

Revista  
Latinoamericana de  
**PSIQUIATRÍA**

Órgano oficial de la Asociación de Psiquiatras de América Latina

**APAL 2024-2026: Carta de ruta de la gestión**

*Santiago A. Levín*

**Editorial 2**

*Rodrigo Córdoba Rojas*

**Los intercambios franco-latinoamericanos: algunos aportes mexicanos**

*Sergio Javier Villaseñor Bayardo*

**Perspectivas emergentes en neurodiversidad: Avanzando hacia prácticas inclusivas en el campo médico**

*María Catalina Espina Rodas*

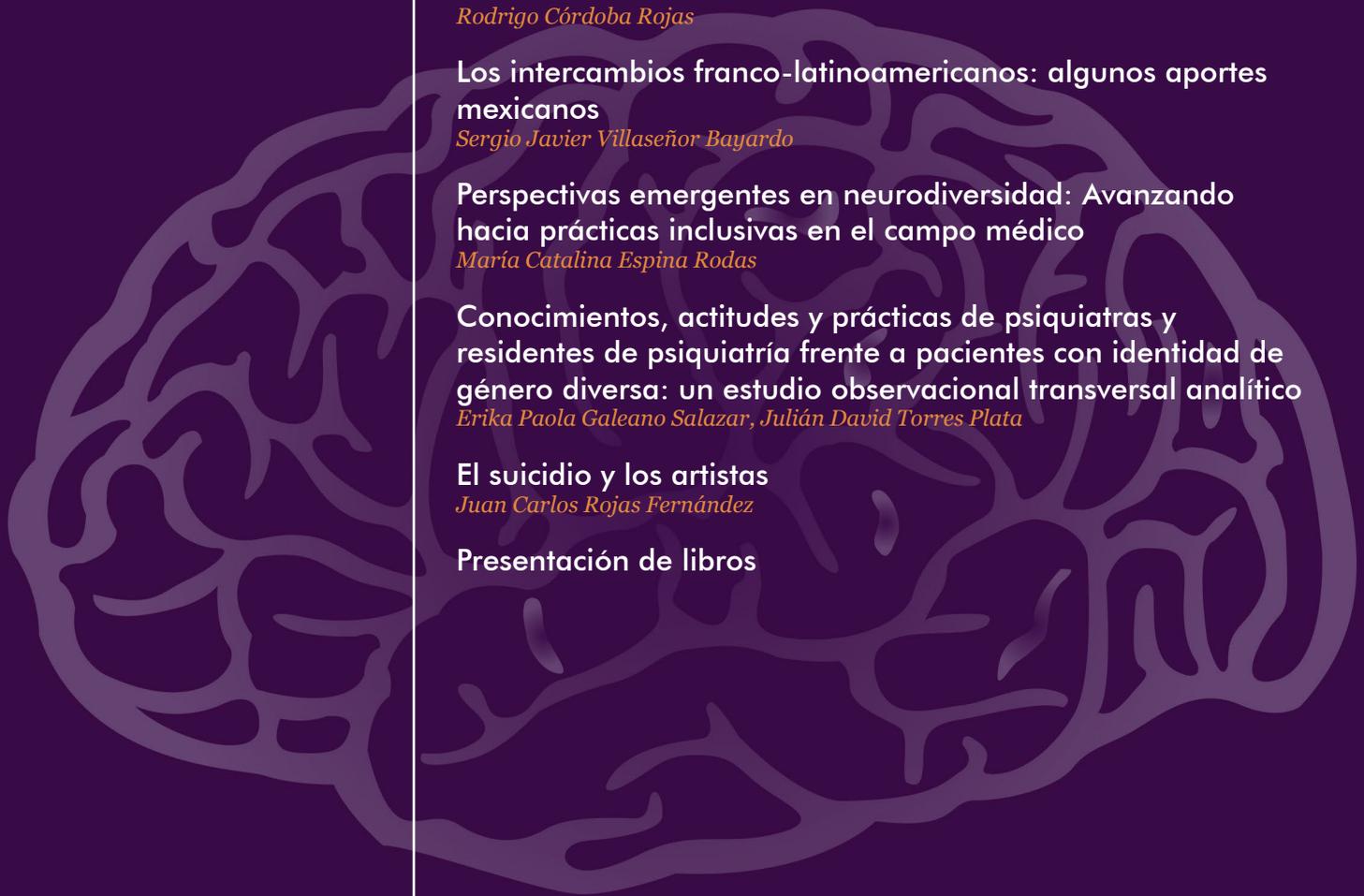
**Conocimientos, actitudes y prácticas de psiquiatras y residentes de psiquiatría frente a pacientes con identidad de género diversa: un estudio observacional transversal analítico**

*Erika Paola Galeano Salazar, Julián David Torres Plata*

**El suicidio y los artistas**

*Juan Carlos Rojas Fernández*

**Presentación de libros**



# 1

Volumen 24  
2025

# Revista Latinoamericana de PSIQUIATRÍA

Órgano oficial de la Asociación de Psiquiatras de América Latina

## COMITÉ EJECUTIVO APAL 2022 -2024

### Presidente

*Marisol Taveras Ulerio* (República Dominicana)

### Vice - Presidente

*Santiago Andrés Levin* (Argentina)

### Secretaria General

*Eddy Peralta Jiménez* (República Dominicana)

### Secretario de Finanzas

*Luz María Inoa Vargas* (República Dominicana)

### Directora de Secciones

*Miriam de La Osa O' Reilly* (Cuba)

### Secretarios Regionales

#### Países del Cono Sur

*Artigas Pouy Aguilera* (Uruguay)

#### Países Bolivarianos

*Andrea Otero Ospina* (Colombia)

#### México, Centroamérica y el Caribe

*Mirna Roxana Santos Ruano* (Guatemala)

### Director de Publicaciones

*Rodrigo Nel Córdoba Rojas* (Colombia)

## COMITÉ DE REDACCIÓN

### Director

*Rodrigo Nel Córdoba Rojas*

### Miembros

*Alexie Vallejo*

*Angela Vélez T.*

*Jairo Gonzales*

*Juan F. Cano R.*

## COMITÉ EDITORIAL

### Argentina

*Manuel Vilapriño*

*Maximiliano Cesoni*

### Brasil

*Joao Castaldelli-Maia*

### Chile

*Ulises Ríos Díaz*

*Leonor Bustamante Calderón*

### Colombia

*José Manuel Santaacruz*

### Costa Rica

*Ricardo Millán Gonzales*

### Cuba

*Miriam de La Osa O' Reilly*

### Ecuador

*Carlos León Andrade*

### España

*Luis Caballero*

### México

*Jesús Ramírez Bermúdez*

### Panamá

*Miguel Cedeño*

### Paraguay

*Julio Torales*

### Perú

*Ricardo Bustamante Quiroz*

### República Dominicana

*Eddy Peralta Jiménez*

### Uruguay

*Cecilia Idiarte*

## Reglamento de Publicaciones

La **Revista Latinoamericana de Psiquiatría**, órgano oficial de la Asociación de Psiquiatras de América Latina (APAL), se publica semestralmente en español, con resúmenes en español e inglés.

Los artículos publicados son trabajos originales de investigación, de revisión, casos clínicos, cartas de editor, editoriales, comentarios de libros publicados, así como temas y actividades sobresalientes relacionados con la Psiquiatría.

# 1

Volumen 24  
2025

# Revista Latinoamericana de PSIQUIATRÍA

Órgano oficial de la Asociación de Psiquiatras de América Latina

## PRESIDENTES DE SOCIEDADES INTEGRANTES DE APAL

### Argentina

Asociación de Psiquiatras de Argentina  
*Presidente: Cora Lugercho*

### Bolivia

Sociedad Boliviana de Psiquiatría  
*Presidente: Elizabeth Patiño*

### Brasil

Asociación Brasileña de Psiquiatría  
*Presidente: Antonio Geraldo Da Silva*

### Colombia

Asociación Colombiana de Psiquiatría  
*Presidente: Mauricio Castaño*

### Costa Rica

Asociación Costarricense de Psiquiatría  
*Presidente: Francisco Golcher Valverde*

### Cuba

Asociación Cubana de Psiquiatría  
*Presidente: Miriam de La Osa*

### Ecuador

Asociación Ecuatoriana de Psiquiatría  
*Presidente: Adelaida Alvear Méndez*

### El Salvador

Asociación Salvadoreña de Psiquiatría  
*Presidente: José María Sifontes*

### Guatemala

Asociación Guatemalteca de Psiquiatría

### México

Asociación Psiquiátrica Mexicana  
*Presidente: Alejandro Molina*

### Panamá

Sociedad Panameña de Psiquiatría  
*Presidente: Patricia Arroyo*

### Paraguay

Sociedad Paraguaya de Psiquiatría  
*Presidente: Pilar Fresco*

### Perú

Asociación Psiquiátrica Peruana  
*Presidente: José Cabrejos Pinto*

### Puerto Rico

Asociación Puertorriqueña de Psiquiatría  
*Presidente: Jesús Saavedra Caballero*

