreira (2017) lo aplica al caso específico de la discapacidad. De tal manera que la normatividad que surge en relación con el cuerpo, principalmente a través de las doctrinas médicas y de las exigencias económicas de eficiencia productiva, se expresa por medio de discursos políticos e ideológicos justificados por argumentos que tienen como base la

misma naturaleza científica de la que surgen. Precisamente, esta normatividad promueve la homogeneidad social, excluyendo la diferencia y la diversidad.

Retomaremos aquí la teoría de Bourdieu para completar las ideas que acabamos de desarrollar. Aunque el autor no escribe específicamente sobre la discapacidad, es seguro que sus teorías pueden aplicarse al tema que estamos discutiendo. “El mundo es comprensible, está inmediatamente dotado de sentido, porque el cuerpo, que, gracias a sus sentidos y su cerebro tiene la capacidad de estar presente fuera de sí, en el mundo, y de ser impresionado y modificado de modo duradero por él, ha estado expuesto largo tiempo (desde su origen) a sus regularidades” (1999:186-187).

Señalábamos su concepto clave, el de *habitus*, como estructura estructurada estructurante, que ahora vamos a desarrollar en más detalle. La estructura tiene una existencia real y sería la disposición o modo de estar relacionadas las distintas partes de un conjunto. Al ser estructurada (adjetivo que expresa cualidad), está dotado de estructura. Pero además es estructurante (compuesto por el verbo estructurar y el sufijo “-nte” que expresa qué o quién ejecuta la acción), estructurador, que estructura. En conclusión, estamos ante un ente de existencia real que dispone el modo de estar relacionadas las distintas partes de un conjunto; pero a su vez, tiene la cualidad de que en sí mismo está dotado de estructura; y a su vez también es quién la dota. En resumen: *es, tiene y genera*, todo a la vez. “Podemos plantear, entonces, situación y condición de discapacidad en términos de *habitus* de un grupo, el *habitus de la discapacidad*: como estructura estructurada, es un producto histórico a través del cual el Estado inculca la concepción del cuerpo no legítimo definida por el campo médico; y como estructura estructurante determina el límite de lo pensable y lo no pensable y genera unas prácticas y unos juicios sistemáticos” (Ferreira, 2011:90).

Aprendemos por el cuerpo, porque nuestros cuerpos llevan la impronta del orden social (Bourdieu, 1999). No se trata solo de las normalizaciones impuestas por la disciplina institucional, sino que no hay que subestimar la presión u opresión, continua y a veces indetectable, sobre el curso habitual de las cosas o las realidades impuestas por las condiciones materiales de existencia. Las amenazas sociales más serias se dirigen al cuerpo en lugar de la mente, grabado como un recordatorio.

Aprendemos por el cuerpo porque, como dijo el autor, nuestros cuerpos llevan la impronta del orden social. No se trata sólo de las normalizaciones impuestas por la disciplina institucional, sino que “no hay que subestimar la presión o la opresión, continuas y a menudo inadvertidas, del orden ordinario de las cosas, los condicionamiento impuestos por las condiciones materiales de existencia [...] Las conminaciones sociales más serias no van dirigidas al

intelecto, sino al cuerpo, tratado como un *recordatorio* (Bourdieu, 1999: 186–187).

«Se nos ha hecho manifiesta la necesidad de repensar la concepción bourdiana del cuerpo, no porque no sea en sí misma adecuada, sino debido al uso que le estábamos dando y a las cuestiones que, a través de ella, estábamos dejando de observar. ¿No será que el cuerpo vívido, en el mundo capitalista, es experimentado homológamente a partir de la inculcación del Estado de unos esquemas de percepción que se guían por las categorías impuestas mediante el lenguaje en tercera persona, lenguaje de la medicina tradicional de occidente (portadora de la ortodoxia del campo de la salud)? ¿no será que las taxonomías, propias de ese lenguaje, ancladas en la oposición normal/patológico se traducen en pautas que anudan, a su vez, lo estético (oposición bello/feo) y lo ético (oposición bueno/malo)? Y en añadidura, ¿no será que tal imposición encuentra un doble plano de manifestación: el del cuerpo singular dicotomizado, cuya voz naufraga entre las prescripciones, prácticas y simbólicas, y el del cuerpo colectivo, que en extensión proyecta sobre las experiencias singulares estructuras históricas, económicas y societales?» (Ferreira, 2011:89).

Como hemos dicho al comienzo de esta sección, la Medicina es la que crea las estructuras sociales y justifica las acciones del Estado para organizar ciertos grupos sociales en un esfuerzo por homogeneizarlos. Sin embargo, en este caso, como podemos ver, ese poder, ese control, se ejerce sobre los cuerpos de las personas. Y dado que todo se centra en retornar al cuerpo defectuoso a su estado de normalidad, o al menos el que se considera como normal, no es sorprendente que se desarrolle un paradigma enfocado a la rehabilitación, centrando el problema en el individuo (Jiménez Lara, 2007).

“El modelo médico se circunscribe dentro de los postulados del paradigma de la rehabilitación. Este modelo pone énfasis en la patología de la discapacidad, con miras a su erradicación mediante la prevención, la cura o el tratamiento” (Díaz Velázquez, 2009:89). Pero hoy en día, desde hace ya algunas décadas, este paradigma, que ostenta la hegemonía ideológica sobre la discapacidad (Oliver, 1990; Barton, 1998) está siendo objeto de duras críticas por parte del modelo social. Desde esta perspectiva social, el individuo con una discapacidad es visto más allá de la deficiencia. La participación verdadera y efectiva de esta población en todas las esferas de la vida social es el objetivo de este enfoque biopsicosocial y de los derechos humanos (Padilla-Muñoz, 2010). Las características principales de ambos modelos se recopilan en la Tabla 8.

MODELO MÉDICO	MODELO SOCIAL
La discapacidad se considera como el resultado de una limitación funcional de la persona a nivel físico, psíquico o sensorial. Así, inmerso en el terreno de la medicina y de la práctica médico-rehabilitadora, en este modelo se interpreta la discapacidad como una situación de “enfermedad” o “ausencia de salud” de la persona.	Se considera que las causas que originan la discapacidad no son de naturaleza médica, sino sociales, Ya no se considera que las limitaciones individuales de las personas sean el origen de la discapacidad, sino las limitaciones de la sociedad para ofrecer servicios que tengan en cuenta los requerimientos de todas las personas.
Se da por supuesto que las personas con discapacidad, consideradas como personas “enfermas”, deben asumir de manera propia la voluntad de someterse a un proceso de “rehabilitación” con el fin de asimilarse en la mayor medida posible a las demás personas “sanas” de la sociedad. Dentro del marco del modelo médico, las personas con discapacidad se convierten así en objeto de atención exclusivamente médica y su realidad es contemplada y explicada desde un enfoque totalmente “medicalizado” y, a la vez, “medicalizante”. Prácticas como la medicalización y la institucionalización se sitúan en la base operativa de este modelo.	Asume que las personas con discapacidad pueden y deben participar en la sociedad en la misma medida que el resto de los ciudadanos, lo que se relaciona con la inclusión y la aceptación plena de su diferencia. Si el objetivo principal del modelo médico era la normalización de las personas con discapacidad, el modelo social aboga por la normalización de la sociedad, de manera que ésta llegue a estar pensada, proyectada y diseñada para atender de manera incluyente las necesidades de todos.

Tabla 8. Comparación del modelo médico de la discapacidad frente al modelo social.
Fuente: Cano Esteban (2021b:102).

El fenómeno de la discapacidad emerge en el modelo social como una categoría de definición social en lugar de un diagnóstico médico. Así lo afirma Martínez-Pérez (2009), que utiliza su investigación sobre la poliomielitis para aprender más sobre las interacciones entre la enfermedad, la medicina y la sociedad en relación con el fenómeno de la discapacidad. “La «discapacidad» no sería «un producto de defectos individuales, sino que es socialmente creada», y que las «explicaciones de su carácter cambiante» se encontrarían en «la organización y la estructura de la sociedad»” (2009:120). El modelo social de discapacidad reconoce la importancia de la deficiencia física en la vida de las personas con discapacidad, pero, a diferencia del modelo médico, se centra en las muchas barreras (económicas, sociales, culturales, etc.) que se han erigido a su alrededor.

Debido a las influencias científicas del paradigma médico dominante, la Sociología no ha estudiado realmente el fenómeno de la discapacidad hasta hace relativamente poco, como decíamos (Díaz Velázquez, 2011). Por ahora, bastará saber de la existencia de este nuevo paradigma social sobre la discapacidad, pero retornamos el discurso para centrarnos nuevamente en el modelo médico de la discapacidad que estamos abordando.

Hemos discutido cómo, en gran parte, la imagen corporal institucionalizada determina cómo se representa la discapacidad y el valor otorgado a ella. También hablamos de que esto justifica el papel de la ciencia médica como la disciplina que crea estructuras sociales, independientes de los

diagnósticos, para gestionar a este colectivo de personas. Toboso y Guzmán (2010) indican que, históricamente, la existencia de este grupo se ha organizado en torno a dicotomías, fundamentalmente «dentro/fuera». Por esto, se puede decir que siempre han existido cuerpos que han estado dentro y cuerpos que deben permanecer fuera, en cuanto a las prácticas significativas de la comunidad se refiere.

«Con el advenimiento de la era moderna se reconfiguraron los criterios de asignación de valor a los cuerpos, a partir de las nuevas relaciones sociales de producción económica. El cuerpo estimado es ahora el cuerpo productivo, capaz de trabajar generando plusvalía y, más adelante, con el salario obtenido, capaz de consumir, insertándose de esta manera dentro de la corriente principal del sistema económico-social. El cuerpo cuya capacidad productiva está por debajo de los recursos que consume para subsistir se sitúa fuera de esta corriente principal, porque no resulta competitivo para el mercado de trabajo y probablemente no dispondrá de recursos para consumir. Los agentes encargados de determinar las capacidades de los cuerpos en este sistema social son los profesionales del ámbito médico que, adoptando el método científico, pretenden establecer objetivamente qué cuerpos están y funcionan dentro de la norma y cuáles no [...]

»La medicina [...] no solamente se dedica a asignar valor funcional a los cuerpos, sino que se compromete a elevar la funcionalidad de aquellas personas cuyas capacidades se consideran limitadas [...]

»Las personas que no pueden acceder a los estándares de capacidad exigidos pueden aspirar a recuperar algo de su funcionalidad sometidos a los programas de rehabilitación [...] La prioridad en todo momento es restituirles la salud; si no es posible, suplir sus deficiencias» (Toboso y Guzmán, 2010:69-71).

En conclusión, el modelo médico de la discapacidad tiene como objetivo crear una homogeneidad de la población (Contino, 2013a), no hay espacio para particularidades. Todo está compuesto por un conjunto de parámetros objetivos que pueden ser respaldados por la evidencia científica, que indican lo que es y lo que no es normal. “En una sociedad amenazada por elementos heterogéneos, no esenciales, emerge la idea de los extraños y desviados como subproductos de esta sociedad” (Rodríguez Díaz, 2012:46). Así, es posible una construcción política de esta categoría.

Una sociedad que pretende normalizar, como la actual, debe elaborar tecnologías de poder orientadas a sectores particulares de la población, precisamente a aquellos que están desviados. En última instancia, estos poderes se materializarán en políticas públicas que actuarán sobre esos colectivos. Es lo que Foucault (2009) dio en llamar gubernamentalidad biopolítica. “La principal estrategia política que la gubernamentalidad establece respecto de la discapacidad, es la medicalización [...] Es necesario que deba garantizarse el sostenimiento de una población adiestrable. El dispositivo de discapacidad —como todo dispositivo— es funcional a la gubernamentalidad

actual, por orientarse al favorecimiento del mayor aprovechamiento productivo y, a la vez, del menor cuestionamiento social” (Contino, 2013a:14-15).

El término «dispositivo» es prestado de la teoría foucaultiana, donde se define como “un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas...” (Foucault, 1985:128). Considerar la discapacidad desde esta perspectiva teórica es muy enriquecedor porque estos dispositivos son una herramienta clave para comprender por qué les sucede lo que les sucede a las personas con discapacidad.

«El dispositivo de discapacidad produce, como uno de sus tantos efectos, procesos de sujeción —es decir, formas de producción de subjetividad— que tienden a reproducir una lógica discursiva que ubica los problemas de la discapacidad como algo consecuente con su naturaleza biológica y, por lo tanto, exento de la responsabilidad socio-histórica política de la gubernamentalidad de la época. Los sujetos en situación de discapacidad se ven así invitados a concebir la desventajosa situación que atraviesan cotidianamente como una consecuencia esperable de sus propias complicaciones individuales, ante las cuales el Estado contribuye en la medida de sus posibilidades» (Contino, 2013a:16).

Sin embargo, cada dispositivo, cada táctica de control, cada estrategia gubernamental, cada ley disciplinaria, cada intento de clasificación, cada ejercicio del poder... Tiene un margen para la subjetividad, ya que no puede actuar por completo como realmente querría. En el caso de las personas con discapacidad, esto sucede cuando hacen visibles las dificultades que enfrentan todos los días, o cuando cuestionan las explicaciones puramente biológicas de su situación en términos de desventaja. En definitiva, esta escapatoria a las tácticas de control de los dispositivos de poder-saber se da, por parte de las personas con discapacidad, cada vez que proponen estrategias y tácticas para mejorar algunos aspectos de su situación actual.

Ahora que hemos desarrollado los puntos más importantes del modelo médico de la discapacidad, sería apropiado desarrollar cómo la persona con discapacidad interactúa con su entorno. Vimos que la definición de la CIF (OMS, 2001) fue un intento de ir más allá de la comprensión de la discapacidad basada en la merma biológica. La nueva definición bio-psico-social tiene en cuenta otros elementos, como el social, aunque este componente se extiende mucho más allá de la interacción entre la persona con discapacidad y su entorno, desempeñando un papel crucial en lo que es y no se considera como discapacidad. En su obra, Eduardo Díaz Velázquez (2011) demuestra cómo existen las desigualdades sociales debidas a la discapacidad, que son obviamente sociales en origen y no individuales en naturaleza.

En el análisis sociológico de la discapacidad, tradicionalmente se ha hablado de *opresión* (Abberley en Barton, 2008); aunque en la actualidad, al encontrarnos ante un nuevo cambio de paradigma, con el predominio del análisis de la estratificación, se vira hacia el término *exclusión social*, que hace referencia a las nuevas formas de estratificación social que no se habían dado anteriormente, caracterizadas por una dualidad entre “incluidos y excluidos” (Díaz Velázquez, 2011). Por lo mismo, tampoco hablábamos de *justicia*, o de hacer justicia, cuando nos referíamos a la evasión de los dispositivos de control de las personas con discapacidad, ya que es un término que adquiere sentido dentro de un contexto histórico determinado. Podría decirse que “una sociedad es justa cuando los bienes sociales son distribuidos equitativamente entre todos sus miembros, esto es, cuando en una sociedad se dan las circunstancias necesarias para que todas las personas, en condiciones de igualdad, puedan optar libremente por un plan de vida determinado, sin que le asista al poder soberano la autoridad legítima para oponerse arbitrariamente a la realización de mismo, exceptuando cuando dicho plan resulte extravagante o extralimitado, o sencillamente, cuando ponga en riesgo la realización de otros planes de vida” (Ospina, 2010:148).

Como estos conceptos, las definiciones de salud, discapacidad y deficiencia son un producto social que cambian dependiendo de la norma dominante en cada momento histórico. Es decir, su significado cambia, no es constante (Abberley en Barton, 1998). La norma es aquello que es como debería ser, pero también es aquello que se encuentra en la mayoría de los casos (Canguilhem, 1970). Entonces, descubrimos que la norma es la que se fija como resultado de una decisión normativa. Pero no es tan sencillo:

«Para Canguilhem, lo anómalo no es patológico, si bien lo patológico es lo anormal. De hecho, existe un modo de considerar a lo patológico como normal, que consiste en definir lo normal y lo anormal por la frecuencia estadística relativa. Se puede decir, entonces, que una salud perfecta continua es un hecho anormal [...] Es decir: la salud continua es una norma, y esa norma no existe. Lo patológico no es, en realidad, la ausencia de norma, sino una norma diferente que ha sido comparativamente rechazada por la vida. Por ejemplo, un individuo mutante es el punto de partida de una especie nueva; por un lado, es patológico porque se aparta y, por otro lado, es normal porque se mantiene y reproduce.

»La frontera entre lo normal y lo patológico es imprecisa para los múltiples individuos considerados simultáneamente. Así, el astigmatismo o la miopía pueden ser normales en una sociedad agrícola o pastoral, pero anormal en la marina o en la aviación» (Rodríguez Díaz, 2012:47).

Después de este análisis sobre la norma, a la luz de lo discutido anteriormente sobre la relación entre las personas con discapacidad y su entorno, y considerando cómo el contexto indica lo que se considera y no se considera discapacidad, podemos concluir que la discapacidad es una entidad que el individuo porta (Contino, 2013a). Aunque es cierto que actualmente

muchos países están interesados significativamente en este tema, el respeto a la diversidad e inclusión también se tiene en cuenta para un rango de población más amplio y no solamente para el colectivo de personas con discapacidad. Sin embargo, el autor destaca la contradicción encontrada en su análisis de la política pública actual (Contino, 2013b). Y es que, por un lado, este tipo de políticas son realizadas por profesionales o funcionarios públicos, pero raramente por las propias personas con discapacidad, que serán las afectadas principalmente por dichas políticas. Es como si en política, también estuviera esa figura del experto respecto a las personas con discapacidad, igual que en el ámbito sanitario, el profesional que decide por ellas es el médico. Por otra parte, los datos estadísticos oficiales, así como los hallazgos de numerosas investigaciones independientes, muestran que los efectos de estas políticas públicas están lejos de los resultados que realmente esperan alcanzar. Es posible estar ante un nuevo despotismo ilustrado sutil donde *todo es para el pueblo, pero sin el pueblo*²⁷.

Los conceptos de déficit, limitación o incluso diferencia, parecen estar en el núcleo de las nociones actuales de la discapacidad, y permitiría justificar la intervención del ámbito médico a la que estos individuos se enfrentan en la actualidad. El término discapacidad se utiliza siempre para referirse a algún tipo de déficit que justifica las políticas públicas y de asistencia social que se ejerce sobre ella. Hablar de discapacidad desde el punto de vista del modelo médico implica, por tanto, hablar de construcciones sociales que colocan a ciertas personas en posiciones de supuesta superioridad sobre otras (Alfaro-Rojas, 2013). Formalmente, todas las personas somos iguales ante la ley; pero en un sentido práctico de participación, las personas con discapacidad, como cualquier otro grupo víctima de discriminación, no siempre son los titulares de ciertos derechos. Esto configura la identidad de estas personas, limitando su interacción con el entorno, lo que conduce, inevitablemente, al proceso de exclusión que hemos visto.

2.2.3. La perdurabilidad de esta era: repercusiones del modelo médico en la actualidad.

Hay tres maneras de definir la discapacidad (Contino, 2013b). La primera de ellas es más bien un retorno al paradigma tradicional del modelo clásico, donde se utilizan prácticas basadas en la solidaridad, la piedad o la lástima. Como resultado, prácticas basadas en la asistencia, ya sea terapéutica, económica, o de cualquier otro tipo. Esta forma de pensar la

²⁷ Este lema se extiende desde finales del siglo XVIII para definir al despotismo ilustrado, caracterizado por el paternalismo, en contraposición de aquellos que consideraban que el pueblo debía ser el protagonista e intervenir en los asuntos políticos.

discapacidad es la que más eficazmente puede hacer avanzar el discurso médico, ya que valida su experiencia en la restauración del cuerpo a su estado considerado normal. La segunda forma de definir la discapacidad es desde una perspectiva funcionalista, donde la discapacidad resulta de interacciones entre la persona con discapacidad y una sociedad que no tiene en cuenta las características individuales de los individuos. Y la tercera forma de pensar sobre la discapacidad es el llamado modelo social, cuyas ideas hemos señalado de forma incipiente. A pesar del hecho de que el foco de este apartado está en el modelo médico, es inevitable mencionar el modelo social porque es una crítica directa al modelo médico que estamos estudiando.

Cada forma de pensar sobre la discapacidad utiliza su propio modelo conceptual sobre ella. Por eso, la terminología utilizada describe la realidad en la que vivimos, pero también nos describe *cómo* experimentamos esa realidad. “Los expertos pueden consensuar el uso de un término en función del modelo conceptual elegido, no verán motivo alguno para modificar el término, dado que presupondrán su neutralidad y objetividad susceptible de ser ampliada, desarrollada y matizada por la ampliación o transformación del modelo conceptual correspondiente; además, difícilmente asumirán la responsabilidad parcial del *estigma*, que será atribuida, en su totalidad, a la masa social indiferenciada y no cualificada” (García Manzano, 2016:73).

Como podemos ver, el modelo médico se extiende más allá del ámbito de la atención clínica para incluirse en cuestiones sociales, definiendo este campo, que no le corresponde, desde su visión. Sin embargo, este deseo de hegemonía en la descripción de la realidad tiene consecuencias no intencionadas, como estigmatizar al colectivo. Estas consecuencias no deseadas es lo que se conoce, según Lamo de Espinosa (2010), como la metáfora de la razón (siendo ésta empujada por la Modernidad, sería pues, la metáfora de la Modernidad también). El pintor español Francisco de Goya realizó una serie de ochenta grabados, titulada *Los caprichos* (1797-1799), que representan una sátira de la sociedad española de finales del siglo XVIII. El número 43 de esta colección muestra unos monstruos revoloteando sobre una persona –que simboliza la razón– descansando sobre un escritorio, donde puede leerse la frase “el sueño de la razón produce monstruos”. Pero hoy podemos reinterpretar esta escena en un sentido postmoderno, ya que los monstruos no surgen cuando la razón duerme, sino que son el resultado de esa misma razón. Tal vez, fuera entonces más propicio evocar la idea a través del mito de Frankenstein, novela de Mary Shelley publicada en 1818, donde la ciencia permite avances que posteriormente evolucionan de una manera que no estaba prevista, desafiando y escapando al control de su creador. Podemos retomar el ejemplo que ya vimos sobre el Programa Eutanasia durante la II Guerra Mundial, cuando la ciencia médica, a través de justificaciones y

argumentos científicos, permitió el asesinato sistemático de unas 70.000 personas con discapacidad física y/o psíquica.

A lo largo de toda nuestra exposición, hemos visto términos que el modelo médico proyecta en el imaginario social, como el de minusválido, cuyo significado ya ha hemos estudiado al hablar del plusvalor, o discapacitado; pero también otros como el de anormal, que nuevamente nos remite a una falta (el prefijo “-a” que significa “sin”) relativo a (sufijo “-al”) en este caso la norma, básicamente puede decirse que significa fuera de su estado natural, la RAD lo define como la persona cuyo desarrollo físico o intelectual es inferior al que correspondería a su edad. Incluso algunos que ya no se utilizan en la terminología médico y que, sin embargo, todavía persisten en nuestro vocabulario para identificar a este colectivo, siendo términos despectivos cuando se examinan etimológicamente. Además, sustantivamos estos adjetivos, que deberían ser la cualidad de una persona: así, la persona con discapacidad para a ser el discapacitado²⁸ sin más, olvidando en el proceso que estamos hablando de personas y colectivos, ya que ni si quiera se les menciona como tales.

Hay dos niveles de representación de la discapacidad (Ferreira, 2008a). Un plano normativo, que asume que hay un grupo de individuos en la sociedad al que se le debe de prestar una atención especial debido a su deficiencia estructural. Es un nivel de representación superfluo, pero es aquí donde operarían las prácticas institucionales. Luego hay un nivel más profundo, el que está en el imaginario social colectivo, que sirve como base para nuestras representaciones cotidianas, como decíamos. El modelo médico ha ayudado a establecer y/o a mantener esta representación. Está instalada en nuestra historia, como hemos visto, pero lo seguimos considerando como algo que es mejor tener apartado de la luz pública. Puede verse cómo el modelo médico ha impactado en la vida social del colectivo repasando, a través de la Tabla 9, la evolución legislativa en el área de la discapacidad, que a su vez recoge los términos que hemos señalado antes. Este ejercicio es una clara ilustración de cómo la Medicina influye en el este colectivo, más allá del ámbito clínico, ya que incluso el Derecho legisla acorde a sus dictámenes. Como resultado, se nos enseña a ver este grupo de una manera estigmatizada.

²⁸ Como indicábamos al comienzo del trabajo, en estas páginas se opta por utilizar el término de persona con discapacidad, precisamente para evitar cometer el mismo error que estamos exponiendo, pero no es lo habitual ni en gran parte de la literatura ni en el día a día

ENTRADA EN VIGOR	NORMATIVA	ACLARACIONES
1978	Constitución Española.	Art. 49. “Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos”.
1982	Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI).	Las personas con discapacidad, hasta entonces excluidas del mercado laboral, encontraron en esta Ley la respuesta más eficaz a lo que hasta entonces era un derecho constitucional que no se respetaba.
2000	Directiva [...] relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación. (*)	Establece un marco general para luchar contra la discriminación por motivos de religión o convicciones, de discapacidad, de edad o de orientación sexual en el ámbito del empleo y la ocupación, con el fin de que en los Estados miembros se aplique el principio de igualdad de trato.
2000	Real Decreto 27/2000 [...] por el que se establecen las medidas alternativas de carácter excepcional al cumplimiento de la cuota de reserva del 2 por 100 en favor de trabajadores discapacitados en empresas de 50 o más trabajadores	Este Real Decreto Presenta una serie de medidas alternativas para las empresas con más de 50 trabajadores en plantilla que puedan eximir a éstas de cumplir con la cuota de contratación de trabajadores minusválidos del 2% (LISMI); es decir, exime de cumplir una ley que se había pensado para integrar a este colectivo en el mercado laboral.
2003	Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU).	Pone de relieve los conceptos de no discriminación, acción positiva y accesibilidad universal (bajo el paraguas de una iniciativa de la Comisión Europea en 1999 para una sociedad de la información para todos.
2006	Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad. (**)	España firmó el acuerdo en 2008; y en total fue firmado por 82 países.
2007	Ley [...] de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (Ley 49/2007).	Supone un paso más en la configuración del cuerpo legal que busca hacer efectiva la plena integración de los discapacitados en la sociedad española, siguiendo lo consagrado en la Constitución Española, cumpliendo la LIONDAU (vigente en ese momento).
2007	Ley [...] de Promoción de la Autonomía Personal y a las personas en situación de dependencia.	Mal llamada “Ley de Dependencia” (cogiendo la primera y la última palabra del título), porque lo que promueve esta ley en realidad es la autonomía personal, y sin embargo nos referimos a ella como todo lo contrario.
2013	Real Decreto Legislativo [...] por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (LGD).	Esta ley refunde en un único texto, las principales leyes en materia de discapacidad: LISMI (1982), LIONDAU (2003), y la Ley 49/2007. Esta tarea de refundición ha tenido como referente principal la mencionada Convención Internacional.
(*) Promovida por la Unión Europea (UE).		
(**) Promovida por la Organización de Naciones Unidas (ONU)		

Tabla 9. Recopilación de las principales leyes y acuerdos en materia de discapacidad.
Fuente: Cano Esteban (2021b:108-109).

Por todas estas cuestiones, en las últimas décadas surge el modelo social de la discapacidad, en clara contraposición al modelo médico. En contraste a todos esos términos peyorativos a los que hacíamos alusión, se empezará a hablar de personas con diversidad funcional. “Para el modelo de la diversidad funcional, el concepto de *persona con discapacidad* no deja de ser el último y más amable de una sucesión de vocablos (monstruo, idiota, inútil, subnormal, lisiado, retrasado, impedido, inválido, minusválido, disminuido, deficiente, discapacitado...) [...] No proponen, por lo tanto, un simple cambio de nombre, sino un proceso de *resemantización* activista, de crítica, denuncia y deconstrucción de lo que crean las actuales palabras, sustituyéndolas por otras que digan nuevas cosas porque parten y generan nuevas visiones y relaciones” (Canimas, 2015: 82-83).

En primer lugar, se incide en que es una característica de la persona, deja de sustantivarse el término; pero además, el término en sí incide en las diferentes maneras de hacer las mismas cosas, todas igualmente válidas. Por ejemplo, desplazarse de un sitio a otro puede que de manera habitual se realice caminando: el modelo médico dirá que *el discapacitado* lo es porque no puede hacerlo así, mientras que el modelo social expondrá que es tan válido ir andando como la *persona con diversidad funcional* que lo hace en silla de ruedas, porque el resultado es el mismo (llegar de un sitio a otro igualmente). Se descarta, pues, la idea de que las cosas deban hacerse de una determinada manera, considerando una merma de funciones todo lo que no sea de ese modo.

Hay quien podría pensar que resulta absurdo hablar sobre el lenguaje y la terminología utilizada, que habría que pasar a un plano práctico donde se realizasen acciones efectivas para acabar con la exclusión que sufren las personas con discapacidad en nuestras sociedades. Si bien esto último es cierto, hay que recordar tres cuestiones sobre por qué también es importante detenernos en este plano teórico sobre las representaciones del lenguaje (Canimas, 2015). En primer lugar, el lenguaje no solo describe el mundo, también lo crea. Si pretendemos cambiar esa realidad, comencemos pues por las cosas más sencillas, como los vocablos utilizados, que como vemos tienen un gran alcance en cuanto a representación de la realidad que se pretende modificar. En segundo lugar, al identificar a las personas con problemas orgánicos, aunque especialmente sociales, se debe adoptar el enfoque socialmente correcto en lugar del científico. Este hecho puede constituir el primer paso para considerar a las personas como personas y no como objetos de estudio. Por último, la discapacidad sigue centrándose en el individuo en lugar de en la sociedad en su conjunto, ya que no decimos por ejemplo sociedad con discapacidad.

«Se produce un cambio epistemológico profundo en la comprensión de la discapacidad, donde se empieza a criticar la uniausalidad y el esencialismo con el que la modelo médico había operado, y se empieza a desvelar los factores sociales que hacen a una persona discapacitada; por otro lado, se produce un cambio político e ideológico en el activismo, ya que se va construyendo un movimiento formado por personas con discapacidad, que empieza a dar cuenta de que la discapacidad está producida socialmente, y de que el colectivo sufre unas desigualdades sociales que no se estaban teniendo en cuenta en otros movimiento sociales.

»Es así como surge el nuevo modelo teórico y práctico de la discapacidad en los años 70, que se da en llamar “Modelo Social”» (Gómez Bernal, 2016:41).

El paradigma médico ha influido en la forma en la que hemos estudiado el campo de la discapacidad durante siglos y continúa haciendo hoy en día. Sin embargo, dado que su influencia se extiende a niveles fuera del campo médico, como es el ámbito de lo social, no es sorprendente que surjan oponentes a este modelo médico dominante. El colectivo de personas con discapacidad quiere ser parte de la sociedad, pero eso no puede dárselo el modelo médico tal como los entiende actualmente.

2.2.3.1. La aparición del modelo social de la discapacidad: el fin de la hegemonía del modelo médico.

Si bien el cuerpo se reduce a una mera estructura física en concepciones del modelo médico, desde la perspectiva del modelo social, el problema se traslada a la sociedad, que es la que *discapacita*, sin tener en cuenta al cuerpo en sí mismo. A pesar de esta premisa, no podemos olvidar por completo el cuerpo, ya que es algo tangible, con una existencia real que no podemos relegar al olvido. Para que el cuerpo sea reinterpretado y para vivir que viva en el imaginario social de una manera diferente de la concepción que el modelo médico ha estado impulsando durante siglos, se hace necesario que el colectivo de personas con discapacidad se reapropie de su existencia.

Aprendemos a través del cuerpo (Bourdieu, 1999). El cuerpo se construye 1) performativamente, a través de discursos que lo identifican de una cierta manera; 2) políticamente, mediante prácticas de entrenamiento, disciplina y categorización; y 3) existencialmente, por la intersección de los dos primeros. Por eso, “para recuperar la condición íntegra del cuerpo como espacio fundamental de existencia de las personas con discapacidad, es necesario apelar a sus voces, sus experiencias, sus discursos, sentimientos y expectativas” (Ferreira, 2017:25). El modelo médico, consulta a un experto para valorar; este experto, como vimos, es el médico y no la propia persona que vive la situación, que irónicamente queda en segundo plano. En contraposición, el modelo social acude precisamente al interesado, preguntando a la persona por sus experiencias para darles voz.

“La visibilidad pasa por la puesta en escena cotidiana, la convivencia con la discapacidad como fenómeno próximo” (Ferreira, 2017:29). En este sentido, casi podría decirse que las actuales plataformas de contenido en streaming han contribuido más a la visibilización del colectivo que por ejemplo las leyes. Éstas, en muchas ocasiones, terminan siendo mero papel mojado, donde el colectivo no queda protegido como realmente se pretendía. A las plataformas digitales de contenido audiovisual acceden más de 60 millones de usuarios en todo el mundo, y en muchas de sus series y películas, personas con diferentes discapacidades cuentan con papeles relevantes, compartiendo la pequeña pantalla con personajes sin discapacidad (por citar solo algunos ejemplos conocidos: *Breaking Bad*, *Sex Education*, *American Horror Story*, *Bates Motel*...) La discapacidad en sí suele ser relevante para la historia, y el personaje podría no tenerla sin que nada variase en el argumento, pero se decide incorporar como un elemento de diversidad. Dejando al margen que se trata de ficción y que hay una intención comercial de trasfondo, ya que al fin y al cabo se trata de un producto de consumo, sí supone un ejemplo de integración. Destacando, además, que en la mayoría de los casos son actores y actrices con discapacidad los que interpretan dichas papeles, y no figurantes sin discapacidad que simplemente interpretan un personaje que sí la tiene.

Pero mucho antes de esto, ya se pueden adoptar medidas que apuesten por la integración efectiva del colectivo de personas con discapacidad. Para ello, la escuela debe ser el primer paso en este proceso de visibilización. Muchos de los problemas sociales que existen hoy en día pueden ser eliminados con la educación. Si enseñásemos a los niños y niñas a convivir con la diversidad en las aulas desde una edad temprana, en lugar de construir la discapacidad como una categoría extraña, lejana e incómoda, el estigma de este colectivo desaparecería. Sin embargo, esto conllevaría un profundo cambio del aparato escolar, que es la herramienta suprema de la era moderna (en términos foucaultianos, el dispositivo) de selección y homogeneización, que asegura la reproducción de las desigualdades sociales (Bourdieu y Passeron, 1981).

Parece ser que el modelo social, que critica al modelo médico, no es una moda pasajera y ha llegado para quedarse y proporcionar una visión alternativa sobre la discapacidad. El Movimiento de Vida Independiente (MVI), un movimiento que reclama la igualdad de derechos –reales- de las personas con discapacidad, dio voz y protagonismo al grupo en cuanto a la toma de decisiones sobre sí mismas (Toboso, 2018). Surge en un contexto histórico de amplias protestas sociales en los años '60 y '70 en Estados Unidos, poniendo en este caso énfasis en la noción de independencia. Así queda reflejado en las acciones políticas dirigidas a superar la dependencia y la falta de autonomía de las personas con discapacidad bajo el discurso y las prácticas del modelo médico (medicalización, institucionalización, paternalismo...)

Por esto, la importancia de ir más allá del paradigma médico que actualmente domina la investigación en el terreno, e incluir otras características de estudio que nos permitan entender la discapacidad en más dimensiones que solo la estrictamente biológica. Es crucial reconocer al colectivo y darle poder de decisión. Debido a esto, el modelo social está irrumpiendo en el panorama para reescribir la realidad construida médicamente, proporcionando las herramientas necesarias para que la sociedad entienda el fenómeno de la discapacidad con una mente abierta, promoviendo así una integración real de este colectivo.

2.3. TERCERA ETAPA: EL MODELO SOCIAL (MODELO MODERNO-CRÍTICO).

2.3.1. El nuevo paradigma emergente sobre la discapacidad.

Resulta paradójico que para comenzar a hablar del modelo social de la discapacidad, que surge en contraposición al modelo médico, sigamos hablando, precisamente, de la ciencia. Pero es importante cómo evoluciona ésta para comprender por qué surge modelo social y el momento en el que lo hace.

El físico y matemático inglés, Isaac Newton (1642-1727, armado caballero en 1705 por la Reina Ana en recompensa a todas las aportaciones científicas que hizo a lo largo de su vida y que, hoy en día, siguen siendo cruciales en múltiples campos de estudio), creía que el avance científico se daba por acumulación. Es decir, creía que cada avance científico estaba basado en el conocimiento previo. No fue hasta los años '60 del pasado siglo XX cuando comenzó a valorarse otra posibilidad en cuanto al avance científico, de la mano de Thomas Kuhn (1922-1996) y sus contribuciones al cambio de orientación de la Sociología de la Ciencia. En 1962 publicó *La estructura de las revoluciones científicas*, que trataba desde una perspectiva filosófica las ciencias naturales, en especial la Física. Su objetivo era desafiar las suposiciones comunes sobre el avance científico, lo que resultó de especial interés para muchos campos (Historia, Lingüística, Economía...), pero en especial para la Sociología.

«Kuhn admitió que la acumulación jugaba cierto papel en el avance de la ciencia, pero los principales cambios resultaban de las revoluciones. Kuhn ofreció una teoría de cómo se habían producido los principales cambios científicos. Creía que la ciencia estaba siempre dominada por un *paradigma* específico [...] La *ciencia normal* consiste en un período de acumulación de conocimientos en el que los científicos trabajan para extender el paradigma dominante. Este trabajo científico inevitablemente genera *anomalías*, o hallazgos, imposibles de explicar mediante el paradigma dominante. Si estas anomalías aumentan se produce una etapa de *crisis*, que puede desembocar en una revolución científica. El paradigma dominante se abandona y se reemplaza por otro nuevo que ocupa su lugar en el núcleo de la ciencia. Nace un nuevo paradigma dominante, y de nuevo se repite el ciclo [...]

En los períodos de revolución es cuando se producen los grandes cambios en la ciencia» (Ritzer, 1997:597).

Sintetizamos estas ideas en la Figura 11, donde podemos apreciar de forma gráfica este ciclo de evolución científica. En un primer momento, coexisten múltiples paradigmas (P_n). Uno de ellos termina por sobresalir por encima de todos los demás, convirtiéndose en el paradigma hegemónico (P_h). Con el paradigma hegemónico a la cabeza, comienza un período de ciencia normal, donde se acumula conocimiento desde la perspectiva del paradigma hegemónico. Pero surgirán anomalías que el paradigma hegemónico no pueda explicar, por lo que nuevos paradigmas aparecerán, los paradigmas emergentes (P_e) para tratar de explicarlas. Entonces, puede suceder que un paradigma emergente desplace al paradigma hegemónico que había hasta el momento y se convierta en el nuevo paradigma hegemónico. Este período en el que el paradigma emergente va creciendo hasta desplazar al paradigma hegemónico y convertirse en el nuevo es un período de revolución científica. Con un nuevo paradigma hegemónico al frente, comienza nuevamente el ciclo.

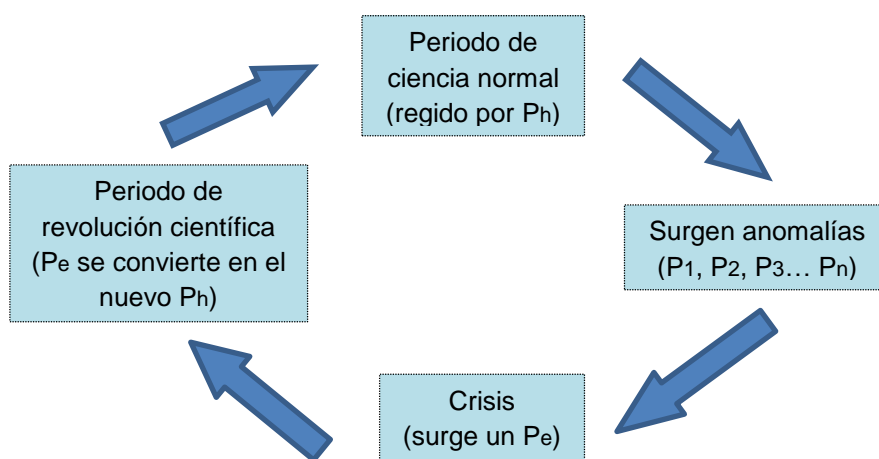


Figura 11. Ciclo del avance científico según la teoría de Kuhn.

Fuente: Cano Esteban (2021c:50).

Un paradigma es una matriz disciplinar, un conjunto de valores y normas, ordenados, poseídos en común por quienes practican una disciplina. Kuhn en realidad no explica en profundidad este concepto en su obra. Sin embargo, Ritzer (1975:7) ofrece una definición bastante fiel al significado en la obra original del autor: “un paradigma es una imagen básica del objeto de una ciencia. Sirve para definir lo que debe estudiarse, las preguntas que es necesario responder, cómo deben responderse y qué reglas es preciso seguir para interpretar las respuestas obtenidas. El paradigma es la unidad más general de consenso dentro de una ciencia y sirve para diferenciar una comunidad científica (o *subcomunidad*) de otra. Subsume, define e interrelaciona los ejemplares, las *teorías* [cursivas añadidas], y los métodos e instrumentos disponibles”. Según Ritzer (1997:598), los paradigmas sirven para diferenciar comunidades científicas entre ellas, pero también para distinguir entre corrientes de pensamiento diferentes dentro de una misma ciencia, y por supuesto para distinguir entre etapas históricas diferentes en el desarrollo de dicha ciencia.

En definitiva, los paradigmas son el conjunto de principios que comparten los científicos que trabajan en un área determinada, lo que definirá cuál es su objeto de estudio y cuál es el método a través del cual lo estudian (Lamo de Espinosa, 1994). Esto supone la existencia del conocimiento tácito, que es el conocimiento adquirido simplemente por pertenecer a una comunidad científica. A diferencia de este conocimiento tácito, la cultura disciplinar sería el conjunto de ideas que cada miembro de la comunidad adquiere a través del proceso de socialización, particular para cada uno de los individuos que la componen. Hablar una cierta jerga, con determinados tecnicismos, requiere poder reconocer lo que está sucediendo y comprender la relación entre las palabras y las cosas. Según Kuhn, adquirir el dominio de una ciencia específica implica desarrollar ciertos patrones de pensamiento que son producto del aprendizaje de su lenguaje particular, es lo que se conoce como aculturación.

La importancia de la educación científica puede verse en su capacidad para enseñar la terminología científica adecuada, el lenguaje científico, y cómo usarla para describir el mundo. La clave está en cómo la comunidad científica percibe el mundo, y cómo responde a unas cuestiones y a otras no, en función de esa percepción. Lo que distingue a una ciencia no es tanto el objeto de estudio como el sujeto que estudia, su participación activa es lo que la define a dicha materia. La era de Kuhn está marcada por el surgimiento del llamado giro lingüístico, que afirma que el trabajo conceptual de la Filosofía no puede lograrse sin un análisis previo del lenguaje. Lo importante no es cómo son las cosas, sino cómo se dice que son, cómo se nos muestran y cómo las construimos y percibimos; porque las cosas no son sin más, se construyen de una determinada manera. El lenguaje es lo que importa ahora, mientras que antes podía pensarse como un velo que ocultaba la verdad de las cosas, ahora

es la verdad en sí misma. La etnometodología de Garfinkel (1968) está orientada hacia el estudio de las formas en que las personas construyen la realidad, con la premisa de que lo que creemos que es la realidad, es en realidad la realidad.

El paradigma médico hegemónico ha dominado la discusión sobre la discapacidad durante décadas. Sus expertos evalúan las condiciones de la vida de las personas con discapacidad y deciden por ellos cómo deben vivirla. Sin embargo, en las últimas décadas, este modelo médico de la discapacidad, que se centra en el individuo porque cree que el problema está en él, ha tenido que aprender a convivir en las últimas décadas con el modelo social de la discapacidad. Este nuevo paradigma emergente pone más énfasis en la sociedad, ya que cree que es ésta la que *discapacita* a la persona. “Mientras que en las concepciones del modelo médico el cuerpo es reducido a un mero substrato fisiológico, desde la óptica del modelo social el cuerpo desaparece de escena: la problemática de la discapacidad se sitúa en las estructuras sociales, en la materialidad de los entornos, en las construcciones de sentido, en las representaciones colectivas” (Ferreira, 2017:23).

El paradigma médico de la discapacidad es incapaz de dar cuenta de todo lo que les sucede a las personas con discapacidad. Estos hechos que no puede explicar, lo que llamamos anomalías, no constituyen en sí mismas un nuevo paradigma, pero los nuevos paradigmas sí surgen, precisamente, a partir de estas anomalías. Por ejemplo, el paradigma médico es incapaz de explicar la ausencia de derechos, la marginación, las barreras arquitectónicas... Aunque desde su perspectiva, estos hechos no son anomalías, ya que simplemente no necesitan ser explicados. Ahora estamos viviendo una etapa de revolución científica, donde surgen estas cuestiones que el paradigma médico hegemónico no puede explicar, como decimos. Y son estas anomalías las que precisamente recoge el modelo moderno-crítico de la discapacidad o modelo social.

El objetivo del modelo social no es imponer una perspectiva sociológica al estudio de este campo, sino arrojar luz sobre uno de sus componentes, el social, que no ha recibido suficiente atención. Dentro de esta línea, se han planteado términos más propicios para referirse a esta temática, basados en el lenguaje inclusivo. Así, hablamos de personas con diversidad funcional en lugar de hablar de discapacidad, cuya diferencia terminológica ya explicamos anteriormente. Se puede afirmar, por tanto, que “la discapacidad es el producto de la interacción entre el sustrato fisiológico del individuo y las condiciones sociales del entorno en el que éste habita (y que pueden manifestarse en forma de barreras u obstáculos)” (Cano Esteban y Rodríguez Díaz, 2015:16). El término discapacidad sólo tiene sentido dentro de un determinado contexto (Ferreira, 2008b). Por ejemplo, la miopía es común en las sociedades

agrícolas, pero impensable en las sociedades marítimas. El entorno, y no las características del sujeto, es lo que convierte a un sujeto en discapacitado.

Continuando esta línea de la funcionalidad visual, el sentido de la vista se ha convertido en el principal sentido en las sociedades occidentales, que son sociedades que dan mucha importancia a lo visual (sociedad de la supremacía de la visión). Esto se ha acrecentado con el desarrollo de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC's), que nos permiten mostrar lo que estamos haciendo en tiempo real o dondequiera que estemos, prueba de ello son la cantidad de fotos que se suben diariamente a las redes sociales. Pero aunque las sociedades occidentales de hoy en día han llegado a este punto, no siempre ha sido así. El trabajo de McLuhan muestra cómo, con la aparición del alfabeto, la cultura oral dio paso a la cultura visual, que luego se intensificó con la invención de la imprenta y la alfabetización masiva en la escuela (Rodríguez Díaz, 2013). Es obvio que se trata de una construcción social; sin embargo, la realidad sensorial no es una realidad universal, ya que “en Occidente, se suele pensar en la percepción como en un acto físico y no cultural. Se piensa que existen cinco sentidos (vista, oído, tacto, olfato y gusto) y que estos proporcionan datos sobre el mundo. Pero esta noción es en sí misma cultural. Para otras culturas, hay más sentidos y, para otras, hay menos. Así, los budistas añaden la mente como sexto sentido y para los hausa de Nigeria solo hay dos: la vista y el resto” (Rodríguez Díaz, 2013:81).

Pretendemos, pues, alejarnos de ese modelo médico desfasado con el pensamiento multidisciplinar actual, que rehúye las perspectivas que explican los fenómenos a través de una sola línea de razonamiento y que además no explica cuestiones que son cruciales para el colectivo –el de personas con discapacidad, en este caso-. El cuerpo es una consideración crucial desde esta perspectiva que asume que la discapacidad es un constructo social, por eso estamos viviendo un momento histórico de reapropiación del cuerpo por parte de este colectivo. “Para recuperar la condición íntegra del cuerpo como espacio fundamental de existencia de las personas con discapacidad, es necesario apelar a sus voces, sus experiencias, sus discursos, sentimientos y expectativas” (Ferreira, 2017:25). Por eso era importante conocer el trasfondo histórico en el que nace el paradigma emergente del modelo social de la discapacidad, para que podamos entender cómo, paulatinamente desplazará al paradigma hegemónico médico.

En nuestra analogía de los tres monos sabios, definimos el modelo social de la discapacidad como el de *no callar*, porque ahora es el momento de dar voz a quienes se encuentran en esa situación y retomar su propia vida, libres de supuestos expertos que toman decisiones por ellos y ellas cuando eso no es lo que necesitan. En realidad, los nombres de los simios en el idioma natal significan “no ver, no oír, no decir” (el Mal), respectivamente, pero el

nombre de esta tercera figura se retoma de esta manera acorde a las ideas que desarrollaremos sobre el modelo social.

2.3.2. Marco histórico del modelo social: de la segunda mitad del siglo XX hasta la actualidad.

Vamos a ver brevemente el panorama sociopolítico mundial a partir de la segunda mitad del siglo XX, que será el caldo de cultivo para que se desarrolle el modelo social de la discapacidad debido a todos los cambios sociales que se desarrollan a un ritmo vertiginoso en muy poco espacio de tiempo.

Con el fin de la II Guerra Mundial (1939-1945), el proceso de reconstrucción social resultará de un nuevo modelo organizativo que no tiene nada en común con el anterior. Los dos claros vencedores de la guerra, Estados Unidos y la Unión Soviética, olvidan sus objetivos comunes durante el conflicto y se enemistan generando dos bloques claramente definidos: el occidental-capitalista y el oriental-comunista. A partir de 1945, la Guerra Fría se extenderá hasta finales de la década de los '80. En 1961, el bloque oriental construye el Muro de Berlín, que separaría a la ciudad durante décadas; y un año después de esta manifestación tan gráfica de la división política del nuevo orden global, se produce el momento más tenso de la Guerra Fría, cuando Estados Unidos descubrió instalaciones nucleares soviéticas de medio alcance en suelo cubano preparados para lanzar a Norteamérica, lo que podría haber llevado a una III Guerra Mundial.

Este comienzo de la década de 1960 indica un período caracterizado por enfrentamientos internacionales y por las protestas de una ciudadanía cada vez más crítica con las acciones de sus gobernantes. Prueba de ello son los movimientos de protesta contra la Guerra de Vietnam (1955-1975) en Estados Unidos; la Primavera de Praga (1968), en lo que entonces era Checoslovaquia, contra la invasión de las tropas soviéticas; o las manifestaciones estudiantiles, especialmente en Francia, en mayo del 68, contra el nuevo orden establecido. Varias figuras políticas, como Martin Luther King, Malcolm X, y los hermanos Kennedy, fueron asesinados debido al contexto de tensión social. En América del Sur, los movimientos sociales también fueron cobrando importancia. Mientras tanto, en Europa se refuerza la reconciliación franco-alemana, base para la futura creación de la Unión Europea (UE).

La carrera espacial, que comenzó en 1961 cuando la Unión Soviética puso al primer hombre en la órbita de la Tierra, termina cuando Estados Unidos aterriza a la primera persona en la superficie lunar en 1969. Se manifiesta, desde ese instante, el poder superior estadounidense. La década de 1970 fue un período de transformación política mundial. En Chile, Salvador Allende

alcanza el poder político por métodos democráticos, convirtiéndose en el primer presidente de corriente ideológica marxista, elegido democráticamente a escala mundial. En Europa, las dictaduras del sur (España, Portugal y Grecia) desaparecen y surgen regímenes democráticos. Es por esto por lo que todos esos movimientos reivindicativos que habían comenzado una década antes, llegan con retraso a España. Además, el aumento de las drogas causa daños significativos a la sociedad, en particular la heroína, cuyo amplio uso en España resultará un profundo problema social, una epidemia, que se intensificará durante la próxima década.

Margaret Thatcher se convierte en la primera mujer en ser Primera Ministra del Reino Unido. A lo largo de sus más de 20 años en el gobierno (1979-1990), promovió la desregulación del sector financiero, la flexibilidad del mercado laboral, la privatización de las empresas estatales y la disminución de la influencia de los sindicatos. La URSS y el bloque soviético en su conjunto estaban más débiles que nunca en 1989. El 9 de noviembre de ese año, los berlineses derribaron el Muro de Berlín, poniendo fin al período de poder soviético y convirtiendo el colapso del muro en un símbolo de los levantamientos de 1989 que tuvieron lugar en Europa del Este.