### República Dominicana

Sociedad Dominicana de Psiquiatría  
*Presidente: Ampary Reyes*

### Uruguay

Sociedad de Psiquiatría del Uruguay  
*Presidente: Artigas Pouy Aguilera*

### Venezuela

Sociedad Venezolana de Psiquiatría  
*Presidente: Danilo Martínez*

# ÍNDICE / CONTENTS

---

## Editorial

5 **APAL 2024-2026: Carta de ruta de la gestión**  
*Santiago A. Levín*

6 **Editorial 2**  
*Rodrigo Córdoba Rojas*

## Artículo especial / Special article

7 **Los intercambios franco-latinoamericanos: algunos aportes mexicanos**  
*The Franco–Latin American Exchanges: Some Mexican Contributions*  
*Sergio Javier Villaseñor Bayardo*

## Artículo de opinión / Opinion article

12 **Perspectivas emergentes en neurodiversidad: avanzando hacia prácticas inclusivas en el campo médico**  
*Emerging Perspectives on Neurodiversity: Advancing Toward Inclusive Practices in the Medical Field*  
*María Catalina Espina Rodas*

## Artículo original / Original article

16 **Conocimientos, actitudes y prácticas de psiquiatras y residentes de psiquiatría frente a pacientes con identidad de género diversa: un estudio observacional transversal analítico**  
*Knowledge, Attitudes, and Practices of Psychiatrists and Psychiatry Residents Regarding Patients with Diverse Gender Identities: An Analytical Cross-Sectional Study*  
*Erika Paola Galeano Salazar, Julián David Torres Plata*

## Artículo de reflexión / Reflection article

24 **El suicidio y los artistas**  
*Suicide and Artists*  
*Juan Carlos Rojas Fernández*

## Presentación de libros / Book presentation

29 **El circo del infinito**  
*Gustavo A. Quintero Hernández*

## APAL 2024-2026: Carta de ruta de la gestión

APAL existe oficialmente desde 1960, pero comenzó a gestarse diez años antes, durante el primer Congreso Mundial de Psiquiatría celebrado en 1950 en París, Francia, como resultado del anhelo de crear una organización que representara a los psiquiatras de un continente hermano cultural, geográfica e históricamente. Se trata de una asociación continental con 65 años de existencia real y una década más desde que comenzó a ser soñada por sus fundadores. Hoy en día, representa a más de treinta mil psiquiatras hispano y luso parlantes de todo el continente americano, desde la Antártida hasta el Río Bravo, y desde las islas Galápagos hasta Ponta do Seixas.

Durante la mayor parte de su existencia, la APAL no contó con una sede territorial fija, sino que esta fue rotando cada dos años, acompañando a las respectivas presidencias. Era alojada, de manera sucesiva y fraternal, por las sociedades nacionales de psiquiatría que asumían el honor de presidir, representar y coorganizar los congresos bianuales, sello distintivo y tradición de nuestra asociación.

Desde hace dos años, por decisión soberana, democrática y unánime, la APAL adquirió territorialidad, personería jurídica y estatutos aprobados por un Estado nacional que, a partir de ahora, funciona como su base legal y legítima: la República Dominicana. Este trascendental hito marca un antes y un después en nuestra historia y nos

brinda la oportunidad de planificar un crecimiento sostenido.

Por lo expuesto, el primer compromiso de la actual presidencia es consolidar este importante logro y construir un esquema administrativo –legal, contable y jurisdiccional– estable, que permita a los sucesivos Comités Ejecutivos contar con una base sólida sobre la cual apoyarse. Es necesario forjar una nueva tradición para la APAL, en la que la continuidad y la transparencia sean los pilares que posibiliten la concreción de los objetivos societarios más ambiciosos, así como la insoslayable rendición de cuentas al finalizar cada presidencia.

Tres objetivos adicionales se encuentran actualmente en marcha:

- El primero es el fortalecimiento de los lazos que unen a nuestras sociedades nacionales: queremos una APAL cada vez más cohesionada y en armonía, porque los tiempos que vivimos no son fáciles y debemos enfrentarlos fortalecidos en la unión.
- El segundo objetivo es perfeccionar la oferta científica y académica de nuestra asociación continental, al servicio tanto de la formación inicial como de la actualización permanente de todos los psiquiatras del continente. Un conjunto de cursos de altísimo nivel está próximo a ver la luz, y pronto estarán disponibles para cada una de las sociedades miembros de APAL.

- El tercer objetivo es lograr una paulatina inserción de APAL en el ámbito de la visibilidad pública, particularmente ante quienes diseñan y deciden sobre políticas públicas. Se trata de una meta de mediano y largo plazo, favorecida por la reciente consolidación jurídico-territorial de la asociación. La voz de los y las psiquiatras latinoamericanos debe ser progresivamente más escuchada.

Con estas metas como norte, y trabajando en forma continua y cercana con todos los miembros del Comité Ejecutivo, trabajaremos intensamente el año y medio que resta de gestión, que culminará en noviembre de 2026 en el XXXIV Congreso Latinoamericano de Psiquiatría, en Cartagena de Indias.

**Santiago A. Levín**  
Presidente de la APAL

## Editorial 2

Es una alegría presentar un nuevo logro de la revista de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL).

Hemos realizado un convenio con la firma INDEX (Barcelona), que nos permitirá el desarrollo tecnológico, brindando celeridad en los procesos.

Con este nuevo paso de nuestra revista, esperamos que cada vez la participación de los colegas de América Latina sea más abundante.

Con la indexación, las colaboraciones y artículos van a estar en buscadores reconocidos.

Este largo camino ha sido un logro de todos. Cabe reconocer el compromiso del comité editorial y de la junta directiva de APAL, así como de las dos administraciones anteriores. Sin su apoyo no lo estaríamos logrando.

¡Cada vez estamos más cerca de la indexación!

Cordialmente

**Rodrigo Córdoba Rojas**  
Director de publicación

## Los intercambios franco-latinoamericanos: algunos aportes mexicanos

### The Franco-Latin American Exchanges: Some Mexican Contributions

Sergio Javier Villaseñor Bayardo

Presidente de la COFALP para América Latina

La historia de nuestra especialidad en América Latina ha estado marcada, desde sus inicios, por la influencia de la psiquiatría francesa. Con las ideas de la revolución de 1789, el pensamiento de Pinel se difundió en todos los países de la región. En el transcurso del siglo XIX, tal escuela fue la principal fuente de inspiración para los psiquiatras de este lado del Atlántico, y ello continuó durante buena parte del siglo XX, mediante la obra de Henry Ey.

La asistencia psiquiátrica en México comenzó en la Ciudad de México con la fundación del Hospital San Hipólito en 1567, por el hermano Bernardino Álvarez. Este hospital fue la primera institución creada en América para aliviar a los enfermos mentales.

Tras los epifenómenos de la independencia mexicana en 1821, se produjo un rechazo a todo lo español y una imitación generalizada de la cultura francesa, especialmente en el campo científico, literario e ideológico.

Las principales publicaciones científicas del período posterior a la independencia dan testimonio de esta tendencia. Las ideas que Pinel introdujo en Europa a principios del siglo XIX comenzaron a circular en México en la década de 1830.

Tras el cierre de la Real y Pontificia Universidad de México y de la Escuela de Cirugía en 1833, los médicos mexicanos crearon un nuevo programa

de enseñanza, cuyos cursos se inspiraron en los programas de estudio franceses. Cada vez eran más los médicos mexicanos que iban a París para completar su formación. Tres años más tarde, en 1836, se inauguró la primera Academia de Medicina, también influida de manera significativa por Francia.

La "Expedición Científica a México", decretada por Napoleón III en 1864, dio origen a la actual Academia Nacional de Medicina.

En 1884, "La Escuela de Medicina" publicó los cursos que impartía el propio Charcot, en la versión recogida por Pierre Marie.

En 1890, la Escuela de Medicina de México utilizó el "*Précis de Psychiatrie*" de Régis (1885-1918). Mi maestro, el Dr. Patiño, también estudió el Précis cuando era estudiante en "La Castañeda", hospital psiquiátrico fundado por Porfirio Díaz, también siguiendo el modelo francés.

La Cátedra de Enfermedades Mentales de la Facultad de Medicina fue creada en 1897, y su primer titular fue el Doctor José Peón Contreras.