En la década de 1990, Estados Unidos se convirtió en la única superpotencia del planeta. Un considerable número de naciones de Europa del Este se encontraban en medio de un doble proceso de transición: por un lado, avanzaban de la dictadura a la democracia, pero por otro lado, también transitaban de la economía planificada a la economía de mercado. Varios de ellos, incluyendo Checoslovaquia, Yugoslavia y la Unión Soviética misma, se disolvieron brutalmente. Esto fue un gran contraste con la consolidación de la UE en 1991, cuando los Estados miembros de la Comunidad Económica Europea (CEE) doce ratificaron el Tratado de Maastricht. Culturalmente, la década de 1990 se identificó con la difusión de la diversidad y la multiculturalidad; y también por la expansión de los medios de comunicación, como Internet, cuyo desarrollo sigue ampliándose hoy en día.

Sin duda, el comienzo del siglo XXI está marcado por el crecimiento de la digitalización y la gestión de la información a escala mundial, como resultado del desarrollo de las TIC's. En contraposición, también surge el movimiento antiglobalización como crítica a este proceso. El comienzo del siglo XXI también supuso retomar las luchas que comenzaron hace décadas, como la toma de conciencia sobre el cambio climático. También surgen con más fuerza movimientos críticos como el feminismo, el antirracismo o la teoría *queer*. No es, por tanto, inesperado que ésta sea la cuna del modelo social de la discapacidad, que lucha por tener un lugar en la nueva realidad social de nuestros días, fruto de todas esas revoluciones políticas, sociales y económicas que comenzaron décadas atrás.

2.3.3. El inicio de una nueva mirada.

“El Movimiento de Vida independiente nació el día que Ed Roberts llegó al Campus de Berkeley” (Shapiro, 1994:41). Para entender quién es Ed Roberts, qué es el Movimiento de Vida Independiente (MVI) y sobre todo, cuál es la importancia de ambos en nuestro estudio, vamos a relatar su historia (Palacios, 2008).

Ed Roberts (1939-1995) nació en los Estados Unidos y desarrolló la poliomielitis a la edad de 14 años, resultando una discapacidad catalogada como severa. En su entorno familiar, asesorados por la opinión médica, se pensaba que Roberts no podría conseguir algunos objetivos vitales típicos, como el matrimonio, acceder a una educación superior o trabajar. A pesar de estas predicciones, y después de superar muchos obstáculos, Roberts pudo completar su educación secundaria y prepararse para seguir estudiando a nivel universitario. En ese momento, las personas con movilidad reducida en los Estados Unidos sólo podían matricularse en cuatro universidades en todo el país, ya que eran las únicas que cumplían con los requisitos de accesibilidad porque habían sido preparadas para los combatientes tras la II Guerra Mundial. Pero Roberts optó por presentar su solicitud a una universidad diferente de estas cuatro, enviándola a la Universidad de Berkeley (California), ya que tenía un buen programa en Ciencias Políticas, que era lo que él quería estudiar y, como cualquier alumno, esperando hacerlo en el mejor centro posible. Finalmente, Roberts fue aceptado en dicha universidad, después de derribar muchas barreras, tanto metafóricas (prejuicios) como literales (arquitectónicas). Aunque tuvo que convivir con algunas de estas barreras, ya que fue alojado en la enfermería de la universidad, debido a que la residencia de estudiantes no podía soportar el peso del pulmón metálico que necesitaba. Como necesitaba ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD's), muchos compañeros se presentaban voluntarios para ayudarlo, pero en la mayoría de los casos, él prefería recurrir a ayudantes, con los que mantenía una relación contractual, pagados con el dinero del fondo estatal. Tras el ingreso de Roberts en esta universidad, la institución comenzó a recibir solicitudes de más estudiantes con movilidad reducida.

En este período, Roberts, entre otras cosas, estudió el movimiento feminista en busca de paralelismos entre la posición de las mujeres en la sociedad y lo propio con las personas con discapacidad. Era evidente que había similitudes: las mujeres rechazaban la noción de que la anatomía dictara sus destinos y se centraron tener el control sobre sus propios cuerpos. Roberts señaló que las personas con discapacidad estaban cuestionando la medicación de sus propias vidas, que era una manipulación externa de sus cuerpos y, por tanto, una pérdida de autoridad sobre ellos. Cuando comenzó sus estudios de doctorado en 1967, doce estudiantes con discapacidad severa ya estaban matriculados en su misma universidad. Vivir en la enfermería fue lo que más

los estigmatizó, ya que eran estudiantes de día y enfermos de noche; siendo precisamente este último rol el que buscaban eliminar del imaginario social. Por lo tanto, comenzó a buscar maneras de que los estudiantes con discapacidad pudieran vivir igualmente con los estudiantes sin discapacidad. Esto significaba, entre otras cosas, tener la libertad de elegir dónde, con quién y cómo vivir. En este sentido, recordaron que no querían pasar el resto de sus vidas como compañeros de cuarto en una especie de residencia para personas con discapacidad.

Durante sus años de instituto, Roberts había tenido una consejera llamada Jean Wirth que, con el tiempo, mientras Roberts se dedicaba a estas cuestiones, había iniciado un programa para disminuir el abandono escolar de personas negras. Tradicionalmente se pensaba que el fracaso escolar era un problema académico, pero Wirth comprendió que en el caso de estudiantes pertenecientes a minorías sociales, los problemas de la vida diaria eran los que generaban ese abandono. Por eso, pidió ayuda a Roberts, para poder aplicarlo también a otros grupos, como el de personas con discapacidad. La primera acción de Roberts fue poner a alumnos con discapacidad como responsables de dichos programas de prevención, ya que las propias personas con discapacidad (y no los médicos) entendían mejor las necesidades del colectivo. De esta manera, nace el MVI. Como resultado, comienzan a surgir otras experiencias que siguen un camino similar. Un ejemplo de ello es el Centro de Vida Independiente, que fue fundado en 1972 por los dirigentes del Programa para Estudiantes con Discapacidad Física de la Universidad de Berkeley, para permitir que las personas con discapacidad, aunque no fueran necesariamente estudiantes, vivieran de forma independiente en sus comunidades.

Estados Unidos aprobó en 1973 su primera ley de derechos civiles para las personas con discapacidad. La Sección 504 establecía que era ilegal que cualquier organismo gubernamental, universidad pública u otra organización o actividad, discriminase a cualquier individuo únicamente por su discapacidad. Algo tan lógico se aprobó sin debate ni discusión, se lo consideró un tópico para un grupo *simpático* (Shapiro, 1994). “Sin embargo, al momento de aplicar la ley, los gobiernos locales y federales fueron reticentes a implementar la Sección 504. Básicamente lo que sucedió fue que se advirtió que muchas de las adopciones de medidas antidiscriminatorias a favor de personas con discapacidad —a diferencia de lo que pudo haber sucedido por ejemplo con las adoptadas a favor de las personas negras o las mujeres— podrían requerir grandes inversiones de dinero” (Palacios, 2008:116). Como resultado, hubo una importante movilización de personas con discapacidad, que atrajo a varios medios de comunicación. El grupo ADAPT, cuyo acrónimo significa "adaptar", llegó incluso a tomar un edificio, entre otras actividades similares, lo que contribuyó a cambiar la percepción paternalista que existía hasta ese momento del colectivo de personas con discapacidad.

El MVI marcó un cambio tremendo en la imagen de las personas con discapacidad en Estados Unidos y sirvió como modelo para muchas otras naciones, como en Reino Unido, donde sus efectos fueron particularmente profundos. Un grupo de activistas y académicos (principalmente sociólogos y psicólogos) con discapacidad, realizaron campañas para alterar la percepción de ellos como un grupo vulnerable que necesitaba protección, afirmando que eran completamente capaces de identificar sus propias necesidades y servicios prioritarios. La Unión de Personas con Discapacidad Física contra la Segregación (UPIAS, por sus siglas en inglés) presentó en 1976 los llamados "Principios Fundamentales de la Discapacidad". Más tarde, el activista y académico Mike Oliver articuló estos conceptos como el modelo social de la discapacidad.

«Destaca Colin Barnes que este modelo no cosiste más que en un énfasis en las barreras económicas, medioambientales y culturales, que encuentran las personas a las que otros consideran con algún tipo de diversidad funcional. Estas barreras incluyen inaccesibilidad en la educación, en los sistemas de comunicación e información, en los entornos de trabajo, sistemas de beneficencia inadecuados para las personas con discapacidad, servicios de apoyo social y sanitarios discriminatorios, transporte, viviendas y edificios públicos y de entretenimiento inaccesibles y la devaluación de las personas etiquetadas como *discapacitadas* por la imagen y su representación negativa en los medios de comunicación —películas, televisión y periódicos—. Desde esta perspectiva, las personas con discapacidad son *discapacitadas* como consecuencia de la negación por parte de la sociedad de acomodar las necesidades individuales y colectivas dentro de la actividad general que supone la vida económica, social y cultural» (Palacios, 2008:121).

Barnes (2010) explica que hay evidencia a lo largo de la historia de la presencia de individuos con deficiencias²⁹ que no fueron clasificados como tales en el pasado. En todas las civilizaciones, siempre han existido, y las respuestas que se dan a la deficiencia y la discapacidad varían en términos de historia, cultura y geografía, como ya vimos en su momento. En relación a esto, Mike Oliver (1990) explica que la discapacidad no emerge con el capitalismo, sino que toma una forma diferente dentro del contexto de las relaciones sociales de dicho sistema económico: el capitalismo industrial excluyó a las personas con discapacidad de la posibilidad de participar en su sistema productivo al negarles el acceso al mercado de trabajo, limitando así su capacidad de consumir.

²⁹ Hay que diferenciar entre los términos provenientes del inglés *impairment/disability*, deficiencia/discapacidad (aunque el primero también puede traducirse como "impedimento", cuya imagen se proyecta con este estigma en el imaginario social). Más adelante, en la Tabla 11, abordaremos con más detalle las connotaciones de estos términos.

Ya que, como vemos, el modelo social de la discapacidad surge en dos lugares geográficos concretos, esto es, Reino Unido y Estados Unidos, vamos a detenernos brevemente a analizar las similitudes y diferencias que se dan a través de la Tabla 10:

	REINO UNIDO (la discapacidad como barrera social)	ESTADOS UNIDOS (la discapacidad como minoría política)
Significado	La discapacidad es una construcción social. Las personas con impedimentos son oprimidos / la sociedad los discapacita. Las principales discapacidades son la discriminación, el ostracismo social, la dependencia económica, la alta tasa de desempleo, los edificios inaccesibles y la institucionalización.	Las personas con discapacidad constituyen una minoría social como las personas de color, quienes son devaluados, estigmatizados, desacreditados y no se les tiene en cuenta. Las personas con discapacidad constituyen un grupo minoritario a quienes se les han negado los derechos civiles, acceso igualitario y protección.
Implicación moral	La sociedad ha fallado a las personas con discapacidad y los ha oprimido mediante barreras que impiden su acceso, integración e inclusión en todas las esferas de la vida, trabajo, educación y ocio.	La sociedad ha devaluado y marginado a las personas con discapacidad hasta conferirles en minoría. Las personas con discapacidad solo habitan la periferia social.
Ejemplo	“Nada sobre nosotros sin nosotros”; “Derechos civiles, no caridad”.	“Nada sobre nosotros sin nosotros”; “Personas con discapacidad y orgullo”.
Origen	Después de la II Guerra Mundial: UPIAS e intelectuales como Mike Oliver y Colin Barnes.	A principios del siglo XX. El movimiento desaparece hasta 1975, que se reaviva con protestas para la implantación de leyes.
Objetivos de intervención	Cambio en el sistema político, económico, educacional y social. Aumento de accesibilidad de lugares y servicios. Promoción de un sentido positivo de la discapacidad.	
Beneficios del modelo	Promueve la propia integración de las personas con discapacidad. Se centra en las desventajas de las personas con discapacidad. Sentido de pertenencia e implicación de la comunidad de las personas con discapacidad. Orgullo de la discapacidad. Clara distinción entre barrera social (la cual puede ser eliminada) e impedimento (que no puede eliminarse).	Promueve la propia integración de las personas con discapacidad. Se centra en las desventajas de las personas con discapacidad. Sentido de pertenencia e implicación de la comunidad de las personas con discapacidad. Orgullo de la discapacidad. Conexión con políticas de raza.
Efectos negativos	Sentimiento de impotencia ante la disparidad de la situación política y económica. Necesidad de fuertes habilidades de autodefensa. Falta de conocimiento del efecto de los impedimentos en la vida cotidiana.	Sentimiento de impotencia ante la disparidad de la situación política y económica. Necesidad de fuertes habilidades de autodefensa. Elimina el concepto de impedimento y discapacidad.

Tabla 10. Comparación del modelo social británico y estadounidense.

Fuente: Cano Esteban (2021c:59-60).

A la luz del hecho de que el movimiento, antes de la década de 1990, ignoraba la experiencia de las mujeres con discapacidad y carecía de una perspectiva de género crítica, es vital destacar a las mujeres con discapacidad en detalle. Ser mujer y tener discapacidad implica numerosas formas de discriminación, barrera sobre barrera, impide el ejercicio de los derechos de forma plena, así como la participación social y la consecución de su autonomía. “Los estudios feministas de la discapacidad surgieron en los años 90 en el ámbito anglosajón. La crítica feminista de la discapacidad no se distingue

porque su objeto de análisis sean las mujeres con discapacidades, sino porque estudian la discapacidad desde un paradigma teórico propio de los estudios de género, con una perspectiva crítica del sistema de género y de opresión. De este modo, la crítica feminista de la discapacidad fundamenta sus análisis en las propuestas de los estudios feministas, atendiendo a las estructuras de dominación y discriminación que conforman el orden social” (Gómez Bernal, 2016:47). William John Hannah y Betsy Rogovsky dedican el capítulo “Mujeres con discapacidad: la suma de dos obstáculos” en la obra de compilación de Barton *Superar las barreras de la discapacidad* (2008) precisamente a este tema.

En el análisis sociológico de la discapacidad, se ha hablado tradicionalmente de opresión (Abberley en Barton, 2008). Mencionamos con anterioridad que, en la actualidad, el término que se utiliza es el de exclusión social, ya que hace referencia a las nuevas formas de estratificación social que no se habían dado anteriormente, caracterizadas por una dualidad entre incluidos y excluidos (Díaz Velázquez, 2011). Volveremos sobre ello con más detalle más adelante. La opresión “significa asumir que [las personas con discapacidad] constituyen un grupo en el cual sus miembros, por el simple hecho de portar una discapacidad, se encuentran en una posición de inferioridad respecto a las personas sin discapacidad” (Ferrante, 2009:60). Debe prestarse especial atención al reconocimiento de los contrastes y paralelismos entre la discapacidad y otros tipos de opresión social. Además, debe considerarse que la deficiencia debe introducirse en el marco analítico al establecer una teoría social de la discapacidad, ya que es el substrato material sobre el que se crea el concepto de discapacidad. Ésta no puede entenderse simplemente como “diferencia”, más bien debe realizarse una investigación profunda para determinar los vínculos entre ese substrato material y las instituciones sociales represivas que rodean la aparición de la discapacidad como fenómeno. “En definitiva, lo que se plantea es la deconstrucción sistemática del concepto «discapacidad»; una deconstrucción de cuyos resultados se pueda derivar una nueva consideración del fenómeno a la luz del entramado socio-histórico-cultural que sirve de arquitectura a su definición y al establecimiento de las estructuras y dinámicas que lo configuran como una forma de opresión” (Ferreira, 2008b).

2.3.3.1. El modelo social de la discapacidad en España.

En cuanto al MVI en España, como movimiento social organizado de personas con discapacidad, fuera de los movimientos asociativos habituales, no surgiría hasta 2001. Planella, Moyano y Pié (2012) señalan que este retraso es el resultado del largo período de Dictadura Franquista que se da en nuestro país desde el fin de la Guerra Civil (1936-1939). Durante esta etapa, las

personas con discapacidad fueron obligadas a someterse por completo y, con la muerte del dictador fascista en 1975, da comienzo otra era de inestabilidad política y agitación, durante el cual se anteponen otras cuestiones a nivel social antes que la situación de las personas con discapacidad. Por lo tanto, aunque el movimiento en otras partes del mundo había casi alcanzado su madurez, aún no había nacido en España.

Es a finales de los años '70 y principios de los '80 cuando las organizaciones centradas en las personas con discapacidad comenzaron a desarrollarse. Se crearon el Real Patronato sobre Discapacidad³⁰ y el Consejo Nacional de Representantes de Deficientes (aunque dicho organismo nunca llegó a registrarse oficialmente). Dichos organismos son los antecesores del Comité Español de Representación de Minusválidos³¹ (CERMI), creado en 1997, cuya representación es mayoritaria, agrupando en ese momento a unas 3.000 asociaciones del sector. Actualmente, engloba más de 8.000 asociaciones orientadas hacia la lucha por los derechos de 3.8 millones de personas con discapacidad.

«El movimiento social relacionado con la discapacidad en España es, además, un movimiento de base familiar en la mayoría de los casos, surgido como respuesta a las necesidades no cubiertas de atención y que como consecuencia de ello, ha ido asumiendo responsabilidad directa en la planificación y gestión de programas y servicios de apoyo. Se podría decir, por tanto, que el movimiento asociativo de la discapacidad en España, surge y se fortalece principalmente en un contexto (años 60,70 y 80) en el que domina en el modelo médico-rehabilitador en la atención a personas con discapacidad; su perfil característico es el de asociaciones que gestionan y proveen servicios y están agrupadas en torno a un mismo diagnóstico o tipo de discapacidad catalogada. El avance hacia las nuevas perspectivas del modelo social, ha facilitado el surgimiento de nuevas iniciativas asociativas que ya no se agrupan tanto en torno a un diagnóstico médico o un tipo de discapacidad, sino más bien alrededor de un tipo concreto de necesidad, reivindicación, o rechazo de discriminación» (Gómez Bernal, 2016:48-49).

El Estado ha tratado de abandonar la naturaleza paternalista y asistencialista de su política dirigida a este colectivo. Mientras tanto, grupos e iniciativas de autorepresentación comienzan a ganar poder, cuya gestión será llevada a cabo por las personas discapacitadas mismas y no por sus familias.

³⁰ Conocido anteriormente como Real Patronato de Educación y Atención al Deficiente y luego como Real Patronato de Atención a Personas con Minusvalía.

³¹ Actualmente se designa como Comité Español de Representantes de *Personas con Discapacidad* (término adoptado en 2003, aunque mantuvo sus siglas). Las seis entidades fundadoras fueron la Confederación Española de Personas con Discapacidad Física (COCEMFE); Confederación Española de Organizaciones a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS, actualmente, Plena Inclusión España); la Confederación Estatal de Personas Sordas (CNSE); la Confederación Española de Familias de Personas Sordas (FIAPAS); la Federación Española de Asociaciones de Atención a las Personas con Parálisis Cerebral (ASPACE); y la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE). El CERMI ha generado nuevas organizaciones territoriales a nivel autonómico.

El Foro de Vida Independiente (FVI), posteriormente designado como Foro de Vida Independiente y Diversidad (FVID), concepto que pretende aunar el de dignidad y libertad, fue fundado en 2001, y es un ejemplo de este nuevo tipo de viraje que se quiere dar sobre la temática. La Red de Marchas por la Visibilidad comenzó en 2007 y sigue activa. Indudablemente, una de sus acciones más reivindicativas fue, en 2006, el encierro en una sede del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), reclamando ser recibidos por el Presidente del Gobierno para trasladarle sus peticiones sobre la inminente aprobación de la Ley de Dependencia³². Comúnmente así conocida, es un diminutivo mal utilizado, ya que el título completo es *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y a las Personas en Situación de Dependencia*. Por tanto, lo que promueve esta ley en realidad es la autonomía personal, pero tomando únicamente la primera y la última palabra adquiere el significado contrario. Planella, Moyano, y Pié (2012) afirman que, tras esta acción reivindicativa, consiguieron una reunión con el entonces Ministro de Trabajo, donde se llegaron a una serie de acuerdos que posteriormente no fueron cumplidos.

Las leyes están pensadas para proteger a los colectivos más vulnerables frente a la desventaja social que sufren. Sin embargo, y por desgracia, tales regulaciones son en muchos casos simple papel mojado, y la legislación relativa a las personas con discapacidad no es diferente, como hemos visto a través de varios ejemplos. Los Derechos Humanos de las personas con discapacidad deberían garantizar el acceso al pleno ejercicio de sus derechos civiles y a la igualdad de oportunidades en una sociedad en la que puedan desarrollarse libremente y con dignidad, y en la que puedan conseguir los objetivos de sus proyectos vitales. Las personas con discapacidad, en el ámbito de los Derechos Humanos, son titulares de plenos derechos, pero a efectos prácticos no pueden ejercerlos libremente, como bien sabemos. Debe producirse, pues, “el tránsito de *ciudadanos invisibles*, debido a las enormes barreras a las que se enfrentan continuamente, a *ciudadanos iguales y participativos*, por su integración en la vida de la comunidad” (Victoria, 2013:819). Para ello, hay que redefinir los derechos nominales, dotarlos de sustancia material, hacerlos legalmente aplicables y visibles, y desarrollar sistemas de control y protección para asegurar su aplicación efectiva.

La Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad fue aprobada en España en 2013. El Artículo 2 define la discapacidad como “una situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan

³² Comúnmente conocida como Ley de Dependencia, es un diminutivo mal utilizado, ya que el título completo es *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y a las Personas en Situación de Dependencia*; e indicamos que es mal llamada “Ley de Dependencia” (tomando la primera y la última palabra), porque lo que promueve esta ley en realidad es la *autonomía personal*, y sin embargo nos referimos a ella como todo lo contrario.

su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”. Es una definición que se aleja de la perspectiva médica e individualista utilizada convencionalmente, por lo que alude a un nuevo punto de vista sobre el tema, desde una mirada sociológica (Ortega Camarero, 2018). A pesar de todo, la Sociología de la Discapacidad no parece ser un tema de estudio reconocido en España (Ferreira, 2008), lo que es incongruente teniendo en cuenta el impacto demostrado del movimiento representativo de la discapacidad.

Esto contrasta con la situación del Reino Unido descrita anteriormente. Allí, intelectuales como Barton, en su libro *Discapacidad y Sociedad* (1998), teorizan no sólo sobre el trabajo del sociólogo como investigador de la realidad de las personas con discapacidad, sino que van más allá, desarrollando una visión emancipadora para este colectivo. En su trabajo, compila las obras de varios autores, como el citado anteriormente Mike Oliver, quien critica lo que considera una relación preocupante entre la Sociología y la teoría de la discapacidad. Ello se debe a que la Sociología ha olvidado la teoría de la discapacidad porque ésta ha sido considerada un problema médico y, por lo tanto, individual (Oliver en Barton, 1998). “Desgraciadamente, ninguna iniciativa institucional ha emprendido la tarea de aplicar una adecuada comprensión sociológica del fenómeno de la discapacidad [...] El hecho social incuestionable es que vivimos en una sociedad en la que las personas con discapacidad están en desventaja: son discriminadas y hasta despreciadas” (Ferreira, 2008b:148-149). Psiquiatras, historiadores, biólogos y sociólogos, entre otros expertos, colaboran en el Centro de Estudios de Discapacidad (CDS, por sus siglas en inglés) de la Universidad de Leeds, un instituto multidisciplinar especializado en el estudio de la discapacidad. Mientras tanto, en España, podría señalarse el Instituto para la Integración en la Comunidad, de la Universidad de Salamanca, a pesar de que su investigación se centra más en los aspectos psicológicos de la discapacidad, con una clara orientación clínica, y no tan sociológica como su homólogo inglés.

Indicábamos anteriormente que la visibilización de personas con discapacidad en plataformas de contenido audiovisual ha hecho más por la integración del colectivo que algunas leyes. Desde *La imagen de las personas con deficiencias y el papel de los medios de comunicación* (Del Río, 1986), la imagen de las personas con discapacidad en los medios de comunicación españoles ha cambiado significativamente en las últimas décadas, aunque de alguna manera un estigma negativo sigue asociado con ellas. El estudio de hace casi cuarenta años demostraba el papel de los medios de comunicación en la construcción y difusión de esta imagen, pero además indicaba los pasos que debían tomarse para una concepción más inclusiva de la discapacidad. A pesar de ello, miles de vídeos sin control son subidos a Internet donde se muestran comportamientos degradantes para con personas con discapacidad.

Aunque la terminología en los medios de comunicación sí ha evolucionado, de minusválidos a personas con discapacidad, “en el caso español se adoptó una nueva expresión sin cambiar el fondo conceptual que la sustentaba y se mantuvo el modelo médico” (Solves, 2013:54). Para dar una idea de la lentitud con la que se produjeron estos cambios conceptuales y no sólo terminológicos, no será hasta 2004 que los periodistas, reunidos en el I Encuentro sobre Periodismo y Discapacidad, expresarán el deseo de los medios de comunicación a contribuir en la lucha “contra los estereotipos que impiden a las personas con discapacidad participar e integrarse en nuestra sociedad como ciudadanos en igualdad de condiciones”. A pesar de esto, seguimos viendo la instrumentalización de personas con discapacidad en programas de televisión como los *talk shows*, lo que distorsiona el significado del término discapacidad incluso hasta retomar el modelo clásico. Moscoso (2011:89) sostiene, por ejemplo, que “*Crónicas Marcianas* no es sino la versión televisiva y postmoderna del *Freak Show*”.

El Informe Olivenza 2017 (Jiménez y Huete), respaldado por el Observatorio Estatal de Discapacidad, examina fuentes oficiales y concluye que actualmente hay 2.972.901 personas en España con una discapacidad administrativa reconocida (personas con un grado de discapacidad igual o superior al 33% y asimiladas, según el RD Legislativo 1/2013). Tienen una proporción ligeramente mayor de varones que de mujeres en todas las categorías de edad, excepto en aquellos mayores de 80 años. Los trastornos físicos y orgánicos son los más prevalentes, seguidos por la demencia y las enfermedades mentales. La mayor proporción de la población con discapacidad se da entre 45 y 64 años. Y para que cada una de estas personas disfrute plenamente de sus derechos y se integre plenamente en la sociedad, sin discriminación, obstáculos o dificultades, aún queda mucho por hacer en España a muchos niveles.

2.3.4. Cómo hacer cosas con palabras³³.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) introdujo en 1980 la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM). Las diferencias entre estos conceptos se muestran en la Tabla 11. Esta misma organización creó una nueva clasificación (la Clasificación

³³ El título del apartado toma su nombre del libro de John L. Austin (2004), publicado a partir de una serie de conferencias impartidas en la Universidad de Harvard (Estados Unidos) en 1955. De este libro nació la teoría de los actos del habla, que dará lugar a la lingüística contemporánea y a la filosofía del lenguaje ordinario. Si bien el autor no se refiere al caso concreto de la discapacidad, ejemplifica a la perfección lo que queremos tratar en este apartado.

Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y de la Salud –CIF-) en 2001 que identifica los factores sociales como posibles causas de la discapacidad en un esfuerzo por superar la perspectiva reduccionista y biodeterminista que habían mantenido anteriormente. Vamos a analizar esta cuestión con más detalle.

	DEFICIENCIA (impairment)	DISCAPACIDAD (disability)	MINUSVALÍA (handicap³⁴)
Definición	<i>Toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Las deficiencias son trastornos en cualquier órgano, e incluyen defectos en extremidades, órganos u otras estructuras corporales, así como en alguna función mental, o la pérdida de alguno de estos órganos o funciones.</i>	<i>Restricción o falta (debido a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se consideran normales para un ser humano. Engloba las limitaciones funcionales o las restricciones para realizar una actividad que resultan de una deficiencia.</i>	<i>Situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que lo limita o le impide desempeñar una función considerada normal en su caso (dependiendo de la edad, del género, factores sociales y/o culturales).</i>
Aclaraciones	—	Las discapacidades son trastornos definidos en función de cómo afectan la vida de una persona. No poder andar es una deficiencia, no poder entrar a un sitio porque hay escaleras en lugar de una rampa, es una discapacidad.	El término es también una clasificación de “las circunstancias en las que es probable que se encuentren las personas discapacitadas”. La minusvalía describe la situación social y económica de las personas deficientes o discapacitadas, desventajosa en comparación con otras personas. Esta situación de desventaja surge de la interacción de las personas con entornos y culturas específicos.

Tabla 11. Definición de los conceptos “deficiencia”, “discapacidad” y “minusvalía” en la CIDDM. Fuente: Cano Esteban (2021c:67).

La CIF organiza los datos en dos secciones, una sobre el funcionamiento y la discapacidad, y otra sobre las variables contextuales. Cada sección, a su vez, tiene dos componentes:

- Sección sobre el funcionamiento y la discapacidad. Aquí se mencionan, entre otros:
 - El componente corporal, es decir, el cuerpo en sí mismo, que a su vez se subdivide en:
 - Apartado sobre las funciones de los sistemas corporales.
 - Apartado sobre las estructuras del cuerpo.

³⁴ Es curioso como este anglicismo, se inscribe en la lengua española como “desventaja o circunstancia desfavorable” (en general, sin hacer alusión exclusiva a la discapacidad, quedándose así en el imaginario social dicha connotación negativa del término). Sin embargo, en deportes, adquiere una connotación más de justicia, dado que es una “competición en la que se imponen desventajas a los mejores participantes para igualar las posibilidades de todos”.

- El componente actividades y participación, del que indica que “cubre el rango completo de dominios que indican aspectos relacionados con el funcionamiento tanto desde una perspectiva individual como social”.
- Sección sobre las variables contextuales, que es de particular importancia para nosotros, se divide en:
 - Factores personales, que curiosamente no se clasifican en la CIF debido a su alta diversidad social y cultural.
 - Factores ambientales, sobre los que dicen que “ejercen un efecto en todos los componentes del funcionamiento y la discapacidad y están organizados partiendo del contexto/entorno más inmediato al individuo y llegando hasta el entorno general”.

La CIF ya no hace más referencia a las variables ambientales, que se mencionan en la clasificación como posibles causas de la discapacidad. Se esfuerza por avanzar en comparación con la CIDDM anterior, integrando alternativas del modelo social al modelo médico. Desafortunadamente, estos esfuerzos son insuficientes, ya que apenas unas líneas con una mención inadvertida a las variables sociales son su curioso intento de superar la visión médica que sí es ampliamente desarrollada. Díaz Velázquez (2011:158) señala que “esta definición [de la discapacidad], denominada «bio-psico-social», supone una superación de un modelo médico, aún sin salirse muy claramente de los parámetros de análisis de un paradigma rehabilitador que considera la discapacidad como problema *individual* para la que hay que desarrollar fundamentalmente soluciones *individuales* de adaptación de la persona al entorno”. Este modelo biopsicosocial podría considerarse un puente entre el modelo médico de discapacidad y el modelo social.

«Este modelo se basa en la interacción de una persona con discapacidad y su medio ambiente. El funcionamiento de un sujeto es una interacción compleja entre su estado o condición de salud (física y mental y los factores ambientales). Éstos últimos interactúan con la persona e influyen en el nivel y la extensión de su funcionamiento. Este modelo ubica la discapacidad como un problema dentro de la sociedad y no como una característica de la persona. En éste se requiere integrar los modelos físico, psicológico y social con una visión universal de la discapacidad; clasificar y medir la discapacidad, y utilizar un lenguaje universal, neutro y positivo al momento de definir y clasificar la discapacidad» (Padilla-Muñoz, 2010:407).

Por lo tanto, es evidente que el modelo médico sigue dominando la definición contemporánea de discapacidad, y hemos visto cómo el modelo social proporciona una explicación alternativa al problema. Retomando las ideas de Kuhn sobre el avance científico, el modelo médico sería el paradigma hegemónico y el modelo social sería el nuevo paradigma emergente. Habría una serie de anomalías que ocurren alrededor del paradigma médico

hegemónico, que no pueden ser explicadas por éste, y a las que intenta dar respuesta el paradigma social emergente. Pero no es el único que intenta arrojar luz sobre estas anomalías. En otras palabras, no podemos ignorar el resto de paradigmas emergentes que surgen en este periodo de revolución científica, toda esa diversidad de teorías que intentan explicar la discapacidad desde un punto de vista distinto al estrictamente médico. El modelo biopsicosocial es un ejemplo, pero no es el único; aunque es cierto que las alternativas existentes, como este que mencionamos, toman en cuenta las características ambos modelos, médico y social. Puede ser esta la razón por la que no surgen con la suficiente fuerza para convertirse en modelos con su propia personalidad, ya que se refieren, aunque sea solo en parte, a los anteriores.

Entre estas alternativas, el modelo de las minorías colonizadas o político-activista es comparable al modelo social, pero incorpora la lucha por los derechos de las personas con discapacidad. Según este punto de vista, la persona con discapacidad es miembro de un grupo minoritario y por lo tanto es discriminada sistemáticamente: “La posición del discapacitado dependería de la población y del abandono social y político en el que se encuentra, y el problema estaría básicamente en la incapacidad de la sociedad para responder a las necesidades de las personas con discapacidad” (Padilla-Muñoz, 2010:406). Además, considera que el paradigma médico es dominante, asumiendo que el individuo con discapacidad es incapaz de definirse, regularse y decidir por sí mismo.

El modelo cultural también cree que la discapacidad es una identidad social minoritaria, suponiendo que el impedimento (como deficiencia o insuficiencia) y discapacidad son categorías que se construyen culturalmente y se nutren de ella (Pérez Dalmeda y Chhabra, 2019). Por su parte, el modelo de los derechos humanos va un paso más allá al definir la discapacidad como “un derecho humano que no requiere determinadas condiciones de salud o un estado corporal” (2019:16), mientras que el modelo social no proporciona principios morales y simplemente habría puesto las bases para las reformas políticas.

Por otro lado, el modelo universal de la discapacidad, de Irving Kenneth Zola, indica que se debe pasar de una lucha para superar la discriminación de las minorías colonizadas, hasta un enfoque en el que la discapacidad se considere un fenómeno universal y en el cual todos estamos en posición de riesgo. Por tanto, este modelo afirma que la discapacidad es relativa y debe contextualizarse en un entorno particular: “el paso de una capacidad a la discapacidad estaría determinado por el contexto sociopolítico y cultural, en el cual se mueve un individuo con ciertas características psicológicas, físicas y sociales.” (Padilla-Muñoz, 2010:407). Este modelo propone respetar y abrazar la diversidad como una forma de estar en el mundo, dado que todos estamos

en riesgo y es la sociedad la que debe reaccionar. En lugar de tratamientos individuales, las intervenciones estarían dirigidas a toda la población. Y en esta misma línea de la discapacidad entendida como un fenómeno relativo, proveniente de un desajuste entre persona y entorno, el modelo escandinavo o relacional se opone al MVI porque enfatiza el impacto beneficioso de los servicios sociales y de los diversos profesionales en la vida de las personas con discapacidad (Shakespeare, 2004).

Entre todas estas teorías, que de alguna manera se derivan del modelo social, hay una que ha resonado más fuertemente en los últimos años: el modelo de la diversidad funcional. Este modelo se elabora en contra de la medicalización de la discapacidad, “entendida como el discurso científico que clasifica ciertas constituciones físico-psíquicas bajo el signo de la patología o la enfermedad”, que aprecia el modelo médico de la discapacidad (Moscoso, 2011:78). Este enfoque ve la discapacidad como parte de la diversidad humana, ve la diferencia como una fuente de riqueza, y sugiere la eliminación de la idea de capacidad (Palacios and Romañach, 2008). “La cuestión no es, entonces, la carencia de capacidades, sino el no reconocimiento y aceptación de ciertos modos particulares, diversos, de desenvolvimiento. En un mundo en el que hemos aprendido a convivir con todo tipo de diversidades (de creencia, de etnia, de cultura, de nacionalidad, de preferencias estéticas, de ideología, de orientaciones sexuales...), hay una particularidad, a la que no hemos querido integrar. La diversidad funcional constituye una más entre las muchas manifestaciones de las infinitas heterogeneidades que caracterizan a la existencia humana” (Ferreira, 2010:58-59). La creación del MVI en Estados Unidos y su rápida expansión por toda Europa, como hemos visto, dio lugar a que en España se creara en 2001 el FVI, que sirvió de foro de discusión y difusión del concepto del MVI (Palacios y Romañach, 2006), que a su vez condujo a la creación del modelo de la diversidad funcional.

Estos autores (2006, 2008) proponen un análisis semántico de la palabra «dignidad», que aparece en numerosos textos, principalmente de naturaleza jurídica y bioética. Concluyen que el término tiene dos vertientes: “la primera está relacionada con la igualdad del valor de las vidas de todas las personas y la segunda con la igualdad de derechos de todos los seres humanos” (Palacios y Romañach, 2008:45). Para alcanzar estos dos tipos de dignidad, el modelo de la diversidad funcional, al igual que el de los derechos humanos, propone la aplicación de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, que fue adoptada el 13 de diciembre de 2006, con la misión de “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto a su dignidad inherente”. España firmó el acuerdo de adhesión el 30 de marzo de 2007 en Nueva York, junto con otros 81 países; y meses después,

el 23 de noviembre de 2007, fue aprobada y ratificada por el Parlamento español. Se publica en el Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 96, de 21 de abril de 2008. Los principios generales de esta Convención son:

- a) El respeto de la dignidad innata y la autonomía individual, incluida por supuesto la libertad de tomar sus propias decisiones y la independencia de los individuos.
- b) La no discriminación.
- c) La plena y efectiva participación e inclusión en la sociedad.
- d) El respeto a la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad de la condición humana.
- e) La igualdad de oportunidades.
- f) La accesibilidad.
- g) La igualdad de género.
- h) El respeto al desarrollo de las capacidades de los niños y niñas con discapacidad y su derecho a mantener su propia identidad.

Uno de los aciertos del modelo de la diversidad funcional es que “la propuesta de la nomenclatura parte del propio colectivo de personas con discapacidad y no de círculos académicos, teóricos o políticos. Este colectivo decide una nomenclatura positiva *diversidad funcional* para definir a un grupo de personas que es como el resto, no carece de capacidades, sino que funciona de una manera que no es la habitual” (Pérez Dalmeda y Chhabra, 2019:20). Volveremos sobre esta idea más adelante.

Veremos ahora la interpretación cultural de la discapacidad. La literatura a menudo ha retratado la discapacidad de manera negativa, creando una imagen de la persona con discapacidad como el “otro”, el extraño. Esta concepción de la discapacidad como alienación influye en cómo las personas con discapacidad construyen sus identidades. Granizo (2014) indica, desde una perspectiva filosófica, que los humanos siempre han reflexionado sobre el mundo y su significado, creando conceptos que son expresiones de representaciones colectivas, lo que de alguna manera implica la búsqueda de la diferencia, de aquellos aspectos de la condición humana que nos hacen diversos, con esta diferencia asociada a la identidad del sujeto. Es lo que Ferreira (2017) da a llamar la *lógica de la otredad*.

«La construcción social de la identidad de los discapacitados se basa en la diferencia respecto del otro considerado *normal*, se mantiene una identidad sometida a un poder externo y con una concepción negativa, con matices de discriminación y sin autonomía [...].

»La construcción de la identidad se da en dos direcciones: una personal y otra de carácter social, en las que existen identificaciones socialmente significativas con estructuras temporales, espaciales y sociales específicas, es decir con un orden cultural urbano que desarrolla diversos modos de producción, en el cual las clases privilegiadas que representan el poder hacen

prevalecer su ideología como sectores dominantes, caracterizada por ser excluyente al carecer de significado para los grupos minoritarios y de alta prioridad, pero que también provoca la reacción de quienes exigen la reivindicación de sus legítimos derechos como ciudadanos de un Estado democrático» (Granizo, 2014:18-19).

A pesar de la gran variedad interna del grupo, se podría argumentar que el modelo social tiene como una de sus aspiraciones la formación de una identidad social específica dentro del colectivo, que se basaría en una experiencia social común (Moscoso, 2011). Sin embargo, esta afirmación es discutible, ya que “el modelo social no es en absoluto comunalista: si se constituye en un movimiento colectivo, no es por la existencia de una identidad grupal (nunca ha existido, tal como se reconoce por parte de sus defensores), sino por la agregación de intereses particulares” (Ferreira, 2020:414). La creación de una identidad de grupo dentro de un colectivo como el de las personas con discapacidad no está libre de desafíos (Moscoso, 2011). Recordemos que el término diversidad funcional es elegido por el colectivo para autoidentificarse, pero al autor le parece que este término, con su pretendida neutralidad, es precisamente el que impide el desarrollo de la identidad. Es un proceso similar al que ocurrió con el movimiento LGBT en la década de 1970, cuando la consolidación de las primeras comunidades homosexuales en grandes ciudades americanas dio lugar a un concepto de identidad muy fundamental.

Debemos detenernos en este debate sobre la identidad o no identidad del colectivo, ya que la perspectiva sobre la que estamos abordando la temática es sociológica y procede profundizar en dicho debate. Ferreira (2020), siguiendo la tesis de Simondon (1996), nos recuerda que, como seres sociales, somos procesos, y que nuestra condición abarca al menos cuatro niveles: físico, biológico, psicológico y social o relacional. Prestemos especial atención a los dos últimos, que son los que más nos interesan. Este proceso se forma en el nivel psíquico, interior, porque la persona se caracteriza por su propia biografía, y es permanentemente actualizable. Sin embargo, su argumento sobre la dimensión social, en conexión con ésta, explica por qué el colectivo es lo que es, aunque sin una identidad:

«La dimensión social, relacional, requiere de un colectivo de sujetos en proceso, todos ellos implicados en ese particular proceso de individuación; se trata de una condición necesaria de cada proceso de individuación particular, pues el nivel psíquico, de modo aislado, no es suficiente para garantizar la resolución como individuo del proceso [...]

»Lo social es condición necesaria para la existencia de la persona [...] El colectivo adopta un doble papel constituyente: es, a un tiempo, condición necesaria como substrato común a todos sus miembros (la realidad preindividual compartida) y condición práctica de la verdadera individuación psíquica del proceso. No podemos hablar de un nivel psíquico y otro social, como planos independientes del desarrollo del individuo; hemos de considerar un nivel psico-social recíprocamente» (Ferreira, 2020: 419-420).

El entorno urbano necesita un énfasis especial en la representación cultural de la discapacidad, ya que es la materialización por excelencia de la cultura contemporánea. Dado que el modelo social define la discapacidad como “una interacción problemática entre la persona con una deficiencia y el entorno diseñado sin tener en cuenta, o en contra de esa deficiencia” (Toboso y Guzmán, 2009:72), la cuestión es cómo alterar las condiciones de esa relación para que la persona pueda acceder a todas las capacidades que se consideren valiosas. Desde el punto de vista médico, la intervención se aplicará al cuerpo, a la persona; desde la perspectiva social, la intervención será aplicada al medio social. Ambos métodos comparten el objetivo de *capacitar* al individuo. La discapacidad en relación con el entorno físico y sus artefactos se define por lo que se conoce como esquema del *gap* (Figura 12), que no es más que la distancia o separación (brecha traducido del inglés) entre el nivel de funcionamiento asociado con el individuo y el entorno necesario para realizar las actividades características del individuo (Aslaksen *et al.*, 1997). Esta distancia se muestra en un eje vertical: la parte superior sería el grado de funcionamiento demandado por el entorno y la parte inferior, el grado de funcionamiento del individuo. La distancia/brecha entre los dos niveles se puede reducir mediante el diseño universal del entorno (edificios y productos en general), que reduce el nivel de funcionamiento requerido por el medio ambiente; pero también mediante ayudas técnicas de adaptación a la persona, que elevan el nivel del funcionamiento vinculado a sus capacidades.

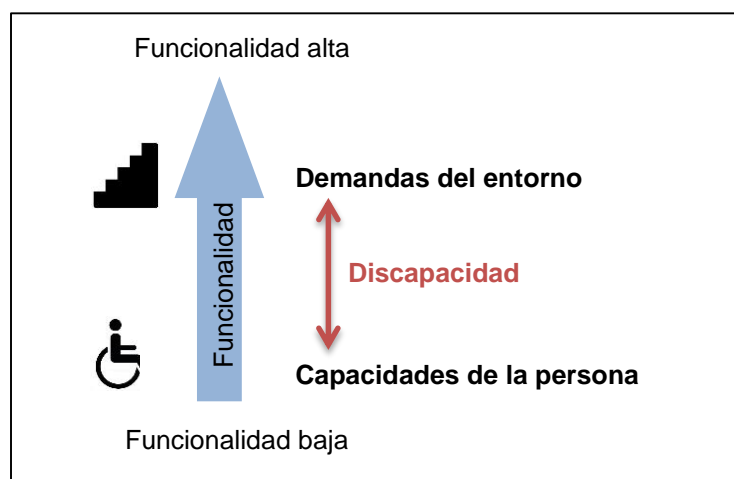


Figura 12. Esquema del gap.
Fuente: Cano Esteban (2021c:72).

Pondremos un ejemplo práctico para comprender el esquema del gap. Una persona que puede caminar, en principio, puede subir una escalera sin dificultad, mientras que una persona que no puede andar, no podría. La diferencia entre la demanda del entorno y la capacidad de la persona es muy grande. El hecho de que la persona que no puede caminar tuviera una silla de ruedas, incrementaría el grado de funcionamiento asociado a sus capacidades, pero no cambiaría el hecho de que no pudiera subir las escaleras. La brecha entre la demanda del entorno y la capacidad de la persona seguiría siendo

grande. Si en su lugar, las escaleras fueran reemplazadas por una rampa (de modo que disminuyera el nivel de funcionamiento demandado por el entorno), una persona en silla de ruedas podría subir la rampa tan fácilmente como una persona que puede caminar. “El diseño universal se basa en el hecho de que las personas tienen capacidades diferentes, y esto debe estar reflejado tanto en el proceso de diseño como en el resultado final. En el ideal del diseño universal hay una clara ambición de que todos los productos, edificios y entornos deberían desarrollarse, con tiempo, de tal manera que fuesen utilizables en las mismas condiciones por tantos individuos como sea posible” (Toboso y Guzmán, 2009:73). Esta rampa sería un lugar de encuentro entre personas con discapacidad y personas sin discapacidad, no solo en cuanto a equipararse el uso que podrían hacer ambas del espacio, sino que sirve además para muchos otros: el padre con el carrito de bebé, la mujer con el carro de la compra, el niño que comienza a caminar, la niña que va en patines... Como es universal, todo el mundo puede utilizarla; pero las escaleras imponen límites y dificultades.

Antes de finalizar este apartado, vamos a revisar rápidamente la idea de «discriminación transferida», ya que no se incluye a menudo en los textos sobre el modelo social. Vamos a ejemplificarlo con el conocido como Caso Coleman (Muñoz Ruiz, 2008), que hace referencia a una secretaria londinense. En el año 2001, la empleada comienza a trabajar en un estudio de abogados y, al año siguiente, tuvo un hijo que, por una condición médica, requirió atención especializada, siendo la trabajadora quien le proporcionaba dichos cuidados. Pocos años después, esta mujer acepta dimitir por “exceso de plantilla”, pero unos meses más tarde presentó una denuncia contra el empleador, alegando que había sido víctima de discriminación por la discapacidad de su hijo, ya que al reincorporarse al trabajo tras su permiso de maternidad, el empleador se negó a permitirle volver al puesto que ocupaba anteriormente, tachándola además de perezosa por pedir una reducción de jornada para cuidar del menor.

En términos generales, la discriminación transferida “se trata del supuesto donde el sujeto A discrimina contra el sujeto B a causa del vínculo de B con el sujeto C” (Muñoz Ruiz, 2008:331). Cuando una persona experimenta discriminación basada en poseer determinada característica (sexo, raza, discapacidad...), está penado por el Derecho Comunitario europeo y, por extensión, en la legislación nacional de los Estados miembros, que tienen mecanismos que permiten la erradicación de dichas prácticas. ¿Qué sucede, sin embargo, cuando una persona es discriminada no por los rasgos que ella tiene, sino por su conexión con alguien que sí tiene esas características? Aunque las leyes cuenten con mecanismos para eliminar la discriminación de las personas con discapacidad, tristemente, como decíamos, no ayudan a combatirla.

2.3.4.1. De la discapacidad a la diversidad funcional.

Sobre la base de lo que se ha discutido hasta ahora, podríamos preguntarnos qué es una persona con discapacidad. Según la OMS, alrededor del 15% de la población mundial tiene una discapacidad³⁵, que representa a más de mil millones de personas. Predicen un aumento de su incidencia en el futuro, dado que la población envejece y la posibilidad de adquirir una discapacidad es más alta entre las personas mayores. Además, el aumento de edad está relacionado directamente con la aparición de enfermedades crónicas como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer y trastornos de la salud mental. No podemos ignorar que la crisis por Covid-19 podría desempeñar un aumento de estas cifras en el futuro, aunque hoy en día su alcance todavía es desconocido y no puede asegurarse, ya que las investigaciones que puedan arrojar luz sobre este tema no podrán desarrollarse hasta dentro de un tiempo. Pero las proyecciones actuales sobre el aumento en el número de personas con discapacidad en un futuro seguramente sean ciertas.

En esta parte queremos profundizar más en la naturaleza del objeto, la substancia del colectivo de personas con diversidad funcional. Recordemos que el término es escogido por los propios integrantes, que prefieren ser identificados de esta manera, destacando la diferencia como un aspecto importante. Es decir, nos proponemos ver qué personas están incluidas en el este colectivo, teniendo en cuenta su variedad interna. Este desafío nos recuerda el punto angular del modelo de diversidad funcional, con la presencia o inexistencia de una identidad social para el colectivo. Sin embargo, superada ya esta parte de la discusión, lo que planteamos aquí es si hablamos de discapacidad o de diversidad funcional.

El concepto de diversidad funcional de la FVI se basa en dos hipótesis: 1) que la discapacidad de cualquier tipo (física, sensorial, intelectual o del desarrollo) se considera no deseable; y 2) que los valores y principios proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en todos los textos jurídicos internacionales no se han hecho efectivos para la mayoría de las personas con discapacidades físicas o sensoriales, y aún menos para aquellas con discapacidad intelectual o del desarrollo.

«El modelo de la diversidad funcional gira alrededor de una cuestión básica: las personas no tienen deficiencia, sino diversidad, de lo cual se deduce que lo que sufren no es discapacidad, sino marginación e injusticia debido a su diversidad. Considera que la sociedad no sólo construye la discapacidad, como sostiene el paradigma biopsicosocial, sino también la deficiencia, y que lo que

³⁵ Según el *Informe Mundial sobre Discapacidad* (OMS), datos referenciados en noviembre 2017, obtenidos de su página web <https://www.who.int/es>. En su 58 Asamblea Mundial sobre Salud, en 2005, esta cifra era de 600 millones de personas en el mundo, lo que representaba un 10% de la población mundial.

debería ser percibido como otra manera de ser y de hacer las cosas, lo es como un déficit no deseable, como una *de-ficiencia* y *dis-capacidad*. Que la deficiencia es un constructo que responde a una concepción antropológica y de la existencia normalizadora, que exalta los modelos estándar de perfección, olvida que todos somos dependientes, vulnerables y finitos y subyuga a aquellos que difieren de la mayoría estadística a través de diferentes estrategias, por ejemplo *patologizando* sus diferencias» (Canimas, 2015:82).

El modelo de la diversidad funcional considera el término de «persona con discapacidad» el último (y menos estigmatizante) de una sucesión de conceptos etiquetantes que han variado a lo largo del tiempo: monstruo, imbécil, inútil, subnormal, lisiado, idiota, retrasado, impedido, inválido, minusválido, disminuido, deficiente, discapacitado... Todos ellos tienen connotaciones negativas, tanto que, incluso si ya no se usan en el lenguaje médico, sobreviven en el imaginario social y se utilizan como insultos u ofensas. Conviene recordar aquí las ideas de Canimas sobre la importancia del lenguaje y las representaciones del mismo, que vimos al hablar del modelo médico. No es sólo un cambio en el vocabulario, es una resemantización crítica, activista, de denuncia: retomarlo, reconstruirlo, reemplazarlo por otros que establecen nuevas ideas en el imaginario social, dotarlo de un nuevo significado e identificarse con ello y no con el concepto impuesto (Palacios y Romañach, 2006). Debido a esto, la expresión «persona con diversidad funcional» ha sido rápidamente adoptada en diversos círculos académicos y profesionales y parece estar difundándose rápidamente.