En 1910, la Universidad de París apadrinó a la Universidad de México.

El profesor Pérez-Rincón escribió que, en 1925, la recientemente reestructurada Universidad Nacional Autónoma de México invitó a Pierre Janet

(1859-1947) a dar un curso. El título de su curso fue: "Psicología de los sentimientos". El doctor Guevara Oropesa fue el encargado de acompañar a Janet en su viaje a México. En 1923, la tesis de este joven médico fue una de las primeras en comparar la doctrina de Janet con el psicoanálisis freudiano. La Academia Nacional de Medicina lo recibió como miembro honorario.

En su conferencia inaugural, Janet declaró que "ninguna universidad podría considerarse completa si no tuviera una cátedra de psiquiatría". Esta cátedra fue creada en 1926, siendo el profesor titular el doctor Guevara Oropesa.

El texto del curso impartido por Janet fue publicado en español en unos pocos ejemplares. El libro fue reeditado en 1980, con una introducción del profesor Pérez-Rincón y un prólogo del profesor Pierre Pichot.

Después del primer Congreso Mundial de Psiquiatría, organizado en París por el maestro de mi maestro, Henry Ey impartió una serie de conferencias en español en México. Aquí, junto a los integrantes de la sociedad científica de psiquiatras de Jalisco, GHARMA.

Entre los psiquiatras franceses, quien va a tener el papel de enlace activo con la psiquiatría latinoamericana a fines del siglo XX es, sin duda, Yves Pélicier (1925-1996). Había empezado, al final de la Segunda Guerra Mundial, su carrera en la Facultad de Argel, cuando Argelia formaba aún parte de la República Francesa. En 1962, cuando la República Argelina obtuvo su independencia, Pélicier siguió su carrera en Francia, y en 1972 fue nombrado profesor de Psiquiatría en el Hospital Necker-Enfants Malades de París, donde organizó durante varios años jornadas internacionales a las que asistían asiduamente psiquiatras del mundo entero, en particular latinoamericanos. Además, Pélicier participó en numerosos coloquios y congresos en América Latina, celebrados, entre otros lugares, en Lima y Río de Janeiro.

En 1994 y 1995, tuvimos un rico intercambio entre la Universidad de Guadalajara y los representantes de la *Société Médico-Psychologique* y de *L'Évolution psychiatrique*: los profesores Evelyne Pewzner e Yves Thoret.

En 1995, durante el XIV congreso de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, tuvo lugar el primer Coloquio Franco-Mexicano, organizado por quien esto

escribe, fruto del cual publicamos el libro: *Rencontres Franco-Mexicaines de Psychiatrie et Ethnopsychiatrie* con el apoyo de la embajada Francesa en México y la revista del residente de psiquiatría.

En octubre de 1998 tuvo lugar en Guadalajara el Simposio Regional de las Américas de la Asociación Mundial de Psiquiatría y de la Asociación Psiquiátrica Mexicana. Allí, con el maestro Garrabé y Juan Manuel Rodríguez, presentamos un simposio sobre la psicopatología en la obra de Juan Rulfo.

Un momento extraordinario fue la celebración del jubileo de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA), organizada por Jean Garrabé en París, en el año 2000, con la participación de una delegación latinoamericana aún más importante que la de 1950.

En 2001, organizamos el segundo Coloquio Franco-Mexicano (*APM/L'Évolution Psychiatrique*) durante el XVII Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana y la Reunión Regional de la Asociación Mundial de Psiquiatría, del 16 al 20 de noviembre, en la ciudad de Cancún, Quintana Roo, México.

El tercero tuvo lugar en 2002, en Guadalajara. Coincidiendo con el IX Congreso del Instituto de Psiquiatras de Lengua Española (IPLE), fundado por el Prof. Francisco Alonso Fernández (1924-2020), se celebró el evento titulado: La psiquiatría transcultural y transhistórica, homenaje al Prof. Honorio Delgado. En esa ocasión, se nombró profesor honorario de la Universidad de Guadalajara a Jean Garrabé.

Pocos años después, el Prof. Yves Thoret impartió conferencias en el Paraninfo de la misma universidad, tocando temas como la obra de Janet y sobre su libro "La teatralidad".

La cuarta conferencia tuvo lugar en febrero de 2005 en Guadalajara, durante el IV congreso de la Asociación Psiquiátrica de Jalisco. El tema fue "El fin de las esquizofrenias" y "Las psicosis cicloides". Ese mismo año, en noviembre, celebramos la quinta conferencia en Los Cabos, Baja California, en el marco del XIX Congreso de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, sobre psicosis alucinatorias crónicas.

El sexto Coloquio Franco-Mexicano se denominó "La percepción de las alucinaciones", y se celebró en el marco del V Congreso Internacional de la

Asociación Psiquiátrica de Jalisco y del XIV Congreso Internacional del Instituto de Psiquiatras de la Lengua Española. Fue en Puerto Vallarta, Jalisco, del 12 al 15 de octubre de 2006.

“Durante este congreso se recordó, entre otras cosas, que la primera utilización de la clorpromazina en América se hizo en México, gracias a los lazos que Dionisio Nieto había conservado con sus colegas y amigos franceses.”

Una nueva época se inició con los intercambios entre el nuevo Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales (GLADET), *L'Évolution Psychiatrique* y la *Société Médico-Psychologique*.

En 2008, nuevamente en Guadalajara, ya con el auspicio del recién refundado GLADET, de la Asociación Mundial de Psiquiatría Cultural (WACP) y de la Asociación Mundial de Psiquiatría, se organizó el séptimo Coloquio Franco-Mexicano.

En una emotiva ceremonia, los profesores Jean Garrabé, Yves Thoret, Manuela De Luca y Pierre Chenivese, entre otros, fueron nombrados miembros honorarios del GLADET.

El evento culminó con una visita a la tierra del Tequila. Publicamos entonces la obra titulada: “Psiquiatría, naturaleza y cultura”, con las mejores conferencias del evento.

En el año 2010 tuvo lugar el VIII Encuentro Franco-Mexicano y el III Encuentro Franco-Carabobeño-Jalisciense de Psiquiatría, con el tema: “Formas culturales de la angustia” celebrado en la ciudad de Valencia, Venezuela, el 16 y 17 de marzo de 2010. Allí, el Dr. Garrabé y el Dr. Sergio Villaseñor recibieron la Orden Rectoral “Alejo Zuloaga” de la Universidad de Carabobo. Además, Jean Garrabé nos propuso el desafío de preparar una “Antología de textos clásicos de la psiquiatría latinoamericana”, obra que se presentó en Buenos Aires en 2011, durante el XIV congreso de la WPA.

El IX Encuentro Franco-Mexicano de Psiquiatría fue en agosto de 2010, en Cusco, Perú, durante el XXI Congreso Peruano de Psiquiatría y el II Congreso del GLADET. El tema fue: “De la psiquiatría folklórica a la psiquiatría cultural”.

El X Encuentro Franco-Mexicano de Psiquiatría se llevó a cabo durante el III Congreso Internacional del GLADET: “Migraciones, violencia y psiquiatría cultural”, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, en 2012. Durante este congreso, el Profesor Thoret realizó

la presentación del libro del profesor Garrabé: “Disertaciones sobre psiquiatría”, y por primera vez el GLADET entregó la condecoración “Jean Garrabé” al profesor Renato Alarcón.

La XI Conferencia Franco-Mexicana tuvo lugar en noviembre de 2015, en Puerto Vallarta, Jalisco, con el GLADET y la WACP. Las mejores conferencias de este congreso han sido publicadas en el libro: “Desafíos globales y psiquiatría cultural”. Esta vez, el profesor Juan Carlos Stagnaro recibió la condecoración “Jean Garrabé”.

La XII Conferencia fue organizada por el Dr. Alberto Velasco, entonces vicepresidente de la Asociación Franco-Mexicana de Psiquiatría y Salud Mental, en el Centro Hospitalario Sainte-Anne de París, en enero de 2016.

Durante este coloquio se nombró presidente de honor al Dr. Garrabé y se presentaron trabajos sobre la etnopsiquiatría mexicana, obtenidos del libro titulado “*Vers une ethnopsychiatrie mexicaine*”, el cual se presentó durante el primer evento de la Coordinación Francia-América Latina de Psiquiatría (COFALP), en septiembre de ese mismo año.

Poco tiempo después, el 5 y 6 de octubre de 2017, para celebrar los 150 años del Hospital Sainte-Anne, la COFALP propuso organizar nuestro primer congreso internacional versado sobre el acompañamiento terapéutico: “*Pratiques actuelles de la psychiatrie, soigner, accompagner, contenir*”. El evento fue un éxito, tanto en este lugar como en el auditorio del Ministerio de Salud francés.