Pero, en muchos entornos lingüísticos, el término ha llegado a significar una diversidad que debe ser permitida, respetada, salvaguardada e incluso alentada. Si se entiende mal, esto podría conducir a una discriminación inversa. Comúnmente, la discriminación se da hacia el colectivo de personas con discapacidad; es decir, son estas personas las que sufren perjuicios por parte del colectivo de personas sin discapacidad. Como decíamos, mal entendido el término de la diversidad funcional, puede propiciar que una persona que no tiene discapacidad sea la que esté en una situación de desventaja social, por ejemplo, a la hora de postular a un empleo. Es lo que se conoce como discriminación positiva, y, como toda discriminación, es negativa. Este es un punto crucial porque las políticas de discriminación positiva solo serían concebibles sobre la base de tres supuestos (Canimas, 2015), que además son acumulativos; es decir, es esencial proporcionar el anterior para generar el siguiente:

- A. Distinción: la diferencia entre dos situaciones (enunciado: “la situación x es distinta a la situación y”).
- B. Valoración: la apreciación de que ciertas condiciones son peores que otras, resultando una desigualdad (enunciado: “la situación x es peor que la situación y”; y solo puede darse porque la situación

x es distinta a la situación y, si fueran iguales, no podría haber condiciones peores o mejores).

- C. Moralidad o justicia: una conciencia moral según la cual las personas en circunstancias desfavorecidas deben ser asistidas (enunciado: “se deben dedicar más recursos a las personas que se hallan en la situación x que a las que se hallan en la situación y”; estos se debe a que la situación x es peor que la situación y porque la situación x es distinta a la situación y).

Si aceptamos el supuesto de que todos los individuos son diversos y que, lógicamente, deben tener los mismos derechos, entonces no habría punto de partida. Es decir, si aceptamos la diversidad humana como algo natural, no habría una distinción entre individuos que diera pie a una valoración de su situación diferenciada, que a su vez pusiera en marcha una justicia para compensarla. ¿Significa esto que toda ayuda a las personas con discapacidad debe ser retirada porque la expresión diversidad funcional, que implica que todos somos únicos e iguales, ya está en uso? No, de nada sirve modificar simplemente los conceptos y las representaciones que evocan, si no hay cambios sociales efectivos que aseguren la verdadera igualdad de derechos.

Efectivamente, el término de la diversidad funcional va calando poco a poco, pero como hemos dicho, y por desgracia, a nivel social todavía hay un gran número de avances por conseguir. Si el término se instaura, pero las ideas que conlleva no lo hacen, es inútil. La legislación sigue siendo necesaria para asegurar la presencia de personas con diversidad funcional en algunas áreas sociales, como la educación o el ámbito laboral, ya que de lo contrario estas personas podrían simplemente desaparecer de las estadísticas, como ya sucede. Según la Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia realizada en España por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2008, a medida que las personas con discapacidad crecen, desaparecen del panorama social: menor porcentaje de personas con discapacidad con estudios superiores o universitarios, menor porcentaje de personas con discapacidad incorporados al ámbito laboral... Por desgracia, es el único estudio de este tipo que se ha hecho en nuestro país³⁶, así que no podemos comparar la evolución de los datos en el tiempo.

La exigencia legal de que las empresas con más de 50 trabajadores reserven una cierta proporción de puestos para personas con discapacidad es un ejemplo de esto; el Artículo 42 del Real Decreto Legislativo 1/2013 de 29 de noviembre de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social así lo indica. Para poder acogerse a esta medida, la persona con discapacidad debe aportar un certificado que reconozco, mediante criterios

³⁶ Este hecho también es significativo de la importancia de la temática a nivel político, ya que en más de una década no ha habido interés en obtener datos de este tipo para promover políticas adecuadas al respecto.

médicos, un porcentaje de al menos un 33% de discapacidad. ¿Es esto discriminación positiva? Así lo sería si la legislación obligara a los empleadores a reclutar únicamente a personas con discapacidad, pero contratar al 2% de los empleados con discapacidad no podría considerarse como que las personas sin discapacidad quedan en desventaja frente a este colectivo (para que nos entendamos, en una empresa de 50 trabajadores, por ley tendría que haber una con discapacidad, frente a las 49 restantes que no es obligatorio que la tengan –podría contratarse a más personal con discapacidad, pero de manera obligatoria, por ley, solo sería una-). Aun así, muchas empresas no cumplen esta cuota. Como suele decirse, hecha la ley, hecha la trampa: el incumplimiento de la norma puede sustituirse por el pago de una sanción económica. De esta forma, estas normativas destinadas a ayudar a los colectivos socialmente desfavorecidos, como es el caso aquí de las personas con discapacidad, quedan vacías de contenido al permitir estrategias para su no aplicación, por lo que su función de integrar a dichos colectivos es ineficaz.

Con esta presentación de ideas, llegamos a la conclusión de que hay un efectivo cambio terminológico en el que pasamos de hablar de no capacitados (discapacidad) a hablar de personas con capacidades diferentes (personas con diversidad funcional), poniendo así el foco en las diferentes formas de hacer y no en las diferentes formas de ser. Aunque esta modificación terminológica es necesaria para transmitir la noción de que el grupo desea autoidentificarse como tal, sirve de poco o de nada si seguimos tratándoles como si siguieran definidos por el modelo médico o el modelo clásico de la discapacidad. La mentalidad social debe cambiar, respaldada por reformas legales que aseguren la plena igualdad social de estos individuos. El cambio de paradigma hacia la diversidad funcional es un pequeño paso adelante en la lucha por la igualdad efectiva, pero debe servir como un nuevo punto de partida para promover transformaciones sociales significativas que aseguren la integración práctica del colectivo en todos los niveles sociales.

2.3.5. El paradigma de la diversidad funcional.

Al comenzar a hablar del modelo social de la discapacidad, explicamos cómo Kuhn describió el desarrollo de la ciencia (Figura 11) en términos de paradigmas que ganaron fuerza hasta ser el paradigma dominante entre esos paradigmas emergentes, y desplazar así al paradigma hegemónico. Hemos dicho que el paradigma predominante en el campo de la discapacidad es todavía el modelo médico, a pesar del hecho de que existan anomalías que no se puedan explicar desde este punto de vista; que básicamente son ignoradas por el modelo médico, presuponiendo que no tiene que explicarlas. Como consecuencia de estas anomalías, de estos factores no examinados desde la perspectiva clínica, el modelo social de la discapacidad se plantea como el

principal paradigma emergente que pretende desplazarlo. Sin embargo, entre aquellos paradigmas que luchan por superar el actual paradigma dominante del modelo médico, el paradigma de la diversidad funcional, como hemos demostrado, gana cada vez más importancia.

“Este cambio de paradigma del que se ha venido hablando sirve para concebir la discapacidad como un *campo* científico, político y social” (Gómez Bernal, 2016:43). La noción de campo de Bourdieu (1999) se refiere a espacios dinámicos y estructurados, conformados por puestos jerarquizados y reglas de juego propias, en calidad de sistemas integrales de posiciones, donde los agentes sociales se relacionan de manera permanente y dinámica. Por lo tanto, parece ser que en lugar de un círculo cíclico, como indicaba Kuhn, el avance ocurriría más bien en forma de espiral, que va aumentando el área de conocimiento de discapacidad –diversidad funcional- con cada revolución científica (Figura 13).

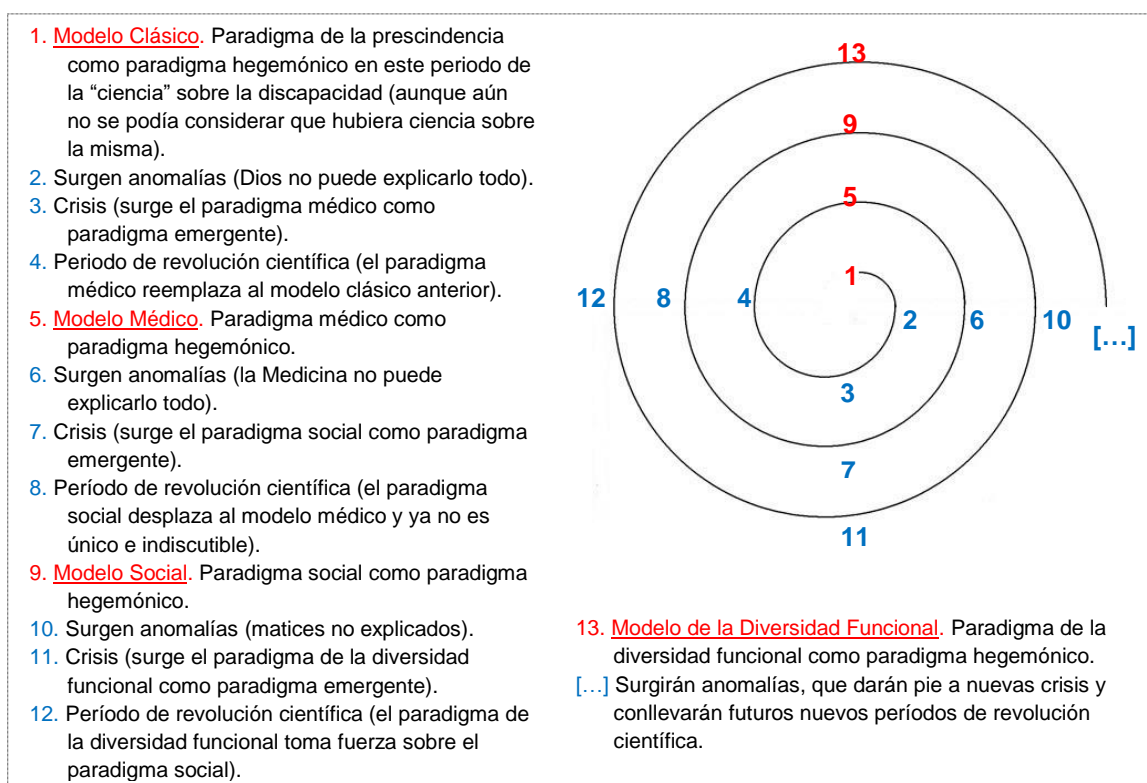


Figura 13. Avance en espiral sobre el conocimiento científico en el campo de la discapacidad, hasta llegar al momento actual sobre la diversidad funcional.

Fuente: Cano Esteban (2021c:79).

Para ilustrar por qué el modelo de diversidad funcional es más fuerte hoy en día, resumiremos las anomalías que el modelo social no explica (Toboso, 2018) y que indican la necesidad de una perspectiva diferente sobre la discapacidad:

- 1) Ausencia del cuerpo. El modelo social ha abordado de manera inadecuada el componente corporal de la discapacidad, sin centrarse en la disciplina del cuerpo y la creación del discurso que lo rodea.
- 2) Diferencia entre deficiencia y discapacidad. La diferencia entre discapacidad y discapacidad El modelo médico ve la discapacidad como un resultado inevitable de un defecto físico (deficiencia), mientras que el modelo social ve la discapacidad como una construcción social no relacionada con la deficiencia; por lo que distingue entre deficiencia (individual) y discapacidad (social).
- 3) Ausencia de un marco adecuado para analizar la interseccionalidad de la opresión. El modelo social ha sido incapaz de establecer una conexión entre la discapacidad y otras formas sociopolíticas de opresión, como el sexismo, el racismo o la homofobia, que también sufren las personas con discapacidad.
- 4) Perspectiva occidental. El modelo social sirvió, inicialmente, para la movilización política del colectivo de personas con discapacidad, pero esta movilización tuvo lugar en los países del primer mundo, sin importar lo que ocurriese en las regiones menos afortunadas del planeta, que son el hogar del cuatro quintas partes de la población con discapacidad en términos globales (Barnes, 2010; Abberley en Barton, 2008).
- 5) Visión hegemónica, y por tanto excluyente. El modelo social casi no presta atención a la discapacidad severa, la discapacidad intelectual o la enfermedad mental, ya que estas personas permanecen en los límites del discurso dominante de la discapacidad en la mayoría de las situaciones.
- 6) Discurso capacitista. El modelo social entiende la discapacidad como un producto de una conexión problemática entre la persona y el entorno. Esto hace que la discapacidad ya no sea una cosa invariable, ya que podría posiblemente desaparecer si el entorno se modificase. “El modelo social considera, por ello, la discapacidad como una construcción social, pero extrañamente no interpreta del mismo modo la capacidad como una construcción social, que también lo es” (Toboso, 2018: 789).

Son estas carencias por las que el modelo de la diversidad funcional es tan enriquecedor, porque se basa en la noción de que todas las expresiones funcionales concebibles son de igual valor. “Socialmente (aunque todavía no de manera unánime) se estiman estas expresiones de diversidad como valiosas y enriquecedoras, y se asume que respetarlas exige garantizar la expresión de todas sus manifestaciones posibles. Socialmente, en cambio, no se considera (ni siquiera de manera minoritaria) que la diversidad funcional sea valiosa, respetable ni enriquecedora” (Toboso, 2018:791).

Para completar este puzzle teórico, integraremos al modelo de la diversidad funcional uno de los debates mundiales más significativos sobre el desarrollo humano, el enfoque de las capacidades y los funcionamientos de Amartya Sen. No se trata de un discurso capacitista, aunque pueda parecerlo por su denominación, así que no contradice las ideas desarrolladas por el modelo de la diversidad.

Su concepto esencial es «funcionamiento», que representa lo que los individuos valoran poder hacer, mientras que «capacidad» se refiere a las posibilidades alternativas de funcionamiento que están a su alcance. Es decir, la capacidad sería las posibilidades alternativas lo que la persona valora poder hacer, dentro de lo que les permite su rango de acción. En resumen, se refiere a la posibilidad de que los individuos tengan que elegir un tipo de vida sobre otro y ser capaces de realizarla. Como se puede ver, esto está estrechamente relacionado con las ideas sobre la diversidad funcional que hemos mostrado. Una característica crucial del enfoque de Amartya Sen, al hablar de situaciones de igualdad y desigualdad, es el peso que le da al hecho de considerar diferentes expresiones de la diversidad humana, tanto en los rasgos personales como en las circunstancias externas sociales, culturales o ambientales. Aplicado al modelo de diversidad funcional, desarrolla la idea de que ésta sea considerada un elemento significativo a la hora de evaluar situaciones relacionadas con el bienestar y la calidad de vida de los individuos, comunidades y grupos sociales (Toboso, 2018).

Como hemos demostrado, aún hay un largo camino por recorrer en el tema de la diversidad funcional, a pesar de los considerables progresos que se han conseguido. En esta progresión, debe ser esencial que cada medida dirigida al colectivo de individuos con diversidad funcional incorpore las opiniones de sus protagonistas. Incorporar la experiencia subjetiva de la discapacidad es también una base sólida para el desarrollo de una Sociología de la Discapacidad, que es tan necesaria, especialmente en España. Es una perspectiva necesaria porque orienta su estudio hacia una faceta del fenómeno de la discapacidad que ha sido sistemáticamente descuidada (el ámbito social), salvo en los pocos –e insuficientes- intentos de incluir esta visión sociológica en la perspectiva médica, que continúa reinando sobre este colectivo.

Sin la incorporación de esa dimensión social, el modelo de la diversidad funcional no podrá imponerse de manera efectivamente, con el objetivo de lograr una plena inclusión de este colectivo en los modelos de organización social actualmente vigentes. Se busca desafiar los modelos residuales de una modernidad occidental decadente en la que la diversidad, como principio político y cultural, suele traducirse, en la práctica, en una libertad selectiva, sólo dentro del alcance de los privilegiados.

3. CONCLUSIONES E INCONCLUSIONES SOBRE LA DIVERSIDAD FUNCIONAL

En este segundo capítulo de la presente Tesis Doctoral, que versa sobre el campo de la discapacidad, hemos desgranado cómo ésta se construye a lo largo de la historia. Se tornaba necesario comenzar por este primer campo más amplio, para ir encuadrando las ideas en el tema que realmente queremos desarrollar: el campo de la enfermedad mental (Capítulo III).

Hemos mostrado cómo la discapacidad es un constructo social a través de estos tres apartados (2.1.; 2.2. y 2.3.), en cada uno de los cuales hemos desarrollado con atención cada una de las tres etapas de comprensión de la discapacidad (desarrollando la Tabla 1 que mostrábamos páginas atrás). Si bien se trata de tres apartados que fácilmente podrían leerse de manera independiente, no dejan de estar interconectados entre sí y el conjunto de los mismos es la explicación completa de cómo entendemos el fenómeno de la discapacidad a fecha actual.

Aclarar que aunque hayamos dividido este estudio en diferentes fases, cada una correspondiente a una etapa concreta con un paradigma dominante en el campo de la discapacidad; lo cierto es que no se trata de fases consecutivas que van una detrás de otra de forma lineal, sino que a veces estas etapas se solapan en el tiempo (Cano Esteban y Rodríguez Díaz, 2015), como hemos visto.

En un principio apuntamos la cuestión que señalaba Eduardo Díaz Velázquez (2009) sobre la importancia de la distinción entre paradigmas y modelos: entendiendo el paradigma como una forma de ver el mundo, mientras que el modelo se insertaría dentro del paradigma. A pesar de que se entiende la diferencia entre ambos, es cierto que en la mayor parte de la literatura sobre la temática se utilizan indistintamente ambos términos, prácticamente como sinónimos.

Haciendo autocrítica, es justo señalar que hemos intentado cuidar este detalle, pero en algunos puntos nos dejamos llevar por la bibliografía consultada, que irremediablemente nos remite a repetir el mismo error de confusión de términos que señalábamos. Sin embargo, consideramos irrelevante esta equivalencia terminológica no del todo similar, ya que no se

trataba tanto de cuidar el debate filosófico existente, sino de mostrar al lector las principales ideas de cada una de las diferentes etapas, lo cual sí se ha cumplido con creces.

En este recorrido por los modelos de la discapacidad, desde el castigo divino hasta la influencia de los factores sociales, se ha intentado seguir en cada etapa el esquema que Agustina Palacios (2008) desarrolla en multitud de escritos: 1) primero definir la discapacidad (¿qué es una persona con discapacidad?); 2) ver cómo se explican las causas de la discapacidad (¿por qué se nace con o se adquiere una discapacidad?); y por último 3) desarrollar cuál es el rol que la persona con discapacidad cumple en la sociedad (cómo se valora y cuáles son las respuestas que cada sociedad ha dado, o no, para atender a las personas con discapacidad).

Como indicábamos al comienzo de este presente Capítulo II, para simbolizar el trato que recibe el colectivo de personas con discapacidad o diversidad funcional a lo largo de la historia, nos hemos ayudado del símil de los Tres Monos Sabios, que simbolizan «no ver, no oír, no decir», como bien sucede en cada una de las etapas desarrolladas con exhaustividad previamente. Así pues, esa primera etapa de la discapacidad, donde hemos desarrollado el modelo clásico (2.1.), corresponde al *no ver* porque la práctica habitual para con las personas que padecían discapacidad era la de apartarlas de la sociedad, por lo que también se conoce como el modelo de la prescindencia. La segunda etapa de la discapacidad (2.2.), donde nos hemos centrados en el modelo médico o moderno-institucional, se ha catalogado como la de *no oír* porque son los expertos (médicos) los competentes en la materia, sin tener en cuenta la vivencia del individuo sobre su propia situación, que por mucho que sea el que la sufre, al no ser experto, no se le deja opinar sobre su propia vida. Y por último, la tercera etapa de la discapacidad (2.3.), donde desarrollamos el modelo social de la discapacidad o modelo moderno-crítico, la catalogamos como la de *no callar* porque es una etapa de lucha y cambio de la perspectiva médica predominante, a la que claramente se opone. De hecho, al igual que el colectivo decide retomar los términos con los que se definen para dotarlos de un nuevo significado, hacemos lo propio con el símil de los Tres Monos Sabios y aunque este tercer mono sabio signifique «no decir», se retoma aquí como «no callar», acorde a las ideas que desarrolla dicho modelo.

Y es que, como hemos visto, se ha prestado especial interés en cada una de las etapas, y por tanto en el conjunto mismo de la explicación de la discapacidad como constructo social, al lenguaje. Los términos utilizados para definir a las personas con discapacidad son importantes porque evocan ideas sobre la realidad social, y por tanto sobre el colectivo al que determinan dichos conceptos (Figura 14).

Así pues se pasa de términos como «minusválido», haciendo referencia al valor (en este caso unido al prefijo “minus-“/menos), significa literalmente significa «menos válido»; a términos como «discapacitado», donde ya no se pone en cuestión el valor sino la capacidad (literalmente «sin capacidad»). Pero hasta ahora son adjetivos sustantivados, se convierten en el sujeto (“el minusválido”, “el discapacitado”); se olvida que solo son la cualidad de alguien. Con esta mención a la «persona» se alude a que lo que pasa, le pasa a alguien, se descosifica el término.

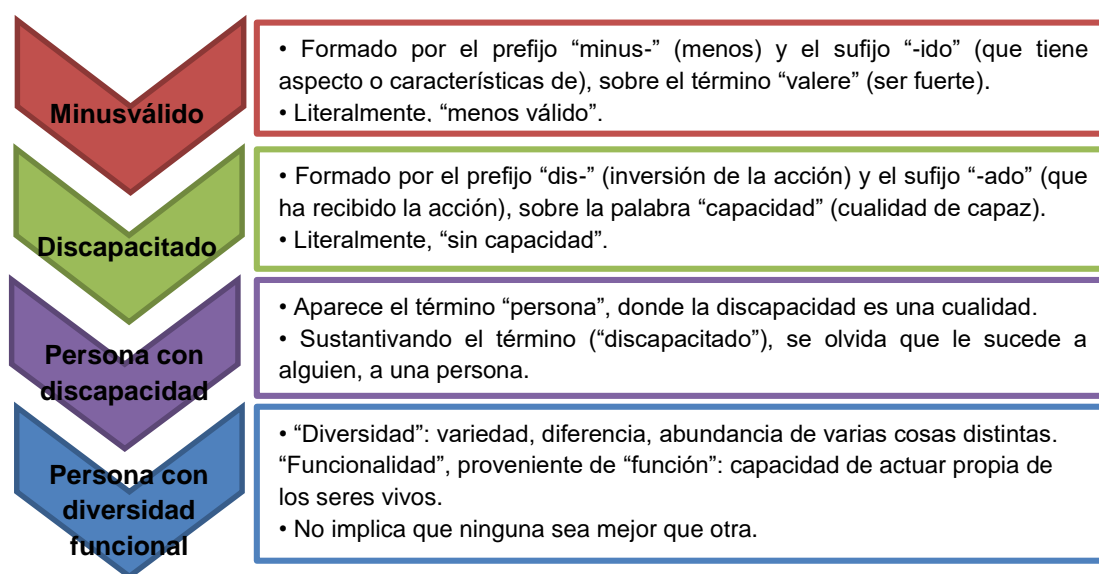


Figura 14. Esquema de la evolución de términos con la que se designa el objeto de estudio y, por tanto, la idea que se adscribe.
Fuente: elaboración propia.

Para el modelo de la diversidad funcional, «persona con discapacidad» no deja de ser el último y más amable de una serie de términos que se han ido sucediendo a lo largo del tiempo (pues sigue significando «persona sin capacidad»): monstruo, idiota, inútil, subnormal, lisiado, retrasado, impedido, inválido, minusválido, disminuido, deficiente, impedido, discapacitado... Todos ellos con connotaciones negativas, como decíamos, tanto que, hoy en día, aunque se desechan de la terminología médica de la que provienen, siguen en el imaginario social para utilizarse como insultos u ofensas contra alguien. No se trata solo de un cambio de terminología, se trata de una *resemantización* activista, de crítica, de denuncia; una deconstrucción de lo que significan las palabras actuales, sustituyéndolas por otras que generan nuevas ideas en el imaginario social (Palacios y Románach, 2006). Es por esto que el término «persona con diversidad funcional» ha tenido una rápida acogida en algunos círculos académicos y profesionales y poco a poco parece extenderse, aludiendo a la posibilidad de las diferentes formas de hacer una misma cosa, sin que ninguna sea mejor que otra.

Reiteramos la importancia de los términos, pues no se trata solo de palabras o de usar un lenguaje más políticamente correcto (que también). Como decía Canimas (2015), hay que hacer cuatro consideraciones sobre la importancia de los términos en el campo de estudio: *A)* el lenguaje no solamente describe el mundo, también lo crea; *B)* en la identificación de una persona/colectivo con problemas orgánicos, pero principalmente sociales, no debería dominar lo científico, sino lo socialmente correcto; *C)* a pesar del acierto del paradigma biopsicosocial de entender la discapacidad como el resultado de la interacción de una deficiencia de la persona con su entorno, la discapacidad continúa refiriéndose a la persona, centrándose en ella (no decimos, por ejemplo, “sociedad con discapacidad”); y *D)* utilizar el término «persona/s con diversidad funcional» no implica desestimar los conceptos «deficiencia» y «discapacidad», que siguen siendo importantes en algunos contextos lingüísticos.

Por último, ponemos de manifiesto la carencia teórica que existe en España en el campo de la discapacidad desde una perspectiva sociológica; pues en España no existe una Sociología de la Discapacidad como ámbito de conocimiento reconocido (Ferreira, 2008a), a pesar de la influencia de un movimiento representativo de la discapacidad en nuestro país. Mientras tanto, en otros países como Reino Unido si se aborda desde esta perspectiva y han avanzado mucho en la materia: Barton (1998) teoriza con el papel del sociólogo para abordar la realidad de la discapacidad y, yendo más allá, afirma que el sociólogo debe aportar una «visión emancipadora» para este colectivo. En su obra compila el trabajo de diversos autores, como el de Mike Oliver, que critica lo que él considera una «relación preocupante» entre la Sociología y la teoría de la discapacidad, dado que la primera se ha olvidado de la segunda porque se ha entendido como un tema médico y un problema individual (Oliver en Barton, 1998).

Aunque poco a poco se avanza en el campo de la diversidad funcional, desde luego aún nos queda mucho por hacer. Lo primordial es que toda medida orientada a dicho colectivo debería contar con su propia voz, incorporar las experiencias subjetivas de la discapacidad. Desarrollar una Sociología de la Discapacidad tan necesaria, sobre todo en España, dado que es un aspecto que se ha descuidado a pesar de intentar incluir la perspectiva sociológica en la mirada médica que aún hoy en día sigue imperando sobre este colectivo. Solo de esta forma podrá imponerse de manera efectiva el modelo de la diversidad funcional para promover una inclusión efectiva de dicho colectivo en la sociedad.

Como vemos, es interesante conocer el campo de la discapacidad porque es aquí donde se encuadrará el campo de la enfermedad mental que desarrollaremos en el siguiente capítulo (Capítulo III). Dicho ámbito suma la dificultad de que se trata de una realidad intangible, por lo que su evolución

queda sujeta, aún más todavía si cabe, a interpretaciones de la norma social imperante en cada momento. Sin embargo, ahora que conocemos cómo la discapacidad se construye socialmente, estamos preparados para ver cómo la salud y la enfermedad mental también llevan un proceso parejo.

III

LA ENFERMEDAD MENTAL

En este tercer capítulo hablaremos sobre el campo de la enfermedad mental. Englobamos esta temática objeto de estudio dentro del terreno más amplio de la diversidad funcional, la cual ya vimos cómo se conformaba (Capítulo II). En la presente sección del trabajo de investigación, veremos el proceso particular de construcción social que sucede en el ámbito de la salud mental. Una vez deconstruido y analizado, estas ideas podrían aplicarse a cualquier trastorno concreto conocido para entenderlo plenamente en su contexto.

1. ¿POR QUÉ HABLAR DE SALUD MENTAL PARA ESTUDIAR LA ENFERMEDAD MENTAL?

La presente Tesis Doctoral es un proceso deductivo, que va de lo general a lo particular. Ya vimos en el Capítulo II como la discapacidad no es algo que existe sin más, sino que es fruto de un proceso histórico, es un constructo social. En el presente Capítulo III seguiremos ese proceso deductivo para centrarnos en el campo de la enfermedad mental. Se tornaba necesario desarrollar previamente la temática de la discapacidad porque el ámbito de la enfermedad mental se encuadra en él y lleva un proceso parejo.

Así pues, a lo largo de las siguientes páginas vamos a ahondar sobre el campo de la enfermedad mental desde una perspectiva social. Este ámbito es el que realmente nos interesa, y las ideas que desarrollaremos a continuación podrían aplicarse a cualquiera de los conocidos (diagnosticados por expertos médicos) como trastornos, para entenderlos en concreto, ya que cada uno de ellos sería un ejemplo preciso de lo que pasa con en el ámbito de la enfermedad mental.

Nos centraremos pues, en el presente Capítulo III, sobre la enfermedad mental, haciendo un proceso paralelo al realizado en el ámbito de la discapacidad para ver cómo ha ido evolucionando el terreno objeto de estudio. Como decíamos, lo aprendido en el Capítulo II sobre cómo se construye la idea de discapacidad era importante porque se aplica a este campo concreto de la enfermedad mental. De este modo, teniendo una base previa como la que ya tenemos, resultará más sencillo entender ahora cómo la enfermedad mental está considerada actualmente por la sociedad en la que vivimos.

En primer lugar, aclarar que cuando hablamos de lo mental, de la enfermedad y/o la salud mental, pensamos en algo abstracto que sobrevuela nuestras cabezas; algo que está ahí sin más, que no podemos representar. Pero nos olvidamos de que la enfermedad mental no sucede sin más, sino que le pasa a alguien en particular, le sucede a personas.

Y es que lo mental tiene cuerpo: la enfermedad mental le sucede a personas, y ello se refleja, como veremos, en sus cuerpos. La enfermedad mental se encarga y se corporeiza. Ese cuerpo es reflejo de lo social, las problemáticas sociales se encarnan y nuestras acciones tienen efectos sobre las personas a las que se aplican (las personas con enfermedad mental tienen sus derechos y deberes, aunque a veces se les despojen de ellos). Esa parte

social queda muy marcada por el poder médico, como ya sucedía en el campo previo de estudio de la discapacidad en general.

Y es que si ya veíamos la influencia de la Medicina en el terreno de la discapacidad, como decíamos, la Psiquiatría en concreto es la parte de la Medicina que aborda el campo objeto de estudio para este capítulo. Su proceso de evolución puede seguirse fácilmente a través del *DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, libro de referencia que indica qué es y qué no es enfermedad mental, que va ya por su quinta edición (la última del año 2014, siendo la primera publicada en 1952).

Sin embargo, este *vademécum* de la Psiquiatría no deja de ser un informe creado por expertos que siguen unas normas sociales vigentes en cada época de la historia y por tanto evoluciona también conforme a ellas, por lo que lo que se incluye y se excluye del mismo está sujeto de alguna manera a criterios sociales. Solo así se entiende que ciertos trastornos, como la homosexualidad por ejemplo, se incluyeran en ediciones pasadas del *DSM*, mientras que hoy en día esto resulta una idea aberrante. No es que se haya encontrado cura (porque no es enfermedad), es que socialmente ya no se considera a estas personas enfermas, por lo que ya no se incluye en este listado. Pero no es un criterio médico, es porque la norma social imperante sobre ello ha cambiado.

Son en estas condiciones en las que surgirá la Antipsiquiatría, como veremos, término que designa un movimiento político de impugnación radical del saber psiquiátrico cuando la Psiquiatría ya se había institucionalizado como saber regulador de la normalidad y la anormalidad. Y si bien este movimiento nunca llegó a poner en verdaderos aprietos la influencia social de la Psiquiatría, manifiesta una profunda crisis en el campo de las disciplinas de la salud mental.

Dado que hemos prestado especial importancia al lenguaje al hablar de discapacidad, seguimos en este capítulo la misma línea. Los términos con los que se designaban a las personas en el ámbito de la discapacidad eran importantes porque se adscribían ideas sobre dichas personas, ideas acordes a la norma social dominante en cada una de las etapas que conforman el fenómeno. La enfermedad mental no es distinta en este sentido, y el lenguaje que hace alusión al campo también es importante porque en su amplia mayoría se usan términos con connotaciones negativas que nos van a conformar una idea (no muy buena) sobre esta realidad social, y en última instancia, sobre las personas que la viven.

El movimiento de la Antipsiquiatría retoma los términos aplicados hasta el momento. Se considera un movimiento compuesto por personas que habían vivido la experiencia de la psiquiatrización, considerándose expacientes o sobrevivientes, y cuyo objetivo político consistía en devolver sus derechos

como ciudadanos a los usuarios y usuarias de los servicios psiquiátricos. La premisa partía en que a pesar de que seguían siendo consideradas enfermas mentales (a pesar de que los activistas de estos movimientos comienzan a utilizar conceptos como el de *recuperación*), podrían hablar por sí mismas.

En relación con esto, y siguiendo la línea de nuevos conceptos e ideas que introduciremos en el desarrollo del presente capítulo de esta Tesis Doctoral, debemos señalar el término «capacitismo», por la importancia que está cobrando en los últimos tiempos en el estado de la cuestión. Si bien no es exclusivo de aplicación solo a la enfermedad mental, se refiere a una actitud que devalúa la discapacidad en general (y por ende, también la enfermedad mental), frente a la valoración positiva de una idea de integridad, lo que hace que se tienda a la marginalidad de estas personas. Se basa en el prejuicio de que, como grupo social, las personas con enfermedad mental, o discapacidad de cualquier tipo, son inferiores a las personas sin enfermedad mental.

Debe superarse esta perspectiva que perpetúa la práctica médica de catalogar a las personas con discapacidad como deficientes; resaltando ciertas capacidades que se deberían poseer y que, sin embargos, estas personas no tienen, señalando su carencia, por lo que el saber científico tiende a desarrollar herramientas que capaciten a las personas (dotarles de las capacidades que supuestamente les faltan) para reintegrarles en la considerada normalidad, precisamente no considerada como tal por aquellos que señalan las carencias de las capacidades necesarias. A fin de cuentas, adaptar la persona al entorno y no al revés, como debería ser.

2. EL CONSTRUCTO SOCIAL DE LA ENFERMEDAD MENTAL

2.1. LA SUSTANCIACIÓN DE LO INTANGIBLE.

A lo largo de este epígrafe reflexionaremos acerca del cuerpo. Un cuerpo tangible, pero aun así eclipsado, irónicamente, por aquello que no puede verse. Nos referimos al cuerpo en el ámbito de la enfermedad mental. Los sistemas y las instituciones de este campo son responsables del trato que hombres y mujeres con algún tipo de trastorno reciben. A pesar de que el objeto sobre el que actúan es la mente, lo mental (abstracto), sus prácticas moldean los cuerpos de dichas personas a través de la imposición de los horarios, medicamentos y comportamientos que se tienen con ellos.

Podría profetizarse así que lo mental se hizo carne. Del mismo modo que el versículo de *La Biblia* señala que “el Verbo se hizo carne” (Juan, 1:14) para referirse a cómo la palabra de Dios se materializó en Jesús. Los profetas divulgaban su mensaje, pero éste no era escuchado porque Dios era invisible al ojo humano, así que resultaba sencillo ignorarlo. En el momento en el que ese mensaje invisible tomó forma humana, en el momento en el que el salvador habitaba entre la gente ya no podía ser obviado. Siguiendo este paralelismo, lo mental (no tangible, abstracto, invisible al ojo humano) no ha sido atendido socialmente hasta que se comienza a reflexionar sobre su reflejo, esto es, sobre el cuerpo.

Todos recordamos el famoso experimento de Schrödinger en 1935, donde se metía un gato en una caja opaca. La caja estaba sellada y contenía, junto al animal, un frasco de veneno y un mecanismo capaz de detectar partículas radiactivas. Si el dispositivo detectaba radiación, rompía la ampolla y las toxinas mataban al gato. En realidad no había forma de saber si este proceso había sucedido o no hasta que se abría la caja, por lo que mientras ésta permanecía sellada, el gato se encontraba vivo y muerto a la vez.

La esencia de este experimento es la ausencia, o no, de vida. Nada más importa. Nadie se planteó otras cuestiones relativas al animal, como por ejemplo si estaba cómodo: no sabemos si podía estirarse o ponerse de pie en la urna. No sabemos si fue engañado de alguna manera para acceder, ni si era consciente del peligro que corría por estar ahí. Tampoco conocemos si tenía alimento, bebida o una caja con arena para sus excrementos. No hay datos de qué raza de gato era, ni de sus constantes vitales para saber si estaba asustado dentro de la caja. No, no hay datos sobre ninguna de estas cuestiones porque no se consideraban importantes. Lo único que parece importar es si el gato está vivo o está muerto.

No somos conscientes de la asiduidad con la que realizamos esta misma simplificación de cuestiones ante los hechos cuando analizamos situaciones que afectan a ciertas personas o grupos de personas. A veces, incluso, esta misma reducción al estado de vitalidad sin preocuparnos de otros asuntos, equiparando la vida con algo bueno y, por ende, la muerte como algo malo. Sería justo preguntarnos por qué proponemos ciertos debates pero no otros. En otras palabras, por qué damos más peso a unas preguntas que a otras.

Cuando hablamos de la mente, de lo mental, ya sea referido a la salud o la enfermedad, a menudo lo pensamos como algo abstracto, sin sustancia. Parece que es algo que está ahí sin más, incapaz de ser descrito, precisamente, por su *insustanciabilidad*. Pero no podemos olvidar que la enfermedad mental no es ajena al individuo, de hecho le sucede a él. No hay salud o enfermedad mental si no hay persona a la que le afecte. Por ello, podría decirse, cuando una persona tiene una enfermedad mental experimenta consecuencias físicas.

La forma en la que se desarrolla el entorno de la salud mental, que afecta al cuerpo de los individuos que padecen una enfermedad mental, nos dará las claves para conocer como dicho cuerpo se desplaza paulatinamente a un segundo plano debido a las prácticas médicas que se aplican sobre las personas y que terminan, precisamente, ocultando dicho cuerpo.

Nuestra labor es atender a ese cuerpo olvidado y hacernos las preguntas adecuadas, más allá de lo que pueda apreciarse a primera vista. Necesitamos conocer realmente qué pasa con ese cuerpo que está presente en el espacio de la salud mental: cómo y por quiénes es construido, así como el proceso de construcción en sí mismo. Ahondando en todo ello encontraremos la explicación a por qué es minimizado y menospreciado en la importancia de la temática. Estas serán las cuestiones que orientarán nuestra reflexión a lo largo de las siguientes páginas.

2.2. LA INVISIBILIZACIÓN DEL CUERPO EN SALUD MENTAL.

Debemos tomar conciencia y *abrir nuestra mente* a la realidad que las personas con enfermedad mental nos exponen. El objetivo es que en el futuro dejen de perpetuarse conductas que deshumanicen a estas personas y las reduzcan a meros objetos de estudio, en el sentido estricto del término (Correa Urquiza *et al.*, 2006). El cuerpo es una más de las posibles consideraciones a

tener en cuenta en el estudio de la enfermedad mental, aunque no la única. Los estudios de Correa Urquiza (2015) nos acercan el tema del cuerpo en el ámbito de la enfermedad mental. El autor da un novedoso paso en sus escritos, incorporando la perspectiva propia de aquellas personas que viven esa situación.

Si esto nos parece una innovación en la materia es porque, tristemente, no suele hacerse, a pesar de que es exactamente como debería estudiarse cualquier tema: consultando a las partes implicadas, esto es, a los individuos que viven dicha realidad. Por desgracia, como decíamos, este ejercicio no siempre, si no casi nunca, se lleva a cabo. En cambio, estas consideraciones se dejan en manos de los supuestos "expertos", a pesar de que nadie es más conocedor del tema que alguien que realmente lo vive. Esto sucede porque el discurso circula en una sola dirección: son dichos expertos (médicos) los que crean un monólogo, hegemonizando su conocimiento en la materia y erigiéndose como saber absoluto. Este sistema de comunicación unilineal (Kendall, Foote y Martorell, 1983) es el que graba sobre el cuerpo las consecuencias que genera.

En el pasado, la práctica habitual que se llevaba a cabo para con las personas que padecían algún tipo de trastorno mental era el encierro. Hoy en día, esa jaula ya no viene propiciada por un distanciamiento físico de la persona, ya no se aleja y se priva de libertad al individuo trastornado. Hoy esa prisión la generan los fármacos, lo que en palabras de Ángel Martínez (1998) denomina reclusión química. El uso de ciertos medicamentos, a veces por su prolongación en el tiempo y otras simplemente por su ingesta como tal, genera una gran diversidad de tipología de cuerpos, que son una verdadera cárcel para la persona.

El conocido como cuerpo del sismo contenido se caracterizado por temblores incontrolables que afectan a la psicomotricidad fina impidiendo que el individuo pueda llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria. También hay un cuerpo de la desconexión, en el que éste no responde con los movimientos que voluntariamente quieren llevarse a cabo (por ejemplo, la imposibilidad de mantener relaciones sexuales debido al efecto de los psicofármacos). Existe un cuerpo de la huida, vergonzoso, dócil, quizá culpabilizado, que pide permiso hasta para hablar. También un cuerpo arqueado, doblado, que tiende a ocultarse. Y un cuerpo de la desmesura, que debido a los efectos secundarios tiende a engordar indiscriminadamente. Personas que autolesionan sus cuerpos para, de algún modo, sentirse vivos; y cuerpos lesionados por los propios fármacos, que los hacen envejecer de manera prematura. Una de las pocas veces que los expertos tienen en cuenta la dimensión física en el ámbito de la salud mental es cuando analizan lo que debe ser un "cuerpo saludable".

Analizando la situación, no es tan distinto al que reciben los reclusos en una prisión. El cuerpo de la enfermedad mental no está encerrado entre cuatro paredes y puede que eso dé una (falsa) sensación de libertad, sin aceptar que en realidad son libres encerrados en otro tipo de jaula. A pesar de estar hablando de salud mental, como hemos visto, esto les sucede a unas personas, a unos cuerpos. En consecuencia, la atención y manejo de la salud mental no queda fuera de los principios que sustentan el modelo médico vigente, tal como desarrollamos en el Capítulo II anterior.

2.2.1. El cuerpo como receptáculo activo de lo social.

Entonces, los cuerpos de la locura están sujetos a los saberes de otros, como decíamos anteriormente, de los llamados expertos, en este caso los médicos psiquiatras. Es por esto que las categorías diagnósticas ahora se utilizan con frecuencia como resultado de las llamadas reformas psiquiátricas y se construyen apropiándose de las identidades de los sujetos, incluso cuando no se encuentran en sus propios entornos (Correa-Urquiza en Comelles y Perdiguero-Gil, 2017). Más allá del ámbito sanitario se utilizan términos que hablan de inclusión, integración o asistencia, entre otros, poniendo de manifiesto la dimensión social de la materia. Sin embargo, la corporalidad de la locura sigue atrapada en la taxonomía psiquiátrica, por lo que el reto sería crear espacios naturales donde no haya una patologización del cuidado de la persona (Correa-Urquiza en Comelles y Perdiguero-Gil, 2017).

Como ya hemos desarrollado más exhaustivamente en anteriores epígrafes de este trabajo, la sociedad se inscribe en el cuerpo. Es estructura, pero a la vez es acción, esa “estructura estructurada estructurante” de Bourdieu (1999) de la que tanto hemos hablado páginas atrás. Las significaciones sociales de la locura no son ajenas a ello. Correa-Urquiza (2017) explica cómo se lleva a cabo este proceso utilizando dos variables. Por un lado, hay un cuerpo físico, un organismo que, como hemos visto, es afectado por los psicofármacos y, como resultado, sufre una serie de secuelas involuntarias (temblores, pérdida o ganancia de peso, desestabilización de niveles de los componentes sanguíneos...) Por otra parte, hay un cuerpo que sufre las consecuencias de las significaciones sociales, es decir, un cuerpo estigmatizado (Goffman, 2008) por esas etiquetas diagnósticas que ahora lo definen.

La presencialidad de la materia corporal y su gestualidad en sí misma hacen que el cuerpo nos hable. “Los actos corporales son fundamentalmente actos sociales, implican mi presencia en el otro y la presencia del otro en mí” (Garbayo Maeztu, 2016: 129). Los cuerpos aparecen en escena y se hacen visibles, porque antes no estaban realmente presentes y aquello que no era apreciable por el ojo humano, toma ahora la forma del cuerpo y lo encarna. La

performatividad puede darse a través de las palabras (Austin, 2004), pero también a través de la repetición de actos corporales (Judith Butler, 1990).

2.2.2. El cuerpo en Psiquiatría.

Como hemos mencionado previamente, un componente clave del conocimiento médico, más específicamente en este ámbito que nos ocupa, del conocimiento psiquiátrico, es el papel del médico como experto en la materia. Éste es el profesional a cargo de la atención del paciente para devolverle a un estado de estandarizada normalidad, ya que el afectado por la situación ocupa el papel de víctima de un cuerpo no reconocido, soportando la carga del sufrimiento que ello conlleva.

Los estudios de la mente humana a partir del siglo XX tienen como objeto a los niños (Craviotto, 2016). En *El poder psiquiátrico*, Foucault (2005) realiza un estudio de lo que antes se conocía como retraso mental y desarrolla la teoría de que éste comienza en la infancia. Es por ello que será la Psiquiatría, y no otra rama del conocimiento, la que se especialice en la materia. Y esto dará pie a que sea un primer paso en la psiquiatrización de la sociedad en su conjunto. Es horrible saber que personas que tienen todavía por delante toda su vida, han entrado en un sistema que las evaluará y las juzgará hasta describirlas a través de un diagnóstico clínico, lo cual las marcará (estigmatizará) e influirá en su comportamiento por el resto de sus vidas, o al menos hasta que sean tratadas y reconducidas a los parámetros estandarizados de normalidad considerados correctos socialmente (es decir, que sean curadas), si eso ocurre en algún momento.

En subpartados anteriores, hemos visto como Correa Urquiza (2006), entre otros autores, nos señala la evidencia social del sufrimiento en salud mental. Existe una clara correspondencia entre los cuerpos individuales, los de las personas concretas, y el cuerpo de la sociedad, que hemos ido señalando aquí. Rafael Huertas (2003) torna en llamarlos cuerpos vistos y cuerpos sentidos. Los primeros son una realidad observable, que pueden percibirse objetivamente desde fuera. Por el contrario, los cuerpos sentidos son una realidad subjetiva, a través de los cuales experimentamos el mundo, haciéndonos conscientes de él a la par que nos obliga a reflexionar sobre nuestra propia existencia.

Sobre el cuerpo visto, son aquellos expertos en el área de la salud (y por tanto la enfermedad) mental, es decir los psiquiatras, los que ven el cuerpo de la otra persona, incluyendo no solo las descripciones de los anatomistas, sino también cómo ese cuerpo se mueve, cómo se expresa y cómo se comporta en ciertas circunstancias. “La medicina se apropia de dicho cuerpo a través de la construcción de una taxonomía que identifica al cuerpo; pero por otra parte,

también le dice cómo es o cómo debe ser según esa clasificación” (Cano Esteban, 2019: 227).

En las últimas décadas ha habido un aumento de las publicaciones de tipo científico-médico. Es algo que veremos con más detalle en el apartado 3.2.2. del presente capítulo (Figura 15). Estos manuales especifican cada vez más finamente una taxonomía de las posibles etiquetas con las que puede catalogarse al individuo. Este hecho solo constata la consolidación del modelo médico imperante todavía hoy en día que explicábamos con anterioridad.

Es decir, se crea una clasificación de los individuos, asignándoles una posición dentro de una categoría. Pero el *DSM* sigue siendo una construcción social. No es una verdad universal; más bien es algo construido por alguien, en este caso, por los expertos en la materia que determinan qué pertenece y qué no a dicha categorización. Los estigmas físicos como indicadores de desequilibrio psicológico y tendencias delictivas ocuparon un lugar especial en el discurso médico positivista de hace tiempo. Por esto, surge una estigmatización física que el experto debe ser capaz de ver, explorar y describir.

Para el cuerpo sentido, cabe preguntarse qué percepción tenemos cada uno de nosotros sobre nuestro propio cuerpo, y las respuestas pueden ser tan diferentes como personas a las que se pregunte. Tomamos conciencia de nuestros cuerpos cuando los experimentamos cinestésicamente, es decir, cuando lo vemos y lo tocamos. Pero esta no es la única forma en la que podemos sentirlo, ya que también podemos advertirlo en un plano más filosófico, si se prefiere, estando en el mundo.

Sin embargo, no nos interesa aquí como percibe su cuerpo cualquiera, nos interesa saber cómo siente su cuerpo el paciente; es decir, el individuo sujeto a todo ese sistema psiquiátrico que le cataloga y estereotipa. El interés proviene de que la medicina realizará en primera instancia un examen físico meticuloso que confirmará o desmentirá la presencia de la enfermedad, contrastando así la declaración inicial del sujeto. Pero “en la práctica psiquiátrica [...] el profesional debe aspirar a una reflexión comprensiva de la subjetividad del paciente, de modo que sus comportamiento y actitudes y, de manera particular, su expresión verbal –su lenguaje- ofrecerá datos precisos sobre el sentimiento de su propia identidad” (Huertas, 2003:120).

Pensando en nuestro cuerpo sentido, podemos plantearnos en primer lugar quiénes somos. Los primeros años de vida son cuando uno desarrolla la autoconciencia. Pero también hay que tener en cuenta que este es el período de tiempo en el que la Psiquiatría empieza a actuar, recordemos, haciéndolo cada vez antes, y por tanto, modificándonos, cambiándonos. Esto se relaciona con la segunda cuestión que podemos hacernos: ¿seguimos siendo entonces la misma persona? Somos una persona que ha podido cambiar, pero no

cambiamos para ser otra persona. Hay que recordar que a lo largo de la vida, los cambios suceden por muchos motivos, sin que necesariamente sean provocados por problemas patológicos.

Por tanto, somos, pero ¿qué más? Es importante recalcar el peso de los condicionantes sociales, ya que no es sólo nuestro lenguaje el que nos restringe, como ya hemos dicho, sino también las manifestaciones físicas no verbales (corporales). En la sociedad en la que vivimos actualmente, la buena imagen es sinónimo de belleza, salud y triunfo personal. No podemos dejar esto de lado ya que nuestros cuerpos sentidos también son construidos por ello.

2.3. CONDENSANDO EL CUERPO DE LA ENFERMEDAD MENTAL.

Lo principal, como hemos visto, es que lo mental tiene cuerpo, no significa que por llevar el adjetivo mental hablemos de algo abstracto, y por lo mismo, no se trata de algo que no pueda observarse de ninguna manera. El estado de salud mental de una persona, o en su ausencia, la enfermedad mental, afecta a individuos específicos, se manifiesta físicamente a través de sus cuerpos, se encarna y se hace corpóreo. Son individuos de plenos derechos, que a su vez tienen obligaciones, aun cuando ocasionalmente les despojemos de dichos derechos y los descorporalicemos. Debemos recordar que todos los problemas sociales están interconectados y que nuestras acciones, políticas, comportamientos y, a veces, incluso nuestras simples palabras, tienen un impacto tanto en quienes nos rodean como en nosotros mismos.

En segundo lugar, el cuerpo es un reflejo de lo social. Sin más, un cuerpo, en este caso, el cuerpo en lo que respecta a la salud mental, no puede existir. No aparece, vive solo y se desarrolla sin más. Todo lo contrario, ya que a través de los otros, vive, se refleja y se construye. Y cómo otras personas viven e interactúan con ese cuerpo será crucial para su desarrollo. Todos nuestros cuerpos llevan una carga del peso de lo social a lo largo de nuestras vidas.

Tercero, este segmento social todavía está fuertemente moldeado por la práctica de la psiquiatría, el área específica de la medicina que pone el foco en nuestro objeto de estudio. Debemos recordar que todavía estamos a la sombra del paradigma dominante del modelo médico actual. Y, como decíamos, dentro

de la Psiquiatría, el libro que marca las pautas e indica la referencia de lo que es y no es enfermedad mental, y bajo el cual se moldean esos cuerpos, es el *DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Pero debemos recordar que este manual es una construcción social, permeable por tanto a la propia sociedad donde transforma los cuerpos que categoriza, ya que en sí mismo evoluciona para reflejar la norma social dominante en cada momento. Nadie puede garantizar que los síntomas que presenta actualmente y que hacen que las personas que los experimentan sean estigmatizadas no desaparezcan mañana. Quizás los comportamientos que hoy son (socialmente) aceptables sean catalogados como patologías mañana.

Este guión no tiene una variable clara clasificatoria, transversal a todas las enfermedades que aparecen. Por ejemplo, encontramos trastornos de la infancia, pero no existen los trastornos de la adultez propiamente dichos, por lo que la edad no es la variable clasificatoria. En palabras de Barreira Alsina (2015:120) indica que “se pretende establecer un manual diagnóstico y estadístico a partir de la descripción de los signos y síntomas de ciertos síndromes psicopatológicos [...]; sin embargo, quedan dudas sobre el modo en que se llega a los resultados expuestos en el manual (¿cómo funciona el método de selección de categorías y variables? ¿Cuál es el sesgo que se introduce para tomar decisiones importantes [...]?)”. En definitiva, es un cajón desastre donde encontramos trastornos muy variados, pero todos ellos se materializan a través del cuerpo y dan forma a las políticas que a las que las personas están sujetas.

Finalmente, cruciales para argumentar nuestra teoría son esas dos dimensiones del cuerpo, relevantes tanto en la esfera mental como en otras esferas. Por un lado, el cuerpo objetivo, ese cuerpo que se puede ver y tratar, ahora se extiende más allá del nivel médico, se expande a niveles en los que podemos relacionarnos con él y en muchos otros. Y por otra parte, el cuerpo subjetivo, el cómo nos vemos, cuya construcción se extiende periódicamente al ámbito de la interacción social.

En el ámbito de la salud mental, el cuerpo *está*. Hay que sentenciarlo, porque está presente, y sin embargo muchas veces se olvida. Debajo de ese cuerpo, tanto objetivo como subjetivo, hay personas, individuos que están sujetos a sistemas políticos categóricos que inciden en sus posibilidades de vivir y morir, como los sistemas biopolíticos y tanatopolíticos.

Estas piezas no construyen una única imagen, como en un puzzle; sino que son más bien como un juego de construcción donde las mismas piezas pueden cimentar muchas y variadas ideas, aunque todas se apoyan en las mismas piezas clave. Después de presentar este cuerpo teórico, indudablemente esto nos hace reflexionar.

3. LA PSIQUIATRÍA Y EL *DSM: MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES*

3.1. SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL.

La salud mental es un tema que ha cobrado especial relevancia en los últimos años. Actualmente se abre paso en la agenda política todavía con más fuerza, sobre todo a raíz de la merma generalizada a nivel social causada por el confinamiento mundial debido a la pandemia de Covid-19 en el año 2020, y los posteriores meses de cambiantes restricciones sociales que empeoraron la fatiga mental que las personas tenían, y tienen aún, dado que la situación de emergencia sanitaria se prolonga todavía hasta la fecha actual. Ahora bien, no aunque no vamos a hablar aquí sobre la pandemia mundial sanitaria, sí resulta un buen punto de partida para tomar conciencia de la importancia que ha cobrado el tema de la salud mental en la sociedad en los últimos tiempos.

Aunque se hable de *salud mental* por usar un término más políticamente correcto; la realidad es que la preocupación que existe en el trasfondo de la cuestión realmente es la *enfermedad mental*. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y satisfactoria y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. Entendemos pues, como decíamos, que la atención recaiga en la ausencia de salud mental (enfermedad mental), dado que generaría una situación de indefensión, que puede conllevar a una situación de dependencia, e improductividad social que impedirían la participación del individuo en el modelo económico capitalista actual.

Partimos, como expusimos en su momento, del esquema de que el campo de la enfermedad mental que vamos a estudiar está inserto en un campo mucho más amplio, como es el de la discapacidad. Hemos desarrollado ampliamente cómo la discapacidad es un constructo social, cuya concepción está acorde a la norma social imperante en cada momento (Cano Esteban, 2021a, 2021b, 2021c). El modelo clásico o de la prescindencia, va desde la Grecia Clásica hasta la Edad Media, y la discapacidad se consideraba un castigo divino, por lo que se prescindía del individuo apartándolo físicamente o

incluso matándolo. Con la Modernidad, la ciencia desplaza a Dios como cúspide de la pirámide que rige la vida social, y por ello la discapacidad pasa a considerarse una deficiencia biológica que hay que suplir para devolver al individuo a su *normalidad*³⁷. Este modelo médico (moderno-rehabilitador) es el paradigma hegemónico que perdura hasta nuestros días. Pero en la actualidad está en pugna, como bien sabemos, con el modelo social (moderno-crítico), que da una perspectiva sociológica sobre el tema, y donde las personas con discapacidad reclaman ser individuos de pleno derecho y no meros objetos de estudio: la discapacidad proviene del entorno, que es el que *discapacita*.

Aunque el modelo social supuso un gran avance frente al modelo médico, que sigue siendo el más conocido hoy en día, empieza también a quedarse obsoleto planteándose una serie de anomalías que no logra explicar, por lo que comienzan a surgir nuevos paradigmas emergentes (Kuhn, 1962) que luchan por convertirse en el futuro paradigma hegemónico. En este caso, el modelo de la diversidad funcional resulta especialmente enriquecedor porque se basa en el hecho de considerar igualmente valiosas todas las expresiones diferentes de funcionamiento posibles (Toboso, 2018).

El subcampo de la enfermedad mental también es un constructo social, ya que sigue la misma lógica que el primero. Así pues, la Psiquiatría sería la ciencia médica indiscutible en el ámbito de la salud mental, donde limita lo que se consideran (y no se consideran) trastornos mentales a través del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, conocido comúnmente como *DSM* por sus siglas en inglés. Sin embargo, en las últimas décadas surgen movimientos detractores de la Psiquiatría y de la concepción social que se tiene de las personas con un trastorno mental, ya que se las estigmatiza, en muchas ocasiones debido a una incomprensión de la situación que tienen. Precisamente esto es lo que queremos tratar en las siguientes páginas, mostrando una perspectiva poco conocida sobre la salud y la enfermedad mental.

Por tanto, este epígrafe pretende, como objetivo principal, realizar un recorrido por la historia de la Psiquiatría, resaltando los hitos más importantes que han llevado a la consideración que se tiene hoy en día de la misma, a través de una extensa revisión bibliográfica sobre la materia. Ello permitirá ver cómo la Psiquiatría ha sido construida socialmente, llegando a instrumentalizarse como herramienta de control social de población por parte del Estado. En este sentido, las teorías de Foucault son especialmente relevantes en el campo objeto de estudio, como veremos.

³⁷ “En la sociología y la psicología, la normalidad se asume como una constante que no se desvía de un valor, el cuál no está definido, pues la normalidad depende del modelo de ecosistema social concreto. Entre las *personas normales* existen variaciones de comportamiento y salvo en grandes desviaciones de la norma, que prevalece en cada cultura como valor, la frontera entre lo normal y lo anormal es difusa” (Hernández, Miguel y Rodríguez, 1999).

Llegados a este punto, ahondaremos sobre las perspectivas alternativas a la Psiquiatría que han surgido en las últimas décadas, en contraposición a la visión médica dominante; y que nacen, necesariamente, de las carencias teóricas de dicha visión dada la implicación que ésta tiene más allá del campo de la medicina, puesto que las consecuencias de catalogar a una persona como enferma mental se manifiestan también en el plano social, más allá del campo médico propiamente dicho.

Haremos especial hincapié en el recorrido que el *DSM* ha tenido desde su creación en 1952, ya que al tratarse del libro de referencia en materia psiquiátrica es una cuestión de especial relevancia conocerlo más en profundidad, pues en él se especifica lo que se considera y no se considera enfermedad mental, y por ello, el estigma asociado a la misma (o su carencia, si se decide que el hecho deja de ser un trastorno mental, como sucedió con la homosexualidad, entre otros ejemplos). Es por esto, como decíamos, que lo realmente interesante aquí son las críticas y teorías alternativas que surgen a raíz de la consolidación de esta materia médica, cuyas consecuencias exceden dicho plano para las personas etiquetadas bajo alguno de los diversos trastornos existentes.

3.2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA PSIQUIATRÍA.

Como vimos en apartados anteriores de la presente Tesis Doctoral, podemos retrotraernos incluso hasta la prehistoria para comenzar a hablar del tema de la discapacidad (Cano Esteban, 2021a), dado que ya en esta época tan remota de la historia de la humanidad existían diversos tipos de enfermedades que tenían consecuencias no solo físicas, si no también sociales (dentro de la simpleza en la organización social de la época donde quizá todavía no se pueda hablar ni si quiera propiamente de sociedades como tal).

Como decíamos, dentro de este campo de estudio estaría contenido el subcampo de la enfermedad mental, y la evolución histórica que sufre no es distinta al del primero. No pretendemos aquí analizar la situación de la enfermedad mental desde hace miles de años, pero si es importante para comprender el escenario actual, entender que el proceso histórico que nos lleva hasta la consideración que tenemos actualmente de la misma es un proceso largo que ha pasado por diferentes etapas.

Alexander (1966) cree que la Psiquiatría comienza en el momento en el que el hombre intenta aliviar el sufrimiento de otro mediante su influencia. En lo que podría considerarse el modelo clásico de la enfermedad mental, siguiendo el paralelismo con el campo de la discapacidad, la Psiquiatría todavía no era una materia propia y estaba completamente integrada en la medicina general. En la Grecia Antigua se comienzan a desarrollar teorías identificando al cerebro como órgano responsable de ciertas anomalías del comportamiento (González de Rivera, 1998). Hipócrates³⁸ rechazó las teorías de influencia de espíritus, dioses o poderes no humanos, ya que definió la medicina como una actividad totalmente independiente de la religión. Las quejas del paciente expresaban un desorden corporal, se deja de pensar la lamentación del paciente como un fenómeno fuera-del-cuerpo y comienza a entenderse como un fenómeno dentro-del-cuerpo (Casarotti, 2012). Paralelamente a estos desarrollos en medicina, la Filosofía griega toma un interés por la Psicología, destacando pensadores como Platón³⁹ y Aristóteles⁴⁰. Galeno (131-201) aglutina estas diferentes perspectivas:

«En cuanto a las contribuciones más propiamente psiquiátricas de Galeno, cabe destacar sus descripciones de las falsas impresiones de los sentidos (Phantasis) a las que considera patogenéticas en algunos casos de delirio; la relación entre estados de miedo y de desesperación con trastornos melancólicos, de los que describió dos formas: una mental (paranoia) y otra somática; y, la relación entre la ausencia o insatisfacción en las relaciones sexuales y los síntomas histéricos.

»En el plano teórico, Galeno consideraba tres subdivisiones del alma: la racional, la irracional o irascible, responsables de los sentimientos, y la concupiscible o buscadora estricta del placer. La salud, no sólo mental sino general, dependería del correcto equilibrio entre estas tres secciones» (González de Rivera, 1998:187).

El doctor Morales Meseguer (1932-1990) considera que la historia de la Psiquiatría es la historia de la interpretación de la locura desde la perspectiva de la medicina. Psiquiatría, medicina y religión parecen difíciles de distinguir en ciertas épocas, como la Edad Media. El desinterés por la mente medieval en la naturaleza resiente a la medicina en general, y con ella a la Psiquiatría, mientras que el dogmatismo eclesiástico impedía todo ejercicio autónomo de la razón: la tradición médica griega y romana se pierde en gran parte de Europa y los enfermos buscan la salvación del cuerpo a través de la salvación del alma, acudiendo a la iglesia. La medicina árabe fue la que devolvió el sentido común en este período, destacando personajes como Avicena (980-1037), Avenzoar

³⁸ Hipócrates de Cos (460-377 a.C.) aplicó el pensamiento racional a la medicina e introdujo las primeras clasificaciones de la enfermedad mental, a través de la observación cuidadosa de casos clínicos. Creó un código ético estricto para los médicos, cuyos principios son aún tenidos en cuenta.

³⁹ Platón (428-347 a.C.) desarrolló conceptos que desanimaban el progreso de la Psiquiatría, como ha sucedido durante siglos.

⁴⁰ Aristóteles (384-322 a.C.) definió la mente como un proceso; estudiando detenidamente los sentidos, el aprendizaje, la memoria, la emoción, la imaginación y el razonamiento.

(1113-1161) y Averroes (1112-1198). Santo Tomás de Aquino (1225-1274) tuvo la capacidad de reconciliar los aspectos de la filosofía aristotélica y el dualismo entre cuerpo y mente planteado por Platón; llegando a desarrollar una clasificación de enfermedades psiquiátricas que dividía en dos: “condiciones de origen sobrenatural, producidas por la acción de los demonios, y condiciones de origen natural, entre las que se incluían la estulticia o debilidad mental, la epilepsia, la frenesís, la letargia, la manía, la melancolía, y la demencia. Sin embargo, a diferencia de Platón, las *enfermedades divinas* no constituían ningún *regalo* de los dioses, ni ningún signo de grandeza, sino todo lo contrario” (González de Rivera, 1998:188). ¿Cuántas personas con esquizofrenia (lógicamente no diagnosticada) serían tomadas por endemoniados en esta época y condenados a la hoguera por ello? (Sánchez Moreno, 2002a).

La situación geográfica de España, donde confluyeron multitud de culturas, permitió que se sintetizara lo mejor de la caridad cristiana, los conocimientos médicos-psiquiátricos de Hipócrates y Galeno, y la ciencia árabe. Precisamente la influencia de esta última, permitió que llegase a establecerse el primer hospital psiquiátrico del mundo occidental, fundado en 1409 en la ciudad de Valencia; seguido de la apertura de centros similares en Zaragoza, Sevilla y Valladolid. La atención dada en estos centros llegó a ser excelente en lo referente tanto al punto de vista humanitario como médico, muy superior a la que alcanzarían centros laicos similares fundados siglos más tarde, en los siglos XII y XIII.

La emergencia del humanismo significó la secularización de la actitud eclesiástica frente a la enfermedad mental. Y tras un largo y lento proceso, se puede considerar que la medicina moderna se establece a mitad del siglo XVII con la obra de Thomas Sydenham (1624-1689), excelente observador clínico. Esto inspiró a otros, como Vesalius, que adoptaron nuevos métodos de docencia, como enseñar anatomía a través de la disección. En paralelo, la Psicología se desarrolla gracias a nuevas perspectivas de figuras como Descartes⁴¹, Spinoza⁴² o Leibnitz. “En el siglo XVII, la etiología espiritual de la enfermedad mental ha sido ya definitivamente relegada al terreno de lo supersticioso, y la imagen del enfermo mental empieza a interesar a los autores literarios” (González de Rivera, 1998:191), como hace Miguel de Cervantes en 1605 con su mundialmente conocido *El ingenioso hidalgo Don Quijote de la Mancha*.

El empirismo inglés y su gran impulsor, Francis Bacon (1561-1626), que desarrolló las ideas acerca de la observación de la realidad y la recogida de

⁴¹ René Descartes (1596-1650) analiza las emociones, reduciendo su complejidad a seis pasiones elementales: expectación, amor, odio, deseo, alegría y tristeza.

⁴² Spinoza (1632-1677) considera la mente y el cuerpo como aspectos de una misma realidad, llevándolos a la fusión entre fisiología y psicología.

datos, condiciona la psicología británica con este método a partir de entonces. Pero es durante la Ilustración cuando podemos hablar del nacimiento de la Psiquiatría como ciencia, ya que “el rápido progreso de la medicina dejó atrás a la psiquiatría, que por primera vez se diferencia claramente, debido al contraste en eficacia, del resto de la medicina” (González de Rivera, 1998:193). La Psicología también comienza a separarse de la Psiquiatría, con grandes desarrollos en la materia.

Pero mientras Europa abordaba los fenómenos del alma, la situación del enfermo mental era de completo abandono, como posteriormente reflejará Foucault (1961, 1976, 1992, 1999) en sus obras. En esta época, resalta la figura de Philippe Pinel (1745-1826) como uno de los grandes reformistas psiquiátricos⁴³, precisamente porque 1) elimina las ataduras, amplía los pabellones, facilita la comunicación social, y el entretenimiento y la actividad comienzan a formar parte de un programa terapéutico; y 2) construye una nosología basada en conceptos fundamentales que servirá de base para la explicación de las enfermedades mentales. En general, se da un auge en las clasificaciones, que puede deberse a la necesidad psicológica de la época de introducir el método en todos los conocimientos científicos, especialmente aquellos que parecían más inciertos, como era el caso todavía de la incipiente Psiquiatría.

Si aceptamos que las ciencias naturales comienzan con una taxonomía, podemos considerar que la Psiquiatría se reconoce como ciencia, así como especialidad médica, después del tratado de Emil Kraepelin en 1883. En esta etapa de reconocimiento de la enfermedad mental como objeto específico de la praxis psiquiátrica (Casarotti, 2012) se distinguen varios momentos. Una primera etapa entre finales del siglo XVIII y finales del siglo XIX, donde se organiza una semiología específica que describía detalladamente síntomas y construía cuadros típicos que, al considerarlos globalmente, constituían una lectura patológica de lo psicológico. A partir de finales del siglo XIX, durante varias décadas, la Psiquiatría se transforma para intentar descubrir cuál es la realidad del psiquismo que se desorganiza en la patología mental. Pero al no integrar la evolución clínica, da paso a una tercera etapa de crisis, que termina con un nuevo interés por el diagnóstico y la clasificación a través de las diferentes versiones del *DSM*, de las que hablaremos más adelante.

La salud no es un concepto estático en la estructura social, ya que depende de multitud de factores que posibiliten, o no, la adaptación al medio físico y social. Por lo que hablar de salud mental implica que hablemos de tolerancia, integración, inserción... Y sin embargo el *DSM* no menciona nada de esto.

⁴³ Los psiquiatras españoles asumen el modelo de Pinel, y posteriormente el de Esquirol, en la misma línea. Plumed (2005) realiza un recorrido por los autores españoles más destacados en la materia, así como el caso de la escuela catalana y el triunfo del organicismo en el siglo XIX.

Etapa de marginalidad	No hay ningún tipo de atención y/o cuidados al enfermo mental.
Etapa asilar	Bajo las ideas humanistas del siglo XVIII, los “locos” han de ser protegidos, por lo que se les ingresa de por vida en instituciones que cubren sus necesidades básicas. Se les relega al olvido social, ya que son aislados.
Etapa institucional	A partir de 1800, con la evolución del pensamiento social, los trastornos mentales son considerados enfermedad; por lo que los médicos, hasta entonces inexistentes en las instituciones psiquiátricas, van asumiendo liderazgo en el área.
Etapa social	En 1933 los sociólogos de la Escuela de Chicago comienzan a estudiar la enfermedad mental en su entorno social. Tras la II Guerra Mundial, el interés de las disciplinas que estudian el ser humano se centran en el ambiente, el entorno, la clase social, las redes sociales...
Etapa comunitaria	En 1986 la Ley General de Sanidad integra la asistencia psiquiátrica en el Sistema Nacional de Salud, iniciándose la asistencia de los enfermos mentales en los hospitales, centros psiquiátricos... Este cambio se debe al reconocimiento del papel de la familia como responsable de los cuidados, y la necesidad de rehabilitación y reinserción del enfermo mental en su entorno habitual, y no su marginación como hasta entonces.

Tabla 12. Etapas de la atención al enfermo mental de acuerdo a la evolución del pensamiento social.

Fuente: Hernández, Miguel y Rodríguez (2012) y elaboración propia.

No pretendemos pormenorizar al detalle la historia de la Psiquiatría, pero es importante resaltar los hechos más significativos que nos llevan a considerarla como la conocemos hoy en día. En este sentido, la Tabla 12 resume las diferentes formas de atención al enfermo mental desde una etapa de marginalidad hasta otra comunitaria. Puede apreciarse cómo su evolución va acorde a la evolución de la concepción de la discapacidad que vimos con más detenimiento. Así pues, existe una primera etapa de marginalidad, típica del modelo clásico, sin ningún tipo de cuidado hacia estas personas. Después, una etapa asilar que serviría de nexo entre esa marginalidad previa y otra etapa institucional posterior (sería un puente, como decimos, porque en esta etapa asilar a pesar de atender a los *locos* en instituciones, sería otra forma de marginarles igualmente). Bajo una visión médica propiamente dicha, se desarrolla la etapa institucional, donde se considerará ese colectivo como enfermos y, por tanto, objeto de la ciencia médico-psiquiátrica. La etapa social abriría brecha al nuevo modelo social de la concepción de la discapacidad, en este caso porque la enfermedad mental comienza a estudiarse desde una perspectiva sociológica. Finalmente, la etapa comunitaria desarrolla una visión más humana de la enfermedad mental y no meramente médica.

La Psiquiatría contemporánea atraviesa una serie de debates, de interés para la materia que estamos estudiando, como la crítica de Foucault que despuntábamos páginas atrás y que retomaremos en posteriores epígrafes. También la visión planteada por el psiquiatra norteamericano Thomas Szasz, que niega la existencia de la enfermedad mental, “la que sería un *mito* que han inventado los profesionales de la Psiquiatría alentados por una sociedad que así encuentra soluciones fáciles a los complejos problemas del ser humano”

(Salaverry, 2012). Precisamente estos debates son en los que nos centraremos con más detalle en los siguientes apartados.

3.2.1. La Psiquiatría como disciplina consolidada.

“La *enfermedad mental* se transforma así en el mecanismo social, regulado y determinado por la psiquiatría, para patologizar la heterogeneidad humana” (Vásquez, 2011:9). Explica el autor que las disciplinas se caracterizan cuando se consolidan, como hemos visto en el proceso que ha sucedido con la Psiquiatría, y poseen un lenguaje propio, que construye y funda. Este *discurso científico* es en realidad una representación colectiva en la que se crean y recrean objetos, de los cuales se *fabrican* ciertos enunciados donde la ciencia se da como actividad humana. Por ello es importante conocer el discurso científico, así como reflexionar sobre sus orígenes y el modo de construcción del mismo.

«Ahora bien, otro problema referido al estatuto del saber psiquiátrico es el del discurso inquisidor, la forma en que emplaza sus constructos como dispositivos del poder, de modo tal que una misma expresión en boca de un profano carece del peso —o las consecuencias en el orden médico-jurídico— que tiene si es dicha por un perito psiquiátrico; supongamos, por ejemplo, que alguien rotula a un individuo de “demente”. Obviamente, la “verdad” no interesa para poner en marcha el sistema de atención médica, solo la reconstrucción técnica de lo designado por el vocablo es válido socialmente, y ello, en virtud de ser el término usado por alguien que “sabe”» (Vásquez, 2011:11).

Hemos visto páginas atrás el trato prestado a las personas con enfermedad mental a lo largo del tiempo y su “utilidad” histórica para la organización social. Pero en la actualidad, la Psiquiatría como institución represora es incompatible con los principios de una sociedad democrática y libre. Thomas Szasz inició un debate mundial sobre los denominados trastornos mentales a raíz de la publicación de su obra *El mito de la enfermedad mental* en 1961, donde desarrolla la idea de que los diagnósticos psiquiátricos son etiquetas estigmatizadoras aplicadas a personas cuyas conductas molestan u ofenden a la sociedad. Esto podría entenderse como una “fabricación de la locura”, ya que siguiendo esta lógica, la enfermedad mental no existiría, solo conductas anormales; puesto que en la mayoría de las así designadas como enfermedades mentales no hay una merma biológica (lesión orgánica, daño neurológico, trastorno químico, gen de la locura...) Volveremos sobre esta idea más adelante para centrarnos en las perspectivas sociológicas en cuanto al campo objeto de estudio.

Para comprender el papel de la enfermedad mental en nuestra sociedad, hemos de entender, como hemos visto, que proviene de un fenómeno religioso, más que científico, de épocas pasadas: antes se creía en la religión y hoy en

día se cree en la ciencia (hasta el siglo XVIII el mal era interpretado como una posesión demoniaca y hoy es síntoma de un trastorno genético o químico). Los ladrones, explica Szasz (1970), eran anteriormente considerados responsables de sus hechos y castigados por ello; pero desde la *aparición* de la cleptomanía ya no son responsables del robo. La publicación de *La fabricación de la locura: estudio comparado de la Inquisición y el Movimiento de la Salud Mental* (Szasz, 1970), junto con *Historia de la locura en la Era Clásica* (Foucault, 1961) dieron inicio a una nueva era de crítica a la disciplina psiquiátrica⁴⁴, cuyo discurso tintará las ideas de las siguientes páginas.

3.2.2. La evolución histórica del *DSM*.

Clasificar es una de las principales tareas de la actividad científica, ya que ello permite que todos los expertos entiendan lo mismo al tratar ciertas categorías sin interpretaciones particulares, lo que conlleva al rigor científico en el que se amparan. Sin embargo, clasificar puede resultar una tarea complicada especialmente si lo clasificable no es algo físico, como ocurre en nuestro campo objeto de estudio; en el cual del Barrio (2009) señala que se pueden encontrar tres problemas: a) confusión (heterogeneidad vs. homogeneidad dentro del grupo); b) discriminación (entre diferencias del grupo); y c) identificación (asignación de un individuo a un grupo). Kraepelin, en su manual de Psiquiatría (1899), fue el primero en elaborar un sistema para constituir grupos de pacientes con sintomatología homogénea que constituirían un síndrome, por lo que se le considera el padre de los trastornos mentales tal como los conocemos actualmente.

El primer intento en el mundo de clasificar las alteraciones mentales fue en 1917 por la Asociación Americana de Psicología Médica (AMPA). Años después, en 1928, tuvo lugar la Conferencia sobre Nomenclatura de Enfermedades, donde la Asociación Médica Americana (AMA) confeccionó un listado de enfermedades mentales; que pocos años después, en 1932, publicó una nomenclatura estándar de enfermedades (SCND). Sin embargo, esta SCND resultó insatisfactoria en la II Guerra Mundial (1939-1945), donde los profesionales que atendían a los soldados afectados pusieron de manifiesto la necesidad de compartir un lenguaje científico común clasificatorio para tratar a los pacientes, naciendo así el *DSM*. En un primer momento, esa clasificación

⁴⁴ Clasifican la Psiquiatría en dos tipo: 1) la psiquiatría institucional, que comprende todas las intervenciones impuestas a las personas por los demás, caracterizándose estas intervenciones por la pérdida del denominado paciente del control de la relación con el experto psiquiatra; y 2) la psiquiatría contractual, en contraposición con la anterior, que comprende todas las intervenciones psiquiátricas buscadas por las personas, cuyas intervenciones se caracterizan por el control del llamado paciente con el psiquiatra.

común se basó en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), promovida desde Europa por la OMS, pero rápidamente fue directamente suplida por el *DSM*, ya que éste explicitaba los criterios con los que se construían las categorías, creando cinco grandes ejes diagnósticos. La Figura 15 resume las publicaciones de las diferentes versiones tanto de uno como de otro manual a lo largo del tiempo; puede verse como el *DSM-III*, publicado en 1980, y su revisión en 1987, suponen la bifurcación definitiva de ambos manuales; si bien el *DSM-IV* (1994) y el *CIE-10* (1996) representan un esfuerzo por la confluencia, América toma de nuevo la delantera al salir dos años antes.

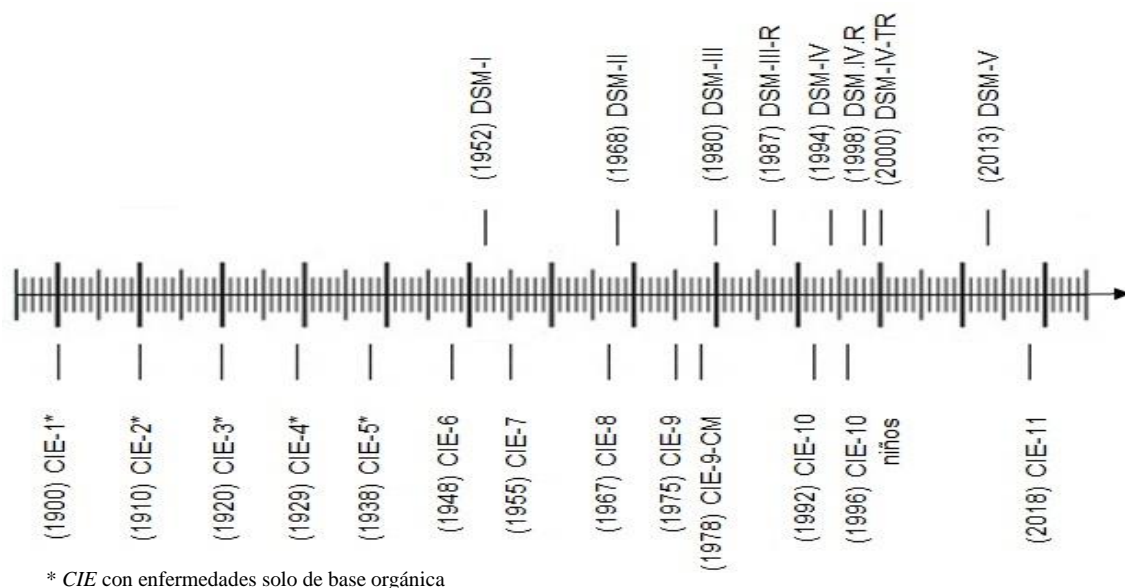


Figura 15. Línea temporal desde 1900 hasta la actualidad, marcando la aparición de las diferentes ediciones del *DSM* y el *CIE*.

Fuente: Cano Esteban, en López y Platero, 2019:227.

El *DSM-I* (1952) apareció como una recopilación del *CIE-6* (1948), pero tuvo una acogida fría y su uso fue limitado. Sin embargo, el *DSM-II* (1968), publicado tan solo un año después del *CIE-8* (1967), supuso la novedad de poder aplicar el modelo médico a los síndromes mentales clasificándolos por grupos. De hecho el *DSM-II* tiene casi 40 categorías más que el *CIE-8*, pero genera discusiones terminológicas, especialmente en la esquizofrenia, donde no se da una explicación satisfactoria, por lo que un año después de su aparición comienza su revisión. Como decíamos anteriormente, el *DSM* se consolida en su tercera versión (1980), donde se expande su uso a todos los profesionales, aunque se intenta mantener la compatibilidad con el *CIE-9*, editado en 1978. Se incorporan criterios de inclusión y exclusión para cada categoría, lo que mejora la fiabilidad y validez de los diagnósticos; ampliando también los ejes I (de carácter fenomenológico) y II (de carácter etiológico), siendo los otros tres de carácter temporal y social, pudiendo resumir los ejes incorporados de la siguiente manera: I. Síndromes clínicos; II. Problemas de desarrollo infantil y trastornos adultos; III. Trastornos con causa orgánica; IV. Intensidad y severidad de los estresores psicológicos; y V. Adaptación del

paciente en el último año. La revisión de esta tercera versión (1987) consistió en la reorganización de algunas categorías, como la de los trastornos afectivos y la hiperactividad, la mejora del eje IV y la inclusión de un índice que permitiera precisar el grado de adaptación del paciente en el eje V; estas correcciones supusieron un gran impacto y el uso del *DSM* se generalizó.

El *DSM-IV* (1994) procura coordinarse con el *CIE-10* (1992, que saca su versión infantil en 1996). Quería ser un manual manejable, dado que llevaba casi dos décadas a la cabeza de la consulta, por lo que procura tener una brevedad de criterios y una claridad en el lenguaje que faciliten la tarea; así como contar con una recolección de datos empíricos recientes. En esta versión los trastornos orgánicos desaparecen y se incorporan nuevos (como “trastornos de la alimentación”, “delirio”, “demencia”... así como la remodelación general de los trastornos sexuales infantiles, entre otros cambios). Es así como se llega a la última versión vigente, *DSM-V* (2013), en la cual desaparecen los ejes diagnósticos debido a su incompatibilidad con los sistemas de diagnóstico en el resto de la medicina, así como el resultado de una decisión de colocar los trastornos de la personalidad y la discapacidad intelectual al mismo nivel que los otros trastornos mentales (Muñoz y Jaramillo, 2015); que si bien son los cambios más relevantes, no son los únicos que se dan con esta nueva versión.

Lo cierto es que la evolución de este manual hasta llegar a la edición actual no está exento de críticas (Barreira, 2015), ya que para comenzar no declara sus fuentes. Explicita los comités de investigación, pero no ofrece una bibliografía con la literatura científica tenida en cuenta para la elaboración del manual. Tampoco evidencia el sesgo hermenéutico⁴⁵, ni explica el campo que abarca en cuanto a las variables incluidas/excluidas de su modelo estadístico, ni reconoce un paradigma desde su propuesta. Como indica el autor, el *a-teoricismo* es imposible porque los modos de abordar la realidad siempre están impregnados de la valoración de ciertos datos; por ejemplo “la elección del término ‘trastorno’ (*disorder*) en lugar de ‘enfermedad’ es más descriptiva, menos explicativa, y sugiere la idea de desorden, lo que elimina la carga semántica organicista” (2015:122). Lamentablemente, hablar de trastornos mentales y no de personas obliga a enfocar lo que se ve y no lo que sucede, por eso se habla de clínica de la mirada y no de clínica de la escucha.

Estas críticas conllevan a lo que se puede reconocer como una crisis de los sistemas diagnósticos (tanto del *DSM* como del *CIE*), ya que el director del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de Estados Unidos anunciaba en 2013 que iba a dejar de utilizar dichos criterios diagnósticos debido a su falta de validez, por lo que el lanzamiento del *DSM-V* apenas un mes después de

⁴⁵ La hermenéutica se considera una disciplina de interpretación de los textos, para comprender el todo, comprender la parte y el elemento y, más en general, se precisa que tanto el texto como el objeto interpretado, así como el sujeto interpretante, pertenezcan a un mismo ámbito.

esta declaración podría decirse que nace clínicamente muerto (Pérez Álvarez, 2017). A su vez, una organización de psiquiatras británicos comienza a promover la campaña 'No más Etiquetas Psiquiátricas'. Alternativas no faltan, el problema es que existen, paradójicamente, demasiadas, por lo que no se llega a un consenso que permita institucionalizarlas y hacerlas valer. Además, estas alternativas transdiagnósticas, a veces no dejan de hablar de las mismas categorías diagnósticas que pretenden superar. Estos son los dos principales problemas que surgen en medio del nuevo panorama: 1) la proliferación de dimensiones transdiagnósticas, y 2) que se siga hablando de categorías.

Se presenta este movimiento transdiagnóstico como respuesta a la crisis de los sistemas diagnósticos, pero las categorías diagnósticas parecen ser imprescindibles; por lo que se opta por un enfoque combinado entre el transdiagnóstico y la categorización psicopatológica, donde "las categorías clínicas siguen en pie, pero sobre otra base [...] Ya no se trata de puñados de síntomas (5 de 10) ni de redes-de-síntomas, sino de figuras con estructura, cuyo patrón organizativo, o desorganizador, sería un patrón patógeno de hiper-reflexividad que se arremolina y configura de diversas maneras reconocibles (ansiedad, depresión, esquizofrenia, melancolía, manía)" (2017:49). El autor alude precisamente a estas categorías porque habla de cómo son categorías existenciales antes que clínicas, tanto en términos históricos como biográficos. Se pregunta cuántos de estos problemas de la vida terminan por ser problemas psicológicos. El problema no es la clasificación, sino *qué* clasificación.

3.3. PERSPECTIVAS SOCIOLÓGICAS SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL.

Hablábamos anteriormente sobre la consolidación de la disciplina psiquiátrica como tal, hasta llegar a cómo la conocemos hoy en día y la forma de actuar para con los llamados pacientes, teniendo en cuenta el proceso histórico que ha vivido desde su comienzo hasta la actualidad; así como también comprendemos mejor cómo este afianzamiento ha podido ser posible gracias a una sistematización científica del método que viene marcado por la publicación del listado de lo que se considera y no se considera trastorno mental, en el *DSM* como libro de referencia de la disciplina, que también ha sufrido su propia evolución a lo largo de los años desde su primera versión en 1952 hasta la quinta y última, actualmente en vigor, del 2013.

Aplicar estas etiquetas (estigmatizantes) en forma de diagnósticos psiquiátricos a las personas es, precisamente, la "fabricación de la locura" a la

que aludía Szasz, cuando simplemente se está poniendo nombre (estigmatizante) a conductas que molestan u ofenden a la sociedad por ser conductas anormales. Con el auge del modelo médico de la discapacidad, aplicable al subcampo de la salud mental, “se crean instituciones estatales que buscan que el control social esté limitado, a la vez que se garantizan y protegen libertades y derechos de todos los ciudadanos; se industrializa la producción para aumentar la productividad y desarrollar la economía; y surgen nuevas clases sociales que permiten la prosperidad de ciertos grupos poblacionales y causan marginalidad en otros. Este es el caldo de cultivo, con la ciencia médica al frente, para que la discapacidad adquiera una enunciación: siendo definida y clasificada; con lo cual se la estructura y se la da forma (también a nivel social)” (Cano Esteban, 2021b:83-84).

Es decir, comienzan a crearse «patrones de normalidad» que a su vez conllevan, por ende, «patrones de anormalidad y desviación» (Rodríguez Díaz, 2012). “El sentido socialmente «legítimo» de la discapacidad proviene de la ciencia médica [...] Se presupone, porque así lo ha estipulado la ciencia médica, que el organismo humano debe cumplir ciertos estándares de constitución y en su funcionamiento que lo cualifican como «normal» [...] Es «normal» porque médicamente ha sido así definido [...]. Una desviación de la norma medica implica un cuerpo no apto para realizar ciertas funciones que un cuerpo «normal» sí estaría en condiciones de llevar a cabo” (Ferreira, 2010: 48). Foucault señala como a raíz de ello se produce una forma de disciplinamiento, no de los cuerpos (en este caso de aquellos que contienen la forma no-física, su forma intangible en tanto a lo mental), sino de los saberes, y que dicho disciplinamiento conlleva un nuevo tipo de relación entre poder y saber, donde emerge la ciencia que se constituye como *la verdad*; lo que a lo largo de su literatura denomina *aparatos de saber-poder* (1976, 1992, 1999).

Moreno Pestaña hace un balance de este poder psiquiátrico y la sociología de la enfermedad mental: “el asilo o el encierro no son lo básico para comprender el maltrato a la locura. Lo básico estriba en que el psiquiatra impone las normas sociales ocultándose tras una (supuesta) ciencia” (2015:143). La consolidación del poder psiquiátrico señala esos comportamientos anormales del individuo incómodos para la sociedad, que queda más tranquila al saber que existe una explicación científica tras ellos; este signo de imperfección que se ha de señalar, y que por lo mismo la sociedad debe evitar, es el concepto de “estigma” que Goffman (1963, 2009) desarrolla en su bibliografía. “El estigma nunca desaparece (por ejemplo, cuando un paciente mental está curado, se habla de «paciente mental en remisión», así que, de algún modo, siempre se conserva la etiqueta «paciente mental»)” (Cano Esteban y Rodríguez Díaz, 2015:17).

Según la OMS, 450 millones de personas en todo el mundo se ven afectadas por un problema de salud mental que dificulta gravemente su vida, y en 2030 éstos serán la principal causa de discapacidad en el mundo⁴⁶. La visión de la OMS con la mirada puesta en lo que pueda pasar en el futuro representa una transformación importante en la forma institucional de concebir la salud mental (Ordorika, 2009). Primero porque se intenta dejar atrás un modelo eminentemente médico, que solo tomaba en consideración aspectos individuales —biopsicológicos— para abordarlo desde una perspectiva interdisciplinar, cuyo enfoque intenta abarcar toda la complejidad de la temática. Por ello la OMS insiste en entender las particularidades de culturas y grupos en relación con la salud mental, para poder promover políticas de salud efectivas. La Sociología, a diferencia de la Psicología, analiza precisamente cómo las situaciones sociales y los contextos culturales influyen en la construcción de la salud/enfermedad mental, cómo se relacionan los procesos sociales y los estados mentales de los individuos, y cómo se vinculan poblaciones específicas (según género, raza, clase social...) con trastornos particulares (Cockerham, 2000).

La introducción de la perspectiva de género supuso un avance cualitativo considerable, ya que hasta entonces se tendía a estudiar a las personas con padecimientos mentales como un grupo indiferenciado y uniforme. Joan Busfield (2001) fue una de las precursoras en el campo de la sociología feminista de la salud mental. El punto de partida son las mujeres, reconociendo la situación de desigualdad frente a los hombres, que se traduce en subordinación y desempoderamiento; por lo que señala cuatro líneas de investigación: a) relación existente entre los procesos sociales y las definiciones de salud/enfermedad mental, incluyendo las categorías diagnósticas, para visibilizar y desmontar los sesgos de género que contienen; b) la relación establecida entre los procesos sociales y la constitución de prácticas médicas, ahondando en cómo la Psiquiatría ha colaborado en el control de las mujeres; c) la relación existente entre los procesos sociales y la etiología de los trastornos mentales, partiendo de la situación socialmente desigual de las mujeres; y d) el análisis de las experiencias de los individuos para ver cómo influye la identidad de género en la vivencia de estos padecimientos.

En la década de los '60 del pasado siglo comienzan este tipo de investigaciones sobre la relación entre género y salud, siendo académicas feministas británicas y estadounidenses las primeras en estudiar cómo repercutían las diferencias de género en la salud mental de las mujeres, preocupadas por la sobrerrepresentación femenina en las estadísticas epidemiológicas psiquiátricas realizadas hasta entonces (Ordorika, 2009). Para dar respuesta a por qué, según las cifras oficiales de la época, había más

⁴⁶ Confederación de Salud Mental España: <https://comunicalasaludmental.org/>

mujeres que hombres con afecciones mentales, se aborda la cuestión desde dos perspectivas teóricas diferentes. La primera fue la *construcción* social de la salud y la enfermedad mental: “aceptar que las nociones de salud y padecimiento mental son fenómenos sociales y culturales nos obliga a dejar de pensarlas como condiciones objetivas con características invariables” (2009:651). Por lo que la elevada cifra de mujeres con trastornos mentales en las estadísticas sería resultado de sesgos en los instrumentos empleados para recabar información. El segundo enfoque es el de la *producción* social de la salud y la enfermedad mental, donde se estudia cómo los factores sociales y las condiciones de vida afectan a la salud de los individuos, insistiendo en las diferencias entre mujeres y hombres respecto al tipo de problemas que presentan, ya que las mujeres se encuentran oprimidas por una sociedad patriarcal.

Además del género, como decíamos, la Sociología de la Salud/Enfermedad Mental analiza otras cuestiones interesantes para abordar la comprensión de la enfermedad mental como son la clase social, el contexto cultural, los procesos sociales... Moreno Pestaña (2015) realiza un análisis entre la salud mental y el trabajo, aunque señala que por desgracia nunca fue demasiado explorada. El manual de Cockerham (2000), por ejemplo, no dedica ningún apartado a este vínculo entre trabajo y desórdenes mentales. Emilio Mira propuso, allá por 1937, una relación entre grupos profesionales y supuestas enfermedades mentales, como los delirios de persecución en policías. Ello resultó interesante, pues “las mutuas de accidentes de trabajo estaban interesadas en saber cuántos enfermos producía cada profesión” (Moreno Pestaña, 2015:128). Este uso del poder médico psiquiátrico que comenzó hace casi un siglo, se pone hoy en día más de manifiesto si cabe, pues esa relación entre trabajo y salud mental a la que no se prestó especial atención antaño, se explota en la actualidad de manera exacerbada para optimizar los beneficios económicos del sistema capitalista al que rinde cuentas de esta manera la ciencia, en este caso médica.

Como vemos, aplicar una perspectiva sociológica al estudio de la enfermedad mental aporta información relevante sobre la cuestión que desde otras perspectivas, como la psicológica, no se tienen en cuenta. Sin embargo, hay que señalar una limitación a las teorías sociológicas sobre los trastornos mentales, ya que es imposible realizar una discusión de los mismos tomada en su generalidad, sin adentrarse en las especificidades de cada trastorno concreto (Sánchez Moreno, 2002a, 2003). El autor tiene un interesante estudio sobre la depresión y la ansiedad en concreto, ahondando en las diferentes teorías explicativas para dicho trastorno. A su vez, Moreno Pestaña (2010) realiza un análisis centrado en la anorexia que es de especial interés a la temática por lo pormenorizado del tema. De la misma forma se pueden estudiar cualquiera de los considerados trastornos mentales actualmente, atendiendo a

sus antecedentes históricos, su aparición como problemática, su trato desde la perspectiva médica y las consecuencias sociales que de ello se derivan.

La enfermedad mental, así como la disciplina psiquiátrica, es un constructo social como hemos visto; por lo que cada uno de los trastornos que se recogen siguen una lógica evolutiva similar para llegar a ser (o dejar de ser) enfermedades mentales. La aplicación de nuevas perspectivas teóricas al campo de la salud mental, como es el caso de la mirada sociológica, replantea la hegemonía de la ciencia psiquiátrica como referente indiscutible en la materia, dando lugar a nuevos e interesante enfoques que, si bien no desplazan por completo la actuación médica, al menos arrojen luz a las sombras que la Psiquiatría no alcanza a ver.

3.4. CRÍTICAS A LA PSIQUIATRÍA.

Existe una contradicción entre los datos y la respuesta local que se presta, ya que las dolencias mentales afectan a un porcentaje de población elevado (según la OMS, el 25% de la población tendrá algún tipo de problema de salud mental en algún momento a lo largo de su vida), pero esto no está en consonancia con los conocimientos que tenemos sobre ellas, ni mucho menos se corresponde con los recursos que invertimos en atenderlas en el sistema sanitario. Esta discrepancia es evidente desde hace tiempo en la Sociología Médica, y en el intento de aportar claves para comprenderla, y tal vez atajarla, ahondaremos sobre tres conceptos relevantes en la materia (Torres, 2018): alfabetización en salud mental (ASM), estigma de las dolencias mentales y análisis de la decisión de revelar.

Existe una correlación entre alfabetización en lectoescritura y salud: un mayor analfabetismo en lectoescritura se relaciona estadísticamente con peores pronósticos en salud. Surge así el concepto de alfabetización en salud acuñado por la OMS: “habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud”. (no exento de críticas, aunque no entraremos en ellas para no desviarnos de nuestro objetivo). Años después, en 1997, Jorm lo aplica al subcampo de la enfermedad mental, acuñando así el concepto de ASM: “el conocimiento y las creencias sobre desórdenes mentales que ayudan en su reconocimiento, manejo y prevención. La ASM incluye la habilidad para reconocer desórdenes específicos; el conocimiento sobre cómo buscar información en salud mental; el conocimiento de los riesgos y las causas, y de los posibles tratamientos tanto

profesionales como de auto ayuda; y las actitudes que promueven el reconocimiento de adecuadas búsquedas de apoyo” (1997:182-183). La conclusión del autor es que la ASM debe aumentarse para mejorar la salud mental de la población, en el análisis de los resultados de sus encuestas observa, por ejemplo, como muchos de los participantes reconocen la presencia de algún tipo de dolencia mental pero pocos asignan una etiqueta coherente con los estándares psiquiátricos aceptados en el *DSM*. Según los estudios, los niveles de ASM son bajos en dos colectivos especialmente significativos, los profesionales de la salud y los profesionales de la educación, que son dos colectivos encargados de la detección, temprana o no, de los síntomas de dolencia mental. No podemos dejar de señalar este hecho que, por otra parte, arroja luz a la incompreensión existente que hay sobre la enfermedad mental si los encargados de señalarla no son capaces de poder hacerlo.

Puede concluirse, pues, que parece existir una disonancia entre lo que el individuo de a pie entiende en el día a día sobre lo que le pasa y lo que dicta la ciencia médica, que es en última instancia la que le dirá al individuo lo que le sucede, y no al revés. En el imaginario social, la dolencia mental en el sistema médico “percibe, explica y actúa simplificando los problemas de los enfermos en el código médico” (Torres, 2012:102). Médico y paciente se encuentran en ese imaginario social, que tiene cuatro funciones principales: 1) concibe imágenes de *estabilidad* en situaciones de cambio social; 2) genera percepciones de *continuidad* en experiencias de discontinuidad; 3) aporta *explicaciones globales* de fenómenos fragmentarios, trabajando para ofrecer una perspectiva unificada de lo que es de por sí fragmentario y sin sentido; y 4) permite *actuar sobre los procesos comunicativos de los sistemas diferenciados*, lo que facilita que el sistema social pueda comunicarse al observar como real lo construido por los sistemas especializados.

Esta imposición de la Psiquiatría ante lo que dice la persona, es un intento de cuadrarla en alguna de las categorías establecidas para la clasificación y el control de la problemática; y ello nos devuelve a la idea del estigma social asociado a las dolencias mentales que conlleva dicha categorización, como ya hemos despuntado páginas atrás. Retomando las ideas de Goffman (1963, 2009), que acuñó el concepto, una identidad estigmatizada surge en un proceso social donde las interacciones con los otros lo desvían de lo considerado como identidad normal.

«El término enfermedad mental no es sino una metáfora que se desarrolla en el ámbito del discurso [...]

»Cuando alguien es diagnosticado como depresivo, psicótico, etc., esa persona es ubicada en un rol que ha sido creado por el propio diagnóstico psiquiátrico, y se marca para ella un conjunto de comportamiento y experiencias.

»No encontramos, en cierto sentido, con una revisión (no explícita) de la teoría del etiquetado. Es la etiqueta la que da lugar a la realidad, y no al contrario [...] Es el discurso el que produce la enfermedad. Dicho de otra manera, la enfermedad es el discurso». (Sánchez Moreno, 2002b:42-43).

Posteriormente, la sociología de la desviación ahondó en la etiquetación como fenómeno sociológico principal en el proceso de construcción social de la enfermedad mental. Becker (2018) realizó una crítica contundente sobre los estudios fundados en correlaciones realizadas a partir de los registros administrativos. Una persona puede estar enferma o no (Becker hablaba de desviación), y se puede percibir como tal o no. El enfermo al que se percibe y se trata es al que se espera encontrar en los registros psiquiátricos, pero ¿qué pasa con el que estando enfermo pasa desapercibido? Además, los estudios sobre desviación se apoyaban en un análisis multifactorial que presuponía que todas las variables que actúan sobre un fenómeno lo hacen a la vez. Becker lo llamaba modelos sincrónicos de desviación, las estadísticas no permitían ver qué variable actuaba en cada momento de la enfermedad, las estadísticas ignoraban los procesos temporales (ya que los enfermos mentales en realidad son fruto de una carrera, usando prestada la terminología de Goffman).

Entonces, (1) si existe en general una baja ASM, especialmente entre aquellos que supuestamente deben detectar los trastornos mentales en los demás; (2) si en las estadísticas solo aparecen aquellos que efectivamente se detectan; y (3) si se les asocia un estigma solo a las personas encuadradas en alguna categoría, precisamente solo por estar diagnosticados como tal, a pesar de que existe más gente igual que no ha sido detectada y vive su vida sin etiquetas con connotaciones negativas... Podría concluirse pues que estamos ante el modo en el que se “fabrica la locura”, como apuntaba Thomas Szasz. Y la encrucijada en la que se encuentran las personas diagnosticadas con algún tipo de trastorno mental es si desvelar o no ese diagnóstico en su entorno. ¿Cómo y por qué se decide compartirlo con otros? Si se decide desvelarlo, ¿se comparte con todo el mundo o solo con los profesionales? A pesar de ser una decisión individual, está marcada, por procesos sociales; ya que se rebela el diagnóstico cuando se percibe la probabilidad de recibir apoyo del entorno (referido tanto al apoyo emocional en el ambiente cercano de familiares y amigos, como apoyo para recibir tratamiento por parte de los profesionales de la salud).

Después de todo lo visto, y la interconexión de ideas que hemos ido despuntando a lo largo del texto y que confluyen aquí, podemos añadir en este punto otro elemento, también señalado con anterioridad, a la crítica epistemológica de la Psiquiatría, como es la teoría foucaultiana, que coincide en dos puntos cruciales con Goffman: la incapacitación del enfermo y la conversión de la historia completa del individuo en un signo de su enfermedad. Del primero hablamos ya con anterioridad, puesto que es una forma de control social de determinado grupo poblacional, en este caso de las personas con

enfermedad mental. Relativo al segundo, reforzando el argumento de Becker sobre los llamados modelos sincrónicos de desviación, Foucault recuerda que no se puede reducir la enfermedad a una esencia ahistórica, como hacen muchos psiquiatras.

Foucault se planteaba por qué la sociedad delega un poder tan grande en los profesionales de la salud mental, llegando a la conclusión que ya hemos señalado en el presente artículo en varias ocasiones en tanto que cumple una función de control social al servicio de los intereses del sistema. La psicopatología⁴⁷ parece querer ser la ciencia básica de la Psiquiatría, aunque no significa que lo consiga. Pero este férreo control social, casi imperceptible para el ciudadano de a pie en el día a día, es lo que genera una corriente crítica que reacciona ante ello y que se opondrá a la Psiquiatría hegemónica en el campo de la salud mental.