Ya contando con la COFALP, una decimotercera conferencia: “Traducir el sufrimiento” se organizó en octubre de 2018 en Nueva York, en la universidad de Columbia, durante el V congreso del GLADET (en paralelo con el C congreso de la WACP, que llevaba el título “*Achieving Global Mental Health Equity, Making Cultural Psychiatry Count*”).

En noviembre de 2019, con la COFALP, en el Hospital Sainte-Anne, celebramos nuestro segundo congreso internacional, con el tema: “La implicación de la familia en los cuidados psiquiátricos”.

Durante los 6.º y 7.º Congresos Internacionales del GLADET, rendimos homenaje a los profesores Garrabé y Thoret, fallecidos en 2020. Hubo un intenso intercambio académico franco-latinoamericano, y publicamos trabajos de distinguidos colegas latinoamericanos y otros de la escuela de Perpignan.

Culminamos el año 2022 en La Habana, Cuba, con el III Congreso Internacional de la COFALP, titulado: "La atención en psiquiatría: historia, evolución, actualidad".

Quiero recordar que el 1.º de octubre de 2021, en la Academia Nacional de Medicina de París, se realizó un emotivo homenaje al maestro Garrabé.

Allí presentamos y compartimos parte de estos gratos recuerdos con los allí presentes, todos cercanos al maestro. Lo dicho en esa ocasión por su servidor, en nombre de Humberto Casarotti, Carlos Rojas y Juan Carlos Stagnaro y muchos más, se publicó en un número especial de la revista *L'Évolution Psychiatrique*.

Una obra singular, traducida a muchos idiomas, de la autoría de Jean Garrabé, es "La historia de la esquizofrenia". En español: "La noche oscura del ser". Altamente recomendada.

De Yves Thoret, destaca su interés por la literatura. Fue fundador de la Sección de Literatura y Psiquiatría de la WPA, y también estudioso de la melancolía. *Maladie d'amour!*

No pretendo agotar el tema de los intercambios franco-Latinoamericanos. Hay otros queridos co-

legas aquí presentes, y muchos ausentes, que han hecho una gran labor en favor de esta bella tarea. Los invito a seguir trabajando en esta línea.

Henos aquí, gracias a la APAL y su mesa directiva, en la bella República Dominicana, apuntalando de nuevo los intercambios franco-latinoamericanos.

Deseamos una larga y fructífera vida a esta aventura académica y cultural compartida por nuestros pueblos.

## Referencias

1. Casarotti H; Rojas Malpica C; Stagnaro J. C; Villaseñor-Bayardo S. J; Jean Garrabé de Lara: ambassadeur de la psychiatrie française en Amérique Latine. *L'Évolution Psychiatrique*. Octubre 2021. Volume 86S1. Págs. 133-136. ISSN 0014-3855. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2021.06.010>
2. Villaseñor Bayardo, S. J. A los Maestros con cariño. En: Villaseñor Bayardo, S J., Rojas-Malpica, C., "Neurociencias y Humanidades", Ed. Página 6. México.2022. Págs. 89-93. ISBN 978-607-8676-85-9.
3. Villaseñor-Bayardo S. J; Velasco A; Ezratty R. Les échanges franco-mexicains en psychiatrie. Hommage à Jean Garrabé. *L'Évolution Psychiatrique*. Octubre 2021. Volume 86S1. Págs. 123-129. ISSN 0014-3855. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2021.08.009>

# Perspectivas emergentes en neurodiversidad: avanzando hacia prácticas inclusivas en el campo médico

## Emerging Perspectives on Neurodiversity: Advancing Toward Inclusive Practices in the Medical Field

María Catalina Espina Rodas\* , Jaime David Acosta España 

Facultad de Medicina, Especialidad de Pediatría, Quito, Ecuador

Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Internacional SEK (UISEK), Quito, Ecuador

Recibido: 26 Abril 2025

Aceptado: 4 Julio 2025

Publicado: 30 Mayo 2025

\*Correspondencia: María Catalina Espina Rodas. catalinaespinamd@gmail.com

### Resumen

La neurodiversidad abarca una amplia gama de diferencias neurológicas y funcionales en la cognición y el comportamiento. Al reconocer que algunos individuos se desarrollan fuera de los parámetros típicos establecidos por las curvas de normalidad, abogamos por integrar este concepto en las discusiones científicas, la comunicación académica y el discurso público. Se busca promover prácticas inclusivas en la salud, amplificar las voces de las personas neurodivergentes y promover una mayor comprensión y aceptación dentro de la comunidad.

Se analiza cómo el modelo médico tradicional a menudo se centra en los déficits y patologiza las variaciones funcionales. Enfatiza la necesidad de cambiar hacia un paradigma sociorelacional más profundo. También subrayamos la influencia de las construcciones y expectativas sociales en los conceptos estadísticos de "normalidad", especialmente en los países latinoamericanos, donde persisten barreras de accesibilidad en varios aspectos.

Además, exploramos el término "neurodiversidad" y sus implicaciones para comprender condiciones como el autismo, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), etc. Destacamos la prevalencia de las neurodivergencias y la importancia de abordarlas a lo largo de la vida.

Enfatiza la necesidad de un cambio de paradigma en la investigación para empoderar a las personas neurodivergentes y combatir el estigma y los prejuicios.

**Palabras clave:** Neurodiversidad. Neurodivergencias. Salud mental. Inclusión. Neurodesarrollo.

## Abstract

Neurodiversity encompasses a wide range of neurological and functional differences in cognition and behavior within the population. Recognizing that some individuals develop outside the typical parameters established by normality curves, we advocate for integrating this concept into scientific discussions, academic communication, and public discourse. We aim to promote inclusive practices in the medical field, amplify the voices of neurodivergent individuals, and advance greater understanding and acceptance within the community.

It discusses how traditional medical models often focus on deficits and pathologize functional variations. It emphasizes the need to shift towards a deeper socio-relational paradigm, particularly in addressing the challenges faced by neurodivergent individuals. We also underscore the influence of social constructs and expectations on statistical concepts of “normality”, especially in Latin American countries where accessibility barriers persist across various domains.

Furthermore, we explore the term “neurodiversity” and its implications for understanding conditions such as autism, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), etc. We highlight the prevalence of neurodivergences and the importance of addressing them throughout the lifespan, noting the dynamic nature of some conditions like autism.

It emphasizes the need for a paradigm shift in research to empower neurodivergent people and combat stigma and prejudice.

**Keywords:** Neurodiversity. Neurodivergent. Mental health. Inclusion. Neurodevelopment.

---

La *neurodiversidad* se caracteriza por la amplia gama de diferencias neurológicas y funcionales en la cognición y el comportamiento presentes en la población. Este concepto reconoce que algunas personas muestran un desarrollo fuera de los parámetros típicos establecidos por las curvas de normalidad, siendo identificadas como neurodivergentes<sup>1,2</sup>. Sugerimos integrar este tema en nuestras discusiones científicas, en la comunicación académica y pública. Nuestro propósito es fomentar prácticas inclusivas en el campo médico, amplificar las voces de las personas neurodivergentes, avanzar hacia una mayor comprensión y aceptación en la comunidad.

Durante las décadas de 1960 y 1970, principalmente en los países nórdicos de Europa, grupos de personas activistas con discapacidad trajeron a discusión el modelo médico tradicional sobre la discapacidad. Señalaron que este modelo se enfocaba en los déficits y catalogaba como patologías todas las variaciones funcionales. Estos colectivos instaron a replantear las políticas públicas en términos de accesibilidad, a promover un modelo social de la discapacidad (especialmente en Reino Unido). Además, se propuso un modelo socio-relacional más profundo, en los países Nórdicos particularmente en la península escandinava, se enfatizó que el entorno en el que se desenvuelve una persona con un déficit (*impairment* originalmente en la descripción del modelo social de discapacidad) hace que una determinada característica podría generar limitaciones: discapacite<sup>3-5</sup>.

Los conceptos que exploran la “normalidad” desde una perspectiva estadística están notablemente influenciados por constructos sociales y expectativas<sup>2</sup>. Este debate es amplio y pertinente en la actualidad, especialmente en países de Latinoamérica, donde la accesibilidad a la salud, educación, empleo, entre otras, representan barreras significativas para el bienestar de quienes viven una discapacidad. Sumándose problemas como la limitada disponibilidad de información y dificultades asociadas al lenguaje en la que esta información es encontrada en la literatura académica mundial<sup>2,6</sup>.

En este contexto, durante la década de los 90's, se empezó a popularizar el término “neurodiversidad”, acuñado por activistas neurodivergentes y atribuido previamente a la socióloga australiana Judy Singer<sup>1</sup>. Bajo este paradigma, actualmente se entiende como neurodivergencias a las condiciones que se apartan del patrón de neurodesarrollo de la mayoría de los individuos, incluyendo el autismo, divergencia atencional (o déficit atencional con o sin hiperactividad), dislexia, entre otros<sup>7</sup>.

En los manuales clínicos, encontramos a las neurodivergencias de presentación en las primeras etapas de la vida dentro de lo conocido como trastornos o desórdenes de neurodesarrollo y su prevalencia estimada de población neurodivergente es del 15-20%<sup>2</sup>. En los Estados Unidos de Norteamérica se estima que 1 de cada 36 niños hasta los 8 años ha recibido el diagnóstico de autismo, si bien estas cifras pueden variar debido

a la falta de criterios de consenso<sup>2</sup>. No obstante, son condiciones que pueden asociarse con diversos desafíos a lo largo del ciclo vital de quienes las experimentan. Es importante considerar que algunas neurodivergencias implicarán una discapacidad dinámica, como es el caso del autismo. Por lo tanto, el conocimiento sobre estas condiciones no solo concierne a los profesionales pediatras, sino a todo personal de salud, debido a que a lo largo de su carrera podrán tener consultantes que presenten neurodivergencias. Por otro lado, la adecuada inclusión, convivencia, y el establecimiento de adaptaciones o ajustes razonables también involucran a otros actores de la sociedad<sup>2,7</sup>.

Parte de la bibliografía actual y el pensamiento social se encuentra sesgado por prejuicios, una visión enfocada en los déficits y el capacitismo<sup>7</sup>. El capacitismo es la visión de las variaciones del funcionamiento de la mente humana como enfermedades, trastornos, o condiciones que simple-

mente denigran su existencia por salir de la norma preestablecida; es decir, a la asignación de valor a través de las capacidades, por lo que todo aquello que difiera de la capacidad esperada será un déficit, Bottema-Beutel y colaboradores dicen que son los pensamientos y prácticas discriminan a quienes viven una discapacidad<sup>8</sup>.

Sin embargo, ¿cómo el enfoque que damos desde la ciencia y academia puede impactar en las personas neurodivergentes que abogan por un cambio? La comunidad autista es el ejemplo con mayor representación de cómo el asumir el diagnóstico como parte de una identidad promueve el autoconocimiento y reconocimiento de rasgos positivos, provocando mejorías en el bienestar general y la salud de quienes son parte de la comunidad<sup>7,9-11</sup>. Generar un marco científico dentro de las ciencias que estudian el Neurodesarrollo, desde una perspectiva de neurodiversidad, significaría aceptar que el paradigma de trastorno hasta ahora usado ha sido utilizado como un



**Figura 1.** Paradigma del trastorno versus neurodiversidad.

Adaptado de Sonuga-Barke EJS (2023) y Monk R, Whitehouse A, Waddington H (2022) [12,13].

instrumento que norma y produce expectativas sociales opresivas que se les imponen a personas con autismo y otras condiciones del neurodesarrollo. Esto ha afectado involuntariamente, aunque con buenas intenciones, el bienestar y la dignidad de las personas.

Según lo describe Sonuga-Barke, el paradigma de trastorno “sofoca la agencia y deslegitima la experiencia personal, creando estigma y prejuicio”. Por lo tanto, cambiar de enfoque podría permitir generar nuevas líneas de investigación, que quizá estudien con mejor sustento las teorías que hasta ahora son consideradas como estándar y que no dan respuestas integrales sobre donde comienza y donde termina la normalidad en términos de neurodesarrollo, integrando activamente la perspectiva de la comunidad neurodivergente dentro de la investigación científica<sup>12</sup>.

Invitamos a trabajar por una sociedad que abrace la diversidad y trabaje por entenderla (**Figura 1**), mientras en el camino seguimos investigando al respecto y ampliando la perspectiva. En resumen, como plantean Stenning & Bertilsdotter-Rosqvist: “se requiere reconsiderar lo que significa ser humano a la luz de interpretaciones ecológicas contemporáneas que reconocen la interdependencia en lugar de las divisiones jerárquicas de la eugenesia”<sup>7</sup>.

## Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

## Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

## Referencias

1. Botha M, Chapman R, Giwa Onaiwu M, Kapp SK, Stannard AA, Walker N. The neurodiversity concept was developed collectively: an overdue correction on

the origins of neurodiversity theory. *Autism*. 2024 Mar 12. Epub ahead of print.

2. Doyle N, McDowall A. Diamond in the rough? an “empty review” of research into “neurodiversity” and a road map for developing the inclusion agenda. *Equal Divers Incl*. 2022 Apr 20;41(3):352-82.
3. Derksen A. Disability policies and movements in the Nordic countries since 1945 [Internet]. 2021 [cited 2024 April 26]. Available from: <https://nordics.info/show/artikel/disability-policies-and-movements-in-the-nordic-countries-since-1945>
4. Woods R. Exploring how the social model of disability can be re-invigorated for autism: in response to Jonathan Levitt. *Disabil Soc*. 2017 Aug 9;32(7):1090-5.
5. Anastasiou D, Kauffman JM. The social model of disability: dichotomy between impairment and disability. *J Med Philos*. 2013 Aug;38(4):441-59.
6. Banco Mundial. Inclusión de las personas con discapacidad en América Latina y el Caribe: un camino hacia el desarrollo sostenible. Resumen ejecutivo [Internet]. Washington (DC): Banco Mundial; 2021 [cited 2025 May 19]. Available from: <http://www.worldbank.org>
7. Stenning A, Bertilsdotter-Rosqvist H. Neurodiversity studies: mapping out possibilities of a new critical paradigm. *Disabil Soc*. 2021;36(9):1532-7.
8. Bottema-Beutel K, Kapp SK, Lester JN, Sasson NJ, Hand BN. Avoiding ableist language: suggestions for autism researchers. *Autism Adulthood*. 2021 Mar 1;3(1):18-29.
9. Sampson L. Misconceptions of neurodivergence in a neurotypical society: an exploration and critical analysis of social perceptions and attitudes toward autistic individuals [Internet]. Nottingham: University of Nottingham; 2022 [cited 2024 April 26]. Available from: <https://www.nottingham.ac.uk/clas/documents/final-year-prizes/2022/misconceptions-of-neurodivergence-in-a-neurotypical-society.pdf>
10. Botha M, Gillespie-Lynch K. Come as you are: examining autistic identity development and the neurodiversity movement through an intersectional lens. *Hum Dev*. 2022;66:93-112.
11. Chapman R, Botha M. Neurodivergence-informed therapy. *Dev Med Child Neurol*. 2023 Mar;65(3):310-7.
12. Sonuga-Barke EJS. Paradigm ‘flipping’ to reinvigorate translational science: outlining a neurodevelopmental science framework from a ‘neurodiversity’ perspective. *J Child Psychol Psychiatry*. 2023 Oct 14;64(10):1405-8.
13. Monk R, Whitehouse AJO, Waddington H. The use of language in autism research. *Trends Neurosci*. 2022;45:791-3.

# Conocimientos, actitudes y prácticas de psiquiatras y residentes de psiquiatría frente a pacientes con identidad de género diversa: un estudio observacional transversal analítico

## Knowledge, Attitudes, and Practices of Psychiatrists and Psychiatry Residents Regarding Patients with Diverse Gender Identities: An Analytical Cross-Sectional Study

Erika Paola Galeano Salazar\*, Julián David Torres Plata

Instituto Colombiano del Sistema Nervioso, Clínica Montserrat, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia

Recibido: 20 Enero 2025

Aceptado: 8 Marzo 2025

Publicado: 30 Mayo 2025

\*Correspondencia: Erika Paola Galeano Salazar: egaleano@unab.edu.co

### Resumen

**Objetivo:** Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de los psiquiatras y residentes de psiquiatría de Colombia sobre la identidad de género diversa de los pacientes atendidos en su práctica profesional.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional transversal analítico. Se aplicó una encuesta electrónica a los residentes de psiquiatría y psiquiatras en Colombia que incluyó datos sociodemográficos, preguntas sobre conocimientos, actitudes y prácticas. Se realizó análisis univariado y bivariado bajo el Software SPSS 29.