3.4.1. La antipsiquiatría.

El término antipsiquiatría fue creado por el psiquiatra David Cooper (1931-1986), teórico y líder del movimiento junto con otros autores, algunos de ellos ya mencionados con anterioridad en esta exposición, como Thomas Szasz y Michel Foucault. El concepto se acuñó para designar un movimiento político de impugnación radical del saber psiquiátrico, que se desarrolló entre 1955 y 1975, cuando la Psiquiatría ya se había institucionalizado como saber regulador de la normalidad y la anormalidad. “La antipsiquiatría ha tratado de reformar el asilo y transformar las relaciones entre el personal y los internados en el sentido de una gran apertura al mundo de ‘la locura’, eliminando la noción misma de enfermedad mental. La institución psiquiátrica se nos presenta hoy como una estancia opresora” (Vásquez, 2011:10).

Sin embargo, el movimiento antipsiquiátrico, por desgracia, no llegó nunca a poner contra las cuerdas a la Psiquiatría. A pesar de ello, la antipsiquiatría es la manifestación de una profunda crisis en el campo de las disciplinas de la salud mental; aquellas que se sistematizaron tras la II Guerra Mundial, que permanecieron décadas intocables, inmutables, comienzan a fisurarse tras los golpes asestados por el pensamiento de una nueva época de rebelión, que culminará con mayo del 68, cuestionando las teorías políticas y la organización social convencional.

David Cooper comenzó a utilizar este término para describir una experiencia realizada en un pabellón de un hospital psiquiátrico de Londres, junto a su colega Rolanld Laing, donde se usaba una “práctica alternativa a la

⁴⁷ “Estudio de las enfermedades o trastornos mentales, así como de su naturaleza y sus causas” (RAE).

psiquiatría tradicional, frente a la violencia institucional, cuestionando el hospital, yendo más allá de la comunidad terapéutica, en una práctica que va a ensayar un clima de libertad para los pacientes, sin violencia ni restricciones” (Desviat, 2006:10). Aunque es en dicho momento geográfico-histórico cuando debemos situar en sentido estricto la antipsiquiatría, hoy en día el término se ha generalizado para designar todo movimiento anti institucional y reformador de la Psiquiatría proveniente de los años '60 y '70 del pasado siglo.

Esta primera etapa, denominada por algunos autores como *antipsiquiatría clásica* (Pérez Soto, 2012), señala como decíamos, las condiciones de encierro y segregación de la institución asilar que expresaban el carácter opresivo de la Psiquiatría en la sociedad, denunciando ser ésta una disciplina de control social para restablecer el orden social. Dicho de otra manera, la antipsiquiatría, en un primer momento, critica el poder y la función de la Psiquiatría en la sociedad. Pero ello no quedó solo en una mera crítica intelectual, pues también se llevó al terreno práctico (Cea y Castillo, 2016). En Estados Unidos se desarrolló una antipsiquiatría centrada en el respeto de los derechos civiles de los pacientes mentales, preservando la autonomía del ciudadano en relación al tratamiento psiquiátrico. A su vez, la antipsiquiatría inglesa desarrolló espacios privilegiados de comunidades terapéuticas, donde las prácticas institucionales de poder fueron suspendidas. Así mismo, la antipsiquiatría francesa desarrolló propuestas renovadoras en las instituciones psiquiátricas que incluían la participación de los propios internos en la toma de decisiones, evitando el recurso de las terapias agresivas. Finalmente, desde una perspectiva de cambio social, el movimiento antipsiquiátrico en Italia estableció una estrategia de lucha militante, expresando una crítica y transformación en las relaciones de poder.

“En el caso de España, el movimiento alternativo de los jóvenes psiquiatras y profesionales de la salud mental se convirtió gracias a la dictadura en un movimiento político en lucha por las libertades: no cupo la antipsiquiatría. La reforma psiquiátrica, la mejora de la atención a los enfermos mentales, no podía desligarse de la lucha contra la dictadura de Franco. Ni pudo después descoserse, una vez llegada la democracia, de la necesaria reconstrucción de la sociedad civil y sus instituciones y servicios. Otra cosa es que algunos de sus postulados, al igual que sucedió con la revuelta de Mayo, impregnasen la conciencia social de gran parte de una generación, que jugó un papel importante en la reforma psiquiátrica española” (Desviat, 2006:12). Destaca la labor del psiquiatra Ramón García (1941-actualidad), miembro fundador del Colectivo Crítico para la Salud Mental, que presentó los primeros textos antipsiquiátricos en nuestro país, proponiendo la urgente participación y comunicación de los hospitales psiquiátricos a través de la semiclandestina Coordinadora Psiquiátrica Nacional (Galván, 2009).

Retomando la cuestión general de la antipsiquiatría en su conjunto, ésta no está tampoco exenta de críticas: Jervis (1979) se plantea en su obra *El mito de la antipsiquiatría*⁴⁸, si realmente es posible ayudar de forma antipsiquiátrica a una persona afectada (y oprimida) por lo que se llama un trastorno mental. Es por este tipo de cuestiones por las que aquel primer período de la antipsiquiatría, la antipsiquiatría clásica, evoluciona hacia un pensamiento que parte, ya no de los profesionales de la salud mental, sino de los propios pacientes, comenzando así una segunda fase de lucha emancipatoria por parte de los propios *locos* a raíz de un movimiento de expacientes o sobrevivientes a la Psiquiatría.

«Este colectivo había vivenciado el abuso psiquiátrico como forma de discriminación respecto de su género, situación social, color de piel u origen cultural; así como la experiencia social de la estigmatización producida a partir de diagnósticos y tratamientos [...] De esta forma, estos movimientos y agrupaciones de “psiquiatrizados en lucha” tuvieron como fuente de inspiración, en su forma de organización y estrategias de lucha, las acciones de protesta de las minorías étnicas por los derechos civiles, la influencia del movimiento feminista y la liberación homosexual» (Cea y Castillo, 2016:175).

El objetivo político de estos movimientos y organizaciones de expacientes o sobrevivientes consistía en devolver a los usuarios de servicios psiquiátricos sus derechos como ciudadanos. Además, el movimiento en sí estaba compuesto por personas que habían vivido la experiencia de la psiquiatrización, enfatizando que a pesar de que eran consideradas enfermas mentales, podrían hablar por sí mismas. Por lo que la característica principal de estas agrupaciones, podría decirse, fue crear de primera mano una serie de estrategias de resistencia. Aunque ello supone un avance importante en la evolución de la antipsiquiatría, el movimiento de expacientes o sobrevivientes a la Psiquiatría, conserva la premisa básica de la antipsiquiatría clásica sobre su rechazo radical a las prácticas de la Psiquiatría dominante. El movimiento, como decimos, denuncia la opresión psiquiátrica; pero al poco tiempo, diversas agrupaciones comenzaron a notar que el enfoque legal tenía sus limitaciones; por lo que inician estrategias de acción directa bajo el lema “la liberación de los psiquiatrizados será obra de los mismos psiquiatrizados”, atacando directamente ciertas técnicas de la Psiquiatría oficial con la finalidad de desbordar el marco legal. Por ello, diversas organizaciones comienzan a desarrollar redes de apoyo y colaboración entre personas ‘psiquiatrizadas’ bajo el principio de ayuda mutua.

Los activistas de estos movimientos comienzan a utilizar conceptos como el de *recuperación* para “describir un estado de equilibrio y bienestar que se lograba al superar las limitaciones que imponían las etiquetas diagnósticas en la construcción de su identidad así como los efectos indeseados producidos

⁴⁸ El escrito pretende ser una clara contraposición, ya desde el propio título, a la conocida obra de Thomas Szasz, *El mito de la enfermedad mental* (1961).

por los tratamientos psiquiátricos” (Cea y Castillo, 2018:565), lo que implica un reconocimiento de las potencialidades de la persona. El ciclo histórico de los movimientos de expacientes o sobrevivientes a la Psiquiatría culmina con su integración, en 1985, a la Conferencia Anual “Alternativas” financiada por la NIMH; lo que marcó el comienzo de un proceso de institucionalización de las formas de apoyo mutuo en el campo de la salud mental, así como de las acciones en defensa de los derechos de estas personas, que promovieron el declive de las estrategias más radicales de denuncia de la opresión psiquiátrica (Cea y Castillo, 2016, 2018). Al decaer el movimiento en visibilidad tras este hecho, a lo largo de las décadas de los '80 y '90, el concepto de recuperación es reabsorbido como un enfoque complementario a las corrientes predominantes de la Psiquiatría hegemónica, quedando la idea como el proceso *individual* de actitudes, valores, sentimientos, habilidades... que la persona promueve con el fin de vivir una vida satisfactoria *dentro de las limitaciones* causadas por la enfermedad mental.

Si bien parece quedar un panorama desolador donde el paciente mental en remisión siempre conlleva asociado el estigma de “paciente mental” sin que nada pueda hacer, no hay que menospreciar la iniciativa de estos movimientos antipsiquiátricos abanderados por las propias personas afectadas, que metieron cuña para abrir una brecha en el cambio de la perspectiva médica sobre la materia. En los años '90 emerge lo que podría entenderse como una “nueva antipsiquiatría”, revitalizando la impugnación hacia la pretensión de la disciplina psiquiátrica de definir una serie de problemáticas humanas como objetos del campo de la medicina (en este caso dentro del ámbito mental) en la sociedad contemporánea. Esta nueva antipsiquiatría retoma las ideas iniciales de la antipsiquiatría clásica, que defiende la falsa neutralidad y objetividad de la Psiquiatría. Por ello, podría decirse que la nueva antipsiquiatría está orientada a restaurar un mínimo de criterios básicos bajo los cuales opere la Psiquiatría para proteger a la ciudadanía de sus efectos no deseados; y esta es la línea que continúa activa hoy en día, cada vez con mayor fuerza, dentro de los sectores críticos de la disciplina.

3.5. SUPERANDO EL CAPACITISMO DE LA ENFERMEDAD MENTAL.

En primer lugar queda patente cómo la Psiquiatría queda subordinada al poder del Estado, justificándose así que éste pueda usarla a su favor para clasificar a las personas (como desviadas de la normalidad), y que se

promueva el internamiento de numerosos grupos de población: en este caso en instituciones manicomiales u hospitales, pero también en otros ámbitos como las prisiones, como expone Foucault acertadamente en *Vigilar y castigar* (1976).

El proceso de racionalización (Weber, 2016) de la Modernidad, que antepone la razón a la religión, se traduce en una secularización que explica todo lo que sucede, puesto que Dios ya no está en el centro de la vida pública y privada. La ciencia ocupará ese lugar, y la discapacidad, y en consecuencia la enfermedad mental, se verán sometidas a estos cambios sociales. Se empiezan a dar explicaciones de carácter científico apoyadas en la razón; en este caso, por la ciencia médica pertinente, que es la Psiquiatría. Se entiende así las prácticas que se han utilizado con estas personas a lo largo de los años. La Psiquiatra, como ciencia médica indiscutible en el campo de la salud y la enfermedad mental, va más allá del alcance de su supuesta aplicación médica para tener un impacto en aquellos que han sido diagnosticados o etiquetados con enfermedades mentales.

El estigma que provoca el diagnóstico de una enfermedad mental produce un efecto de desventaja social en la persona, ya que el imaginario social genera una serie de creencias negativas sobre la propia enfermedad y por ende sobre la persona que lo padece, muchas veces por desconocimiento de la situación y/o el propio miedo que genera lo desconocido. El caso es que el diagnóstico de una enfermedad mental puede generar rechazo social, aislamiento y en general discriminación hacia este colectivo, como hemos visto.

Si bien la Psiquiatría se ha convertido en el paradigma hegemónico dentro del campo de la salud mental por su evolución histórica, como vemos hoy en día ya no es el único existente en campo de la salud mental y surgen paradigmas emergentes, alternativas (Cea y Castillo, 2016), especialmente en estas últimas décadas. Los procesos de desinstitucionalización y reforma psiquiátrica incorporaron una serie de profesionales, no necesariamente sanitarios, para su desarrollo. Además, a raíz de los movimientos asociativos de las propias personas afectadas, expacientes y familiares, se crean servicios comunitarios que promueven la integración real y efectiva de este colectivo en la organización de sus recursos y acciones. Estas prácticas expresan la reconfiguración del modelo asistencialista de la Psiquiatría; y en una visión más general sobre la cuestión, implican un reordenamiento del rol hegemónico que ésta tiene.

Una de las mayores consecuencias no deseadas de la Psiquiatría es lo que podría catalogarse como biopsiquiatría y, lo que es más importante con nuestro objeto de estudio, su relación con la industria farmacéutica. Como hemos visto, aparecen cada vez más número de categorías diagnósticas, cosa que no ocurre en otras disciplinas médicas, ya que el ámbito de la salud mental

al ser más subjetivo, es más proclive a poder construir nuevos criterios diagnósticos que construyan un trastorno diferente a los ya existentes (podría decirse que se da una férrea alianza entre la medicalización y la mercantilización en el campo de la subjetividad). Por ejemplo, el *DSM-V* debatió la posibilidad de convertir la timidez y la rebeldía en posibles trastornos mentales (Markez, 2017), lo que hubiera implicado que aquellos soñadores que luchan por sus ideales no serían inconformistas, sino meros enfermos mentales cuyas ideas se desacreditarían por el aplastante peso del diagnóstico. Incluir cada vez más y más trastornos, convertir hechos hasta ahora normales en anormales, en problemáticas que tengan “cura”, genera miles de millones en beneficios para las industrias farmacéuticas, que se lucran de que haya mayor número de enfermedades mentales por diagnosticar y mayor número, por tanto, de posibles futuros enfermos (potenciales compradores de medicamentos) que puedan encajar en alguna de las múltiples categorías diagnósticas existentes.

La población no precisa necesariamente toneladas de pastillas, las estrategias en salud mental deben pasar por una mejora en la calidad de vida de las personas, antes de que tengan que llegar al sistema sanitario. A pesar de ello, una vez dentro del sistema, la Psiquiatría debería recapacitar sobre su actuación, porque va más allá de su ámbito y tiene consecuencias en la esfera social. Las categorías y diagnósticos utilizados no son inocuos, tienen secuelas en las vidas de las personas; y la Psiquiatría debería escucharlas, y no imponerse, para encontrar un espacio común donde trabajar. Los movimientos asociativos que sirven de altavoz a las ideas de las propias personas con trastornos mentales son importantes, así como su actuación, la de sus familias y la comunidad en general. La Sociología, entre otras ramas de conocimiento, puede ayudarnos a comprender el sufrimiento humano mucho mejor que las concentraciones de serotonina en sangre.

Es por ello que el panorama actual de la salud mental vive un momento de auge de movimientos alternativos a la Psiquiatría, protagonizados por personas que han vivido la experiencia de un diagnóstico psiquiátrico y buscaron nuevas interpretaciones sobre las diferencias subjetivas que les habrían llevado a ser etiquetados como enfermos de determinado trastorno. A pesar de que existen características comunes entre las distintas agrupaciones y movimientos dentro de estas alternativas, los principios éticos y orientaciones políticas de cada colectivo expresan distintas posturas críticas hacia la hegemonía psiquiátrica.

La postpsiquiatría intenta sobrepasar el conflicto entre Psiquiatría y antipsiquiatría (Markez, 2017), que presenta una propuesta renovada, inspirada en la tesis según la cual el surgimiento de la Psiquiatría moderna no es el resultado de un hecho científico, sino político: “el propósito de los postpsiquiatras es que se preste atención a las demandas de sus

protagonistas, ciudadanos con todos los derechos y no son personas molestas que deben ser apartadas de la sociedad” (2017:55). Para ello, los psiquiatras deben abandonar el modelo médico tradicional en el que se formaron; prestando una atención, por otra parte también necesaria, a los aspectos psicosociales y a la propia comunidad (pacientes, familiares, grupos sociales...) La postpsiquiatría propone el debate crítico sobre las prácticas psiquiátricas con la participación tanto de médicos como de usuarios en igualdad de condiciones; se cuestionan las políticas psiquiátricas coercitivas, con el poder de la disciplina en el etiquetaje y la estigmatización del individuo en la sociedad. Sin embargo, a diferencia de la antipsiquiatría, la postpsiquiatría no se declara firmemente a favor de la abolición de la Psiquiatría institucional. Esto genera una serie de cuestiones (cómo justifican sus críticas al modelo médico y a las clasificaciones sin renunciar a su identidad; cómo justifican la contradicción de criticar el internamiento voluntario en algunas ocasiones pero no en otras...) que hacen que la postpsiquiatría también sea objeto de crítica. Pero sí queda patente después de todo lo visto, que es necesario ofrecer una alternativa a la medicalización.

Mencionábamos la importancia del entorno y los diferentes actores sociales dentro del proceso para poder abordar la cuestión de la salud y la enfermedad mental, abogando por un modelo de atención, no únicamente médico, sino comunitario. Esto se refiere a aquellos modelos cuyos objetivos se orientan a la inclusión social (Markez, 2017). Es un modelo de atención en el que la participación social, las respuestas individualizadas, la corresponsabilidad, la coordinación entre diferentes sectores y servicios, entre otras características prioritarias, son indispensables como decíamos. Ello ha de estar pensado no desde la condición de enfermo con su etiquetaje diagnóstico, sino desde sus derechos como persona en igualdad de condiciones para el acceso a los recursos. Irónicamente hay un gran desconocimiento de los derechos en general por parte de la ciudadanía, y más en concreto en el ámbito de su propia salud. Por ejemplo, hay un gran desconocimiento sobre el derecho a la información, al consentimiento informado, a las alternativas terapéuticas... Por lo que la atención y coordinación entre diferentes redes y servicios de atención es cada vez más imprescindible.

El término capacitismo se refiere, precisamente, a una mentalidad y una actitud que deprecia la discapacidad (en este caso, la enfermedad mental), lo que contribuye a la marginación de estas personas, en contraposición con valores basados en la integridad del colectivo. La perspectiva capacitista se basa en la suposición de que las personas con enfermedades mentales, o cualquier otra forma de discapacidad, son socialmente inferiores a las personas sin enfermedades mentales. Este prejuicio destaca algunas capacidades que se considera que se deberían tener, por lo que el capacitismo está íntimamente relacionado con la práctica médica de clasificar a las personas con

discapacidad como deficientes. En consecuencia, el conocimiento científico tiende a desarrollar herramientas que capaciten a los individuos para adquirir las habilidades necesarias, que supuestamente no tienen, para reintegrarse a lo que se considera normalidad. La persona es quien debe adaptarse al entorno según esta visión, y no al revés.

A través de los movimientos antipsiquiátricos que hemos visto, lo que reclaman las propias personas afectadas, tratadas de esta manera, es ser considerados en su pluralidad y que el entorno se adapte a la diversidad humana existente en todos sus aspectos, también en aquello intangible como es el caso de la salud mental. Romper con los estigmas es un trabajo de todos y todas, se necesita de un esfuerzo común para mejorar la calidad de vida de aquellas personas con enfermedad mental, siempre contando con ellas mismas y con su propia experiencia para que puedan decidir sobre sus vidas sin que los supuestos expertos (médicos, psiquiatras) sean los que decidan por ellas.

4. CONCLUSIONES E INCONCLUSIONES SOBRE LA ENFERMEDAD (Y LA SALUD) MENTAL

La Medicina, hoy en día, marca muchas pautas sobre la vida de los individuos, aunque también individualiza cada vez más a los sujetos que a ella acuden. Hemos visto como la enfermedad mental es la condensación de prácticas sociales que reflejan una norma imperante en un momento dado. No podemos olvidar que dichas normas son las que construyen los discursos médicos, pero que estos mismos discursos son los que dictan la norma.

Igual que vimos cómo la discapacidad era un constructo social (Capítulo II), el subcampo de la enfermedad mental sigue la misma lógica y su evolución histórica va desde una actitud pasiva (causas ajenas al hombre —ej: pecado—) hasta una actitud activa (la deficiencia como enfermedad). Es lo que Aguado (1995) llama «tres revoluciones en salud mental», teniendo en cuenta el contexto social en el que cada una de ellas se desarrolla, pues serían impensables sin los acontecimientos históricos que sirven de caldo de cultivo para su gestación.

La primera revolución en salud mental surge a finales del siglo XVI y principios del XVII. En esta época se lleva a cabo un proceso de secularización, donde la razón comienza a ocupar el lugar que antes ocupaban los discursos eclesiásticos. Nuestro tema objeto de estudio no es ajeno a este proceso de laicización, por lo que se deja de entender la discapacidad como pecado y se comienza a entender como enfermedad. Es en estos momentos cuando surgen las primeras instituciones manicomiales, que ponen en práctica toda una serie de tratamientos con la finalidad de la recuperación social. Con esta nueva concepción de la discapacidad, ésta también se desliga de la pobreza (así que se crean leyes de pobres, se regula la mendicidad...) Sin embargo, a lo largo de los siglos XVII y XVIII, estas medidas que habían resultado ser un paso decisivo en la comprensión de la discapacidad terminan perdiendo el norte de su creación hasta llegar a lo que se denomina como «gran encierro» (segregación e internamiento masificado). Ya más adelante, en la era del progreso (siglo XIX), dos son las líneas de la comprensión de la deficiencia mental: a) la biologicista, que remarca la heredabilidad del trastorno, que es inmutable (representada por la frenología —cuyo máximo exponente es Lombroso—); y b) la social, que subraya los factores socio-ambientales.

La segunda revolución de salud mental se da a finales del siglo XIX, y va a desarrollar estas dos líneas de comprensión de la deficiencia mental que apuntamos. Sucede que es la época del surgimiento de las ciencias sociales, en especial de la Psiquiatría y el Psicoanálisis, así que sumado al punto anterior, se introducen los test estandarizados de inteligencia. Esto permite cuantificar las capacidades mentales de una persona y, por tanto, establecer límites de normalidad/anormalidad basados en una determinada marca prefijada por expertos, lo cual genera polémica. Polémica que ha llegado hasta nuestros días, porque en verdad estos instrumentos de medición de inteligencia nunca podrán ser universales, ya que se basan en los conocimientos de una cultura propia (ej: si le pasamos uno de esos test de inteligencia a un indígena del Amazonas, posiblemente saque una puntuación muy baja porque las pruebas que se plantean no son significativas en su cultura y por tanto no las necesita saber —ej: no saber el resultado de una suma o ni siquiera saber lo que es una suma—, pero esto no significa que la persona no sea inteligente, pues puede tener un conocimiento mucho mayor sobre plantas y venenos de lo que cualquiera de nosotros tendríamos en años de estudio). Pero, sin desviarnos del tema que aquí nos ocupa, continuamos con esta segunda revolución de salud mental en el desarrollo de la II Guerra Mundial, que trae consigo una experiencia dispar para las personas con discapacidad: ya que en el bando alemán se practica la eutanasia para la “mejora de la raza”, mientras que en el bando aliado (EE.UU.) se les requiere para participar activamente en la contienda ocupando puestos de trabajo. Al finalizar la guerra, surge el movimiento rehabilitador a la par que se profesionaliza una Psicología Clínica.

La última revolución en salud mental, la tercera (década de los '60), pone de manifiesto los determinantes psicosociales y socioambientales; pero como en la década de los '70 se retoma nuevamente lo biológico, al final surge una amalgama de ámbitos de comprensión y se termina haciendo una categoría bio-psico-social como variable de comprensión del fenómeno. Al final de esta década surge también el concepto de «normalización», que siempre tendrá un lugar señalado en la literatura especializada, y que cuadra con lo que se plantea como intervención comunitaria. Más adelante proliferarán medidas legales e institucionales sobre el fenómeno de la discapacidad, aunque hoy en día muchas de ellas siguen siendo tinta sobre papel y no medidas realmente efectivas.

El mayor problema que se nos presenta a la hora de hablar de la enfermedad mental es el de la incompreensión, ya que parecen causar miedo debido a la general desinformación que existe sobre las mismas. Así se puede apreciar en los libros de Oliver Sacks (2006, 2010), reputado neurólogo inglés, que cuenta sus más memorables anécdotas clínicas; y en las que siempre se deja entrever la inicial incompreensión de la enfermedad debido a que miramos

la realidad con nuestros propios ojos ajenos a que otras personas pueden percibirla de manera distinta.

Goffman (1984) acuñó el concepto de «estigma» precisamente para referirse a un signo de imperfección, que como tal se ha de señalar, y que la sociedad debe evitar. El estigma nunca desaparece; por eso cuando un paciente mental está curado, se habla de “paciente mental en remisión”, por lo que, de algún modo, siempre se conserva la etiqueta de “paciente mental”.

En última instancia, las personas quedan sometidas a toda una serie de displicencias sobre la desviación de dichas normas que se catalogan como enfermedades mentales. Y surgen toda una serie de trastornos⁴⁹ relacionados con cualquier faceta del individuo que no sea fácilmente explicable, achacando así la responsabilidad última a éste y dejando que sea dueño obligado de su vida, siendo también así culpable de la no compartir el perfil social considerado como normal, a pesar de que sea la propia sociedad la que muchas veces construya su desviación.

Barton (2008) señala como la teoría interaccionista ha explicado la discapacidad como desviación social, por lo que la enfermedad mental, como hemos explicado, ha seguido la misma lógica. La sociedad estadounidense de los años '60 fue el caldo de cultivo para el estudio de toda una serie de fenómenos sobre las minorías menos favorecidas, bajo el amparo del interaccionismo simbólico, entre ellas también se analizaba la discapacidad. Lemert (1951) distinguía entre desviación primaria y secundaria. Al cometer un acto desviado, el individuo no toma ningún rol por el mero hecho de realizar dicho acto, pero de todas formas la sociedad lo etiqueta como tal. En este caso, el individuo será tildado de algo que él todavía no interiorizará (esta es la desviación primaria). Pero si dicho individuo se rebela y como reacción frente a la acción del etiquetaje comienza a comportarse de acuerdo al rol impuesto socialmente y lo interioriza, el desviado se convierte en una persona cuya vida e identidad se organizan en torno a los hechos de desviación (esto es la desviación secundaria). Scheff (1966) pretendía incluso, yendo un paso más allá, crear toda una teoría del desorden mental, en la que los síntomas psiquiátricos fueran considerados violaciones etiquetadas de las normas sociales y la «enfermedad mental» fuera un rol social.

Y es que la mayoría de las enfermedades mentales crónicas no son más que un simple rol social, pero lo que determina la adquisición o no de ese rol por parte del individuo es la reacción social (Sánchez, 2002a). Esto demuestra como algo que parecía tan íntimo como la enfermedad mental, es en realidad un constructo social. Siguiendo esta línea de argumentación, Cano Esteban (2012:169) señala que:

⁴⁹ Se recomienda consultar los Anexos I-V de la presente Tesis Doctoral para observar la cantidad de trastornos diagnosticables según cada una de las versiones del *DSM*.

«hay sociedades en las que existen desviaciones que se identifican con categorías comúnmente aceptadas como tal, como son el robo, el alcoholismo o la prostitución; pero aquellas que no sabemos cómo designar, aun sabiendo que se trata igualmente de una desviación, pasan a formar parte de las llamadas categorías residuales. En otros tiempos, estaban formadas por la brujería, la posesión por el demonio... pero actualmente la enfermedad mental es quien ocupa el primer puesto de dichas categorías residuales. A lo largo de la historia, este tipo de categorías siempre ha cumplido la función de tranquilizador social: los individuos que cometían algún acto desviado podían marcarse con una de las múltiples etiquetas existentes, pero ¿cómo explicar un acto cuyo autor no puede definirse con el nombre de ninguna de esas etiquetas creadas? Al poner nombre a este tipo de actos nos quedamos más tranquilos porque “ya sabemos lo que es”».

A todas luces, supone lo que Susana Rodríguez (2012:410) denominó la creación de chivos expiatorios, aduciendo a cómo las sociedades *fabrican* enemigos que concentran todo aquello que temen y odian. “El que comete un horrible crimen es porque está loco, y de esta forma volvemos a sentirnos reconfortados, al encontrar una razón específica que sirve de pararrayos y evita enfrentarse con la maldad humana” (Urra, 2004: 251).

Deberíamos romper con el estigma asociado, muchas veces de manera injusta, a las personas con una enfermedad mental. Parece que ésta se convierte en el rol hegemónico de la persona, eclipsando todos los demás. Dicho de otra manera, la persona deja de ser padre, de ser abuelo, de ser fontanero, de ser miembro de la asociación de vecinos de su barrio... para simplemente ser enfermo mental. Hay que reconstruir el concepto de «enfermedad mental» porque parece ser culpa del propio individuo, que padece una merma de ajuste social necesaria de reconducir; aunque como venimos viendo sucede que en realidad es la propia estructura social la que crea estas enfermedades.

IV

METACONCLUSIONES

Una vez visto el grueso del trabajo de la presente Tesis Doctoral, con una lógica muy clara, desgranando de lo más general (la discapacidad) a lo más concreto (la enfermedad mental), se torna necesario hacer unas conclusiones de las conclusiones. Aunque cada apartado tiene las suyas propias, es imprescindible un último apartado de estas características para articular una mirada integradora sobre todo el trabajo de investigación, en la que las divisiones por capítulos sean solo meras cuestiones formales de organización.

1. ¿QUÉ NOS FALTA?

Una vez desarrollado el cuerpo teórico de la presente Tesis Doctoral, nos proponemos ahora recopilar en este último apartado las conclusiones extraídas después de todo lo planteado. Si bien cada uno de los capítulos incluye propias sobre el tema que se aborda en cada uno de ellos, no está de más exponer, como decíamos, las conclusiones generales que se derivan de todas las ideas que hemos desarrollado.

A partir de la literatura revisada para el desarrollo del presente trabajo, hemos podido ver qué les sucede a las personas catalogadas con algún tipo de discapacidad, y más concretamente con algún tipo de discapacidad psíquica. Lo que les sucede, fruto de dicha catalogación, no solo tiene repercusiones en el ámbito médico, que también, pues éste excede su propio campo de competencia para influir en el plano social más amplio de la persona.

Este hecho es de especial relevancia. En primer lugar, porque la persona con discapacidad ve determinado el conjunto de su vida según las pautas del discurso médico, como decimos, y no sólo aquellos aspectos de la misma directamente relacionados con el campo de la medicina. En la escuela, por ejemplo, se hablará de «alumnos con necesidades especiales», o en el ámbito laboral el certificado con un porcentaje de minusvalía determinado (un porcentaje concreto que señale, literalmente, lo menos válida que es dicha persona) será lo requerido por algunas empresas para determinados puestos de trabajo.

La identidad del individuo con discapacidad se ve devaluada al ser éste estigmatizado y, por tanto, queda en clara desventaja social frente al colectivo de personas sin discapacidad. Por ello, podría decirse que las personas con discapacidad son ciudadanos de segunda, en tanto que tienen formalmente reconocidos derechos plenos pero en la práctica no tienen la posibilidad de ejercerlos de hecho.

Las leyes son creadas para defender a colectivos especialmente vulnerables dentro de nuestra sociedad. Aclaramos en este punto que no significa que las personas con discapacidad necesiten una actuación paternalista o asistencialista, sino que son un colectivo en clara desventaja social, por ejemplo, en los dos ámbitos anteriormente señalados (educación y empleo) entre otros, y que por ello se deben proteger sus intereses para garantizar una integración social real. Las leyes, concebidas y formuladas como una protección para este colectivo, quedan reducidas a pura utopía si lo legislado no llega a aplicarse en la práctica, cual es, en general, el caso. Por ejemplo, de nada sirve que las empresas con más de cincuenta trabajadores estén obligadas por ley a cumplir una cuota específica de puestos de trabajo

reservada para personas con discapacidad, facilitando una igualación de oportunidades en el acceso al mercado laboral y, con ello, visibilizando al colectivo, si pueden simplemente eludir dicha obligación mediante el pago de una sanción económica. Al contemplar la propia ley dicha exención, el derecho laboral queda reducido a un puro reconocimiento formal.

La discapacidad, como vemos, es una variable de desigualdad social, pero en los estudios sobre la materia no se tiene en cuenta. Es una variable transversal, ya que atraviesa a cualquier otra que se pueda tener en cuenta (edad, género, renta, nivel de estudios...), sin embargo es poco frecuente que se desarrollen investigaciones contando con dicha variable, a pesar de lo interesante que resultaría. Sin ir más lejos, el INE ha realizado tan solo tres encuestas sobre discapacidades⁵⁰ en poco más de 20 años, lo que hace complicado tener una visión diacrónica, con datos estadísticos, de la situación.

En referencia precisamente a este último punto, relativo al conocimiento de la situación de las propias personas con discapacidad, hemos de reflejar que en la inmensa mayoría de las ocasiones son los considerados expertos (y esto inevitablemente remite en primera instancia al personal sanitario, debido a que es la Medicina, o la Psiquiatría en el caso más concreto de la enfermedad mental, la que dispone del poder hegemónico en el terreno de la discapacidad, del tipo que sea) los que describan la realidad social de estas personas sin contar, justamente, con dichas personas, ni considerar las condiciones sociales que condicionan dicha realidad. Dicho de otro modo, la persona con discapacidad vive su situación y conoce de primera mano, mejor que nadie, lo que le sucede, lo que necesita, la problemática que encuentra en su día a día... y, sin embargo, no son las personas con discapacidad las que diseñan estrategias de mejora para sus propias vidas, pues esto queda en manos del “experto” (del médico, en primera instancia, y, a partir de su dictamen, del político, del integrador social, del arquitecto, del ingeniero, del abogado ...)

La teoría médica es, como decimos, la que más peso tiene a la hora de describir la situación de las personas con discapacidad. Esto tendría que ver con la exposición que hemos desarrollado sobre el modelo médico y cómo ha llegado a considerarse la ciencia médica un referente a nivel social. Sin embargo, como hemos estudiado, hoy en día hay un claro debate entre la perspectiva médica y el modelo social de la discapacidad, que aboga justamente por dar voz a los propios interesados (las personas con diversidad funcional) sobre su situación.

⁵⁰ La encuesta sobre discapacidades, *deficiencia y estado de salud* de 1999 y la encuesta sobre discapacidades, *autonomía persona y situación de dependencia* de 2008, que se repitió en 2020 (y cuyos resultados se publicaron en abril de 2022).

Y es que la Medicina, como hemos visto, se ha instaurado en un lugar privilegiado para ejercer el poder a través de su discurso (mediante lo que Foucault denomina dispositivos de saber-poder). Dicta, a partir de presupuestos científicos, las normas de conducta, las prácticas, al determinar qué se considera normal y, por tanto, lo que no lo es; lo normal y “saludable” requiere la adopción de comportamientos adecuados, que, de no cumplirse, conducen a la anomalía, la patología, la enfermedad. La discapacidad se considera una anormalidad funcional que justifica toda una serie de prácticas para con estas personas, concebidas todas ellas para devolver al individuo a la normalidad, es decir, prometer una curación, la recuperación de las capacidades que supuestamente no tienen.

No es de extrañar que el modelo social se oponga a estas ideas del modelo médico, puesto que desde su perspectiva, la persona con discapacidad no tiene una “dis”, una e falta de capacidades, no hay nada que recuperar, sino que cada persona tiene diferentes formas de hacer las cosas, todas igualmente válidas, siendo el contexto, la sociedad, quien *discapacita* al individuo.

Con el fin de poder cumplir con el objetivo general de este trabajo, investigar la enfermedad mental desde una perspectiva sociológica, concibiéndola, en consecuencia, como un fenómeno social, para ver cómo ha sido construida desde unos determinados parámetros, se ha desarrollado un marco teórico explicativo que nos lleva a entender cómo la razón que subyace al entendimiento que tenemos hoy en día sobre ella es, en última instancia, el sedimento de un proceso histórico en el cual la norma imperante en cada momento ha ido variando para definir qué se considera y qué no se considera enfermedad mental.

En referencia al primer objetivo específico, analizar la historia de la discapacidad, en el Capítulo II de la presente Tesis Doctoral hemos ahondado en cada una de las etapas o modelos de la discapacidad para ver desde qué perspectiva era tenida en cuenta, pues todo ello desemboca en la idea que se instala en el imaginario social sobre este colectivo y justifica el trato recibido, tanto en el pasado como en la actualidad, en base a esa evolución histórica sobre la que se ha conformado.

Por lo que respecta al segundo objetivo, estudiar cómo la enfermedad mental ha llegado a ser considerada como tal; dado que era un campo que encuadrábamos en otro más general (el de la discapacidad) y éste lo hemos abordado con exhaustividad como indicábamos, nos bastó aplicar las ideas extraídas del análisis de la discapacidad al ámbito de la enfermedad mental (Capítulo III), siempre teniendo en cuenta la norma social que se imponía en cada una de las etapas.

Con respecto al tercer objetivo específico, confirmar la aplicabilidad de las ideas desarrolladas en los trastornos mentales concretos, hemos mencionado varios casos a lo largo de la exposición. Por ejemplo, mencionamos en varios puntos el caso de la homosexualidad: siendo considerado trastorno mental durante varias décadas, y por tanto incluido en el *DSM*, se decide excluirla del mismo no porque “se haya encontrado cura” (idea que hoy en día resulta retrógrada), sino porque socialmente dejó de ser considerado como tal. De aquí resulta la paradoja de que lo que socialmente fue considerado en un momento como una enfermedad mental debido a que así lo catalogó la ciencia médica, finalmente dejó de ser una enfermedad mental, no porque se modificase, científicamente el dictamen médico, sino porque la demanda social impuso a la propia ciencia médica un cambio de criterio, a partir del cual, efectivamente, a nivel social el fenómeno dejó de ser concebido como enfermedad al ser excluido del *DSM*: socialmente se demandó, médicamente se concedió, socialmente se cumplió. Del mismo modo, puede hacerse un recorrido histórico de cada uno de los trastornos mentales para ver por qué se tiene la consideración que se tiene hoy en día de cada uno de ellos. Autores como Sánchez Moreno (2002a) o Moreno Pestaña (2010), así lo han hecho con la depresión y la anorexia respectivamente, por indicar algunos ejemplos tratados en estas páginas. Volveremos sobre esta cuestión un poco más adelante.

El Capítulo II mostraba cómo la discapacidad se construye socialmente a través de siglos de historia y de las diferentes prácticas sobre las personas que forman este colectivo, que nos llevan a considerar la representación sobre la discapacidad que tenemos actualmente. Hemos desarrollado con exhaustividad las tres etapas del proceso social que conforma dicha idea tal como hoy en día la conocemos: el modelo clásico o de la prescindencia, el modelo médico moderno-rehabilitador, y por último el modelo social moderno-crítico. En cada caso, se ha procurado seguir el esquema de Agustina Palacios (2008), que contesta a las siguientes cuestiones planteadas: *a)* ¿qué es una persona con discapacidad? (definir la discapacidad), *b)* ¿por qué se nace con o se adquiere una discapacidad? (explicación de las causas de la discapacidad), y *c)* ¿cómo se valora y cuáles son las respuestas que la sociedad ha dado, o no, para atender a estas personas? (desarrollar el rol de la persona con discapacidad dentro de la sociedad). Si bien hemos estudiado por separado cada uno de estos modelos, ubicándolos en el momento histórico que corresponde y puede parecer una historia lineal sobre la concepción de la discapacidad, lo cierto es que no se trata de fases consecutivas, ya que se solapan en el tiempo (Cano Esteban y Rodríguez Díaz, 2015).

Se ha señalado en varios puntos de la exposición que ciertas prácticas propias del primer modelo clásico de la discapacidad, tan lejano en el tiempo, y que hoy en día pueden resultarnos atroces, de alguna manera han llegado hasta nuestros días y siguen presentes en la concepción que se tiene sobre la discapacidad actualmente. Por ejemplo, no hace ni un siglo que, bajo el paradigma médico y precisamente amparado y respaldado por él, se retomaron prácticas del modelo de la prescindencia en su versión más extrema, la eugenésica. Fue durante la II Guerra Mundial, cuando se desarrollaron proyectos cuya finalidad era terminar con la vida de personas con discapacidades físicas y/o psíquicas (no consideradas personas), aludiendo a la mejora de la raza aria que los nazis pretendían para Alemania. Todo ello, como indicamos, respaldado por la ciencia médica que justificaba la aplicación de dichas prácticas a ese colectivo. Sin duda, esto viene a demostrar cómo seguir los preceptos de la Medicina de manera incuestionable, y que éstos sobrepasen el límite de su campo para tomar decisiones incluso en el plano político-social, puede hacernos involucrar como sociedad, abanderando precisamente la idea del progreso científico y por tanto también social.

Aun así, todo ha de entenderse en su contexto. La II Guerra Mundial supuso un momento convulso de la historia y no puede compararse la Alemania nazi de la época con la sociedad espartana, por ejemplo, que eliminaba a los bebés con alguna tara física que no servían para la lucha en una sociedad compuesta predominantemente por guerreros. Lógicamente ha de mirarse con perspectiva y atendiendo a los parámetros políticos y sociales propios de cada momento y cultura. Únicamente venimos a concluir aquí que los modelos sobre la discapacidad que hemos estudiado, si bien parecen desarrollarse uno tras otro con una lógica evolutiva, no son compartimentos estancos sin permeabilidad de ideas de un modelo en otro posterior.

Sin embargo, no es necesario recurrir a hechos tan drásticos como el ejemplo que hemos señalado para ver las repercusiones del modelo clásico en la actualidad. Hay hechos mucho más simples que encontramos en el día a día. Frases de uso común como “hasta que Dios quiera” o “lo que Dios quiera” se siguen utilizando para referirse a enfermedades o situaciones que hacen referencia a algún tipo de discapacidad. Especialmente entre las personas mayores es más común escuchar este tipo de dichos, ya que quizá hayan vivido una educación más marcadamente cristiana, propia de una época en la que la educación era asumida en muy gran medida por la iglesia. En cualquier caso, encontramos todavía en la actualidad de alguna forma esa explicación del origen divino de la discapacidad que se daba en la Edad Media, cuando la religión se imponía en todas las facetas de la vida del individuo.

En la Edad Media también era común que los reyes y reinas *usasen* (en un sentido totalmente cosificador) enanos y discapacitados psíquicos como divertimento, a modo de bufones para su distracción. En España, incluso ya en los Siglos de Oro (XVI-XVII) esta práctica seguía siendo habitual, tal como retrata Velázquez (1599-1660) en la serie de cuadros que realizó sobre estos personajes de la corte (como *El bufón don Sebastián de Morra*, ahora conocido como *El bufón el Primo*, pintado hacia 1645, entre otros).

«Entre 1563 y 1700 hubo más de 120 de estos especialistas en barrer la melancolía de la Corte, aunque solo una veintena de ellos fueron retratados. El problema surgió cuando los historiadores del arte, hace siglo y medio, quisieron conocer sus nombres. Se encontraron con la invisibilidad de estos protagonistas que no fueron “criados normales” (como se asegura en la historiografía tradicional), ni tampoco normalizados: ser enano o loco en la Corte era no figurar en ninguna parte. No hay rastro de ellos ni en nóminas, ni en asientos, ni en pagos. No tenían oficio, ni cargo, aunque debieron atender el encargo de alegrar la vida del Alcázar viejo (residencia de los reyes en tiempo de los Austrias)» (Riaño, 2018).

Y hace apenas unas décadas encontramos los espectáculos de fenómenos (o *freak shows*) con esta misma finalidad. En estos entretenimientos se mostraba individuos con capacidades o características físicas inusuales, presentados a modo de espectáculo circense. Si bien las primeras exhibiciones de rarezas humanas se dan en Inglaterra datan del siglo XVII, sería una moda que rápidamente se extiende a otros países; por ejemplo, a finales del siglo XVIII en Francia resultaba también bastante habitual ver la caravana de *monstruos* de ciudad en ciudad. Con el tiempo se convierte en un formato complementario de otros espectáculos similares que perduran en el tiempo como los circos, los carnavales, las ferias... Los *dime museums* (o *museos de diez centavos* por el precio de la entrada) serán los principales centros de entretenimiento de la clase obrera de finales del siglo XIX y principios del XX, distando mucho con los eventos culturales de la clase alta. Esta moda se extendió más allá de Europa, haciéndose también popular en Estados Unidos; a la vez que el *vodevil*, otro tipo de teatro de variedades característico en este país entre 1880 y 1930.

Así pues, llegan hasta nuestros días representaciones de los roles que las personas con discapacidad tenían en un pasado que parece lejano y que, sin embargo, se retoman como vemos en sociedades modernas. Es una conclusión importante porque denota que seguimos manteniendo concepciones sobre la discapacidad que provienen de hace siglos o incluso milenios. Por ello, ¿cómo no va a costar avanzar en la materia sin arrastrar el modelo médico mucho más presente y actual en el tiempo? El primer paso es ser conscientes de este hecho, de que la discapacidad como fenómeno social tiene su propia historia, que se asienta en unas bases sobre las que se ha desarrollado posteriormente y que han llegado hasta nuestros días; que pese a haberse

dado una evolución, en ese proceso siempre estarán presentes ideas propias de momentos anteriores (y seguramente lo estarán en la concepción que se tenga en un futuro, aunque varíe respecto al momento actual). Aceptando esto, podemos comenzar a desprendernos de las viejas ideas que suponen un lastre e impiden un avance hacia la inclusión efectiva de las personas con discapacidad en la sociedad.

Es de especial importancia esta consideración a la hora de tratar el modelo médico de la discapacidad, ya que siendo éste mucho más actual en el tiempo, se extiende hasta nuestros días con mucha mayor presencia que el modelo clásico. El modelo moderno-rehabilitador se presenta como hegemónico en la materia desde hace tiempo y hoy en día no se cuestiona la premisa, a partir del mismo impuesta, según la cual la discapacidad debe ser entendida como algo natural, es decir, atribuible exclusivamente a la naturaleza biológica del organismo, sin que quepan plantearnos alternativas al respecto. Y este poder atribuido a la ciencia médica se convierte en el «mito de Frankenstein»: lo que el ser humano ha creado se escapa de su propio control y evoluciona de una manera imprevista, dando lugar a efectos no deseados como sería, por ejemplo, la estigmatización del colectivo, justificada por razones científicas. Con ello cobra importancia en nuestro análisis el planteamiento de Goffman (1984) sobre el estigma, que se traduce en una identidad devaluada de personas que, señaladas con una determinada etiqueta que las califica como inferiores, desviadas, anómalas, no son aceptadas socialmente, puesto que es evidente su aplicabilidad en el ámbito de la enfermedad mental, y de la discapacidad en general.

Como decíamos, dotada la Medicina de un poder que excede y va más allá de su propio campo de acción, traspasa a otros como el ámbito legislativo, cuyas leyes recogen los términos con los que se han designado a estas personas a lo largo del tiempo (tullidos, anormales, minusválidos o discapacitados entre otros) y, por tanto, nos adoctrina, nos inculca una representación estigmatizada del colectivo. Se trata de leyes que deberían proteger a colectivos socialmente vulnerables. Dicha protección no sería necesaria porque, de forma individual, las personas con discapacidad sean menos válidas que las personas sin discapacidad, sino porque, como colectivo, se encuentran en una posición de inferioridad respecto a otros que podrían considerarse, entonces, privilegiados. Así, la Ley 13/1982 de *Integración Social de los Minusválidos* (LISMI) dio respuesta al hecho de que lo que hasta entonces era un derecho constitucional⁵¹ formalmente reconocido, en la práctica se respetaba. Pero no toda legislación, aún orientada a la protección

⁵¹ El Artículo 49 de la Constitución Española de 1978 indica que “Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos”.

de un colectivo, es necesariamente positiva para el mismo, ya que las leyes también protegen otros intereses, no de personas físicas (definidas básicamente como seres humanos, capaces de asumir derechos y obligaciones): el Real Decreto 27/2000 introdujo una modificación de la LISMI, contemplando una serie de medidas alternativas a las que las empresas con más de 50 trabajadores en plantilla podían acogerse, mediante las que quedaban exentas de cumplir con la cuota de contratación de 2% reservada para trabajadores minusválidos. Es decir, se legisla para proteger a las empresas (personas jurídicas) y eximir las de cumplir con el objetivo inicial de la ley que era el de la equiparación de derechos del colectivo en su acceso al mercado laboral, aunque la protección de las personas jurídicas suponga la desprotección de las personas físicas.

La Ley 51/2003 de *igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad* (LIONDAU) pone de relieve los conceptos de no discriminación, acción positiva y accesibilidad universal. Este último muy relacionado con lo promovido por el MVI, que defiende una participación más activa de estas personas en la comunidad, como titulares de plenos derechos, siendo sujetos activos en la toma de decisiones sobre su propia existencia. Si en un primer momento el concepto de accesibilidad universal demandaba entornos más practicables, posteriormente evolucionó orientándose hacia la eliminación de barreras físicas, bajo el lema de “un diseño para todos”, hasta llegar al punto de que los entornos sean utilizables por todas las personas independientemente de su condición; ya que la no accesibilidad de los entornos, productos y servicios constituye, sin duda, una forma sutil pero a la vez eficaz de discriminación (indirecta, en este caso).

Posteriormente, la Ley 49/2007 de *infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad* pretende dar refuerzo a la vigente LIONDAU en aquel momento, para configurar el cuerpo legal que buscaba hacer efectiva la integración de este grupo en la sociedad. Hace menos de una década, por Real Decreto Legislativo 1/2013, se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de *Derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social* (LGD), que trata de recoger en un único texto, por un lado, las principales leyes en materia de discapacidad, LISMI y LIONDAU, junto con, por otro lado, la Ley 39/2006 de *Promoción de la Autonomía Personal y a las personas en situación de dependencia*.

Hemos recopilado las principales leyes en materia de discapacidad precisamente en este punto porque la evolución legislativa ejemplifica muy bien el debate abierto existente entre el modelo médico y el modelo social de la discapacidad. Se puede constatar cómo la terminología varía y los conceptos se modifican a lo largo del tiempo, determinando, a su vez, las diferentes

concepciones sobre la discapacidad que transmiten y, por lo tanto, la idea que se proyecta sobre estas personas a nivel social, justificando, en virtud de la misma, sobre qué derechos es necesario legislar. Dicho de otro modo, si la LISMI se asienta sobre una clara perspectiva médica, que ve a estas personas como menos válidas (*minus-válidas*), y asume que esa menor valía las conduce a la exclusión laboral, el derecho laboral sobre el que hay que legislar no implica un reconocimiento de “valía”, sino dar cabida con carácter obligatorio a la menos-valía en el mercado laboral; por el contrario, la LIONDAU define la discapacidad como un fenómeno de discriminación y de exclusión social, por lo que ya no se trata de hacer hueco a los que menos valen, sino reconocer que el grado de valía viene impuesto por las condiciones a las que esas personas se enfrentan, y los derechos a legislar deben enfocarse hacia la modificación de tales condiciones (en el caso del mercado laboral, ya no se tratará de incorporar la menos-valía a un puesto de trabajo, sino de modificar ese puesto de trabajo para hacerlo accesible y evitar la discriminación).

La sociedad avanza más deprisa que las leyes. La lucha por el reconocimiento de derechos expresa la demanda de un reconocimiento formal, en el terreno legislativo, de algo que se entiende socialmente como un derecho y que no lo es porque no se ha legislado al respecto. En esta lucha están involucradas las personas con discapacidad. Como decimos, el debate existente entre el modelo médico y el modelo social hace que, desde este último, las personas con discapacidad reclamen ser ciudadanos de plenos derechos, lo que posteriormente, y como fruto de esa movilización social y política, será recogido en los textos legislativos, como hemos visto. Tristemente, por desgracia, estas leyes en muchas ocasiones no llegan a aplicarse para promover precisamente aquello para lo que fueron creadas. Estas normas son necesarias para proteger los intereses del colectivo de personas con discapacidad, pero de poco sirven si no son llevadas a la práctica, quedando reducidas, más bien, a la expresión formal de un populismo demagógico, sin una aplicabilidad efectiva que proteja, de manera real, los derechos de los individuos con discapacidad.