**Resultados:** Se contó con 192 participantes (73 residentes, 72 psiquiatras y 47 subespecialistas), con edad promedio de 36,6 años (DE:10,8), 58,9% de sexo femenino, 99,5% cisgénero y 77,1 heterosexuales; los puntajes promedios obtenidos fueron: en conocimientos fue 7,7 de 9 puntos posibles, en actitudes 7,9 sobre 10 puntos posibles, en prácticas 4,7 sobre 7 puntos posible y el puntaje total 20,4 puntos sobre 26 puntos posibles. El 44,2% (n=85) de los participantes presenta sesgo de género en la atención a esta población. Las variables sexo, género, orientación sexual, creencias religiosas, año de graduación y la formación mostraron asociaciones con preguntas de las dimensiones de conocimientos, de actitudes y de prácticas ( $p$  valor > 0,05).

**Conclusiones:** Aún persisten residentes de psiquiatría y psiquiatras con conocimientos, actitudes y prácticas poco favorables que generan sesgo de género en la atención de personas con identidad de género diversa. Es necesario fortalecer en los currículos y políticas hospitalarias el abordaje empático y respetuoso a esta población de acuerdo con sus necesidades de atención en salud.

**Palabras clave:** Conocimientos. Actitudes y práctica en salud. Estudiantes. Psiquiatría. Género diverso.

## Abstract

**Objective:** To assess the knowledge, attitudes, and practices of psychiatrists and psychiatry residents in Colombia regarding the care of patients with diverse gender identities in their clinical practice.

**Materials and methods:** A descriptive observational study was conducted. An electronic survey was applied to psychiatry residents and psychiatrists in Colombia that included sociodemographic data, questions on knowledge, attitudes and practices. Univariate and bivariate analysis was performed using SPSS 29 software.

**Results:** There were 192 participants (73 residents, 72 psychiatrists and 47 subspecialists), with an average age of 36.6 years (SD: 10.8), 58.9% female, 99.5% cisgender and 77.1 heterosexual; the average scores obtained were: in knowledge 7.7 out of 9 possible points, in attitudes 7.9 out of 10 possible points, in practices 4.7 out of 7 possible points and the total score 20.4 points out of 26 possible points. 44.2% (n=85) of the participants present gender bias in the attention to this population. The variables sex, gender, sexual orientation, religious beliefs, year of graduation and training showed associations with questions of the knowledge, attitude and practice dimensions (p value > 0.05).

**Conclusions:** There persist psychiatry residents and psychiatrists with unfavorable knowledge, attitudes and practices that generate gender bias in the care of people with diverse gender identity. It is necessary to strengthen in the curricula and hospital policies the empathetic and respectful approach to this population according to their health care needs.

**Keywords:** Health knowledge. Attitudes. Practice. Students. Psychiatry. Gender diversity.

La identidad de género, definida como la vivencia interna y personal del género que puede o no coincidir con el sexo asignado al nacer, ha sido históricamente un tema de controversia en el ámbito de la salud mental<sup>1</sup>. Aunque las organizaciones internacionales, como la American Psychiatric Association y la Organización Mundial de la Salud, han eliminado la identidad de género diversa como un trastorno, persisten prejuicios y estigmatización en entornos clínicos<sup>2</sup>.

En Colombia, la población LGBTIQ+ enfrenta barreras significativas en el acceso a servicios de salud mental. Según datos recientes, más del 70% ha reportado experiencias de discriminación en contextos clínicos<sup>3</sup>. En este contexto, el rol de los psiquiatras y residentes resulta crucial para garantizar una atención ética, inclusiva y libre de sesgos<sup>4</sup>.

El presente estudio busca evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de los psiquiatras y residentes frente a pacientes con identidad de género diversa, explorando factores asociados y áreas críticas para mejorar la formación y atención clínica.

## Materiales y métodos

### Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional transversal analítico diseñado para evaluar las dimensiones de conocimientos, actitudes y prácticas frente a pacientes con identidad de género diversa.

### Población y muestra

La muestra estuvo conformada por 192 psiquiatras y residentes de psiquiatría, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Los participantes fueron reclutados a través de invitaciones electrónicas y completaron una encuesta anónima en línea tras firmar el consentimiento informado.

### Instrumento de recolección

La encuesta estructurada incluyó tres secciones:

**Datos sociodemográficos:** Sexo, edad, orientación sexual, identidad de género y creencias religiosas.

**Conocimientos (9 ítems):** Terminología y conceptos clave sobre la identidad de género.

**Actitudes y prácticas (17 ítems):** Sesgos personales, abordajes clínicos y aplicación de protocolos.

### Análisis estadístico

Se utilizaron estadísticas descriptivas para caracterizar la muestra. Las asociaciones entre variables sociodemográficas y puntajes en las dimensiones se evaluaron mediante pruebas bivariadas ( $\chi^2$  y t de Student).

## Resultados

### Características sociodemográficas

Entre los 192 participantes, el 58,9% eran mujeres, con una edad promedio de 36,6 años (DE: 10,8).

La mayoría (99,5%) se identificó como cisgénero, mientras que el 77,1% reportó orientación heterosexual. En cuanto a creencias religiosas, el 47,4% declaró ser católico y el 44,2% no tenía afiliación religiosa.

El 63,5% indicó haber recibido formación en diversidad de género durante su formación profesional, pero solo el 24% había aplicado protocolos específicos en su práctica clínica. Estos datos sugieren que, aunque existe cierto grado de exposición a temas de género en la formación, este no se traduce en prácticas consistentes en el ámbito clínico. (Tabla 1)

### Dimensiones de evaluación

**Conocimientos:** El puntaje promedio fue 7,7/9. Se observó que el 32% de los participantes mostró dificultades en la identificación de conceptos clave, como la diferencia entre “transgénero” y “disforia de género”. Además, un 25% asociaba erróneamente la identidad de género diversa con trastornos psiquiátricos, lo que refleja una persistente falta de claridad conceptual en este grupo profesional.

**Actitudes:** El puntaje promedio fue 7,9/10. A pesar de ello, el 44,2% mostró actitudes indicativas

**Tabla1.** Variables sociodemográficas.

Variables sociodemográficas		Resultados n= 192
Edad en años	Media (Desviación Estándar) Mínimo – máximo	36,65 (10,8) 24 - 72
Sexo n (%)	Femenino	113 (58,9)
	Masculino	78 (40,6)
	Prefiere no decirlo	1 (0,5)
Identidad de género n (%)	Cisgénero	191 (99,5)
	Transgénero	1 (0,5)
	Género fluido	0 (0)
Orientación sexual n (%)	Heterosexual	148 (77,1)
	Homosexual	32 (16,7)
	Bisexual	11 (5,7)
	Pansexual	0 (0)
	Demisexual	0 (0)
	Asexual	0 (0)
	Otro (prefiere no decir)	1 (0,5)
Creencia religiosa n (%)	Católico	91 (47,4)
	Agnóstico	8 (4,2)
	Cristiano	6 (3,1)
	Creyente	4 (2,1)
	Otro (judíos o taoístas)	2 (1,0)
	Ninguno, no creo en dios y/o las religiones	81 (42,2)
Profesión n (%)	Residente de psiquiatría	73 (38,0)
	Psiquiatra	72 (37,5)
	Psiquiatra con subespecialización	47 (24,4)
Tipo de subespecialización n (%)	Niños y adolescentes	19 (9,9)
	Enlace	13 (6,8)
	Psicoterapia	11 (5,7)
	Perinatal	2 (1,0)
	Forense	1 (0,5)
	Psicogeriatría	1 (0,5)

...continuación de la tabla 1.

Variables sociodemográficas		Resultados n= 192
Año de grado en psiquiatría n (%)	1980-1990	2 (1,0)
	1991-2000	18 (9,4)
	2001-2010	18 (9,4)
	2011-2020	33 (17,2)
	>2020	48 (25,0)
Año que cursa de residencia n (%)	R1	24 (12,5)
	R2	23 (12,0)
	R3	23 (12,0)
	R4	3 (1,6)
Lugar de residencia n (%)	Región Andina	178 (92,7)
	Región Caribe	11 (5,7)
	Extranjero	3 (1,6)
Lugar de trabajo n (%)	Región Andina	144 (75,0)
	Región Caribe	11 (5,7)
Entidad en la que ejerce n (%)	Privada	154 (80,2)
	Publica	38 (19,8)
¿Tuvo usted formación en temas de género en el posgrado?	No	70 (36,4)
	Si	122 (63,5)
¿Cuánto tiempo recibió formación en temas de género durante el posgrado?	Una clase	64 (33,3)
	Más de una clase	47 (24,5)
	Enfoque detallado (más de un semestre)	11 (5,7)
	No responde	70 (36,5)
Formación independiente en temas de género	No, no me interesa	14 (7,3)
	No, no he tenido la oportunidad, pero me gustaría	59 (30,7)
	Si, he asistido a charlas	85 (44,3)
	Si, he hecho cursos con enfoque en identidad de género	30 (15,6)
	Si, he hecho diplomados en enfoque de género.	4 (2,1)

de sesgo de género, particularmente relacionadas con creencias religiosas ( $p = 0,021$ ) y orientación sexual ( $p = 0,032$ ). Por ejemplo, los participantes con afiliación religiosa católica puntuaron significativamente más bajo en las preguntas relacionadas con la aceptación y el respeto hacia pacientes transgénero en comparación con aquellos sin afiliación religiosa.

**Prácticas:** El puntaje promedio fue 4,7/7. Solo el 24% de los participantes afirmó aplicar protocolos específicos en su práctica clínica, y apenas el 15% manifestó sentirse completamente preparado para atender a esta población. Adicionalmen-

te, el 40% reportó no haber recibido ningún tipo de formación práctica en el manejo de pacientes con identidad de género diversa.

**Puntuaciones de la encuesta y sesgo de género:**

Los puntajes por dimensiones y totales derivados de la recolección de datos; así, el puntaje promedio en conocimientos fue 7,7 de 9 puntos posibles, en actitudes 7,9 sobre 10 puntos posibles y en prácticas 4,7 sobre 7 puntos posibles; con relación al puntaje total, el promedio obtenido fue de 20,4 puntos sobre 26 puntos posibles. Al analizar estos resultados en términos del sesgo de género, se

encuentra que el 44,2% (n=85) de los participantes aún presenta hacia las personas con identidad de género diverso conocimiento, actitudes o prácticas que reflejan aún la existencia de estereotipos inadecuados (**Tabla 2**).

Finalmente, en la **Figura 1** se puede visualizar el diagrama de cajas en donde se cruza el puntaje total de la encuesta contrastándolo con variables de interés; es relevante destacar que la mediana del puntaje total es mayor en personas menores de 40 años, también el puntaje total es mayor en personas bisexuales y homosexuales comparados con los heterosexuales; de igual forma los puntajes son mayores en residentes y psiquiatras comparados con los subespecialistas en psiquiatría.

## Discusión

Los resultados de este estudio destacan una disparidad significativa entre los conocimientos declarados, las actitudes y las prácticas clínicas de los psiquiatras y residentes en Colombia frente a pacientes con identidad de género diversa. Este hallazgo es consistente con investigaciones previas en América Latina, que han señalado barreras similares debido a la falta de formación específica y a los prejuicios socioculturales prevalentes en la región<sup>5,6</sup>.

### Conocimientos: fortalezas y brechas

Aunque los participantes obtuvieron puntajes relativamente altos en conocimientos (promedio: 7,7/9), persisten lagunas conceptuales importantes.

Por ejemplo, el 32% mostró dificultades para diferenciar términos clave como “transgénero” y “disforia de género”. Además, un 25% continuó asociando erróneamente la identidad de género diversa con trastornos psiquiátricos. Este hallazgo refleja la necesidad de una mayor precisión conceptual en los currículos académicos.

La literatura sugiere que los programas educativos que incluyen módulos específicos sobre diversidad de género y terminología adecuada mejoran significativamente la comprensión de los profesionales de la salud mental<sup>7</sup>. Sin embargo, en Colombia, estos módulos no son obligatorios ni se han integrado de manera formal en la mayoría de los programas de formación psiquiátrica, lo que deja a los profesionales sin herramientas adecuadas para abordar este tema en sus prácticas clínicas<sup>8</sup>.

### Actitudes: persistencia del sesgo de género

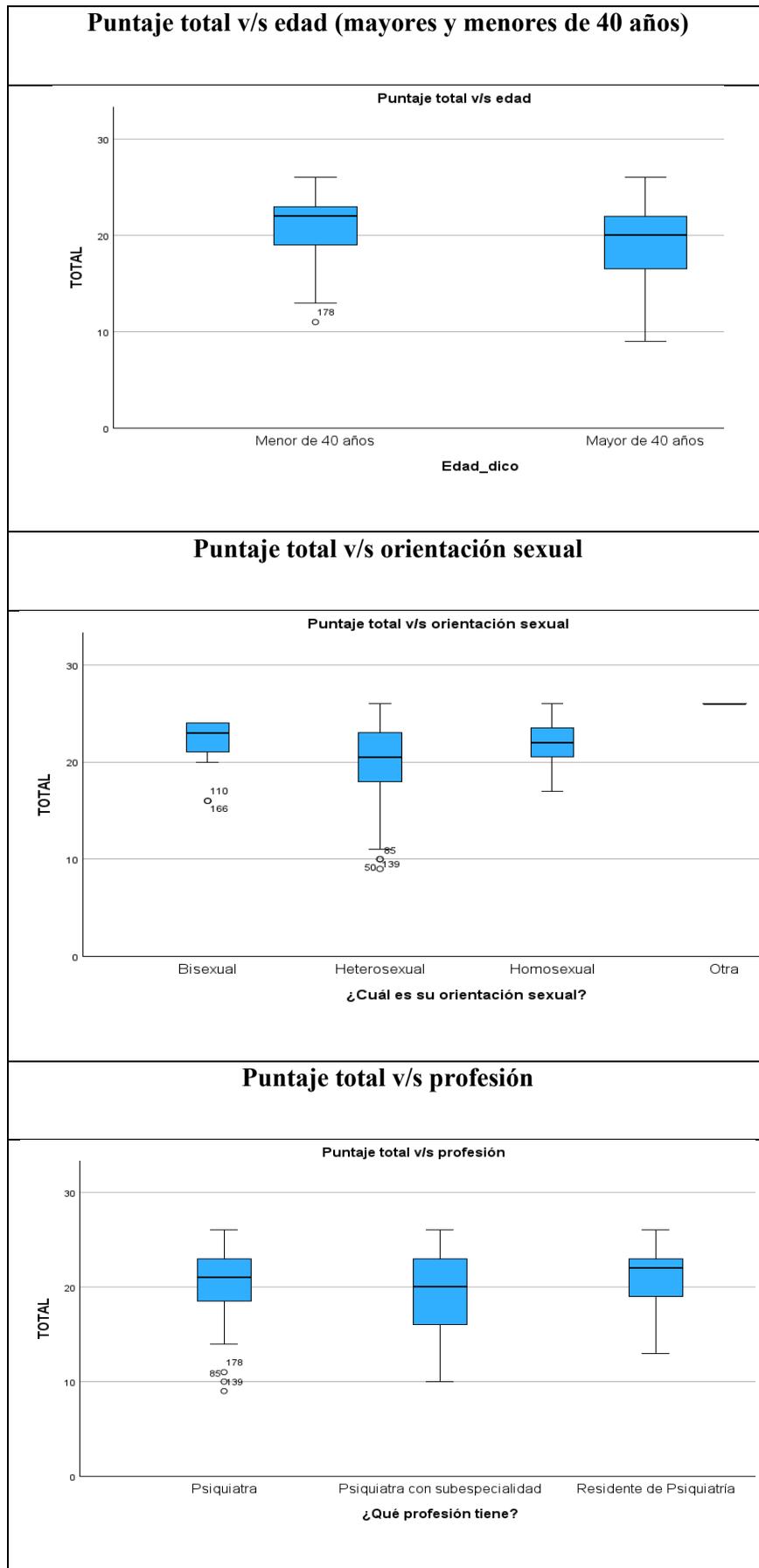
El sesgo de género identificado en el 44,2% de los participantes subraya la influencia de factores socioculturales y religiosos en las actitudes hacia esta población. Los análisis bivariados mostraron que los participantes con afiliación religiosa católica puntuaron significativamente más bajo en actitudes ( $p = 0,021$ ) en comparación con aquellos sin afiliación religiosa, lo que sugiere que las creencias personales pueden interferir con la práctica profesional.

Estudios internacionales han señalado que este tipo de prejuicio implícito puede afectar

**Tabla 2.** Puntajes por dimensiones y total.

Puntajes por dimensiones y total		Resultados n= 192
Conocimientos (puntaje máximo de 9)	Media (Desviación Estándar) Mínimo – máximo	7,7 (1,2) 3 - 9
Actitudes (puntaje máximo de 10)	Media (Desviación Estándar) Mínimo – máximo	7,9 (2) 1 - 10
Prácticas (puntaje máximo de 7)	Media (Desviación Estándar) Mínimo – máximo	4,7 (1,2) 1 - 7
Total (puntaje máximo de 26)	Media (Desviación Estándar) Mínimo – máximo	20,4 (3,5) 9 - 26
Puntajes totales que indican sesgo de género (>20 puntos)	Si No	85 (44,2) 107 (55,8)

**Figura 1.** Diagramas de cajas.



negativamente la calidad de la atención, ya que los profesionales tienden a limitar la expresión de las necesidades del paciente o a ignorar sus preocupaciones específicas<sup>9</sup>. Esto refuerza la importancia de incorporar sesiones de sensibilización y reflexión ética en la formación profesional, promoviendo un enfoque basado en derechos humanos y en la no discriminación<sup>10</sup>.