Recordemos que el modelo social nace en clara contraposición al modelo médico, frente al cual reclama la necesidad de dotar de voz a los propios implicados para que puedan decidir sobre sus vidas. Desde el modelo médico se consideraba que el experto (el médico, el psiquiatra) era quien mejor conocía la situación de la persona con discapacidad, por encima incluso del propio implicado, que al no tener esa posición de experto no era considerado como apto para tomar las decisiones adecuadas, aunque estuviera viviendo la experiencia en primera persona. En contraposición con esta perspectiva, desde el modelo social se defiende que no es el individuo con merma física quien está discapacitado, puesto que capacidad tiene, sino que es la sociedad la que

discapacita, dado que impide el desarrollo de las capacidades del individuo de otro modo que no sea el considerado normal, generando así su *dis*-capacidad.

Pero en los últimos años, la teoría avanza un paso más allá del modelo social, ya que, partiendo de sus presupuestos críticos frente al modelo médico, se pretende superar ciertas cuestiones que el modelo social no ha tomado en consideración y a las que, en consecuencia, no puede dar respuesta. Por ello, el modelo de la diversidad funcional ha ido cobrando fuerza en los últimos tiempos. Especial relevancia ha tenido siempre para nuestro análisis el lenguaje, ya que cada modelo desarrolla unos términos que describen la realidad en base a la forma de pensar la discapacidad. Algunos términos del modelo médico (monstruos, deficientes, minusválidos...) puede que ya estén en desuso, pero han permanecido en el imaginario social arrastrando el estigma al que se asocian. Para el modelo de la diversidad funcional, «persona con discapacidad» sería el último y más amable de toda esa lista de términos devaluatorios. Una de las principales novedades del modelo de la diversidad funcional es la de que, en esta ocasión, han sido los propios interesados quienes han formulado la terminología, quienes han decidido cómo quieren ser nombrados, «personas con diversidad funcional», poniendo el foco, no en la falta de capacidades, sino en la variedad, en las distintas formas en las que las capacidades pueden hacerse efectivas, todas igualmente válidas.

La especial importancia que el lenguaje ha tenido en nuestro análisis no remite solo a los términos utilizados, sino a las consecuencias derivadas de su utilización, a las ideas que, a partir de ellos, se instalan en el imaginario colectivo. Por ejemplo, estos conceptos que apuntábamos líneas atrás, puede que ya no se utilicen en el ámbito médico científico, pero siguen siendo vocablos de uso cotidiano, que persisten, en forma de insultos, indicando que ese estigma negativo asociado a la *dis*-capacidad / diversidad funcional no ha desaparecido por completo. Canimas (2015) hablaba de la importancia del lenguaje porque éste no solo describe el mundo, también lo crea; y también porque a la hora de identificar a una persona o a un colectivo debería predominar lo socialmente correcto y no lo científico. Así que no se trata solo de un cambio en la terminología, en el vocabulario; lo que busca el modelo social, y posteriormente en modelo de la diversidad funcional, es una *resemantización* activista, una deconstrucción de los significados para generar nuevas ideas. Por esto mismo el término de «persona con diversidad funcional» ha sido tan bien aceptado, porque, además de ser elegido por el propio colectivo, como indicábamos, evoca la idea de las posibles maneras de hacer algo determinado, sin que ninguna sea mejor que otra. En el imaginario colectivo, evocaría potencialidad, un espacio abierto, de alternativas, y no un universo de referencia constreñido por opciones cerradas y predefinidas de antemano categorizadas bajo un esquema dicotómico bueno/ malo.

El modelo de la diversidad funcional cobra fuerza, como decíamos, porque suple ciertas carencias explicativas del modelo social (Toboso, 2018). Quizá lo más relevante sea el hecho de que el modelo social no ha atendido adecuadamente a la dimensión corporal de la discapacidad, a los disciplinamientos sobre el cuerpo y la construcción discursiva en torno a este; pero sobre esto volveremos más adelante. El modelo social no supo tampoco relacionar la discapacidad con otras formas de opresión, como el sexismo, el racismo o la homofobia, que también sufren las personas con discapacidad, y siendo con ello objeto de una doble exclusión⁵² (interseccionalidad de la opresión). Además, el modelo social sirvió para una movilización política del colectivo, pero ésta fue efectiva únicamente en países del primer mundo, sin prestar atención a lo que sucedía en zonas menos favorecidas del planeta. Y, a su vez, las propuestas del modelo social no dan cabida a todo el conjunto del colectivo: personas con gran discapacidad, discapacidad intelectual y enfermedad mental pueden quedar al margen del discurso promovido en algunos puntos concretos.

Amartya Sen aporta uno de los discursos más influyentes en el ámbito internacional sobre el desarrollo humano en cuanto a capacidades y funcionamientos, que aporta riqueza al modelo de la diversidad funcional ya que, al no ser un discurso capacitista, no entra en conflicto con los planteamientos desarrollados por este modelo. En su planteamiento, los funcionamientos representarían lo que las personas valoran lograr hacer, mientras que la capacidad serían las combinaciones alternativas de funcionamientos que tienen disponibles, es decir, las maneras (combinaciones) alternativas de aquello que las personas valoran lograr hacer. Lo que nos indica la propuesta de Amartya Sen es que se da una limitación en la posibilidad que tienen las personas de elegir una u otra forma de vida y poder llevarla a cabo.

Así, al evaluar las situaciones de igualdad y desigualdad, este planteamiento nos indica la importancia de considerar diferentes expresiones de la diversidad humana, referentes tanto a las características propias individuales de las personas como a circunstancias externas como cultura o ambiente, por ejemplo. Y es que en general se ha aprendido a convivir con la diversidad, pero referida a otras categorías clasificatorias (etnia, cultura, religión, nacionalidad, orientación sexual...), sin que la que implica la diversidad funcional se haya integrado como una que también hay que respetar, puesto que se trata, simplemente, de una manifestación más del individuo, entre la pluralidad que lo integra. Por eso, la aplicación de estas ideas al modelo de la diversidad funcional recoge la propuesta de que ésta sea considerada como un

⁵² Recordemos que en el análisis sociológico de la discapacidad se habla de *opresión*, pero actualmente, con el predominio del análisis de la estratificación social, se tiende a hablar de *exclusión social*.

importante elemento a la hora de valorar las condiciones que tienen que ver con la calidad de vida de las personas o los grupos sociales.

Decíamos que la teoría de Amartya Sen no resulta incongruente para los planteamientos del modelo de la diversidad funcional porque no es un discurso capacitista, a diferencia del modelo social. El modelo social de la discapacidad, que la interpreta como el resultado de una interacción problemática entre la persona y el entorno, remite a la idea de la discapacidad como una entidad variable, puesto que podría llegar incluso a desaparecer si el entorno se transformase adecuadamente. El capacitismo es una actitud que devalúa la discapacidad frente a la valoración positiva de una idea de integridad. Resaltando ciertas capacidades que se deben poseer, esta perspectiva se relaciona estrechamente con las prácticas de clasificación médicas de las personas con discapacidad (como deficientes), por lo que el saber científico desarrollará herramientas cuyo objetivo es “capacitar” a las personas, es decir, dotarles de las capacidades que supuestamente les faltan, para reintegrarles en la considerada normalidad. En última instancia, adaptando la persona al entorno y no a la inversa.

Estas consideraciones, que remiten al ámbito de la discapacidad, en un sentido genérico, ¿resultan pertinentes para lo que la presente Tesis Doctoral tiene como objeto de atención, que es la enfermedad mental? Como ya se ha señalado en diversas ocasiones a lo largo de la exposición, se parte de la premisa de que el campo de la enfermedad mental está contenido en el campo de la discapacidad y, por lo tanto, las ideas expuestas, así como las presentes conclusiones derivadas de las mismas, relativas al campo de la discapacidad, son aplicables al ámbito de la enfermedad mental. Dado que afirmamos que la Medicina se impone como saber experto y establece los criterios a partir de los cuales entender la discapacidad y actuar sobre las personas con discapacidad; estamos en condiciones de asegurar, por tanto, que la Psiquiatría, especialidad médica dedicada al tratamiento de la “mente”, hace lo propio con las personas diagnosticadas con algún trastorno mental. La enfermedad mental, como fenómeno social, se constituye como tal fruto de la condensación de prácticas sociales que durante siglos se han llevado a cabo sobre estas personas, en última instancia sobre unos cuerpos (no sobre unas mentes).

Nos emerge, como realidad social, el sustrato eludido por la diagnosis psiquiátrica: “el cuerpo de la enfermedad mental”, y con él, la más que paradójica entidad científica de la Psiquiatría como especialidad médica, pues la medicina tiene como objetivo último la curación del cuerpo, el cuerpo es su campo de conocimiento (anatomía y fisiología) y de intervención, y la salud su objetivo. La Psiquiatría tiene el mismo objetivo, pero el campo de conocimiento e intervención es, para ella, la mente, entidad abstracta e incorpórea. O no tanto. En última instancia, la mente tiene un sustrato fisiológico, corporal, el

cerebro: si la ciencia médica constata un defecto en dicho órgano corporal que puede asociar a una desviación en el comportamiento, en la conducta, habrá encontrado un fundamento fisiológico para la enfermedad “mental”, sea una enfermedad del cuerpo, en un sentido literal. En ausencia de ese fundamento fisiológico, ¿cómo diagnosticar la enfermedad mental? Simplemente, en la conducta en sí misma, lo cual significa localizar la mente en la expresión corporal del comportamiento: la reiterada manifestación de una conducta impropia (según valoraciones que no proceden del conocimiento médico) es el síntoma de la enfermedad mental: es lo que hace el cuerpo, como actúa, como se desenvuelve, lo que expresaría la patología, la enfermedad. Es, por tanto, el cuerpo el que hace observable la mente, y es a partir del cuerpo que la Psiquiatría, en ausencia de fundamento fisiológico, puede diagnosticar la enfermedad mental. Al hacerlo, suprime la dicotomía cuerpo/mente y, sin un reconocimiento expreso, hace de la mente cuerpo, la materializa y corporaliza, y así, la construye como un fenómeno social; de ahí su variabilidad histórica.

Dedicamos todo un apartado, el segundo apartado del Capítulo III, a hablar del cuerpo de la enfermedad mental, porque tendemos a pensarla como algo abstracto sin tener en cuenta que estamos aludiendo a lo que les sucede a unas personas, a unos cuerpos: lo mental, por tanto, tiene cuerpo. Además, ese cuerpo es reflejo de lo social. Un cuerpo no existe sin más, sino que vive, se refleja y se construye a través de los otros, también en el caso del cuerpo de la enfermedad mental. Esta dimensión social del cuerpo de la enfermedad mental queda muy marcada por la Psiquiatría, como especialidad dentro de la Medicina en general que se ocupa de los trastornos mentales. Y dentro de la Psiquiatría, esos cuerpos están marcados por el *DSM*, que señala y da forma a las políticas que se aplicarán sobre este colectivo; pero no podemos olvidar que se trata de una clasificación también construida socialmente, acorde a la norma social imperante en cada momento, por lo que nadie puede asegurar que los trastornos que en él aparecen y que generan un estigma sobre las personas diagnosticadas a partir de ellos, no desaparezcan mañana del mismo (o a la inversa: que comportamientos aceptados hoy en día, no se conviertan en una patología en el futuro).

Por ejemplo, la anorexia es un trastorno mental —con un cuerpo claramente identificable— que tiene un claro trasfondo social. Los cánones de belleza establecidos hoy en día no son los mismos que hace medio siglo. Sumado a que vivimos en una cultura de la visión, de las imágenes, la imagen corporal es valiosa y adquirir esa perfección puede llevar a determinadas personas a maltratar su cuerpo de tal forma que la pérdida de peso para encajar en esos cánones se realice de manera extrema. Igualmente, hablamos de trastorno obsesivo compulsivo en cuanto a higiene en el momento en el que la sociedad se desarrolla de forma masificada y el miedo a los gérmenes hace que se tenga la impulsividad de lavarse y mantener limpio el entorno hasta

extremos asépticos inalcanzables; no tendría sentido quizá en una sociedad agraria donde se trabajaba la tierra con las manos y lo más común era tenerlas sucias. Por lo mismo, hoy en día no existe en el *DSM* ningún trastorno del tipo “síndrome del maltratador” para justificar la problemática social que existe en cuanto a violencia de género, y no existe un síndrome similar porque se entiende que es un problema social que surge de las estructuras patriarcales que oprimen a las mujeres, dejándolas en una posición de inferioridad respecto a los hombres, que *justifica* que las mujeres sean golpeadas, violadas, vejadas o acosadas. Patologizarlo a través del *DSM* sería dar una explicación a una problemática que no es médica, sino social, por lo que no figura en este manual de diagnósticos a pesar de que los agresores podrían constituir un perfil de cuadro clínico similar atendiendo a rasgos de personalidad o conductas (síntomas).

El cuerpo en el ámbito de la enfermedad mental existe, aunque muchas veces sea relegado al olvido. Y no podemos dejarlo de lado para nuestro análisis, puesto que si la enfermedad mental podría concebirse como algo abstracto, el cuerpo es real, material, y en última instancia remite a las personas en un sentido muy concreto y muy directo: las prácticas que se aplican a la enfermedad mental, se están aplicando a unos cuerpos, a unos individuos en su particular existencia material. De ahí la necesidad de que el colectivo se reapropie de su propio cuerpo para que sea reinterpretado y exista en el imaginario social de una manera totalmente distinta a la que la concepción del modelo médico lleva siglos proyectando.

Aprendemos por el cuerpo, como hemos visto, y sin embargo en el campo de la enfermedad mental se pretende un cuerpo des-socializado, en términos de Bourdieu (1999), un cuerpo sobre el que aplicar estrategias de normalización, disciplinas de conducta, adiestramiento de conducta. Las propuestas de Bourdieu han sido muy útiles para nuestro análisis, especialmente el concepto de *habitus* como “estructura estructurada estructurante” (estructura como conjunto objetivo de disposiciones, pero a su vez estructurada porque es fruto de una adquisición selectiva, y estructurante porque genera unas prácticas que modifican el mundo): es, tiene y genera, todo a la vez. Aplicado a la enfermedad mental, como estructura estructurada, es un proceso histórico a través del cual el Estado, amparado por la Psiquiatría, tiene la legitimidad necesaria (científica) para clasificar a personas como desviadas de la norma; y como estructura estructurante genera unas prácticas, como el internamiento, y unos juicios sistemáticos, como el estigma negativo asociado.

Uno de los mayores problemas que se nos presenta al hablar de la enfermedad mental es la incompreensión, precisamente por asumirla a priori como un fenómeno abstracto despersonificado, aunque como hemos visto, no

sea adecuado concebirla así. El estigma negativo asociado a la diagnosis clínica no ayuda a hacer comprender que estos individuos son personas (con derechos y deberes igual que cualquier otra). Es por esto que las personas con un trastorno mental se ven sometidas a toda una serie de agravios en cuanto se las aplica alguna categoría supuestamente adecuada a su condición, que no será sino una catalogación diagnóstica indicativa de una desviación de la norma social, por lo que se *fabrican* toda una serie de trastornos que expliquen esa conducta ante la que el resto de la sociedad se siente molesta o preocupada, generando así una explicación tranquilizadora ante esa desviación.

La Psiquiatría está subordinada al poder del Estado, justificando que éste pueda utilizarla para clasificar personas como desviadas de la normalidad, de tal manera que se puede promover el internamiento de numerosos grupos de población, en hospitales u otras instituciones como las penitenciarías. Si bien esta ciencia médico-psiquiátrica se ha convertido en el paradigma hegemónico dentro del campo de la enfermedad mental, hoy en día surgen alternativas que reclaman procesos de desinstitucionalización y reforma psiquiátrica, incorporando también a otros profesionales no necesariamente sanitarios. Además, los movimientos asociativos, ya no solo de familiares, sino también de las propias personas con enfermedad mental (que se designan a sí mismos como sobrevivientes a la Psiquiatría), promueven la integración real y efectiva de este colectivo para organizar los recursos y dirigir acciones sobre sus necesidades reales, determinadas por ellos mismos, sin que ningún supuesto experto hable en su nombre. Estas prácticas se traducen como una reconfiguración del modelo asistencialista que promueve la Medicina en general, y la Psiquiatría en particular, para este colectivo.

El mito de la enfermedad mental (1982), del psiquiatra Thomas Szasz, inició el debate sobre los trastornos mentales negando la existencia de los mismos. Posteriormente *La fabricación de la locura* (Szasz, 1981), junto con *Historia de la locura en la Era Clásica* (Foucault, 1967), darán paso a una nueva etapa de crítica a la disciplina psiquiátrica. Las categorías de diagnóstico son los nombres (etiquetas) que se le dan a las conductas que de alguna manera molestan a la sociedad (conductas desviadas de la norma), y estas etiquetas son en sí mismas un estigma para señalar esa anormalidad. Aquí tenemos la aplicación de las estructuras estructuradas estructurantes (*habitus*) de Bourdieu. Y esto daría pie a las teorías de Foucault (1976, 1992, 1999) sobre cómo se produce esa forma de disciplinamiento de los saberes, creando una relación entre el poder y el saber (aparatos de saber-poder), en la cual el saber aporta la legitimidad para el ejercicio del poder en forma de verdad (científica) indiscutible.

Si bien Foucault no escribe sobre discapacidad, las ideas que desarrolla en sus escritos son de aplicabilidad en el campo. Sí trató, aunque no solo, sobre la enfermedad mental, por lo que el autor es un pilar clave en el desarrollo de la teoría sobre la materia y así lo hemos indicado a lo largo de esta Tesis Doctoral. Sus aportes sobre los dispositivos de poder para vigilar a ciertos grupos poblacionales (y de alguna forma también para castigarlos), como podría ser el colectivo de personas con enfermedad mental, son incuestionables. Las técnicas disciplinarias del poder, que al final remiten a su aplicación sobre unos cuerpos, son las técnicas de un poder que no concierne a los cuerpos como tal, sino a los saberes y su relación con él, porque es de esa manera como se construye lo que se considera verdadero. Estos aparatos del saber-poder, que aplicados al campo de la enfermedad nos llevan a ver cómo la normatividad corporal (también en el cuerpo de la enfermedad mental), genera una homogeneización social, con el objetivo de eliminar la diferencia, la desviación a la norma, la anormalidad, excluyendo por tanto la diversidad. Así se justifica la persistencia del modelo médico moderno rehabilitador, dedicado a tratar al cuerpo considerado imperfecto, desviado de lo que se considera como normal, para ajustarlo a dicha norma; la rehabilitación como estrategia de normalización corporal.

Hemos formulado una explicación de la salud mental, y por tanto la enfermedad (mental), en la actualidad, como fenómeno social. La misma nos ayuda a comprender por qué surgen movimientos alternativos a la Psiquiatría, que además parten de las propias personas que han sido diagnosticadas por esta disciplina, protagonizando el colectivo dichos movimientos en primera persona sin dejar que nadie hable por ellos. Se buscan nuevas interpretaciones sobre las diferencias subjetivas que les llevaron a ser etiquetados, y estigmatizados, como enfermos mentales, cuestionando, por tanto, la presunta objetividad clasificatoria de la ciencia psiquiátrica (indefendible, a todas luces, dada la variabilidad histórica de sus categorías diagnósticas).

No podemos finalizar la presente Tesis Doctoral sin hacer expresas sus limitaciones, limitaciones que han surgido en el curso de su realización y que han marcado su discurrir; y, también, limitaciones a priori derivadas de la imposibilidad material de abarcar un objeto de estudio en integridad, de delimitarlo con perfecta precisión ni de adoptar todos los posibles ángulos de apreciación pertinentes para su plena comprensión. Limitaciones humanas, intelectuales y metodológicas.

En primer lugar, hubiera sido deseable —y era una de las pretensiones iniciales que hubo de ser descartada, por “necesidades del guión”— descender un nivel de análisis más y enfocar el marco teórico desarrollado sobre la discapacidad, y a su vez aplicado a la enfermedad mental, en un trastorno concreto, para analizar su evolución histórica y cómo está considerado en la

actualidad, completando el proceso deductivo indicado en la introducción (Capítulo I)⁵³. Sin embargo, dada la variedad de trastornos considerados como patologías mentales, la selección de uno de ellos en particular podría suponer una restricción, más que una ampliación, del alcance de la investigación pues cada uno de estos trastornos es el resultado de su propia y particular historia, ninguna de las cuales, en su particular discurrir, podría encajar plenamente en el marco general descrito para el campo de la enfermedad mental en su conjunto.

Del mismo modo, hubiera sido deseable, también, llevar a cabo un proceso inductivo ulterior, recabando información empírica para realizar un análisis de los discursos de las propias personas diagnosticadas con el trastorno mental concreto seleccionado, completando así el círculo y corroborando la pertinencia del marco teórico desarrollado. Sin embargo, este análisis del discurso, bien mediante la realización de entrevistas, bien recopilando información en los diversos foros de internet en los que participan sus protagonistas⁵⁴ comportaría la acumulación de material suficiente para una Tesis Doctoral en sí misma y excedería en volumen el espacio correspondiente a un único capítulo en la presente. Así, el desarrollo de ese subsiguiente paso en la investigación queda pendiente cara a un futuro inmediato, pues de hecho, ya se inició la recopilación del material empírico necesario para su realización.

En definitiva, se ha preferido centrar más el foco de atención y desarrollar un marco teórico lo más exhaustivo posible de la enfermedad mental, considerando, precisamente, que estas limitaciones, que lo son, definen sin embargo líneas de investigación futuras que pueden abrirse teniendo como base lo desarrollado a lo largo de estas páginas.

Y es que, como ha quedado demostrado, la perspectiva sociológica es necesaria en el estudio de la enfermedad mental, más allá de su concepción a partir de la diagnosis clínica. Contar con la Sociología para abordar el tema nos permite completar la comprensión de una realidad, la de la enfermedad mental, en cuya naturaleza constitutiva lo social ha sido olvidado. No se pretende suplir a la Psiquiatría, sino agregar a su visión de dicha realidad otras variables que no han sido tenidas en cuenta, abriendo el camino a un nuevo campo de investigación de novedad incuestionable. Novedad derivada, fundamentalmente, de la “corporeidad” inscrita en un fenómeno que, supuestamente, es de naturaleza “mental”: la aproximación sociológica ha hecho evidente que la naturaleza del fenómeno de la enfermedad mental, en su

⁵³ En particular, nuestro interés estaba centrado en la anorexia y la intención inicial era recopilar información empírica, a partir de los discursos en primera persona de sus protagonistas, para llevar a cabo un análisis de los mismos orientado por el marco teórico desarrollado en la investigación.

⁵⁴ Hay numerosos foros de este tipo en el caso particular de la anorexia.

constitución histórica, versa, en última instancia, sobre cómo, a partir de las catalogaciones psiquiátricas respecto de patologías de la mente, se han configurado prácticas, de normalización, de disciplinamiento, que actúan sobre el cuerpo, que es, de hecho, el sedimento “real”, el sustrato material del fenómeno.

Y, por supuesto, este nuevo marco teórico que aquí pretendemos inaugurar, implica que necesariamente hay que contar con los discursos de las propias personas implicadas, esto es, con aquellas que hayan sido diagnosticadas con algún tipo de trastorno mental, porque es necesario aprender de ellas como verdaderas expertas en la materia.

BIBLIOGRAFÍA

- Abberley, P. (1998). Trabajo, utopía e insuficiencia. *Discapacidad y sociedad* (pp. 77-96). Ediciones Morata. Madrid.
- Abberley, P. (2008). El concepto de opresión y el desarrollo de una teoría social de la discapacidad. *Superar las barreras de la discapacidad* (pp.34-50). Madrid. Ediciones Morata.
- Aguado Díaz, A. (1995). *Historia de las deficiencias*. Madrid. Escuela Libre Editorial Fundación ONCE.
- Alexander, F.G. y Selesnick, S.T. (1966). *Historia de la psiquiatría*. Barcelona. Espaxs.
- Alfaro-Rojas, L. (2013). Psicología y discapacidad: un encuentro desde el paradigma social. *Revista Costarricense de Psicología*. Volumen (1), nº 32, pp. 63-74.
- Andrés Valencia, L. (2014). *Breve historia de las personas con discapacidad: de la opresión a la lucha por sus derechos*. España. Editorial Académica Española.
- Aristóteles. *Política* (1986). Madrid. Alianza Editorial.
- Aslaksen, F., Bergh, S., Bringa, O.R. y Heggem, E.K. (1997). *Universal Design: planning and desing for all*. Cornell University, ILR School.
- Austin, J.L. (2004). *Cómo hacer cosas con palabras: palabras y acciones*. Barcelona. Paidós.
- Barreira Alsina, I. (2015). El DSM, del nomenclador a la guía de tratamiento: un comentario crítico a la nosografía americana. *Psicogente*. Volumen (18), nº 33, pp. 117-128.
- Del Barrio Gándara, V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología*. Volumen (30), nº 2-3, pp. 81-90.
- Barton, L. (1998). Sociología y discapacidad: algunos temas nuevos. *Discapacidad y Sociedad* (pp. 19-34). Madrid. Ediciones Morata.
- Barton, L. (2008). *Superar las barreras de la discapacidad*. Madrid. Morata.

- Barnes, C. (2010). Discapacidad, política y pobreza en el contexto del 'mundo mayoría'. *Política y Sociedad*. Volumen (1), nº 47, pp. 11-25.
- Becker, H.S. (2018). *Outsiders: hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires. Siglo XXI Editores.
- Bourdieu, P. y Passeron, J.C. (1981). *La reproducción: elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. Barcelona. Laia.
- Bourdieu, P. (1999). *Meditaciones pascalianas*. Barcelona. Anagrama.
- Busfield, J. (2001). Mental Illness as Social Product or Social Construct: a Contradiction in Feminist Arguments? *Sociology of Health and Illness*. Volumen (10), nº 4, pp. 521-542.
- Butler, J. (1990). *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires. Paidós.
- Canguilhem, G. (1970). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires. Siglo XXI Argentina Editores.
- Canimas Brugué, J. (2015). "¿Discapacidad o diversidad funcional? *Siglo Cero*. Volumen 46 (2), nº 254, pp. 79-97.
- Cano Esteban, A. (2012). Agorafobia: una mirada encerrada hacia la sociedad. *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*. Volumen (6), nº 1, pp. 165-177.
- Cano Esteban, A. y Rodríguez Díaz, S. [Coords.] (2015). *Discapacidad y políticas públicas: la experiencia real de la juventud con discapacidad en España*. España. Editorial Catarata.
- Cano Esteban, A. (2018). Construyendo una Sociología Clínica de la Enfermedad Mental. *Revista de Actas de Coordinación Sociosanitaria*. Volumen (22), nº 22, pp. 151-156.
- Cano Esteban, A. (2019). Cuerpos olvidados. *Cuerpos marcados: vidas que cuentan y políticas públicas* (pp. 221-232). Ediciones Bellaterra.
- Cano Esteban, A. (2021a). La trilogía del proceso de la discapacidad: (I) No ver. 1ª etapa de la discapacidad: Modelo clásico (Modelo de la prescindencia). *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*. Volumen (15), nº 1, pp. 55-80.
- Cano Esteban, A. (2021b). La trilogía del proceso de la discapacidad: (II) No oír. 2ª etapa de la discapacidad: Modelo médico (Modelo moderno-rehabilitador). *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*. Volumen (15), nº 1, pp. 81-116.

- Cano Esteban, A. (2021c). La trilogía del proceso de la discapacidad: (III) No callar. 3ª etapa de la discapacidad: Modelo social (Modelo moderno-crítico). *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*. Volumen (15), nº 2, pp. 47-84.
- Cardona, F. (1998). *Mitología y leyendas africanas*. Barcelona. Olimpo.
- Carpintero Capell, H. y del Barrio, M.J. (1979). Notas sobre las interpretaciones históricas del retraso mental. *Análisis y Modificación de Conducta*. Volumen (5), nº 10, pp. 337-348.
- Casarotti, H. (2012). Evolución del diagnóstico y de la clasificación en patología mental. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Volumen (76), nº 1, pp. 49-59.
- Castel, R. (2002). *La metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado*. Buenos Aires. Paidós Ibérica.
- Cea Madrid, J.C. y Castillo Parada, T. (2016). Materiales para una historia de la antipsiquiatría: balance y perspectivas. *Teoría y Crítica de la Psicología*. Volumen (8), pp. 169-192.
- Cea Madrid, J.C. y Castillo Parada, T. (2018). Locura y neoliberalismo: el lugar de la antipsiquiatría en la salud mental contemporánea. *Política y Sociedad*. Volumen (2), nº 55, pp. 559-574.
- Chaves Palacios, J. (2004). Desarrollo tecnológico de la Primera Revolución Industrial. *Norba: Revista de Historia*. Volumen (17), pp. 93-109.
- Cockerham, W.C. (2000). *Sociology of Mental Disorder*. New Jersey. Prentice Hall.
- Comelles, J.M. y Perdiguero-Gil, E. [Coords.] (2017). *Educación, comunicación y salud. Perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*. Tarragona. Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili.
- Contino, A.M. (2013a). La visibilización de las luchas políticas en discapacidad: acciones directas, contraconductas y resistencia. *Anuario electrónico de estudios en Comunicación Social "Disertaciones"*. Volumen (2), nº 6, pp. 5-24.
- Contino, A.M. (2013b). El dispositivo de discapacidad. *Revista Tesis Psicológicas*. Volumen (1), nº 8, pp. 174-183.
- Correa Urquiza, M., Martínez Hernáez, A., Silva, T.J. y Belloc, M.M. (2006). La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*. Volumen (22), pp. 47-69.

- Correa Urquiza, M. (2015). *Radio Nikosia. La rebelión de los saberes profanos. Otras prácticas, otros territorios para la locura*. Madrid. Grupo 5.
- Correal Urrego, G. (1985). Algunas enfermedades precolombinas. *Revista de la Universidad Nacional*. Volumen (1), nº 1, pp. 14-27.
- Craviotto Corbellini, A. (2016). Cuerpo y discurso psiquiátrico a comienzos del siglo XX en Uruguay: insuficiencia, debilidad y adaptación. *Pedagogía y Saberes*. Volumen (44), pp. 63-70.
- Desviat, M. (2006). La antipsiquiatría: crítica a la razón psiquiátrica. *Norte de Salud Mental*. Volumen (25), pp. 8-14.
- Díaz Velázquez, E. (2009). Reflexiones epistemológicas para una Sociología de la Discapacidad. *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*. Volumen (3), nº 2, pp. 85-99.
- Díaz Velázquez, E. (2011). Estratificación y desigualdad por motivo de discapacidad. *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*. Volumen (1), nº5, pp. 157-170.
- Esteban, M.L. (2013). *Antropología del cuerpo*. Barcelona. Bellaterra.
- Ferrante, C. (2009). Las nuevas aportaciones del modelo social de la discapacidad: una reflexión sociológica crítica. *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*. Volumen (1), nº 3, pp. 59-66.
- Ferreira, Miguel A.V. (2008a). La construcción social de la discapacidad: habitus, estereotipos y exclusión social. *Nómadas: Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*. Volumen (1), nº 17, pp. 221-232.
- Ferreira, Miguel A.V. (2008b). Una aproximación sociológica a la discapacidad desde el modelo social: apuntes caracterológicos. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. Volumen (124), pp. 141-174.
- Ferreira, Miguel A.V. (2010). De la *minusvalía* a la diversidad funcional: un nuevo marco teórico-metodológico. *Política y sociedad*. Volumen (47), nº 1, pp.45-65.
- Ferreira, Miguel A.V. y Rodríguez Díaz, S. (2010). Diversidad funcional: sobre lo normal y lo patológico en torno a la condición social de la *dis*-capacidad. *Cuadernos de Relaciones Laborales*. Volumen (28), nº 1, pp. 151-172.
- Ferreira, Miguel A.V. y Ferrante, C. (2011). Cuerpo y *habitus*: el marco estructural de la experiencia de la discapacidad. *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*. Volumen (2), nº5, pp. 85-101.

- Ferreira, Miguel A.V. (2017). La discapacidad: entre la formalidad político-discursiva y experiencia in-corporada. *Cuerpos, Emociones y Sociedad*. Volumen (23), pp. 20-32.
- Ferreira, Miguel A.V. (2020). Genealogía y ontogénesis occidental de la discapacidad. *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*. Volumen (2), nº 14 (especial sobre discapacidad), pp. 401-432.
- Foucault, M. (1966). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Argentina. Siglo XXI.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar: el nacimiento de la prisión*. Argentina. Siglo XXI.
- Foucault, M. (1985). *Saber y verdad*. Madrid. La Piqueta.
- Foucault, M. (1992). *Genealogía del racismo*. Madrid. La Piqueta.
- Foucault, M. (1999). *Estrategias de poder*. Madrid. Paidós Ibérica.
- Foucault, M. (2009). *Seguridad, Territorio, Población (Curso en el Collage de France: 1977-1978)*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Madrid. Akal.
- Galván, V. (2009). La recepción extraacadémica de Michel Foucault en la cultura de la Transición española: la antipsiquiatría y la Historia de la locura en los psiquiatras españoles. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Volumen (29), nº 104, pp. 485-500.
- García Manzano, E. (2016). De modelos conceptuales, enfoques y otros términos. *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*. Volumen (1), nº10, pp. 71-79.
- Garfinkel, H. (1968). *Estudios en Etnometodología*. España. Anthropos Editorial.
- Goffman, E. (1963). *Estigma, la identidad deteriorada*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Goffman, E. (1984). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Gómez Bernal, V. (2016). La discapacidad organizada: antecedentes y trayectorias del Movimiento de Personas con Discapacidad. *Historia Actual Online*. Volumen (1), nº 39, pp. 39-52.

- González de Rivera, J.L. (1998). Evolución histórica de la Psiquiatría. *Psiquis*. Volumen (5), nº 19, pp. 183-200.
- Granizo Rodríguez, S. (2014). Representación cultural de la discapacidad. *PODIUM*. Volumen (26), pp. 11-24.
- Hannah, W.J. y Rogovsky, B. (2008). Mujeres con discapacidad: la suma de dos obstáculos. *Superar las barreras de la discapacidad* (pp. 51-67). Madrid. Ediciones Morata.
- Hernández Martínez, H., Miguel Díaz, J.L. y Rodríguez de la Parra, S. (1999). Las diferencias entre una sociedad de pensamiento netamente mágico y otra de pensamiento racional. *Cultura de los cuidados*. Volumen (5), pp. 64-68.
- Huertas García-Alejo, R. (2003). Cuerpo visto y cuerpo sentido: de la anatomía a la clínica psiquiátrica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Volumen (23), nº 88, pp. 111-126.
- Jervis, G. (1979). *El mito de la antipsiquiatría*. Barcelona. Editorial José J. de Olañeta.
- Jiménez Lara, A. (2007). La población con discapacidad: estudios demográficos. *Tratado sobre Discapacidad* (pp. 207-230). Madrid. Editorial Thompson Aranzadi.
- Jiménez Lara, A. y Huete García, A. (2017). *Informe Olivenza 2017 sobre la situación de las personas con discapacidad en España*. Observatorio Estatal de la Discapacidad.
- Jorm, A.F. et al. (1997). Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia*. Volumen (4), nº 166, pp. 182-186.
- Kendall, C., Foote, D. y Martorell, R. (1983). Anthropology, Communications, and Health: The Mass Media and Health Practices Program in Honduras. *Human Organization*. Volumen (42), nº 4, pp. 354-360.
- Kraepelin, E. (1899). *Psiquiatría*. Leipzig. Barth Verlag.
- Kuhn, T. (1975). *La estructura de las revoluciones científicas*. Madrid. Fondo de cultura económica.
- Laín Entralgo, P. (1961). *Enfermedad y pecado*. Barcelona. Toray.
- Laín Entralgo, P. (1978). *Historia de la Medicina*. Barcelona. Salvat.

- Lamo de Espinosa, E. *et al.* (1994). *La Sociología del Conocimiento y de la Ciencia*. España. Alianza Editorial.
- Lamo de Espinosa, E. (2010). *La sociedad del conocimiento: información, ciencia, sabiduría*. Real Academia de Ciencias Morales y Políticas.
- Lemert, Edwin (1951). *Social Pathology. A Systematic Approach to the Theory of Sociopathic Behavior*. Nueva York. McGraw-Hill.
- López, S. y Platero Méndez, L. [Eds.] (2019). *Cuerpos marcados: vidas que cuentan y políticas públicas*. Barcelona. Ediciones Bellaterra.
- López Piñero, J.M. (1969). *Medicina, historia, sociedad. Antología de clásicos médicos*. Barcelona. Ediciones Ariel.
- Markez, I. (2017). Ayer y hoy en la Psiquiatría: épocas de cambio posibles. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. Volumen (14), nº 1, pp. 53-63.
- Martínez Hernaez, A. (1998). Antropología versus Psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Volumen (18), nº 168, pp. 645-659.
- Martínez-Pérez, J. (2009). Consolidando el modelo médico de la discapacidad: sobre la poliomielitis y la constitución de la traumatología y ortopedia como especialidad en España (1930-1950). *Asclepio: Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*. Volumen (1), nº 51, pp. 117-142.
- Mañas, C. (2014). Apuntes para un debate psiquiátrico-asistencial más incluyente: una aproximación historiográfica crítica a la reforma psiquiátrica española desde la desmantelación de la teoría de las *utopías antipsiquiátricas*. *Norte de salud mental*. Volumen (12), nº 50, pp. 83-91.
- Marx, K. (1971). La producción capitalista como producción de plusvalía. *El Capital – Tomo I: El Proceso de Producción del Capital* (pp. 3-53). Siglo XXI.
- Merton, R.K. (2010). *Teoría y estructura sociales*. México D.F. (México). Fondo de Cultura Económica.
- Meyerson, I. (1973). Somatopsicología de las incapacidades físicas. *Psicología de los niños y jóvenes marginales* (pp. 3-81). Madrid. Prentice-Hall International.
- Moreno Pestaña, J.L. (2010). *Moral corporal, trastornos alimentarios y clase social*. Madrid. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Moreno Pestaña, J.L. (2015). El poder psiquiátrico y la sociología de la enfermedad mental: un balance. *Sociología Histórica*. Volumen (5), pp. 127-164.

- Moscoso, M. (2011). La discapacidad como diversidad funcional: los límites del paradigma etnocultural como modelo de justicia social. *DILEMATA*. Volumen (7), pp. 77-92.
- Muñoz Chávez, L.F. y Jaramillo González, L.E. (2015). *DSM-V: ¿cambios significativos?* *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Volumen (35), nº 125, pp. 111-121.
- Muñoz Ruiz, A.B. (2008). El Caso Coleman: un paso más en la construcción del modelo social de discapacidad de la Unión Europea y su extensión a los cuidadores. *Temas Laborales*. Volumen (101/2009), pp. 321-339.
- Oliver, M. (1990). *The politics of disablement*. Londres. Macmillan.
- Oliver, M. (1998). ¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada? *Discapacidad y sociedad* (pp. 34-58). Ediciones Morata. Madrid.
- Ordorika Sacristán, T. (2009). Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres. *Revista Mexicana de Sociología*. Volumen (71), nº 4, pp. 647-674.
- Ortega Camarero, M.T. (2018). Discapacidad y Sociología: una realidad en construcción. Modelos sociales que explican la discapacidad. *INGURUAK (Revista Vasca de Sociología y Ciencia Política)*. Volumen (65), pp. 44-61.
- Ospina Ramírez, M.A. (2010). Discapacidad y sociedad democrática. *Revista Derecho del Estado*. Volumen (24), pp. 143-164.
- Pacenza, M.I. (2017). La Sociología como ciencia: sus principales problemáticas. *Universidad Nacional del Litoral*.
- Padilla-Muñoz, A. (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos. *International Law: Revista Colombiana de Derecho Internacional*. Volumen (16), pp. 381-414.
- Palacios Rizzo, A. y Romañach, J. (2006). *El modelo de la diversidad: la bioética y los derechos humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. La Coruña. Ediciones Diversitas.
- Palacios Rizzo, A. y Bariffi, F. (2007). *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos: una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. España. Ediciones Cinca.
- Palacios Rizzo, A. (2008). *El modelo social de la discapacidad: origen, caracterización y plasmación en la Convención sobre los derechos de las persona con discapacidad*. Madrid. Cinca.

- Palacios Rizzo, A. y Romañach, J. (2008). El modelo de la diversidad: una nueva visión de la bioética desde la perspectiva de las personas con diversidad funcional (discapacidad). *Revista Intersticios: revista sociológica de pensamiento crítico*. Volumen (2), nº 2, pp. 37-47.
- Patricio Pedraza, F. (2010). *El Mito de Hefesto: la construcción ambivalente de la discapacidad en los orígenes de la cultura occidental* [Curso Doctorado “El Paradigma de la Diversidad Funcional: Fundamentos de un Nuevo Movimiento Social”]. Universidad de Murcia, España.
- Pérez Álvarez, M. (1988). *Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos; Perfil: Psicoterapia, Modificación de Conducta* [Proyecto Docente del Departamento de Psicología]. Universidad de Oviedo, España.
- Pérez Álvarez, M. (2017). El turno transdiagnóstico y el retorno de la psicopatología: el tema de nuestro tiempo en Psiquiatría. *Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria*. Volumen (14), nº 1, pp. 35-52.
- Pérez Dalmeda, M.E. y Chhabra, G. (2019). Modelos teóricos de discapacidad: un seguimiento del desarrollo histórico del concepto de discapacidad en las últimas cinco décadas. *Revista Española de Discapacidad*. Volumen (1), nº7, pp. 7-27.
- Pérez Soto, C. (2012). *Una nueva antipsiquiatría: crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*. Santiago. Lom.
- Plumed Domingo, J.J. (2005). La clasificación de la locura en la Psiquiatría española del siglo XIX. *Asclepio*. Volumen (52), nº 2, pp. 223-253.
- Puig de la Bellacasa, J.J. (1990). Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad. *II Seminario sobre Discapacidad e Información*. Volumen (14/90), pp. 63-96.
- Planella, J., Mollano, S. y Pié, A. (2012). Activismo y lucha encarnada por los derechos de las personas con dependencia en España: 1960-2012. *Revista Intersticios: revista sociológica de pensamiento crítico*. Volumen (2), nº 6, pp. 49-61.
- Del Río, P. (1986). *La imagen de las personas con deficiencias y el papel de los medios de comunicación*. Madrid. Real Patronato sobre Discapacidad.
- Riaño, P. (2018). El misterio de los enanos de Velázquez que pierden sus nombres. *EL PAÍS*.
- Ritzer, G. (1975). *Sociology: a multiple paradigm science*. Boston. Allyn and Bacon.

- Ritzer, G. (1997). *Teoría Sociológica Contemporánea*. México. McGraw-Hill.
- Rodríguez Díaz, S. (2012). Sobre la norma y su transgresión: una aproximación teórica a la cuestión de la desviación social. *Revista Intersticios: revista sociológica de pensamiento crítico*. Volumen (1), nº 6, pp. 43-54.
- Rodríguez Díaz, S. (2013). Diversas capacidades, distintas discapacidades: relativismo sensorial y plasticidad de la percepción. *Revista Intersticios: revista sociológica de pensamiento crítico*. Volumen (2), nº 7, pp. 179-192.
- Sacks, O. (2006). *Un antropólogo en Marte: siete relatos paradójicos*. Barcelona. Anagrama.
- Sacks, O. (2010). *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*. Barcelona. Anagrama.
- Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. *Historia de la salud mental*. Volumen (29), nº 1, pp. 143-148.
- Sánchez Moreno, E. (2002a). *Individuo, sociedad y depresión*. Málaga. Ediciones Aljibe.
- Sánchez Moreno, E. (2002b). Sociología y enfermedad mental. *Revista Internacional de Sociología*. Volumen (31), pp. 35-58.
- Sánchez Moreno, E. (2003). Por una sociología de la enfermedad mental: etiología. *Cuadernos de Trabajo Social*. Volumen (16), pp. 49-71.
- Scheerenberger, R.C. (1984). *Historia del retraso mental*. San Sebastián. Servicio Internacional de Información sobre Subnormales.
- Scheff, T. (1966). A sociological theory of mental disorders. *Approaches to Psychopathology* (pp. 444-452). Nueva York. Temple University Publications.
- Shakespeare, T. (2004). Social models of disability and other life strategies. *Scandinavian Journal of Disability Research*. Volumen (1), nº 6, pp. 8-21.
- Shapiro, J. (1994). *No Pity: People with Disabilities Forging a New Civil Rights Movement*. Nueva York. Three Rivers Press.
- Simondon, G. (1996). La génesis del individuo. *Incorporaciones* (pp. 255-276). Madrid. Cátedra.
- Solves Almela, J. 2013). SOS Discapacidad: los discursos de la discapacidad en los medios españoles. *Discurso & Sociedad*. Volumen (1), nº 7, pp. 49-72.

- Szasz, T.S. (1982). *El mito de la enfermedad mental: bases para una teoría de la conducta personal*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Szasz, T.S. (1981). *La fabricación de la locura: estudio comparado de la Inquisición y el Movimiento de la Salud Mental*. Barcelona. Kairos.
- Thomas, W.I. (1928). *The child in America: Behavior problems and programs*. New York. A. A. Knopf.
- Toboso Martín, M. y Guzmán Castillo, F. (2010). Cuerpos, capacidades, exigencias funcionales... y otros lechos de Procusto. *Política y Sociedad*. Volumen (47), nº 1, pp. 67-83.
- Toboso Martín, M. (2018). Diversidad funcional: hacia un nuevo paradigma en los estudios y en las políticas sobre discapacidad. *Política y Sociedad*. Volumen (3), nº 55, pp. 783-804.
- Torres Cubeiro, M. (2012). Imaginarios sociales de la enfermedad mental. *Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*. Volumen (12), nº 2, pp. 101-113.
- Torres Cubeiro, M. (2018). Contradicciones en salud mental: estigma, alfabetización en salud mental y revelación (o no) del diagnóstico de un desorden mental. *Sociología y Tecnociencia*. Volumen (8), nº 2, pp. 92-111.
- Urra, J. (2004). *Jauría humana: cine y psicología*. Barcelona. Gedisa.
- Vásquez Rocca, A. (2011). Antipsiquiatría: deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la 'razón psiquiátrica'. *Eikasía: Revista de Filosofía*. Volumen (41), pp. 7-19.
- Velarde Lizama, V. (2012). Los modelos de la discapacidad: un recorrido histórico. *Empresa y Humanismo*. Volumen (15), nº 1, pp. 115-136.
- Victoria Maldonado, J. (2013). El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos. *Revista de Derecho UNED (Universidad Nacional de Educación a Distancia)*. Volumen (12), pp. 817-833.
- Vives, J.L. (1991). *Tratado del socorro de los pobres*. España. Ed. Conmemorativa del Ministerio de Asuntos Sociales.
- Weber, M. (2016). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Madrid. Alianza Editorial.
- Zilboorg, G. y Henry, G.W. (1968). *Historia de la psicología médica*. Buenos Aires. Psiqué.

ANEXOS

- **ANEXO I** ▶ Índice del *DSM-I* (1952).
- **ANEXO II** ▶ Índice del *DSM-II* (1968).
- **ANEXO III** ▶ Índice del *DSM-III* (1980).
- **ANEXO IV** ▶ Índice del *DSM-IV* (1994).
- **ANEXO V** ▶ Índice del *DSM-V* (2014).

ANEXO I ► Índice del *DSM-I* (1952).

A continuación presentamos el índice del *DSM-I* (1952)⁵⁵. Señalamos en negrita los principales trastornos en los que se divide, en este caso 4. Puede apreciarse la cantidad de subgrupos que existen dentro de los mismos, señalando también los más importantes que se destacan en esta versión. Por último, en azul, marcamos los nombres de los trastornos (diagnósticos); el número que aparece delante es la enumeración de los mismos (en esta versión hay un total de 112 trastornos). Cada versión de *DSM* tiene su propia codificación de los trastornos, nosotros simplemente los hemos enumerado desde el 1 al 112, señalando en azul solo aquellos trastornos diagnosticables, por lo que si no aparece en este color, aunque esté al mismo nivel esquemático que otros, es porque se da una subdivisión más hasta llegar a un trastorno diagnosticable.

1. Trastornos causados por o asociados con el deterioro de la función del tejido cerebral.

1A) Trastornos cerebrales agudos.

Trastornos debidos a o asociados con una infección.

1. Síndrome Cerebral Agudo asociado a infección intracraneal. *Especificar infección.*
2. Síndrome Cerebral Agudo asociado a infección del sistema. *Especificar infección.*

Trastornos debidos a o asociados con una intoxicación.

3. Síndrome Cerebral Agudo por droga o intoxicación o veneno. *Especificar droga o veneno.*
- 4-5. Síndrome Cerebral Agudo, por intoxicación alcohólica.
 - Alucinosis aguda.
 - Delirium tremens.

Trastornos debidos a o asociados con un trauma.

6. Síndrome Cerebral Agudo asociado a un trauma. *Especificar trauma.*

Trastornos debidos a o asociados con una alteración circulatoria.

7. Síndrome Cerebral Agudo asociado con desajustes circulatorios (*indicar enfermedad cardiovascular como diagnóstico adicional*).

Trastornos debidos a o asociados con desajustes de la enervación o del control psíquico.

8. Síndrome Cerebral Agudo asociado con desórdenes convulsivos (*indicar manifestación como término suplementario*).

⁵⁵ Traducción de la versión original inglesa (incluidas las notas a pie de página tal cual vienen señaladas en el índice original).

Trastornos debidos a o asociados con desajustes del metabolismo, crecimiento o nutrición.

9. Síndrome Cerebral Agudo con desajuste metabólico. *Especificar.*

Trastornos debidos a o asociados con nuevo crecimiento.

10. Síndrome Cerebral Agudo asociado con neoplasia intracraneal. *Especificar.*

Trastornos debidos a causa desconocida o incierta.

11. Síndrome Cerebral Agudo con enfermedad de causa desconocida o incierta (*indicar enfermedad como diagnóstico adicional*).

Trastornos debidos a causa desconocida o incierta con manifestación funcional.

12. Síndrome Cerebral Agudo de causa desconocida.

1B) Trastornos cerebrales crónicos⁵⁶.

Trastornos prenatales.

13. Síndrome Cerebral Crónico asociado a anomalía craneal congénita. *Especificar anomalía.*

14. Síndrome Cerebral Crónico asociado con paraplejia espástica congénita.

15. Síndrome Cerebral Crónico asociado con Mongolismo.

16. Síndrome Cerebral Crónico debido a enfermedades infecciosas maternas prenatales.

Trastornos debidos a o asociados con una infección.

17-19. Síndrome Cerebral Crónico asociado con sífilis en el sistema central nervioso. *Especificar altura.*

- Meningoencefalopatía.
- Meningovascular.
- Otra sífilis en el sistema central nervioso.

20. Síndrome Cerebral Crónico asociado con infección intracraneal aparte de sífilis. *Especificar infección⁵⁷.*

Trastornos asociados con una intoxicación.

21. Síndrome Cerebral Crónico asociado con intoxicación.

22. Síndrome Cerebral Crónico por drogas, intoxicación o veneno. *Especificar droga o veneno.*

23. Síndrome Cerebral Crónico por intoxicación alcohólica. *Especificar reacción cuando se sepa.*

Trastornos asociados con un trauma.

24. Síndrome Cerebral Crónico asociado con trauma de nacimiento.

Síndrome Cerebral Crónico asociado con trauma cerebral.

⁵⁶ La expresión "Deficiencia Mental" debe agregarse al final del diagnóstico en trastornos de este grupo que presentan deficiencia mental como el síntoma principal del trastorno. Incluir cociente de inteligencia (IQ) en el diagnóstico.

⁵⁷ Cuando la infección es más importante que la reacción o la deficiencia mental, especificar la infección. Si ambas, infección y reacción o deficiencia mental son importantes, se requerirán los dos diagnósticos.

25. Síndrome Cerebral Crónico, trauma cerebral por fuerza bruta. *Especificar (otros agentes).*

26. Síndrome Cerebral Crónico consecuencia de operación cerebral.

27. Síndrome Cerebral Crónico consecuencia de trauma cerebral eléctrico.

28. Síndrome Cerebral Crónico consecuencia de trauma cerebral por irradiación.

Trastornos asociados con desajustes circulatorios.

29. Síndrome Cerebral Crónico asociado con arteroesclerosis cerebral.

30. Síndrome Cerebral Crónico asociado con desajustes circulatorios diferentes a la arteroesclerosis cerebral. *Especificar.*

Trastornos asociados con desajustes de enervación o de control psíquico.

31. Síndrome Cerebral Crónico asociado con desórdenes convulsivos.

Trastornos asociados con desajustes del metabolismo, crecimiento o nutrición.

32. Síndrome Cerebral Crónico asociado con enfermedad cerebral senil.

33. Síndrome Cerebral Crónico asociado con otros desajustes del metabolismo, crecimiento o nutrición (incluidos presenil, glandular, pelagra, familiar, amaurosis)

Trastornos asociados con nuevo crecimiento.

34. Síndrome Cerebral Crónico asociado con neoplasma intracraneal. *Especificar neoplasma.*

Trastornos asociados con una causa desconocida o incierta.

35. Síndrome Cerebral Crónico asociado con enfermedades de causa desconocida o incierta (incluidas esclerosis múltiple, Corea de Huntington, Enfermedad de Pick y otras enfermedades de la familia o hereditarias). *Indicar enfermedad por diagnóstico adicional.*

Trastornos debidos a causa desconocida o incierta con la reacción funcional sola manifestada.

36. Síndrome Cerebral Crónico de causa desconocida.

2. Deficiencia mental.

Trastornos debidos a causa desconocida o incierta con reacción funcional manifiesta; enfermedades hereditarias y familia de enfermedades de esta naturaleza.

37-39. Deficiencia mental (familiar o hereditaria).

- Leve.
- Moderada.
- Severa.

Trastornos debidos a causa indeterminada.

40-42. Deficiencia mental, idiopático.

- Leve.
- Moderada.

- Severa.

3. Trastornos de origen psicógeno o sin causa física definida o cambio estructural en el cerebro.

3A) Trastornos psicóticos.

Trastornos debidos a desajustes metabólicos, crecimiento, nutrición o función endocrina.

43. Reacción psicótica involuntaria.

Trastornos de origen psicogénico o sin causa tangible claramente definida o cambio estructural.

Reacciones afectivas.

44. Reacción maniaco depresiva, tipo maniaco.

45. Reacción maniaco depresiva, tipo depresiva.

46. Reacción maniaco depresiva, otros.

47. Reacción depresiva psicótica.

Reacciones esquizofrénicas.

48. Reacción esquizofrénica, tipo simple.

49. Reacción esquizofrénica, tipo hebefrénico.

50. Reacción esquizofrénica, tipo catatónico.

51. Reacción esquizofrénica, tipo paranoide.

52. Reacción esquizofrénica, tipo indiferenciado agudo.

53. Reacción esquizofrénica, tipo indiferenciado crónico.

54. Reacción esquizofrénica, tipo esquizo-afectivo.

55. Reacción esquizofrénica, tipo infantil.

56. Reacción esquizofrénica, tipo residual.

Reacciones paranoides.

57. Paranoia.

58. Estado paranoide.

59. Reacciones psicóticas sin cambio estructural claramente definido.

3B) Trastornos psicofisiológicos autonómicos y viscerales.

Trastornos debidos a desajustes de nervios o control psíquico.

60. Reacción psicofiológica de la piel (*indicar manifestación por Término Suplementario*).

61. Reacción psicofiológica musculoesquelético (*indicar manifestación por Término Suplementario*).

62. Reacción psicofiológica respiratoria (*indicar manifestación por Término Suplementario*).

63. Reacción psicofiológica cardiovascular (*indicar manifestación por Término Suplementario*).

64. Reacción psicofiológica hémica y linfática (*indicar manifestación por Término Suplementario*).

65. Reacción psicofiológica gastrointestinal (*indicar manifestación por Término Suplementario*).

66. Reacción psicofisiológica genito-urinaria (*indicar manifestación por Término Suplementario*).

67. Reacción psicofisiológica endocrina (*indicar manifestación por Término Suplementario*).

68. Reacción psicofisiológica del sistema nervioso (*indicar manifestación por Término Suplementario*).

69. Reacción psicofisiológica de órganos de sentido especial (*indicar manifestación por Término Suplementario*).

3C) Trastornos psiconeuróticos.

Trastornos de origen psicógeno o sin causa tangible o cambio estructural claramente definido.

Reacciones psiconeuróticas.

70. Reacción ansiosa.

71. Reacción disociativa.

72. Reacción de conversión.

73. Reacción fóbica.

74. Reacción obsesivo compulsiva.

75. Reacción depresiva.

76. Reacción psiconeurótica, otros.

3D) Trastornos de la personalidad.

Trastornos de origen psicógeno o sin causa tangible o cambio estructural claramente definido.

Alteración del patrón de personalidad.

77. Personalidad inadecuada.

78. Personalidad esquizoide.

79. Personalidad ciclotímica.

80. Personalidad paranoide.

Alteración de rasgos de personalidad.

81. Personalidad emocionalmente inestable.

82. Personalidad pasivo-agresiva.

83. Personalidad compulsiva.

84. Alteración de rasgos de personalidad, otros.

Alteración sociopatológica de la personalidad.

85. Reacción antisocial.

86. Reacción disocial.

87. Desviación sexual. *Especificar Término Suplementario.*

88-89. Adicción.

- Alcoholismo.

- Adicción a drogas.

90-94. Reacciones de síntomas especiales.

- Problemas de aprendizaje.

- Alteración del habla.

- Enuresis.

- Sonambulismo.

- Otros.

3E) Trastornos transicionales de la personalidad situacional.

Trastorno transitorio de la personalidad situacional.

- 95.** Reacción de estrés general.
- 96.** Reacción situacional del adulto.
- 97.** Reacción de ajuste de la infancia.
- 98-100.** Reacción de ajuste de la edad juvenil.
 - Alteración de los hábitos.
 - Alteración conductual.
 - Rasgos neuróticos.
- 101.** Reacción de ajuste de la adolescencia.
- 102.** Reacción de ajuste de la vida avanzada.

4. Términos no diagnósticos para el registro del hospital.

- 103.** Intoxicación alcohólica (simple embriaguez).
- 104.** Huésped.
- 105.** Muerte al ingreso.
- 106.** Diagnóstico diferido.
- 107.** Ninguna enfermedad.
- 108.** Solo examinación.
- 109.** Solo experimentación.
- 110.** Enfermo fingido.
- 111.** Observación.
- 112.** Solo test.

ANEXO II ► Índice del *DSM-II* (1968).

A continuación presentamos el índice del *DSM-II* (1968)⁵⁸. Señalamos en negrita los principales trastornos en los que se divide, en este caso 11. Puede apreciarse la cantidad de subgrupos que existen dentro de los mismos, señalando también los más importantes que se destacan en esta versión. Por último, en azul, marcamos los nombres de los trastornos (diagnósticos); el número que aparece delante es la enumeración de los mismos (en esta versión hay un total de 221 trastornos). Cada versión de *DSM* tiene su propia codificación de los trastornos, nosotros simplemente los hemos enumerado desde el 1 al 221, señalando en azul solo aquellos trastornos diagnosticables, por lo que si no aparece en este color, aunque esté al mismo nivel esquemático que otros, es porque se da una subdivisión más hasta llegar a un trastorno diagnosticable.

1. Retraso mental.

- 1-10. Retraso mental límite.
- 2-20. Retraso mental medio.
- 3-30. Retraso mental moderado.
- 4-40. Retraso mental severo.
- 5-50. Retraso mental profundo.
- 6-60. Retraso mental inespecífico.

Las subdivisiones citadas a continuación deben usarse con cada una de las categorías anteriores⁵⁹. La condición física asociada debe especificarse como un diagnóstico adicional cuando se conoce.

- Consecuencia de una infección o intoxicación.
- Consecuencia de un trauma o agente psíquico.
- Con desórdenes del metabolismo, crecimiento o nutrición.
- Asociado con enfermedad cerebral grave (postnatal).
- Asociado con enfermedades y condiciones debidas a influencia prenatal (desconocida).
- Con cromosoma anormal.
- Asociado con prematuria.
- Consecuencia de un trastorno psiquiátrico mayor.
- Con privación psico-social (ambiental).
- Con otra (e inespecífica) condición.

⁵⁸ Traducción de la versión original inglesa (incluidos los comentarios tal cual vienen señalados en el índice original; si algún apunte no fuera reflejo fiel del índice, lo señalaremos).

⁵⁹ Esta nota no viene en el índice original. Aclaramos que como cada uno de los trastornos anteriores pueden ser hasta 10 diferentes con esta nueva subdivisión, los enumeramos de esa forma.

2. Síndromes orgánicos del cerebro.

(Desórdenes Causados por o Asociados Con Deterioro de la Función del Tejido Cerebral). En las categorías 2A y 2B la asociación de la condición física debe ser especificada cuando se conozca.

2A) Psicosis asociadas a síndromes cerebrales orgánicos.

Demencia senil y presenil.

61. Demencia senil.

62. Demencia presenil.

Psicosis alcohólica.

63. Delirium tremens.

64. Síndrome de Korsakov's (alcoholismo).

65. Otra alucinación alcohólica.

66. Estado paranoide alcohólico (paranoia alcohólica).

67. Intoxicación alcohólica aguda.

68. Deterioro alcohólico.

69. Intoxicación patológica.

70. Otras (e inespecíficas) psicosis alcohólicas.

Psicosis asociada con infección intracraneal.

71. Psicosis con parálisis general.

72. Psicosis con sífilis en el sistema central nervioso.

73. Psicosis con encefalitis.

74. Psicosis con otras e inespecíficas encefalitis.

75. Psicosis con otras (e inespecíficas) infecciones intracraneales.

Psicosis asociada con otra condición cerebral.

76. Psicosis con arteriosclerosis cerebral.

77. Psicosis con otro desajuste cerebrovascular.

78. Psicosis con epilepsia.

79. Psicosis con neoplasia intracraneal.

80. Psicosis con trastornos degenerativos del sistema central nervioso.

81. Psicosis con trauma cerebral.

82. Psicosis con otra (e inespecífica) condición cerebral.

Psicosis asociada con otra condición física.

83. Psicosis con desorden endocrino.

84. Psicosis con desorden metabólico o nutricional.

85. Psicosis con infección del sistema.

86. Psicosis por drogas o intoxicación por veneno (diferentes al alcohol).

87. Psicosis de nacimiento.

88. Psicosis por otra y no diagnosticada condición física.

89. Psicosis con inespecífica condición física.

2B) Síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos.

Síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos (trastornos mentales no especificados por asociación psicótica con condiciones físicas).

90. Síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos por infección intracraneal.

Síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos por drogas, venenos o intoxicación del sistema.

91. Síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos por alcohol (simple borrachera).

92. Síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos por drogas, venenos o intoxicación del sistema.

93. Síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos por trauma cerebral.

94. Síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos por desórdenes circulatorios.

95. Síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos por epilepsia.

96. Síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos por desajustes del metabolismo, crecimiento o nutrición.

97. Síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos por enfermedad cerebral senil o presenil.

98. Síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos por neoplasia intracraneal.

99. Síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos por enfermedad degenerativa del sistema nervioso central.

Síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos por otras (e inespecíficas) condiciones físicas.

100. Síndrome cerebral agudo, no especificado de otra manera.

101. Síndrome cerebral crónico, no especificado de otra manera.

3. Psicosis no atribuidas a las condiciones físicas enumeradas anteriormente.

Esquizofrenia.

102. Esquizofrenia, tipo simple.

103. Esquizofrenia, tipo hebefrénico.

Esquizofrenia, tipo catatónico.

104. Esquizofrenia, tipo catatónico, excitada.

105. Esquizofrenia, tipo catatónico, retirada.

106. Esquizofrenia, tipo paranoide.

107. Episodio agudo de esquizofrenia.

108. Esquizofrenia, tipo latente.

109. Esquizofrenia, tipo residual.

Esquizofrenia, tipo esquizo-afectivo.

110. Esquizofrenia, tipo esquizo-afectivo, excitada.

111. Esquizofrenia, tipo esquizo-afectivo, retirada.

112. Esquizofrenia, tipo infantil.

113. Esquizofrenia, tipo indiferenciado crónico.

114. Esquizofrenia, otro (e inespecífico) tipo.

Trastornos afectivos mayores (psicosis afectiva).

115. Melancolía involuntaria.

116. Enfermedad maniaco-depresiva, tipo maniaco (psicosis maniaco-depresiva, tipo maniaco).

117. Enfermedad maniaco-depresiva, tipo depresiva (psicosis maniaco-depresiva, tipo depresiva).

Enfermedad maniaco-depresiva, tipo circular (psicosis maniaco-depresiva, tipo circular).

118. Enfermedad maniaco-depresiva, tipo circular, maniaca.

119. Enfermedad maniaco-depresiva, tipo circular, depresiva

120. Otros trastornos afectivos mayores (psicosis afectiva, otros).

Trastornos afectivos mayores inespecíficos.

121. Trastornos afectivos no especificados de otra manera.

122. Enfermedad maniaco-depresiva no especificada de otra manera.

Estados paranoides.

123. Paranoia.

124. Estado paranoide involuntario (parafrenia involuntaria).

125. Otro estado paranoide.

Otras psicosis.

126. Reacción psicótica depresiva (reacción depresiva psicótica).

127. Reacción excitada.

128. Reacción confusional (agudo o subagudo estado confusional).

129. Reacción paranoide aguda.

130. Reacción psicótica, inespecífica.

Psicosis inespecífica.

131. Demencia, insanidad o psicosis no especificada de otra manera.

4. Neurosis.

Neurosis.

132. Neurosis ansiosa.

Neurosis histérica.

133. Neurosis histérica, tipo conversivo.

134. Neurosis histérica, tipo disociativo.

135. Neurosis fóbica.

136. Neurosis obsesivo compulsiva.

137. Neurosis depresiva.

138. Neurosis neurasténica (neurastenia).

139. Neurosis despersonalizante (síndrome de despersonalización).

140. Neurosis hipocondriaca.

141. Otra neurosis.

142. Neurosis inespecífica.

5. Trastornos de personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos.

Trastornos de la personalidad.

- 143. Personalidad paranoide.
- 144. Personalidad ciclotímica (personalidad afectiva).
- 145. Personalidad esquizoide.
- 146. Personalidad explosiva.
- 147. Personalidad obsesivo compulsiva (Anankastic).
- 148. Personalidad histérica.
- 149. Personalidad asténica.
- 150. Personalidad antisocial.
- 151. Personalidad pasivo-agresiva.
- 152. Personalidad inadecuada.
- 153. Otros trastornos de la personalidad de tipos específicos.
- 154. Trastornos de la personalidad inespecíficos.

Desviaciones sexuales.

- 155. Homosexualidad.
- 156. Fetichismo.
- 157. Pedofilia.
- 158. Travestismo.
- 159. Exhibicionismo.
- 160. Voyerismo.
- 161. Sadismo.
- 162. Masoquismo.
- 163. Otra desviación sexual.
- 164. Desviación sexual inespecífica.

Alcoholismo.

- 165. Beber excesivamente de forma episódica.
- 166. Beber excesivamente de forma habitual.
- 167. Adicción alcohólica.
- 168. Otro (e inespecífico) alcoholismo.

Dependencia a drogas.

- 169. Dependencia a drogas: opio, alcaloides y sus derivados.
- 170. Dependencia a drogas: analgésicos sintéticos con morfina como efecto.
- 171. Dependencia a drogas: barbitúricos.
- 172. Dependencia a drogas: otros hipnóticos y sedantes o “tranquilizantes”.
- 173. Dependencia a drogas: cocaína.
- 174. Dependencia a drogas: cannabis sativa (hachís, marihuana).
- 175. Dependencia a drogas: otros psico-estimulantes.
- 176. Dependencia a drogas: alucinógenos.
- 177. Otra dependencia a drogas.
- 178. Dependencia a drogas inespecífica.

6. Trastornos psicofisiológicos.

Trastornos psicofisiológicos (trastornos físicos o presumiblemente de origen psicogénico).

- 179. Trastorno psicofisiológico de la piel.
- 180. Trastorno psicofisiológico músculo-esquelético.
- 181. Trastorno psicofisiológico respiratorio.
- 182. Trastorno psicofisiológico cardiovascular.
- 183. Trastorno psicofisiológico hémico y linfático.
- 184. Trastorno psicofisiológico gastro-intestinal.
- 185. Trastorno psicofisiológico genito-urinario.
- 186. Trastorno psicofisiológico endocrino.
- 187. Trastorno psicofisiológico de órgano especial del sentido.
- 188. Trastorno psicofisiológico de otro tipo.

7. Síntomas especiales.

Síntomas especiales no clasificados en otra parte.

- 189. Alteración del habla.
- 190. Alteración específica del aprendizaje.
- 191. Tic.
- 192. Otro trastorno psicomotor.
- 193. Trastorno del sueño.
- 194. Alteración de la alimentación.
- 195. Enuresis.
- 196. Encopresis.
- 197. Cefalalgia.
- 198. Otros síntomas especiales.

8. Perturbaciones por situaciones transitorias.

Perturbaciones por situaciones transitorias.

- 199. Reacción de ajuste de la infancia.
- 200. Reacción de ajuste de la edad juvenil.
- 201. Reacción de ajuste de la adolescencia.
- 202. Reacción de ajuste de la vida adulta.
- 203. Reacción de ajuste de la vejez.

9. Trastornos del comportamiento de la infancia y la adolescencia.

Trastornos del comportamiento de la infancia y la adolescencia (trastornos de la conducta de la edad juvenil).

- 204. Reacción hipercinética de la edad juvenil (o adolescencia).
- 205. Reacción retirada de la edad juvenil (o adolescencia).
- 206. Reacción demasiado preocupada de la edad juvenil (o adolescencia).
- 207. Reacción de huir de la edad juvenil (o adolescencia).
- 208. Reacción agresiva no socializada de la edad juvenil (o adolescencia).

209. Grupo de reacción delincuente de la edad juvenil (o adolescencia).

210. Otra reacción de la edad juvenil (o adolescencia).

10. Condiciones sin trastorno psiquiátrico manifiesto y condiciones inespecíficas.

Desajustes sociales sin trastorno psiquiátrico manifiesto.

211. Desajustes maritales.

212. Desajustes sociales.

213. Desajustes ocupacionales.

214. Comportamiento disocial.

215. Otros desajustes sociales.

216. Condiciones no especificadas.

217. Sin trastorno mental.

11. Términos no diagnósticos para uso administrativo.

Términos no diagnósticos para uso administrativo.

218. Diagnóstico diferido.

219. Huésped.

220. Solo experimentación.

221. Otros.

ANEXO III ► Índice del *DSM-III* (1980).

A continuación presentamos el índice del *DSM-III* (1980)⁶⁰. Señalamos en negrita los principales trastornos en los que se divide, en este caso 14. Puede apreciarse la cantidad de subgrupos que existen dentro de los mismos, señalando también los más importantes que se destacan en esta versión. Por último, en azul, marcamos los nombres de los trastornos (diagnósticos); el número que aparece delante es la enumeración de los mismos (en esta versión hay un total de 228 trastornos). Cada versión de *DSM* tiene su propia codificación de los trastornos, nosotros simplemente los hemos enumerado desde el 1 al 228, señalando en azul solo aquellos trastornos diagnosticables, por lo que si no aparece en este color, aunque esté al mismo nivel esquemático que otros, es porque se da una subdivisión más hasta llegar a un trastorno diagnosticable.

1. Trastornos que suelen revelarse en la infancia, la edad juvenil o la adolescencia.

Retraso mental⁶¹.

1. Retraso mental leve.
2. Retraso mental moderado.
3. Retraso mental severo.
4. Retraso mental profundo.
5. Retraso mental inespecífico.

Trastornos del déficit de atención.

6. (Trastorno del déficit de atención) Con hiperactividad.
7. (Trastorno del déficit de atención) Sin hiperactividad.
8. (Trastorno del déficit de atención) Tipo residual.

Trastornos de la conducta.

9. Subsocializado, agresivo.
10. Subsocializado, no agresivo.
11. Socializado, agresivo.
12. Socializado, no agresivo.
13. (Trastorno de la conducta) Atípico.

Trastornos ansiosos de la edad juvenil o adolescencia.

14. Trastorno de ansiedad de separación.

⁶⁰ Traducción de la versión original inglesa (incluidos los comentarios tal cual vienen señalados en el índice original).

⁶¹ En el propio índice se señala que los trastornos de este subgrupo (que hemos enumerado del 1 al 5 en nuestra lista particular) deben codificarse además, siempre según la codificación que utilizan en esta versión del *DSM*, con un código aparte: uno que señala otros síntomas de comportamiento (que requieren atención o tratamiento y que no son parte de otro trastorno) y otro que señala que no hay otros síntomas de comportamiento.

15. Trastorno evitativo de la edad juvenil o adolescencia.

16. Trastorno por demasiado preocupado.

Otros trastornos de la infancia, la edad juvenil o la adolescencia.

17. Trastorno reactivo de apego en la infancia.

18. Trastorno esquizoide de la edad juvenil o adolescencia.

19. Mutismo selectivo.

20. Trastorno de oposición.

21. Trastorno de identidad.

Trastornos alimenticios.

22. Anorexia nerviosa.

23. Bulimia.

24. Pica.

25. Trastorno de rumiación de la infancia.

26. Trastorno alimenticio atípico.

Trastornos de movimiento estereotipado.

27. Trastorno tic transitorio.

28. Trastorno tic motor crónico.

29. Síndrome de Tourette.

30. Trastorno tic atípico.

31. Trastorno de movimiento estereotipado atípico.

Otros trastornos con manifestaciones físicas.

32. Tartamudeo.

33. Enuresis funcional.

34. Encopresis funcional.

35. Trastorno sonambulista.

36. Trastorno de terror nocturno.

Trastornos profundos del desarrollo⁶².

37. Autismo infantil.

38. Trastorno generalizado del desarrollo en la edad juvenil.

39. (Trastorno profundo del desarrollo) Atípico.

Trastornos específicos del desarrollo.

40. Trastorno de desarrollo en la lectura.

41. Trastorno de desarrollo en aritmética.

42. Trastorno de desarrollo en el lenguaje.

43. Trastorno de desarrollo en articulación.

44. Trastorno específico del desarrollo mezclado.

45. Trastorno específico del desarrollo atípico.

⁶² En el propio índice se señala que los trastornos de este subgrupo (que hemos enumerado del 37 al 39 en nuestra lista particular) deben codificarse además, siempre según la codificación que utilizan en esta versión del *DSM*, con un código aparte: uno que señala si el síndrome completo está presente y otro que señala si es solo residual.

2. Trastornos mentales orgánicos.

2A) Trastornos mentales orgánicos cuya etiología o proceso patofisiológico es enumerado a continuación.

Demencias que surgen en la senectud y presenectud.

Demencia degenerativa primaria, comienzo senil.

46. (Demencia degenerativa primaria, comienzo senil) Con delirio.

47. (Demencia degenerativa primaria, comienzo senil) Con ilusiones.

48. (Demencia degenerativa primaria, comienzo senil) Con depresión.

(Demencia degenerativa primaria, comienzo senil) Sin complicaciones⁶³.

49. Demencia degenerativa primaria, comienzo presenil.

50. Demencia multi-infarto.

Inducción a sustancias.

Alcohol.

51. Intoxicación.

52. Intoxicación ideosincrática.

53. Abstinencia.

54. Delirios de abstinencia.

55. Alucinaciones.

56. Trastorno amnésico.

57-60. Demencia asociada con alcoholismo.

• Leve.

• Moderada.

• Severa.

• Inespecífica.

Barbitúricos o sedantes de acción similar o hipnóticos.

61. Intoxicación.

62. Abstinencia.

63. Delirios de abstinencia.

64. Trastorno amnésico.

Opiáceos.

65. Intoxicación.

66. Abstinencia.

Cocaína.

67. Intoxicación.

Anfetaminas o sintéticos de acción similar.

68. Intoxicación.

69. Delirios.

70. Trastorno delirante.

⁶³ En el propio índice se señala que los trastornos de este subgrupo (que hemos enumerado como 49 y 50 en nuestra lista particular) deben codificarse además, siempre según la codificación que utilizan en esta versión del *DSM*, con un código aparte: uno señala que es con delirio; otro con ilusiones; otro con depresión; y otro sin complicaciones.

71. Abstinencia.

Fenciclidina o sintéticos de acción similar.

72. Intoxicación.

73. Delirios.

74. Trastorno mental orgánico mixto.

Alucinógenos.

75. Alucinaciones.

76. Trastorno delirante.

77. Trastorno afectivo.

Cannabis.

78. Intoxicación.

79. Trastorno delirante.

Tabaco.

80. Abstinencia.

Cafeína.

81. Intoxicación.

Otras o sustancias inespecíficas.

82. Intoxicación.

83. Abstinencia.

84. Alucinaciones.

85. Demencia.

86. Trastorno amnésico.

87. Trastorno delirante.

88. Alucinaciones.

89. Trastorno afectivo.

90. Trastorno de la personalidad.

91. Trastorno mental orgánico atípico o mixto.

2B) Síndromes cerebrales orgánicos cuya etiología o proceso patofisiológico es señalado como un diagnóstico adicional desde fuera de los trastornos mentales.

92. Alucinaciones.

93. Demencia.

94. Síndrome amnésico.

95. Síndrome orgánico delirante.

96. Alucinaciones orgánicas.

97. Síndrome orgánico afectivo.

98. Síndrome orgánico de la personalidad.

99. Síndrome orgánico cerebral atípico o mixto.

3. Trastornos por el uso de sustancias⁶⁴.

- 100. Abuso del alcohol.
- 101. Dependencia del alcohol (alcoholismo).
- 102. Barbitúricos o abuso de sedantes o hipnóticos de acción similar.
- 103. Dependencia de barbitúricos o sedantes o hipnóticos de acción similar.
- 104. Abuso de opiáceos.
- 105. Dependencia de opiáceos.
- 106. Abuso de cocaína.
- 107. Abuso de anfetamina o sintéticos de acción similar.
- 108. Dependencia de anfetamina o sintéticos de acción similar.
- 109. Abuso de fenclidina o sintéticos de acción similar.
- 110. Abuso de alucinógenos.
- 111. Abuso de cannabis.
- 112. Dependencia de cannabis.
- 113. Dependencia del tabaco.
- 114. Otras, abuso de sustancias mixtas o inespecíficas.
- 115. Dependencia de otras sustancias específicas.
- 116. Dependencia de sustancias inespecíficas.
- 117. Dependencia en combinación de opioides y otras sustancias no alcohólicas.
- 118. Dependencia en combinación de sustancias, excluyendo opioides y alcohol.

4. Trastornos esquizofrénicos⁶⁵.

- 119. (Esquizofrenia) Desorganizada.
- 120. (Esquizofrenia) Catatónica.
- 121. (Esquizofrenia) Paranoide.
- 122. (Esquizofrenia) Indiferenciada.
- 123. (Esquizofrenia) Residual.

5. Trastornos paranoides.

- 124. Paranoia.
- 125. Trastorno paranoide compartido.
- 126. Trastorno paranoide agudo.
- 127. Trastorno paranoide atípico.

⁶⁴ En el propio índice se señala que los trastornos de este subgrupo (que hemos enumerado del 100 al 118 en nuestra lista particular) deben codificarse además, siempre según la codificación que utilizan en esta versión del *DSM*, con un código aparte: uno señala que es continuo; otro episódico; otro en remisión; y otro inespecífico.

⁶⁵ En el propio índice se señala que los trastornos de este subgrupo (que hemos enumerado del 119 al 123 en nuestra lista particular) deben codificarse además, siempre según la codificación que utilizan en esta versión del *DSM*, con un código aparte: uno que señala que es subcrónico; otro que señala que es crónico; otro que es subcrónico con exacerbación aguda; otro que indica que es crónico con exacerbación aguda; y un último inespecífico.

6. Trastornos psicóticos no clasificados de otra manera.

- 128. Trastorno esquizofrénico.
- 129. Reacción psicótica breve.
- 130. Trastorno esquizo afectivo.
- 131. Psicosis atípica.

7. Trastornos neuróticos.

7A) Trastornos afectivos.

Trastornos afectivos mayores.

Trastorno bipolar.

- 132. (Trastorno bipolar) Mixto.
- 133. (Trastorno bipolar) Maníaco⁶⁶.
- 134. (Trastorno bipolar) Depresivo.
- 135-136. Depresión mayor⁶⁷.
 - Episodio único.
 - Recurrente.

Otros trastornos afectivos específicos.

- 137. Trastorno ciclotímico.
- 138. Trastorno distímico (o neurosis depresiva)

Trastornos afectivos atípicos.

- 139. Trastorno bipolar atípico.
- 140. Depresión atípica.

7B) Trastornos ansiosos.

Trastornos fóbicos (o neurosis fóbica).

- 141. Agorafobia con ataques de pánico.
- 142. Agorafobia sin ataques de pánico.
- 143. Fobia social.
- 144. Fobia simple.

Estados de ansiedad (o neurosis ansiosa).

- 145. Trastorno de pánico.
- 146. Trastorno de ansiedad generalizada.
- 147. Trastorno obsesivo compulsivo (o neurosis obsesiva compulsiva).

Trastornos de estrés post-traumático.

- 148. (Trastorno de estrés post-traumático) Agudo.
- 149. (Trastorno de estrés post-traumático) Crónico o retrasado.
- 150. Trastorno de ansiedad atípico.

⁶⁶ En el propio índice se señala que los trastornos de este subgrupo (que hemos enumerado como 133 en nuestra lista particular) debe codificarse además, siempre según la codificación que utilizan en esta versión del *DSM*, con un código aparte: uno señala que está en remisión; otro con características psicóticas; otro sin características psicóticas; y un último inespecífico.

⁶⁷ En el propio índice se señala que los trastornos de este subgrupo (que hemos enumerado como 135 y 136 en nuestra lista particular) deben codificarse además, siempre según la codificación que utilizan en esta versión del *DSM*, con un código aparte: uno señala que está en remisión; otro con características psicóticas; otro con melancolía; otro sin melancolía; y un último inespecífico.

7C) Trastornos somatomorfos.

- 151. Trastorno de somatización.
- 152. Trastorno de conversión (o neurosis histérica, tipo conversivo).
- 153. Trastorno de dolor psicogénico.
- 154. Hipocondriasis (o neurosis hipocondriaca).
- 155. Trastorno somatomorfo atípico.

7D) Trastornos disociativos (o neurosis histérica, tipo disociativo).

- 156. Amnesia psicogénica.
- 157. Fuga psicogénica.
- 158. Personalidad múltiple.
- 159. Trastorno de despersonalización (o neurosis de despersonalización).
- 160. Trastorno disociativo atípico.

7E) Trastornos psicosexuales.

Trastornos de identidad de género⁶⁸.

- 161. Transexualidad.
- 162. Trastorno de identidad de género en la edad juvenil.
- 163. Trastorno de la identidad de género atípico.

Parafilias.

- 164. Fetichismo
- 165. Travestismo.
- 166. Zoofilia.
- 167. Pedofilia.
- 168. Exhibicionismo.
- 169. Voyerismo.
- 170. Masoquismo sexual.
- 171. Sadismo sexual.
- 172. Parafilia atípica.

Disfunciones psicosexuales.

- 173. Deseo sexual inhibido.
- 174. Excitación sexual inhibida.
- 175. Orgasmo femenino inhibido.
- 176. Orgasmo masculino inhibido.
- 177. Eyaculación precoz.
- 180. Dispareunia funcional.
- 181. Vaginismo funcional.
- 182. Disfunción psicosexual atípica.

Otros trastornos psicosexuales.

- 183. Homosexualidad ego-distónica.
- 184. Trastorno psicosexual no clasificado de otra manera.

⁶⁸ En el propio índice se señala que los trastornos de este subgrupo (que hemos enumerado del 161 al 163 en nuestra lista particular) deben codificarse además, siempre según la codificación que utilizan en esta versión del *DSM*, con un código aparte: uno señala que es asexual; otro homosexual; otro heterosexual; y un último inespecífico.

8. Trastornos facticios.

- 185. Trastornos facticios con síntomas físicos.
- 186. Trastornos facticios crónicos con síntomas físicos.
- 187. Trastornos facticios atípicos con síntomas físicos.

9. Trastornos de control impulsivo no clasificados de otra manera.

- 188. Juego patológico.
- 189. Cleptomanía.
- 190. Piromanía.
- 191. Trastorno explosivo intermitente.
- 192. Trastorno explosivo aislado.
- 193. Trastorno de control impulsivo atípico.

10. Trastornos de ajuste.

- 194. (Trastorno de ajuste) Con estado de ánimo deprimido.
- 195. (Trastorno de ajuste) Con estado de ánimo ansioso.
- 196. (Trastorno de ajuste) Con características emocionales mixtas.
- 197. (Trastorno de ajuste) Con desajuste de conducta.
- 198. (Trastorno de ajuste) Con desajuste mixto de emociones y conducta.
- 199. (Trastorno de ajuste) Con inhibición del trabajo (o estudios).
- 200. (Trastorno de ajuste) Con abstinencia.
- 201. (Trastorno de ajuste) Con características atípicas.

11. Factores psicológicos que afectan a la condición física.

- 202. Factores psicológicos que afectan a la condición física.

12. Trastornos de la personalidad.

- 203. Paranoia.
- 204. Esquizofrenia.
- 205. Esquizotípico.
- 206. Histriónico.
- 207. Narcisismo.
- 208. Antisocial.
- 209. Borderline.
- 210. Evitativo.
- 211. Dependiente.
- 212. Convulsivo.
- 213. Agresivo-pasivo.
- 214. Trastorno de la personalidad atípico, mixto u otro.

13. Códigos para condiciones no atribuidas a trastornos mentales que son el centro de atención del tratamiento.

- 215. Proceso de enfermedad.
- 216. Funcionamiento intelectual límite.
- 217. Comportamiento antisocial en adultos.
- 218. Comportamiento antisocial en la edad juvenil o adolescencia.

- 219. Problemas académicos.
- 220. Problemas ocupacionales.
- 221. Duelo sin complicaciones.
- 222. Incumplimiento de tratamiento médico.
- 223. Fase de la vida con problema u otro problema por circunstancias de la vida.
- 224. Problemas maritales.
- 225. Problemas padres-hijos.
- 226. Otras circunstancias especificadas.
- 227. Otros problemas interpersonales.

14. Códigos adicionales.

- 228. Trastorno mental inespecífico (no psicótico).

ANEXO IV ► Índice del *DSM-IV* (1994).

A continuación presentamos el índice del *DSM-IV* (1994). Señalamos en negrita los principales trastornos en los que se divide⁶⁹, en este caso 17 (más un grupo adicional). Puede apreciarse la cantidad de subgrupos que existen dentro de los mismos, señalando también los más importantes que se destacan en esta versión. Por último, en azul, marcamos los nombres de los trastornos (diagnósticos); el número que aparece delante es la enumeración de los mismos (en esta versión hay un total de 378 trastornos). Cada versión de *DSM* tiene su propia codificación de los trastornos, nosotros simplemente los hemos enumerado desde el 1 al 378, señalando en azul solo aquellos trastornos diagnosticables, por lo que si no aparece en este color, aunque esté al mismo nivel esquemático que otros, es porque se da una subdivisión más hasta llegar a un trastorno diagnosticable.

1. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.

1A) Retraso mental.

1. Retraso mental leve.
2. Retraso mental moderado.
3. Retraso mental grave.
4. Retraso mental profundo.
5. Retraso mental de gravedad no especificada.

1B) Trastornos del aprendizaje.

6. Trastorno de la lectura.
7. Trastorno del cálculo.
8. Trastorno de la expresión escrita.
9. Trastorno del aprendizaje no especificado.

1C) Trastorno de las habilidades motoras.

10. Trastorno del desarrollo de la coordinación.

1D) Trastornos de la comunicación.

11. Trastorno del lenguaje expresivo.
12. Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo.
13. Trastorno fonológico.
14. Tartamudeo.
15. Trastorno de la comunicación no especificado.

⁶⁹ Antes de iniciar el índice, hay una anotación que indica "Si se cumplen todos los criterios, se puede anotar uno de los siguientes especificadores de gravedad a continuación del diagnóstico: *leve / moderado / grave*. Si no se cumplen todos los criterios, se puede anotar uno de los siguientes especificadores: *en remisión parcial / en remisión total / historia anterior*".

1E) Trastornos generalizados del desarrollo.

- 16. Trastorno autista.
- 17. Trastorno de Rett.
- 18. Trastorno desintegrativo infantil.
- 19. Trastorno de Asperger.
- 20. Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

1F) Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.

- 21-23. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
 - Tipo combinado.
 - Tipo con predominio del déficit de atención.
 - Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo.
- 24. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado.
- 25. Trastorno disocial (*Especificar tipo: de inicio infantil / de inicio adolescente*).
- 26. Trastorno negativista desafiante.
- 27. Trastorno de comportamiento perturbador no especificado.

1G) Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez.

- 28. Pica.
- 29. Trastorno de rumiación.
- 30. Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez.

1H) Trastornos de tics.

- 31. Trastorno de la Tourette.
- 32. Trastorno de tics motores o vocales crónicos.
- 33. Trastorno de tics transitorios (*Especificar si: episodio único / recidivante*).
- 34. Trastorno de tics no especificado.

1I) Trastornos de la eliminación.

- 35-36. Encopresis.
 - Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento.
 - Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento.
- 37. Eneuresis (no debido a una enfermedad médica) (*Especificar tipo: solo nocturna / solo diurna / nocturna y diurna*).

1J) Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia.

- 38. Trastorno de ansiedad por separación (*Especificar si de inicio temprano*).
- 39. Mutismo selectivo.
- 40-41. Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez.
 - Tipo inhibido.
 - Tipo desinhibido.
- 42. Trastorno de movimientos estereotipados (*Especificar si con comportamientos autolesivos*).
- 43. Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado.

2. Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos.

2A) Delirium.

44-46. Delirium debido a... (*Indicar enfermedad médica*).

- Delirium inducido por sustancias (*Consultar trastornos relacionados con sustancias*).
- Delirium por abstinencia de sustancias (*Consultar trastornos relacionados con sustancias*).
- Delirium debido a múltiples etiologías (*Codificar cada etiología especificada*).

47. Delirium no especificado.

2B) Demencia.

48-50. Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano.

- No complicada.
- Con ideas delirantes.
- Con estado de ánimo depresivo (*Especificar si con trastorno de comportamiento*).

51-53. Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío.

- No complicada.
- Con ideas delirantes.
- Con estado de ánimo depresivo (*Especificar si con trastorno de comportamiento*).

54-56. Demencia vascular.

- No complicada.
- Con ideas delirantes.
- Con estado de ánimo depresivo (*Especificar si con trastorno de comportamiento*).

57. Demencia debida a enfermedad por VIH.

58. Demencia debido a traumatismo craneal.

59. Demencia debida a enfermedad de Parkinson.

60. Demencia debida a enfermedad de Huntington.

61. Demencia debida a enfermedad de Pick.

62. Demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

63. Demencia debida a... (*Indicar enfermedad médica no enumerada antes*).

64. Demencia persistente inducida por sustancias (*Consultar los trastornos relacionados con sustancias*).

65. Demencia debida a múltiples etiologías.

66. Demencia no especificada.

2C) Trastornos amnésicos.

67. Trastorno amnésico debido a... (*Indicar enfermedad médica*) (*Especificar si: transitorio / crónico*).

68. Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias (*Consultar los trastornos relacionados con sustancias*).

69. Trastorno amnésico no especificado.

2D) Otros trastornos cognoscitivos.

70. Trastorno cognoscitivo no especificado.

3. Trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados.

71. Trastorno catatónico debido a... (*Indicar enfermedad médica*).

72. Cambio de personalidad debido a... (*Indicar enfermedad médica*) (*Especificar tipo: lábil / desinhibido / agresivo / apático / paranoide / otros tipos / combinado / inespecífico*).

73. Trastorno mental no especificado debido a... (*Indicar enfermedad médica*).

4. Trastornos relacionados con sustancias⁷⁰.

4A) Trastornos relacionados con el alcohol.

Trastornos por consumo de alcohol.

74. Dependencia del alcohol.

75. Abuso de alcohol.

Trastornos inducidos por alcohol.

76. Intoxicación por alcohol.

77. Abstinencia de alcohol (*Especificar si con alteraciones perceptivas*).

78. Delirium por intoxicación por alcohol.

79. Delirium por abstinencia de alcohol.

80. Demencia persistente inducida por alcohol.

81. Trastorno amnésico persistente inducido por alcohol.

82-83. Trastorno psicótico inducido por alcohol.

- Con ideas delirantes.

- Con alucinaciones.

84. Trastorno del estado del ánimo inducido por alcohol.

85. Trastorno de ansiedad inducido por alcohol.

86. Trastorno sexual inducido por el alcohol.

87. Trastorno del sueño inducido por el alcohol.

88. Trastorno relacionado con el alcohol no especificado.

⁷⁰ Se pueden aplicar las siguientes especificaciones a la dependencia de sustancias:

- Especificar si: *con dependencia fisiológica / sin dependencia fisiológica*.

- Codificación del curso de la dependencia: *remisión total temprana / remisión parcial temprana; remisión total sostenida / remisión parcial sostenida; en entorno controlado; en terapéutica con agonistas; leve / moderado grave*.

- Se aplican las siguientes especificaciones a los trastornos inducidos por sustancias: *de inicio durante la intoxicación / de inicio durante la abstinencia*.

4B) Trastornos relacionados con alucinógenos.

Trastornos por consumo de alucinógenos.

89. Dependencia de alucinógenos.

90. Abuso de alucinógenos.

Trastornos inducidos por alucinógenos.

91. Intoxicación por alucinógenos.

92. Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (flashbacks).

93. Delirium por intoxicación por alucinógenos.

94-95. Trastornos psicóticos inducidos por alucinógenos.

- Con ideas delirantes.
- Con alucinaciones.

96. Trastorno del estado de ánimo inducido por alucinógenos.

97. Trastorno de ansiedad inducido por alucinógenos.

98. Trastorno relacionado con alucinógenos no especificado.

4C) Trastornos relacionados con anfetaminas (o sustancias de acción similar).

Trastornos por consumo de anfetamina.

99. Dependencia de anfetamina.

100. Abuso de anfetamina.

Trastornos inducidos por anfetamina.

101. Intoxicación por anfetamina.

102. Intoxicación por anfetamina, con alteraciones perceptivas.

103. Abstinencia de anfetamina.

104. Delirium por intoxicación de anfetamina.

105-106. Trastorno psicótico inducido por anfetamina.

- Con ideas delirantes.
- Con alucinaciones.

107. Trastorno del estado de ánimo inducido por anfetamina.

108. Trastorno de ansiedad inducido por anfetamina.

109. Trastorno sexual inducido por anfetamina.

110. Trastorno del sueño inducido por anfetamina.

111. Trastorno relacionado con anfetamina no especificado.

4D) Trastornos relacionados con la cafeína.

Trastornos inducidos por cafeína.

112. Intoxicación por cafeína.

113. Trastorno de ansiedad inducido por cafeína.

114. Trastorno del sueño inducido por cafeína.

115. Trastorno relacionado con cafeína no especificado.

4E) Trastornos relacionados con el *cannabis*.

Trastornos por consumo de *cannabis*.

116. Dependencia de *cannabis*.

117. Abuso de *cannabis*.

Trastornos inducidos por *cannabis*.

118. Intoxicación por *cannabis*.

119. Intoxicación por *cannabis*, con alteraciones perceptivas.

120. Delirium por intoxicación de *cannabis*.

121-122. Trastorno psicótico inducido por *cannabis*.

- Con ideas delirantes.
- Con alucinaciones.

123. Trastorno de ansiedad inducido por *cannabis*.

124. Trastorno relacionado con *cannabis* no especificado.

4F) Trastornos relacionados con la cocaína.

Trastornos por consumo de cocaína.

125. Dependencia de cocaína.

126. Abuso de cocaína.

Trastornos inducidos por cocaína.

127. Intoxicación por cocaína.

128. Intoxicación por cocaína, con alteraciones perceptivas.

129. Abstinencia de cocaína.

130. Delirium por intoxicación de cocaína.

131-132. Trastorno psicótico inducido por cocaína.

- Con ideas delirantes.
- Con alucinaciones.

133. Trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína.

134. Trastorno de ansiedad inducido por cocaína.

135. Trastorno sexual inducido por cocaína.

136. Trastorno del sueño inducido por cocaína.

137. Trastorno relacionado con cocaína no especificado.

4G) Trastornos relacionados con fenciclidina (o sustancias de acción similar).

Trastornos por consumo de fenciclidina.

138. Dependencia de fenciclidina.

139. Abuso de fenciclidina.

Trastornos inducidos por fenciclidina.

140. Intoxicación por fenciclidina.

141. Intoxicación por fenciclidina, con alteraciones perceptivas.

142. Delirium por intoxicación de fenciclidina.

143-144. Trastorno psicótico inducido por fenciclidina.

- Con ideas delirantes.
- Con alucinaciones.

145. Trastorno del estado de ánimo inducido por fenciclidina.

146. Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina.

147. Trastorno relacionado con fenciclidina no especificado.

4H) Trastornos relacionados con inhalantes.

Trastornos por consumo de inhalantes.

148. Dependencia de inhalantes.

149. Abuso de inhalantes.

Trastornos inducidos por inhalantes.

150. Intoxicación por inhalantes.

151. Delirium por intoxicación de inhalantes.

152. Demencia persistente inducida por inhalantes.

153-154. Trastorno psicótico inducido por inhalantes.

- Con ideas delirantes.
- Con alucinaciones.

155. Trastorno del estado de ánimo inducido por inhalantes.

156. Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes.

157. Trastorno relacionado con inhalantes no especificado.

4I) Trastornos relacionados con nicotina.

Trastornos por consumo de nicotina.

158. Dependencia de nicotina.

Trastornos inducidos por nicotina.

159. Abstinencia de nicotina.

160. Trastorno relacionado con nicotina no especificado.

4J) Trastornos relacionados con opiáceos.

Trastornos por consumo de opiáceos.

161. Dependencia de opiáceos.

162. Abuso de opiáceos.

Trastornos inducidos por opiáceos.

163. Intoxicación por opiáceos.

164. Intoxicación por opiáceos, con alteraciones perceptivas.

165. Abstinencia de opiáceos.

166. Delirium por intoxicación de opiáceos.

167-168. Trastorno psicótico inducido por opiáceos.

- Con ideas delirantes.
- Con alucinaciones.

169. Trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos.

170. Trastorno sexual inducido por opiáceos.

171. Trastorno del sueño inducido por opiáceos.

172. Trastorno relacionado con opiáceos no especificado.

4K) Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Trastornos por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

173. Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

174. Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

175. Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

176. Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (*Especificar si con alteraciones perceptivas*).

177. Delirium por intoxicación de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
178. Delirium por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
179. Demencia persistente inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
180. Trastorno amnésico persistente inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- 181-182. Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- Con ideas delirantes.
 - Con alucinaciones.
183. Trastorno del estado de ánimo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
184. Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
185. Trastorno sexual inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
186. Trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
187. Trastorno relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no especificado.

4L) Trastorno relacionado con varias sustancias.

188. Dependencia de varias sustancias.

4M) Trastornos relacionados con otras sustancias (o desconocidas).

Trastornos por consumo de otras sustancias (o desconocidas).

189. Dependencia de otras sustancias (o desconocidas).
190. Abuso de otras sustancias (o desconocidas).

Trastornos inducidos por otras sustancias (o desconocidas).

191. Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas).
192. Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas), con alteraciones perceptivas.
193. Abstinencia de otras sustancias (o desconocidas) (*Especificar si con alteraciones perceptivas*).
194. Delirium inducido por otras sustancias (o desconocidas).
195. Demencia persistente inducida por otras sustancias (o desconocidas).
196. Trastorno amnésico persistente inducida por otras sustancias (o desconocidas).
- 197-198. Trastorno psicótico inducido por otras sustancias (o desconocidas).
- Con ideas delirantes.
 - Con alucinaciones.
199. Trastorno del estado de ánimo inducido por otras sustancias (o desconocidas).
200. Trastorno de ansiedad inducido por otras sustancias (o desconocidas).

- 201.** Trastorno sexual inducido por otras sustancias (o desconocidas).
202. Trastorno del sueño inducido por otras sustancias (o desconocidas).
203. Trastorno relacionado con otras sustancias (o desconocidas) no especificado.

5. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

204-208. Esquizofrenia⁷¹.

- Tipo paranoide.
- Tipo desorganizado.
- Tipo catatónico.
- Tipo indiferenciado.
- Tipo residual.

209. Trastorno esquizofréniforme (*Especificar si: sin síntomas de buen pronóstico / con síntomas de buen pronóstico*).

210-211. Trastorno esquizoafectivo.

- Tipo bipolar.
- Tipo depresivo.

212. Trastorno delirante (*Especificar tipo: erotomaníaco / de grandiosidad / celotípico / persecutorio / somático / mixto / no especificado*).

213-214. Trastorno psicótico breve (*Especificar si de inicio en el posparto*).

- Con desencadenante(s) grave(s).
- Sin desencadenante(s) grave(s).

215. Trastorno psicótico compartido (*folie à deux*).

216-217. Trastorno psicótico debido a... (*Indicar enfermedad médica*).

- Con ideas delirantes.
- Con alucinaciones.

218. Trastorno psicótico inducido por sustancias (*Consultar los trastornos relacionados con sustancias*) (*Especificar si: de inicio durante la intoxicación / de inicio durante la abstinencia*).

219. Trastorno psicótico no especificado.

6. Trastornos del estado de ánimo⁷².

Trastornos depresivos.

220. Trastorno depresivo mayor, episodio único.

⁷¹ Codificación del curso de la esquizofrenia: *episódico con síntomas residuales interepisódicos (especificar si con síntomas negativos o acusados) / episódicos sin síntomas residuales interepisódicos / continuo (especificar si con síntomas negativos acusados) / episodio único en remisión parcial (especificar si con síntomas negativos acusados) / episodio único en remisión total / otro patrón o no especificado / menos de un año desde el comienzo de los síntomas de la fase activa inicial*.

⁷² Se aplicarán (para los episodios actuales o más recientes) a los trastornos del estado de ánimo las siguientes especificaciones: *gravedad / psicóticos / especificadores en remisión / crónico / con síntomas catatónicos / con síntomas melancólicos / con síntomas atípicos / de inicio en el posparto*. Se aplicarán a los trastornos del estado de ánimo las siguientes especificaciones: *con o sin recuperación interepisódica total / con patrón estacional / con ciclos rápidos*.

221. Trastorno depresivo mayor, recidivante (*Codificar el estado actual del episodio depresivo mayor: leve / moderado / grave sin síntomas psicóticos / grave con síntomas psicóticos / en remisión parcial / en remisión total / no especificado*).

222. Trastorno distímico (*Especificar si: de inicio temprano / de inicio tardío*) (*Especificar con síntomas atípicos*).

223. Trastorno depresivo no especificado.

Trastornos bipolares.

224. Trastorno bipolar I, episodio maníaco único (*Especificar si mixto*) (*Codificar el estado actual del episodio maníaco: leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos / grave con síntomas psicóticos / en remisión parcial o total*).

225. Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco.

226. Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco (*Codificar el estado actual del episodio maníaco: leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos / grave con síntomas psicóticos / en remisión parcial o total*).

227. Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto.

228. Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo (*Codificar el estado actual del episodio maníaco: leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos / grave con síntomas psicóticos / en remisión parcial o total*).

229. Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado.

230. Trastorno bipolar II (*Especificar episodio actual o más reciente: hipomaníaco / depresivo*).

231. Trastorno ciclotímico.

232. Trastorno bipolar no especificado.

233-236. Trastorno del estado de ánimo debido a... (*Indicar enfermedad médica*).

- Con síntomas depresivos.
- Con síntomas de depresión mayor.
- Con síntomas maníacos.
- Con síntomas mixtos.

237. Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (*Consultar los trastornos relacionados con sustancias*) (*Especificar tipo: con síntomas depresivos / con síntomas maníacos / con síntomas mixtos*) (*Especificar si: de inicio durante la intoxicación / de inicio durante la abstinencia*).

238. Trastorno del estado de ánimo no especificado.

7. Trastornos de ansiedad.

239. Trastorno de angustia sin agorafobia.

240. Trastorno de angustia con agorafobia.

241. Agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

242. Fobia específica (*Especificar tipo: animal / ambiental / sangre-inyecciones-daño / situacional / otro tipo*).

243. Fobia social (*Especificar si generalizada*).

244. Trastorno obsesivo-compulsivo (*Especificar si con poca conciencia de enfermedad*).

245. Trastorno por estrés postraumático (*Especificar si: agudo / crónico*) (*Especificar si de inicio demorado*).

246. Trastorno por estrés agudo.

247. Trastorno de ansiedad generalizada.

248. Trastorno de ansiedad debido a... (*Indicar enfermedad médica*) (*Especificar si: con ansiedad generalizada / con crisis de angustia / con síntomas obsesivo-compulsivos*).

249. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias (*Consultar los trastornos relacionados con sustancias*) (*Especificar si: con ansiedad generalizada / con crisis de angustia / con síntomas obsesivo-compulsivos / con síntomas fóbicos*).

250. Trastorno de ansiedad no especificado.

8. Trastornos somatomorfos.

251. Trastorno de somatización.

252. Trastorno somatomorfo indiferenciado.

253-256. Trastorno de conversión.

- Con síntomas o déficit motores.
- Con crisis o convulsiones.
- Con síntomas o déficit sensoriales.
- Con presentación mixta.

257. Trastorno por dolor (*Especificar tipo: asociado a factores psicológicos / asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica*) (*Especificar si: agudo / crónico*).

258. Hipocondría (*Especificar si con poca conciencia de enfermedad*).

259. Trastorno dismórfico corporal.

260. Trastorno somatomorfo no especificado.

9. Trastornos facticios.

261. Trastorno facticio (*Especificar tipo: con predominio de signos y síntomas psicológicos / con predominio de signos y síntomas somáticos / con combinación de signos y síntomas psicológicos y somáticos*).

262. Trastorno facticio no especificado.

10. Trastornos disociativos.

263. Amnesia disociativa.

264. Fuga disociativa.

265. Trastorno de identidad disociativo.

266. Trastorno de despersonalización.

267. Trastorno disociativo no especificado.

11. Trastornos sexuales y de la identidad sexual.

11A) Trastornos sexuales⁷³.

Trastornos del deseo sexual.

268. Deseo sexual hipoactivo.

269. Trastorno por aversión al sexo.

Trastornos de la excitación sexual.

270. Trastorno de la excitación sexual en la mujer.

271. Trastorno de la erección en el varón.

Trastornos orgásmicos.

272. Trastorno orgásmico femenino.

273. Trastorno orgásmico masculino.

274. Eyaculación precoz.

Trastornos sexuales por dolor.

275. Dispareunia (no debida a una enfermedad médica).

276. Vaginismo (no debido a una enfermedad médica).

Trastorno sexual debido a una enfermedad médica.

277. Deseo sexual hipoactivo en la mujer debido a... (*Indicar enfermedad médica*).

278. Deseo sexual hipoactivo en el varón debido a... (*Indicar enfermedad médica*).

279. Trastorno de la erección en el varón debido a... (*Indicar enfermedad médica*).

279. Dispareunia femenina debida a... (*Indicar enfermedad médica*).

280. Dispareunia masculina debida a... (*Indicar enfermedad médica*).

281. Otros trastornos sexuales femeninos debidos a... (*Indicar enfermedad médica*).

282. Otros trastornos sexuales masculinos debidos a... (*Indicar enfermedad médica*).

283. Trastorno sexual inducido por sustancias (*Consultar los trastornos relacionados con sustancias*) (*Especificar si: con alteración del deseo / con alteración de la excitación / con alteración del orgasmo / con dolor sexual*) (*Especificar si de inicio durante la intoxicación*).

284. Trastorno sexual no especificado.

11B) Parafilias.

285. Exhibicionismo.

286. Fetichismo.

287. Frotteurismo.

288. Pedofilia (*Especificar si: con atracción sexual por los varones / con atracción sexual por las mujeres / con atracción sexual por ambos sexos*) (*Especificar si limitada al incesto*) (*Especificar tipo: exclusiva / no exclusiva*).

⁷³ Se aplicarán los siguientes especificadores a todos los trastornos sexuales primarios:
- Especificar tipo: *de toda la vida / adquirido / general / situacional / debido a factores psicológicos / debido a factores combinados.*

- 289. Masoquismo sexual.
- 290. Sadismo sexual.
- 291. Fetichismo transvestista (*Especificar si con disforia sexual*).
- 292. Voyeurismo.
- 293. Parafilia no especificada.

11C) Trastornos de la identidad sexual.

294-295. Trastorno de la identidad sexual (*Especificar si: con atracción sexual por los varones / con atracción sexual por las mujeres / con atracción sexual por ambos / sin atracción sexual por ninguno*).

- En la niñez.
- En la adolescencia o en la vida adulta.

296. Trastorno de la identidad sexual no especificado.

297. Trastorno sexual no especificado.

12. Trastornos de la conducta alimentaria.

298. Anorexia nerviosa (*Especificar tipo: restrictivo / compulsivo / purgativo*).

299. Bulimia nerviosa (*Especificar tipo: purgativo / no purgativo*).

300. Trastorno de la conducta alimentaria no especificada.

13. Trastornos del sueño.

13A) Trastornos primarios del sueño.

Disomnias.

301. Insomnio primario.

302. Hipersomnia primaria (*Especificar si recidivante*).

303. Narcolepsia.

304. Trastorno del sueño relacionado con la respiración.

305. Trastorno del ritmo circadiano (*Especificar tipo: sueño retrasado / jet lag / cambios de turno de trabajo / no especificado*).

306. Disomnia no especificada.

Parasomnias.

307. Pesadillas.

308. Terrores nocturnos.

309. Sonambulismo.

310. Parasomnia no especificada.

13B) Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental.

311. Insomnio relacionado con...

312. Hipersomnia relacionada con...

13C) Otros trastornos del sueño.

313-316. Trastorno del sueño debido a... (*Indicar enfermedad médica*).

- Tipo insomnio.
- Tipo hipersomnia.
- Tipo parasomnia.
- Tipo mixto.

317. Trastorno del sueño inducido por sustancias (*Consultar los trastornos relacionados con sustancias*) (*Especificar tipo: insomnio / hipersomnia / parasomnia / mixto*) (*Especificar si: de inicio durante la intoxicación / de inicio durante la abstinencia*).

14. Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados.

318. Trastorno explosivo intermitente.

319. Cleptomanía.

320. Piromanía.

321. Juego patológico.

322. Tricotilomanía.

323. Trastorno del control de los impulsos no especificado.

15. Trastornos adaptativos.

324-329. Trastorno adaptativo (*Especificar si: agudo / crónico*).

- Con estado de ánimo depresivo.
- Con ansiedad.
- Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo.
- Con trastorno de comportamiento.
- Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento.
- No especificado.

16. Trastornos de la personalidad.

330. Trastorno paranoide de la personalidad.

331. Trastorno esquizoide de la personalidad.

332. Trastorno esquizotípico de la personalidad.

333. Trastorno antisocial de la personalidad.

334. Trastorno límite de la personalidad.

335. Trastorno histriónico de la personalidad.

336. Trastorno narcisista de la personalidad.

337. Trastorno de la personalidad por evitación.

338. Trastorno de la personalidad por dependencia.

339. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

340. Trastorno de la personalidad no especificado.

17. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

17A) Factores psicológicos que afectan al estado físico.

341-346. [...] (*Especificar el factor psicológico*) (*Indicar enfermedad médica*). *Elegir según la naturaleza de los factores:*

- Trastorno mental que afecta a una enfermedad médica.
- Síntomas psicológicos que afectan a una enfermedad médica.
- Rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento que afectan a una enfermedad médica.

- Comportamientos desadaptativos que afectan a una enfermedad médica.
- Respuesta fisiológica relacionada con el estrés que afecta a una enfermedad médica.
- Otros factores psicológicos o no especificados que afectan a una enfermedad médica.

17B) Trastornos motores inducidos por medicamentos.

- 347. Parkinson inducido por neurolépticos.
- 348. Síndrome neuroléptico maligno.
- 349. Distonía aguda inducida por neurolépticos.
- 350. Acatisia aguda inducida por neurolépticos.
- 351. Discinesia tardía inducida por neurolépticos.
- 352. Temblor postural inducido por medicamentos.
- 353. Trastorno motos inducido por medicamentos no especificados.

17C) Trastornos inducidos por otros medicamentos.

- 354. Efectos adversos de los medicamentos no especificados.

17D) Problemas de relación.

- 355. Problemas de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica.
- 356. Problemas paterno-filiales.
- 357. Problemas conyugales.
- 358. Problema de relación entre hermanos.
- 359. Problema de relación no especificado.

17E) Problemas relacionados con el abuso o la negligencia.

- 360. Abuso físico del niño.
- 361. Abuso sexual del niño.
- 362. Negligencia de la infancia.
- 363. Abuso físico del adulto.
- 364. Abuso sexual del adulto.

17F) Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica.

- 365. Incumplimiento terapéutico.
- 366. Simulación.
- 367. Comportamiento antisocial del adulto.
- 368. Comportamiento antisocial en la niñez o la adolescencia.
- 369. Capacidad intelectual límite.
- 370. Deterioro cognoscitivo relacionado con la edad.
- 371. Duelo.
- 372. Problema académico.
- 373. Problema laboral.
- 374. Problema de identidad.
- 375. Problema religioso o espiritual.
- 376. Problema de aculturación.
- 377. Problema biográfico.

Códigos adicionales.

378. Trastorno mental no especificado (no psicótico).

ANEXO V ► Índice del *DSM-I* (2014).

A continuación presentamos el índice del *DSM-V* (2014). Señalamos en negrita los principales trastornos en los que se divide, en este caso 22. Puede apreciarse la cantidad de subgrupos que existen dentro de los mismos, señalando también los más importantes que se destacan en esta versión. Por último, en azul, marcamos los nombres de los trastornos (diagnósticos); el número que aparece delante es la enumeración de los mismos (en esta versión hay un total de 557 trastornos). Cada versión de *DSM* tiene su propia codificación de los trastornos, nosotros simplemente los hemos enumerado desde el 1 al 557, señalando en azul solo aquellos trastornos diagnosticables, por lo que si no aparece en este color, aunque esté al mismo nivel esquemático que otros, es porque se da una subdivisión más hasta llegar a un trastorno diagnosticable.

1. Trastornos del neurodesarrollo.

1A) Discapacidad intelectual.

1-4. Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual).

Especificar la gravedad actual:

- Leve.
- Moderado.
- Grave.
- Profundo.

5. Retraso global del desarrollo.

6. Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) no especificada.

1B) Trastornos de la comunicación.

7. Trastorno del lenguaje.

8. Trastorno fónico.

9. Trastorno de fluidez de inicio de la infancia (tartamudeo)⁷⁴.

10. Trastorno de la comunicación social (pragmatismo).

11. Trastorno de la comunicación no especificado.

1C) Trastorno del espectro autista.

12. Trastorno del espectro autista (*Especificar si: asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos; Asociado a otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento*) (*Especificar la gravedad actual: necesita ayuda muy notable / necesita ayuda notable / necesita ayuda*) (*Especificar si con o sin discapacidad intelectual*)

⁷⁴ Los casos de inicio más tardía se diagnostican con otro código, como “trastorno de la fluidez de inicio en el adulto”.

acompañante / con o sin deterioro del lenguaje acompañante / con catatonía).

1D) Trastorno por déficit de atención/hiperactividad.

13-15. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Especificar si:

- Presentación combinada.
- Presentación predominante con falta de atención.
- Presentación predominante hiperactiva/impulsiva (*Especificar si en remisión parcial*) (*Especificar la gravedad actual: leve / moderado / grave*).

16. Otro trastorno por déficit de atención/hiperactividad especificado.

17. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad no especificado.

1E) Trastorno específico del aprendizaje.

18-20. Trastorno específico del aprendizaje (*Especificar la gravedad actual: leve / moderado / grave*). Especificar si:

- Con dificultades en la lectura (especificar si con precisión en la lectura de palabras, velocidad o fluidez de la lectura, comprensión de la lectura).
- Con dificultad en la expresión escrita (especificar si con corrección ortográfica, corrección gramatical y de la puntuación, claridad u organización de la expresión escrita).
- Con dificultad matemática (especificar si con sentido de los números, memorización de operaciones aritméticas, cálculo correcto o fluido, razonamiento matemático correcto).

1F) Trastornos motores.

21. Trastorno del desarrollo de la coordinación.

22. Trastorno de movimientos estereotipados (*Especificar si: con comportamiento autolesivo / sin comportamiento autolesivo*) (*Especificar si: asociado a una afección médica o genética / a un trastorno del neurodesarrollo / a un factor ambiental conocido*).

Trastorno de tics.

23. Trastorno de Gilles de la Tourette.

24. Trastorno de tics motores o vocales persistentes (crónico) (*Especificar si: solo con tics motores / solo con tics vocales*).

25. Trastorno de tics transitorio.

26. Otro trastorno de tics especificado.

27. Trastorno de tics no especificado.

Otros trastornos del neurodesarrollo.

28. Otros trastornos del neurodesarrollo especificado.

29. Trastorno del neurodesarrollo no especificado.

2. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos⁷⁵.

30. Trastorno esquizotípico (de la personalidad).
31. Trastorno delirante (*Especificar si: tipo erotomaníaco / tipo de grandeza / tipo celotípico / tipo persecutorio / tipo somático / tipo mixto / tipo no especificado*) (*Especificar si con contenido extravagante*).
32. Trastorno psicótico breve (*Especificar si: con factor(es) de estrés notable(s) / sin factor(es) de estrés notable(s) / con inicio posparto*).
33. Trastorno esquizofreniforme (*Especificar si: con características de buen pronóstico / sin características de buen pronóstico*).
34. Esquizofrenia.
- 35-36. Trastorno esquizoafectivos. Especificar si:
- Tipo bipolar.
 - Tipo depresivo.
37. Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos (*Especificar si: con inicio durante la intoxicación / con inicio durante la abstinencia*).
- 38-39. Trastorno psicótico debido a otra afección médica. Especificar si:
- Con delirios.
 - Con alucinaciones.
40. Catatonia asociada a otro trastorno mental.
41. Trastorno catatónico debido a otra afección médica.
42. Catatonia no especificada.
43. Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico.
44. Trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico.

3. Trastorno bipolar y trastornos relacionados⁷⁶.

- 45-51. Trastorno bipolar Ia. Episodio maníaco actual o más reciente:
- Leve.
 - Moderado.

⁷⁵ Los siguientes especificadores se aplican al espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en los casos indicados:

- Especificar si: los siguientes especificadores del curso sólo se utilizarán después de un año de duración del trastorno: *primer episodio, actualmente en episodio agudo / primer episodio, actualmente en remisión parcial / primer episodio, actualmente en remisión total / episodios múltiples, actualmente en episodio agudo / episodios múltiples, actualmente en remisión total / continuo / no especificado*.
- Especificar si con catatonia.
- Especificar la gravedad actual de los delirios, alucinaciones, habla desorganizada, conducta psicomotora anómala, síntomas negativos, deterioro cognitivo, depresión y síntomas maníacos.

⁷⁶ Los siguientes especificadores se aplican a los trastornos bipolar y trastornos relacionados en los casos indicados:

- Especificar si: con ansiedad (especificar la gravedad actual: leve / moderado / moderado-grave / grave) / con características mixtas / con ciclos rápidos / con características melancólicas / con características atípicas / con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo / con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo / con catatonia / con inicio durante el periparto / con patrón estacional.

- Grave.
- Con características psicóticas.
- En remisión parcial.
- En remisión total.
- No especificado.

52-54. Episodio hipomaniaco actual o más reciente.

- En remisión parcial.
- En remisión total.
- No especificado.

55-61. Episodio depresivo actual o más reciente.

- Leve.
- Moderado.
- Grave.
- Con características psicóticas.
- En remisión parcial.
- En remisión total.
- No especificado.

62. Episodio no especificado actual o más reciente.

63. Trastorno bipolar IIa (*Especificar el episodio actual más reciente: hipomaniaco / depresivo*) (*Especificar el curso si no se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio del estado de ánimo: en remisión parcial / en remisión total*) (*Especificar la gravedad si se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio del estado de ánimo: leve / moderado / grave*).

64. Trastorno ciclotímico (*Especificar si con ansiedad*) (*Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos*) (*Especificar si: con inicio durante la intoxicación / con inicio durante la abstinencia*).

65-67. Trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica. Especificar si:

- Con características maníacas.
- Con episodio de tipo maníaco o hipomaniaco.
- Con características mixtas.

68. Otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado.

69. Trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado.

4. Trastornos depresivos⁷⁷.

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

Trastorno de depresión mayor.

70-76. Episodio único.

⁷⁷ Los siguientes especificadores se aplican a los trastornos depresivos en los casos indicados:
 - Especificar si: con ansiedad (especificar la gravedad actual: leve / moderado / moderado-grave / grave) / con características mixtas / con características melancólicas / con características atípicas / con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo / con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo / con catatonia / con inicio durante el parto / con patrón estacional.

- Leve.
- Moderado.
- Grave.
- Con características psicóticas.
- En remisión parcial.
- En remisión total.
- No especificado.

77-83. Episodio único.

- Leve.
- Moderado.
- Grave.
- Con características psicóticas.
- En remisión parcial.
- En remisión total.
- No especificado.

84. Trastorno depresivo persistente (distimia) (*Especificar si: en remisión parcial / en remisión total*) (*Especificar si: inicio temprano / inicio tardío*) (*Especificar si: con síndrome distímico puro / con episodio de depresión mayor, con episodio actual / con episodio de depresión mayor, sin episodio actual*) (*Especificar la gravedad actual: leve / moderado / grave*).

85. Trastorno disfórico premenstrual (*Especificar si inducido por sustancia/medicamento*) (*Especificar si: con inicio durante la intoxicación / con inicio durante la abstinencia*).

86-88. Trastorno depresivo debido a otra afección médica. Especificar si:

- Con características depresivas.
- Con episodio del tipo de depresión mayor.
- Con características mixtas.

89. Otro trastorno depresivo especificado.

90. Otro trastorno depresivo no especificado.

5. Trastornos de ansiedad.

91. Trastorno de ansiedad por separación.

92. Mutismo selectivo.

93-100. Fobia específica. Especificar si:

- Animal.
- Entorno natural.
- Sangre-inyección-herida.
 - Miedo a la sangre.
 - Miedo a las inyecciones y transfusiones.
 - Miedo a otra atención médica.
 - Miedo a una lesión.
- Situacional.
- Otra.

101. Trastorno de ansiedad social (fobia social) (*Especificar si solo actuación*).

102. Trastorno de pánico (*Especificador de ataque de pánico*).

103. Agorafobia.

104. Trastorno de ansiedad generalizada (*Especificar si inducido por sustancia/medicamento*) (*Especificar si: con inicio durante la intoxicación / con inicio durante la abstinencia / con inicio después del consumo de medicamentos*).

105. Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica.

106. Otro trastorno de ansiedad especificado.

107. Otro trastorno de ansiedad no especificado.

6. Trastornos obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados⁷⁸.

108. Trastorno obsesivo-compulsivos (*Especificar si relacionado con tics*).

109. Trastorno dismórfico corporal (*Especificar si con dismorfia muscular*).

110. Trastorno de acumulación (*Especificar si con adquisición excesiva*).

111. Tricotilomanía (trastorno de arrancarse el cabello).

112. Trastorno de excoiación (rascarse la piel) (*Especificar si inducido por sustancia/medicamento*) (*Especificar si: con inicio durante la intoxicación / con inicio durante la abstinencia / con inicio después del consumo de medicamentos*).

113. Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados debidos a otra afección médica (*Especificar si: con síntomas del tipo trastorno obsesivo-compulsivo / con preocupación por el aspecto / con síntomas de acumulación / con síntomas de arrancarse pelo / con síntomas de rascarse la piel*).

114. Otros trastornos obsesivos-compulsivos y trastornos relacionados especificados.

115. Trastornos obsesivos-compulsivos y trastornos relacionados no especificados.

7. Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.

116. Trastorno de apego reactivo (*Especificar si persistente*) (*Especificar la gravedad actual: grave*).

117. Trastorno de relación social desinhibido (*Especificar si persistente*) (*Especificar la gravedad actual: grave*).

118. Trastorno de estrés postraumático (incluye el trastorno de estrés postraumático en niños menores de 6 años) (*Especificar si con síntomas disociativos*) (*Especificar si con expresión retardada*).

119. Trastorno de estrés agudo.

⁷⁸ Los siguientes especificadores se aplican a los trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados en los casos indicados:

- Especificar si: con introspección buena o aceptable / con poca introspección / con ausencia de introspección / con creencias delirantes.

120-125. Trastorno de adaptación (*Especificar si: agudo / persistente / crónico*). Especificar si:

- Con estado de ánimo deprimido.
- Con ansiedad.
- Con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido.
- Con alteración de la conducta.
- Con alteración mixta de las emociones y la conducta.
- Sin especificar.

126. Otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado.

127. Trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado.

8. Trastornos disociativos.

128. Trastorno de identidad disociativo.

129. Amnesia disociativa (*Especificar si con fuga disociativa*).

130. Trastorno de despersonalización/desrealización.

131. Otro trastorno disociativo especificado.

132. Trastorno disociativo no especificado.

9. Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados.

133. Trastorno de síntomas somáticos (*Especificar si con predominio de dolor*) (*Especificar si persistente*) (*Especificar la gravedad actual: leve / moderado / grave*).

134. Trastorno de ansiedad por enfermedad (*Especificar si: tipo con solicitud de asistencia / tipo con evitación de asistencia*).

135-142. Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales) (*Especificar si: episodio agudo / persistente*) (*Especificar si: con factor de estrés psicológico —especificar el factor de estrés— / sin factor de estrés psicológico*). Especificar el tipo de síntoma:

- Con debilidad o parálisis.
- Con movimiento anómalo.
- Con síntomas de la deglución.
- Con síntomas del habla.
- Con ataques o convulsiones.
- Con anestesia o pérdida sensitiva.
- Con síntoma sensitivo especial.
- Con síntomas mixtos.

143. Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas (*Especificar la gravedad actual: leve / moderado / grave / extremo*).

144. Trastorno facticio (incluye trastorno facticio aplicado a uno mismo, trastorno facticio aplicable a otro) (*Especificar: episodio único / episodios recurrentes*).

145. Otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados.

146. Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados.

10. Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos⁷⁹.

147-148. Pica.

- En niños.
- En adultos.

149. Trastorno de la rumiación.

150. Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.

151-152. Anorexia nerviosa. Especificar si:

- Tipo restrictivo.
- Tipo con atracones/purgas.

153. Bulimia nerviosa.

154. Trastorno de atracones.

155. Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado.

156. Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado.

11. Trastornos de la excreción.

157. Eneuresis (*Especificar si: solo nocturna / solo diurna / nocturna y diurna*).

158. Encopresis (*Especificar si: con estreñimiento e incontinencia por desbordamiento / sin estreñimiento e incontinencia por desbordamiento*).

159-160. Otro trastorno de la excreción especificado.

- Con síntomas urinarios.
- Con síntomas fecales.

161-162. Trastorno de la excreción no especificado.

- Con síntomas urinarios.
- Con síntomas fecales.

12. Trastornos del sueño-vigilia⁸⁰.

163. Trastorno de insomnio (*Especificar si: con trastorno mental concurrente no relacionado con el sueño / con otra afección médica concurrente / con otro trastorno del sueño*).

⁷⁹ Los siguientes especificadores se aplican a los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos en los casos indicados:

- Especificar si: en remisión.
- Especificar si: *en remisión parcial / en remisión total*.
- Especificar la gravedad actual: *leve / moderado / grave / extremo*.

⁸⁰ Los siguientes especificadores se aplican a los trastornos del sueño vigilia en los casos indicados:

- Especificar si: *episódico / persistente / recurrente*.
- Especificar si: *agudo / subagudo / persistente*.
- Especificar la gravedad actual: *leve / moderado / grave*.

164. Trastorno por hipersomnia (*Especificar si: con trastorno mental concurrente no relacionado con el sueño / con otra afección médica concurrente / con otro trastorno del sueño*).

165-169. Narcolepsia. Especificar si:

- Narcolepsia sin cataplejía pero con deficiencia de hipocretina.
- Narcolepsia sin cataplejía pero sin deficiencia de hipocretina.
- Ataxia cerebelosa autosómica dominante, sordera y narcolepsia.
- Narcolepsia autosómica dominante, obesidad y diabetes tipo 2.
- Narcolepsia secundaria a otra afección médica.

12A) Trastornos del sueño relacionados con la respiración.

170. Apnea e hipopnea obstructiva del sueño.

171-173 Apnea central del sueño(*Especificar la gravedad actual*).

Especificar si:

- Apnea central del sueño idiopática.
- Respiración de Cheyne-Sotkes.
- Apnea central del sueño con consumo concurrente de opiáceos (codificar en primer lugar el trastorno por consumo de opiáceos, si está presente).

174-176. Hipoventilación relacionada con el sueño (*Especificar la gravedad actual*). Especificar si:

- Hipoventilación idiopática.
- Hipoventilación alveolar central congénita.
- Hipoventilación concurrente relacionada con el sueño.

177-182. Trastornos del ritmo circadiano de sueño-vigilias. Especificar si:

- Tipo de fase de sueño retrasada (*Especificar si: familiar / superposición a un tipo de sueño-vigilia no ajustado a las 24 horas*).
- Tipo de fases de sueño avanzadas (*Especificar si familiar*).
- Tipo de sueño-vigilia irregular.
- Tipo de sueño-vigilia no ajustado a las 24 horas.
- Tipo asociado a turnos laborales.
- Tipo no especificado.

12B) Parasomnias.

183-184. Trastornos del despertar del sueño no REM. Especificar si:

- Tipo sonambulismo (*Especificar si: con ingestión de alimentos relacionada con el sueño / con comportamiento sexual relacionado con el sueño —sexomnia—*).
- Tipo con terrores nocturnos.

185. Trastorno de pesadillas (*Especificar si durante el inicio del sueño*) (*Especificar si: con trastorno asociado no relacionado con el sueño / con otra afección médica asociada / con otro trastorno del sueño asociado*).

186. Trastornos del comportamiento del sueño REM.

187. Síndrome de las piernas inquietas.

188. Trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos (*Especificar si: tipo con insomnio / tipo con somnolencia diurna / tipo con*

parasomnia / tipo mixto) (Especificar si: con inicio durante la intoxicación / con inicio durante la retirada o abstinencia).

- 189. Otro trastorno de insomnio especificado.
- 190. Trastorno de insomnio no especificado.
- 191. Otro trastorno de hipersomnia especificado.
- 192. Trastorno de hipersomnia no especificado.
- 193. Otro trastorno del sueño-vigilia especificado.
- 194. Trastorno del sueño-vigilia no especificado.

13. Disfunciones sexuales⁸¹.

- 195. Eyaculación retardada.
- 196. Trastorno eréctil.
- 197. Trastorno orgásmico femenino (*Especificar si nunca experimentó un orgasmo en ninguna situación*).
- 198. Trastorno del interés / excitación sexual femenino.
- 199. Trastorno de dolor génito-pélvico / penetración.
- 200. Trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón.
- 201. Eyaculación prematura (precoz).
- 202. Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos (*Especificar si: con inicio durante la intoxicación / con inicio durante la abstinencia / con inicio después de tomar el medicamento*).
- 203. Otra disfunción sexual especificada.
- 204. Disfunción sexual no especificada.

14. Disforia de género.

- 205. Disforia de género con niños (*Especificar si con un trastorno de desarrollo sexual*).
- 206. Disforia de género en adolescentes y adultos (*Especificar si con un trastorno de desarrollo sexual) (Especificar si postransición) (Codificar el trastorno de desarrollo sexual si está presente, además de la disforia de género*).
- 207. Otra disforia de género especificada.
- 208. Disforia de género no especificada.

15. Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta.

- 209. Trastorno negativista desafiante.
 - 210. Trastorno explosivo intermitente.
 - 211-213. Trastorno de la conducta (*Especificar si con emociones prosociales limitadas) (Especificar la gravedad actual: leve / moderado / grave*).
- Especificar si:
- Tipo inicio infantil.

⁸¹ Los siguientes especificadores se aplican a las disfunciones sexuales en los casos indicados:

- Especificar si: *de por vida / adquirido*.
- Especificar si: *generalizado / situacional*.
- Especificar la gravedad actual: *leve / moderado / grave*.

- Tipo inicio adolescente.
- Tipo inicio no especificado.

214. Trastorno de la personalidad antisocial.

215. Piromanía.

216. Cleptomanía.

217. Otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado.

218. Trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta no especificado.

16. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos⁸².

16A) Trastornos relacionados con sustancias.

Trastornos relacionados con alcohol.

219-221. Trastorno por consumo de alcohol. Especificar si:

- Leve.
- Moderado.
- Grave.

222-224. Intoxicación por alcohol.

- Con trastorno por consumo, leve.
- Con trastorno por consumo, leve moderado o grave.
- Sin trastorno por consumo.

225-226. Abstinencia de alcohol.

- Sin alteraciones de la percepción.
- Con alteraciones de la percepción.

227. Otros trastornos inducidos por el alcohol.

228. Trastorno relacionado con el alcohol no especificado.

Trastornos relacionados con la cafeína.

229. Intoxicación por cafeína.

230. Abstinencia de cafeína.

231. Otro trastorno inducido por la cafeína.

232. Trastorno relacionado con la cafeína no especificado.

Trastornos relacionados con el cannabis.

233-235. Trastorno por consumo de cannabis. Especificar si:

- Leve.
- Moderado.
- Grave.

Intoxicación por cannabis.

236-238. Intoxicación por cannabis sin alteraciones de la percepción.

⁸² Los siguientes especificadores se aplican a los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos en los casos indicados:

- Especificar si: *en remisión inicial / en remisión continuada*.
- Especificar si en un entorno controlado.
- Especificar si con alteraciones de la percepción.

- Con trastorno por consumo, leve.
- Con trastorno por consumo, moderado o grave.
- Sin trastorno por consumo.

239-241 Intoxicación por cannabis con alteraciones de la percepción.

- Con trastorno por consumo, leve.
- Con trastorno por consumo, moderado o grave.
- Sin trastorno por consumo.

242. Abstinencia de cannabis.

243. Otros trastornos inducidos por el cannabis.

244. Trastorno relacionado con el cannabis no especificado.

Trastornos relacionados con los alucinógenos.

245-247. Trastorno por consumo de fenciclidina. Especificar la gravedad actual:

- Leve.
- Moderado.
- Grave.

248-250. Trastorno por consumo de otros alucinógenos (*Especificar el alucinógeno en particular*). Especificar la gravedad actual:

- Leve.
- Moderado.
- Grave.

251-253. Intoxicación por fenciclidina.

- Con trastorno por consumo, leve.
- Con trastorno por consumo, moderado o grave.
- Sin trastorno por consumo.

254-255. Intoxicación por otros alucinógenos.

- Con trastorno por consumo, leve.
- Con trastorno por consumo, moderado o grave.
- Sin trastorno por consumo.

256-257. Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos.

258. Otros trastornos inducidos por fenciclidina.

259. Trastornos inducidos por otros alucinógenos.

260. Trastornos relacionados con la fenciclidina no especificado.

261. Trastorno relacionado con los alucinógenos no especificado.

Trastornos relacionados con los inhalantes.

262-264. Trastorno por consumo de inhalantes (*Especificar el inhalante en particular*). Especificar la gravedad actual:

- Leve.
- Moderado.
- Grave.

265-267. Intoxicación por inhalantes.

- Con trastorno por consumo, leve.
- Con trastorno por consumo, moderado o grave.
- Sin trastorno por consumo.

268. Otros trastornos inducidos por inhalantes.

269. Trastorno relacionado con inhalantes no especificado.

Trastornos relacionados con los opiáceos.

270-272. Trastorno por consumo de opiáceos (*Especificar si: en terapia de mantenimiento / en un entorno controlado*). Especificar la gravedad actual:

- Leve.
- Moderado.
- Grave.

Intoxicación por opiáceos.

273-275. Intoxicación por opiáceos sin alteraciones de la percepción.

- Con trastorno por consumo, leve.
- Con trastorno por consumo, moderado o grave.
- Sin trastorno por consumo.

276-278. Intoxicación por opiáceos con alteraciones de la percepción.

- Con trastorno por consumo, leve.
- Con trastorno por consumo, moderado o grave.
- Sin trastorno por consumo.

279. Abstinencia de opiáceos.

280. Otros trastornos inducidos por opiáceos.

281. Trastorno relacionado con opiáceos no especificado.

Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

282-284. Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Especificar la gravedad actual:

- Leve.
- Moderado.
- Grave.

285-287. Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

- Con trastorno por consumo, leve.
- Con trastorno por consumo, moderado o grave.
- Sin trastorno por consumo.

288-289. Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

- Sin alteraciones de la percepción.
- Con alteraciones de la percepción.

290. Otros trastornos inducidos por los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

291. Trastorno relacionado con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no especificado.

Trastornos relacionados con los estimulantes.

292-300. Trastorno por consumo de estimulantes. Especificar la gravedad actual:

- Leve:
 - Sustancia anfetamínica.
 - Cocaína.
 - Otro estimulante o un estimulante no especificado.
- Moderado:
 - Sustancia anfetamínica.
 - Cocaína.
 - Otro estimulante o un estimulante no especificado.
- Grave:
 - Sustancia anfetamínica.
 - Cocaína.
 - Otro estimulante o un estimulante no especificado.

Intoxicación por estimulantes (*Especificar la sustancia específica*).

301-303. Anfetamina u otro estimulante, sin alteraciones de la percepción.

- Con trastorno por consumo, leve.
- Con trastorno por consumo, moderado o grave.
- Sin trastorno por consumo.

304-306. Cocaína, sin alteraciones de la percepción.

- Con trastorno por consumo, leve.
- Con trastorno por consumo, moderado o grave.
- Sin trastorno por consumo.

307-309. Anfetamina u otro estimulante, con alteraciones de la percepción.

- Con trastorno por consumo, leve.
- Con trastorno por consumo, moderado o grave.
- Sin trastorno por consumo.

310-312. Cocaína, con alteraciones de la percepción.

- Con trastorno por consumo, leve.
- Con trastorno por consumo, moderado o grave.
- Sin trastorno por consumo.

313-314. Abstinencia de estimulantes. Especificar la sustancia específica que provoca el síndrome de abstinencia:

- Anfetamina u otro estimulante.
- Cocaína.

315. Otros trastornos inducidos por estimulantes.

316-317. Trastorno relacionado con estimulantes no especificado.

- Anfetamina u otro estimulante.
- Cocaína.

Trastornos relacionados con el tabaco.

318-320. Trastorno por consumo de tabaco (*Especificar si: en terapia de mantenimiento / en un entorno controlado*). Especificar la gravedad actual:

- Leve.
- Moderado.
- Grave.

321. Abstinencia de tabaco.

322. Otros trastornos inducidos por el tabaco.

323. Trastorno relacionado con el tabaco no especificado.

Trastornos relacionados con otras sustancias (o sustancias desconocidas).

324-326. Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas). Especificar la gravedad actual:

- Leve.
- Moderado.
- Grave.

327-329. Intoxicación por otras sustancias (o sustancias desconocidas).

- Con trastorno por consumo, leve.
- Con trastorno por consumo, moderado o grave.
- Sin trastorno por consumo.

330. Abstinencia de otras sustancias (o sustancias desconocidas).

331. Trastornos inducidos por otras sustancias (o sustancias desconocidas).

332. Trastornos relacionado con otras sustancias (o sustancias desconocidas) no especificado.

16B) Trastornos no relaciones con sustancias.

333. Juego patológico (*Especificar si: episódico / persistente*) (*Especificar la gravedad actual: leve / moderado / grave*).

17. Trastornos neurocognitivos.

17A) Delirium. Especificar si:

334. Delirium por intoxicación por sustancias.

335. Delirium por abstinencia de sustancias.

336. Delirium inducido por medicamentosa.

337. Delirium debido a otra afección médica.

338. Delirium debido a etiologías múltiples (*Especificar si: agudo / persistente*) (*Especificar si: nivel de actividad hiperactivo / hipoactivo / mixto*).

339. Otro delirium especificado.

340. Delirium no especificado.

17B) Trastornos neurocognitivos mayores y leves⁸³.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer.

341-342. Trastorno neurocognitivo mayor probable debido a la enfermedad de Alzheimer.

- Con alteraciones del comportamiento.
- Sin alteraciones del comportamiento.

434-344. Trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer.

- Con alteraciones del comportamiento.
- Sin alteraciones del comportamiento.

345. Trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Alzheimer.

Trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor o leve.

346-347. Trastorno neurocognitivo mayor probable debido a la degeneración del lóbulo frontotemporal.

- Con alteraciones del comportamiento.
- Sin alteraciones del comportamiento.

348-349. Trastorno neurocognitivo mayor debido a la degeneración del lóbulo frontotemporal posible.

- Con alteraciones del comportamiento.
- Sin alteraciones del comportamiento.

350. Trastorno neurocognitivo leve debido a una degeneración del lóbulo frontotemporal.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy.

351-352. Trastorno neurocognitivo mayor probable con cuerpos de Lewy.

- Con alteraciones del comportamiento.
- Sin alteraciones del comportamiento.

353-354. Trastorno neurocognitivo mayor con cuerpos de Lewy.

- Con alteraciones del comportamiento.
- Sin alteraciones del comportamiento.

355. Trastorno neurocognitivo leve con cuerpos de Lewy.

Trastorno neurocognitivo vascular mayor o leve.

356-357. Trastorno neurocognitivo vascular mayor probable.

- Con alteraciones del comportamiento.
- Sin alteraciones del comportamiento.

⁸³ Especificar si: *sin alteración del comportamiento* / *con alteración del comportamiento* (para un posible trastorno neurocognitivo mayor y para un trastorno neurocognitivo leve, la alteración del comportamiento no se puede codificar, pero aun así se debería indicar por escrito). Especificar la gravedad actual: *leve* / *moderado* / *grave* (este especificador se aplica sólo a trastornos neurocognitivos mayores, incluidos probables y posibles).

358-359. Trastorno neurocognitivo mayor probable debido a una enfermedad vascular.

- Con alteraciones del comportamiento.
- Sin alteraciones del comportamiento.

360. Trastorno neurocognitivo vascular leve.

Trastornos neurocognitivo mayor o leve debido a un traumatismo cerebral.

361-362. Trastorno neurocognitivo mayor debido a un traumatismo cerebral.

- Con alteraciones del comportamiento.
- Sin alteraciones del comportamiento.

363. Trastorno neurocognitivo leve debido a un traumatismo cerebral.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos.

364. Trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a infección por VIH.

365-366. Trastorno neurocognitivo mayor debido a infección por VIH.

- Con alteraciones del comportamiento.
- Sin alteraciones del comportamiento.

367. Trastorno neurocognitivo leve debido a infección por VIH.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a enfermedad por priones.

368-369. Trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad por priones.

- Con alteraciones del comportamiento.
- Sin alteraciones del comportamiento.

370. Trastorno neurocognitivo leve debido a enfermedad por priones.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson.

371-372. Trastorno neurocognitivo mayor probable debido a la enfermedad de Parkinson.

- Con alteraciones del comportamiento.
- Sin alteraciones del comportamiento.

373-374. Trastorno neurocognitivo mayor posiblemente debido a la enfermedad de Parkinson.

- Con alteraciones del comportamiento.
- Sin alteraciones del comportamiento.

375. Trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Parkinson.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Huntington.

376-377. Trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Huntington.

- Con alteraciones del comportamiento.
- Sin alteraciones del comportamiento.

378. Trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Huntington.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a otra afección médica.

379-380. Trastorno neurocognitivo mayor debido a otra afección médica.

- Con alteraciones del comportamiento.
- Sin alteraciones del comportamiento.

381. Trastorno neurocognitivo leve debido a otra afección médica.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a etiologías múltiples.

382-383. Trastorno neurocognitivo mayor debido a etiologías múltiples.

- Con alteraciones del comportamiento.
- Sin alteraciones del comportamiento.

381. Trastorno neurocognitivo leve debido a etiologías múltiples.

Trastorno neurocognitivo no especificado.

382. Trastorno neurocognitivo no especificado.

18. Trastornos de la personalidad.

18A) Trastornos de la personalidad: Grupo A.

383. Trastornos de la personalidad paranoide.

384. Trastornos de la personalidad esquizoide.

385. Trastornos de la personalidad esquizotípica.

18B) Trastornos de la personalidad: Grupo B.

386. Trastornos de la personalidad antisocial.

387. Trastornos de la personalidad límite.

388. Trastornos de la personalidad histriónica.

389. Trastornos de la personalidad narcisista.

18C) Trastornos de la personalidad: Grupo C.

390. Trastornos de la personalidad evitativa.

391. Trastornos de la personalidad dependiente.

392. Trastornos de la personalidad obsesivo-compulsiva.

18D) Otros trastornos de la personalidad.

393. Cambio de personalidad debido a otra afección médica (*Especificar si: tipo lábil / tipo desinhibido / tipo agresivo / tipo apático / tipo paranoide / otro tipo / tipo combinado / tipo no especificado*).

394. Otro trastorno de la personalidad especificado.

395. Trastorno de la personalidad no especificado.

19. Trastornos parafilicos⁸⁴.

396. Trastorno de voyeurismo.

397. Trastorno de exhibicionismo (*Especificar si: sexualmente excitado por exposición de los genitales a niños prepúberes / sexualmente excitado por exposición de los genitales a individuos físicamente maduros / sexualmente excitado por exposición de los genitales a niños prepúberes y a individuos físicamente maduros*).

398. Trastorno de frotteurismo.

399. Trastorno de masoquismo sexual (*Especificar si con asfixofilia*).

400. Trastorno de sadismo sexual.

401. Trastorno de pedofilia (*Especificar si: tipo exclusivo / tipo no exclusivo*) (*Especificar si: atracción sexual por el sexo masculino / atracción sexual por el sexo femenino / atracción sexual por ambos sexos*) (*Especificar si limitado al incesto*).

402. Trastorno de fetichismo (*Especificar: parte(s) del cuerpo / objeto(s) inanimado(s) / otro*).

403. Trastorno de travestismo (*Especificar si: con fetichismo / con autoginofilia*).

404. Otro trastorno parafílico especificado.

405. Trastorno parafílico no especificado.

20. Otros trastornos mentales.

406. Otro trastorno mental especificado debido a otra afección médica.

407. Trastorno mental no especificado debido a otra afección médica.

408. Otro trastorno mental especificado.

409. Trastorno mental no especificado.

21. Trastornos motores inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos.

410. Parkinsonismo inducido por neurolépticos.

411. Parkinsonismo inducido por otros medicamentos.

412. Síndrome neuroléptico maligno.

413. Distonía aguda inducida por medicamentos.

414. Acatisia aguda inducida por medicamentos.

415. Discinesia tardía.

416. Distonía tardía.

417. Temblor postural inducido por medicamentos.

418. Otro trastorno motor inducido por medicamentos.

419-421. Síndrome de suspensión de antidepresivos.

- Hallazgo inicial.
- Hallazgo ulterior.
- Secuelas.

⁸⁴ El siguiente especificador se aplica a los trastornos parafilicos en los casos indicados:
- Especificar si: *en un entorno controlado / en remisión total*.

422-424. Otro afecto adverso de medicamentos.

- Hallazgo inicial.
- Hallazgo ulterior.
- Secuelas.

22. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

22A) Problemas de relación.

Problemas relacionados con la educación familiar.

425. Problema de relación entre padres e hijos.

426. Problema de relación con los hermanos.

427. Educación lejos de los padres.

428. Niño afectado por una relación parental conflictiva.

Otros problemas relacionados con el grupo de apoyo primario.

429. Relación conflictiva con el cónyuge o la pareja.

430. Ruptura familiar por separación o divorcio.

431. Nivel elevado de emoción expresada en la familia.

432. Duelo no complicado.

22B) Maltrato y negligencia.

Maltrato infantil y problemas de negligencia.

Maltrato físico infantil.

433-434. Maltrato físico infantil, confirmado.

- Hallazgo inicial.
- Hallazgo ulterior.

435-436. Maltrato físico infantil, sospechado.

- Hallazgo inicial.
- Hallazgo ulterior.

437-441. Otras circunstancias relacionadas con el maltrato físico infantil.

- Visita de salud mental para la víctima de maltrato infantil por parte de los padres.
- Visita de salud mental para la víctima de maltrato infantil no parental.
- Historia personal (antecedentes) de maltrato físico infantil.
- Visita de salud mental para el autor de maltrato infantil parental.
- Visita de salud mental para el autor de maltrato infantil no parental.

Abuso sexual infantil.

442-443. Abuso sexual infantil, confirmado.

- Hallazgo inicial.
- Hallazgo ulterior.

444-445. Abuso sexual infantil, sospechado.

- Hallazgo inicial.
- Hallazgo ulterior.

446-450. Otras circunstancias relacionadas con el abuso sexual infantil.

- Visita de salud mental para la víctima de abuso sexual por parte de los padres.
- Visita de salud mental para la víctima de abuso sexual no parental.
- Historia personal (antecedentes) de abuso sexual infantil.
- Visita de salud mental para el autor de abuso sexual parental.
- Visita de salud mental para el autor de abuso sexual no parental.

Negligencia infantil.

451-452. Negligencia infantil, confirmado.

- Hallazgo inicial.
- Hallazgo ulterior.

453-454. Negligencia infantil, sospechada.

- Hallazgo inicial.
- Hallazgo ulterior.

455-459. Otras circunstancias relacionadas con la negligencia infantil.

- Visita de salud mental para la víctima de negligencia infantil por parte de los padres.
- Visita de salud mental para la víctima de negligencia infantil no parental.
- Historia personal (antecedentes) de negligencia infantil.
- Visita de salud mental para el autor de negligencia infantil parental.
- Visita de salud mental para el autor de negligencia infantil no parental.

Maltrato psicológico infantil.

460-461. Maltrato psicológico infantil, confirmado.

- Hallazgo inicial.
- Hallazgo ulterior.

462-463. Maltrato psicológico infantil, sospechado.

- Hallazgo inicial.
- Hallazgo ulterior.

464-468. Otras circunstancias relacionadas con el maltrato psicológico infantil.

- Visita de salud mental para la víctima de maltrato psicológico infantil por parte de los padres.
- Visita de salud mental para la víctima de maltrato psicológico infantil no parental.
- Historia personal (antecedentes) de maltrato psicológico infantil.
- Visita de salud mental para el autor de maltrato psicológico infantil parental.

- Visita de salud mental para el autor de maltrato psicológico infantil no parental.

Maltrato del adulto y problemas de negligencia.

Violencia física por parte del cónyuge o la pareja.

469-470. Violencia física por parte del cónyuge o la pareja, confirmada.

- Hallazgo inicial.
- Hallazgo ulterior.

471-472. Violencia física por parte del cónyuge o la pareja, sospechada.

- Hallazgo inicial.
- Hallazgo ulterior.

473-475. Otras circunstancias relacionadas con la violencia física por parte del cónyuge o la pareja, sospechada.

- Visita de salud mental para la víctima de violencia física por parte del cónyuge o la pareja.
- Historia personal (antecedentes) de violencia física por parte del cónyuge o la pareja.
- Visita de salud mental para el autor de violencia física hacia el cónyuge o la pareja.

Violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja.

476-477. Violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja, confirmada.

- Hallazgo inicial.
- Hallazgo ulterior.

478-479. Violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja, sospechada.

- Hallazgo inicial.
- Hallazgo ulterior.

480-482. Otras circunstancias relacionadas con la violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja, sospechada.

- Visita de salud mental para la víctima de violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja.
- Historia personal (antecedentes) de violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja.
- Visita de salud mental para el autor de violencia sexual hacia el cónyuge o la pareja.

Negligencia por parte del cónyuge o la pareja.

483-484. Negligencia por parte del cónyuge o la pareja, confirmada.

- Hallazgo inicial.
- Hallazgo ulterior.

485-486. Negligencia por parte del cónyuge o la pareja, sospechada.

- Hallazgo inicial.
- Hallazgo ulterior.

487-489. Otras circunstancias relacionadas con la negligencia por parte del cónyuge o la pareja, sospechada.

- Visita de salud mental para la víctima de negligencia por parte del cónyuge o la pareja.
- Historia personal (antecedentes) de negligencia por parte del cónyuge o la pareja.
- Visita de salud mental para el autor de negligencia hacia el cónyuge o la pareja.

Maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja.

490-491. Maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja, confirmado.

- Hallazgo inicial.
- Hallazgo ulterior.

492-493. Maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja, sospechada.

- Hallazgo inicial.
- Hallazgo ulterior.

494-496. Otras circunstancias relacionadas con el maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja, sospechada.

- Visita de salud mental para la víctima de maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja.
- Historia personal (antecedentes) de maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja.
- Visita de salud mental para el autor de maltrato psicológico hacia el cónyuge o la pareja.

Maltrato del adulto por parte una persona distinta del cónyuge o la pareja.

497-498. Maltrato físico del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, confirmado.

- Hallazgo inicial.
- Hallazgo ulterior.

499-500. Maltrato físico del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, sospechado.

- Hallazgo inicial.
- Hallazgo ulterior.

501-502. Abuso sexual del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, confirmado.

- Hallazgo inicial.
- Hallazgo ulterior.

503-504. Abuso sexual del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, sospechado.

- Hallazgo inicial.
- Hallazgo ulterior.

505-506. Maltrato psicológico del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, confirmado.

- Hallazgo inicial.
- Hallazgo ulterior.

507-508. Maltrato psicológico del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, sospechado.

- Hallazgo inicial.
- Hallazgo ulterior.

509-510. Otras circunstancias relacionadas con el maltrato o abuso del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja.

- Visita de salud mental para la víctima del maltrato o abuso del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge.
- Visita de salud mental para el autor de maltrato o abuso del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge.

22C) Problemas educativos y laborales.

Problemas educativos.

511. Problema académico o educativos.

Problemas laborales.

512. Problema relacionado con el estado actual de despliegue militar.

513. Otro problema relacionado con el empleo.

22D) Problemas de vivienda y económicos.

Problemas de vivienda.

514. Personas sin hogar.

515. Alojamiento inadecuado.

516. Discordia con un vecino, inquilino o arrendador.

517. Problema relacionado con la vida en una residencia institucional.

Problemas económicos.

518. Falta de alimentos adecuados o de agua potable.

519. Pobreza extrema.

520. Ingresos bajos.

521. Seguro social o asistencia pública insuficiente.

522. Problema de vivienda o económico no especificado.

22E) Otros problemas relacionados con el entorno social.

523. Problema de fase de la vida.

524. Problema relacionado con vivir solo.

525. Dificultad de aculturación.

526. Exclusión o rechazo social.

527. Blanco (percibido) de discriminación adversa o persecución.

528. Problema relacionado con el entorno social no especificado.

22F) Problemas relacionados con delincuencia o interacción con el sistema legal.

529. Víctima de delincuencia.

530. Sentencia civil o penal sin encarcelamiento.

531. Encarcelamiento u otra reclusión.

532. Problemas relacionados con la excarcelación.

533. Problemas relacionados con otras circunstancias legales.

22G) Otros encuentros con los servicios sanitarios para asesoramiento y consejo médico.

534. Asesoramiento sexual.

535. Otro asesoramiento o consulta.

22H) Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales, personales o ambientales.

536. Problema religioso o espiritual.

537. Problema relacionado con embarazo no deseado.

538. Problemas relacionados con multiparidad.

539. Discordia con el proveedor de servicios sociales, incluido perito, gestor de casos o asistente social.

540. Víctima de terrorismo o tortura.

541. Exposición a catástrofe, guerra u otras hostilidades.

542. Otro problema relacionado con circunstancias psicosociales.

543. Problema no especificado relacionado con circunstancias psicosociales no especificadas.

22I) Otras circunstancias de la historia personal.

544. Otra historia personal de trauma psicológico.

545. Historia personal de autolesión.

546. Historia personal de despliegue militar.

547. Otros factores de riesgo personal.

548. Problema relacionado con el estilo de vida.

549. Comportamiento antisocial adulto.

550. Comportamiento antisocial infantil o adolescente.

Problemas relacionados con el acceso a la asistencia médica y otra asistencia sanitaria.

551. No disponibilidad o acceso a centros de asistencia sanitaria.

552. No disponibilidad o acceso a otros centros de ayuda.

Incumplimiento de tratamiento médico.

553. Incumplimiento de tratamiento médico.

554. Sobrepeso u obesidad.

555. Simulación.

556. Vagabundeo asociado a un trastorno mental.

557. Funcionamiento intelectual límite.