### **Prácticas: insuficiencia de protocolos y formación práctica**

El hecho de que solo el 24% de los participantes haya aplicado protocolos específicos en su práctica clínica y que apenas el 15% se sienta completamente preparado para atender a esta población indica una grave deficiencia en la formación práctica. Esto coincide con estudios que han identificado la falta de guías clínicas estandarizadas como una de las principales barreras para la atención inclusiva<sup>11</sup>.

En Colombia, la ausencia de políticas institucionales claras sobre la atención a pacientes con identidad de género diversa agrava este problema. Por ejemplo, los participantes reportaron incertidumbre sobre cómo manejar temas como el consentimiento informado para intervenciones hormonales, la referencia a servicios especializados y las necesidades de salud mental específicas de esta población.

### **Comparación con la literatura internacional**

A nivel internacional, programas de formación que combinan teoría con talleres prácticos (como role-playing y simulaciones clínicas) han demostrado ser efectivos para reducir el sesgo implícito y mejorar la competencia cultural de los profesionales de la salud<sup>12,13</sup>. En este sentido, la implementación de estrategias similares en Colombia podría cerrar las brechas identificadas en este estudio.

Estudios en países como Canadá y Australia también han mostrado que la inclusión de contenidos sobre diversidad de género en los currículos de pregrado y posgrado no solo mejora el conocimiento, sino que también transforma las actitudes hacia una mayor empatía y respeto hacia esta población<sup>14</sup>.

### **Recomendaciones prácticas**

Con base en los hallazgos de este estudio, se proponen las siguientes estrategias para mejorar la formación y la práctica clínica:

- **Integración curricular:** Incorporar módulos obligatorios sobre diversidad de género en los programas de formación médica y de residencia en psiquiatría. Estos módulos deben abordar tanto aspectos conceptuales como habilidades prácticas, incluyendo talleres interactivos y estudios de caso.
- **Guías clínicas:** Desarrollar y adoptar protocolos estandarizados que guíen a los profesionales en el manejo integral de pacientes con identidad de género diversa, desde la evaluación inicial hasta el seguimiento a largo plazo.
- **Sensibilización interdisciplinaria:** Crear espacios de reflexión ética e interdisciplinaria en hospitales e instituciones educativas, donde los profesionales puedan discutir sus prejuicios implícitos y aprender de las experiencias de otros colegas.
- **Capacitación continua:** Ofrecer cursos de educación continua y certificaciones específicas para psiquiatras y residentes, enfocadas en temas como el manejo de disforia de género, intervenciones hormonales y la salud mental en población transgénero.
- **Políticas inclusivas:** Promover la implementación de políticas institucionales que garanticen un entorno clínico seguro y libre de discriminación, como el uso respetuoso del nombre y los pronombres elegidos por el paciente.

## **Conclusiones**

Esta investigación muestra que aún persisten un porcentaje destacado de residentes de psiquiatría y psiquiatras con representaciones e imaginarios poco favorables frente al abordaje en su consulta a las personas con identidad de género diversa, lo que se evidencia en la aplicación de actitudes y prácticas que muestran sesgo de género en un 44% de los participantes ante esta población. Aunado a lo anterior, aun una cantidad relevante de los participantes no conocen y no aplican en su totalidad los protocolos y guías de manejo específicos ya existentes para esta población.

De igual forma, fueron evidentes condiciones propias de los residentes de psiquiatría y psiquiatras que modulan sus posturas y percepciones ante el abordaje de las personas con identidad de género diversa como su sexo, su género, su orientación sexual, sus creencias religiosas, el año de

graduación, el tener formación y el tener formación posgradual, mostraron asociaciones con preguntas de las dimensiones de conocimientos, de actitudes y de prácticas.

Por lo anterior, es importante fortalecer la formación de los residentes desde sus currículos universitarios, así como las políticas y protocolos de las instituciones prestadoras de salud y la formación complementaria en el tema, pues resulta necesario incidir en la percepción de cada uno de estos profesionales para evitar que la identidad de género diversa continúe siendo vista como una condición patologizante que genera sesgo de género en los procesos de atención en salud.

Sigue siendo un desafío lograr procesos de atención en salud a esta población desde el respeto a la autodeterminación de cada ser humano para ejercer su identidad de género en libertad. Así, se recomienda realizar a futuro estudios participativos y de intervención, además de mejorar la aplicación de guías y protocolos en el ámbito de las instituciones hospitalarias, así como el fortalecimiento del abordaje de estas temáticas en los currículos en psiquiatría. Lo anterior, como un aporte en la generación de cambios y transformaciones ante estos hallazgos, lo cual requiere hacerse extensivo a las demás ramas de la medicina y personal de salud, para así lograr una atención en salud más empática que aborde las necesidades integrales de las personas con identidad de género diversa.

### **Conflictos de interés**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

### **Financiación**

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector

público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

## **Referencias**

Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). OMS; 2019.

1. American Psychiatric Association. DSM-5. Washington DC: APA; 2013.
2. Naciones Unidas. Resolución 17/19 sobre discriminación por orientación sexual e identidad de género. 2011.
3. García-Acosta JM, et al. Prejudice in mental health services. *Rev Salud Ment.* 2022;45(4):223-9.
4. Jiménez-Barbero J, et al. Transphobia in mental health services. *Psicothema.* 2022;34(2):183-9.
5. Nowaskie DZ, et al. Competence in LGBT health among healthcare providers. *J Clin Psychol.* 2022;78(1):15-24.
6. Karpel M, et al. LGBT-related training in medical schools. *Acad Med.* 2021;96(11):1532-40.
7. Teti M, et al. Experiences of transgender individuals in healthcare. *Qual Health Res.* 2021;31(6):1072-85.
8. Sileo KM, et al. Stigma in LGBT healthcare. *Glob Public Health.* 2020;15(9):1373-85.
9. Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of stigma in transgender health. *Environ Health Perspect.* 2022;102 Suppl:275-82.
10. Pérez-Stable EJ, et al. Barriers to healthcare access for transgender populations. *Int J Transgend Health.* 2021; 22(1):45-58.
11. Coleman E, et al. Standards of care for the health of transgender people. *Int J Transgend Health.* 2018;19(3): 165-232.
12. Jaffee KD, et al. Mental health disparities among transgender individuals. *Psychiatr Serv.* 2021;72(6):692-700.
13. Grant JM, et al. Injustice at every turn: A report of the national transgender discrimination survey. Washington DC: NCTE; 2011.
14. Macapagal K, et al. Challenges in LGBT healthcare access. *J Health Disparities.* 2020;5(3):240-8.

# El suicidio y los artistas

## Suicide and Artists

Juan Carlos Rojas Fernández

Departamento de Posgrado en Psiquiatría, Universidad Libre, Seccional Cali, Colombia.

Recibido: 25 Febrero 2025

Aceptado: 26 marzo 2025

Publicado: 30 Mayo 2025

**Correspondencia:** Juan Carlos Rojas Fernández. [juanrojasfernandez@yahoo.com](mailto:juanrojasfernandez@yahoo.com)

### Resumen

Una introducción al tema que pretende estimular la investigación desde diferentes saberes; conjugando la filosofía, la sociología, el psicoanálisis, dando la palabra al mismo escritor, poeta, pintor, esencialmente al que se ha dedicado al arte, a la creación. Partiendo de la reflexión de Albert Camus que nos la deja claramente consignada en su ensayo "El mito de Sísifo", sobre la pregunta fundamental de la filosofía: "Juzgar que la vida vale o no la pena de ser vivida equivale". Hago referencia a algunos estudios, referencias epidemiológicas, estadísticas sobre las posibles causas, factores, circunstancias que llevan al artista al suicidio, su trasegar por la vida, sus cuestionamientos al mundo exterior, de sus luchas solitarias. Descripción del perfil del artista, desde la mirada del psicoanálisis, desde la mirada del otro artista, desde la mirada del mismo artista. Una reflexión sobre el acto creativo y el manto afectivo que lo acompaña, la melancolía.

**Palabras claves:** Suicidio. Arte. Creación. Melancolía.

### Summary

An introduction to the topic intended to stimulate research from various fields of knowledge—philosophy, sociology, and psychoanalysis—while giving voice to the writer, the poet, the painter: in essence, to those who have devoted themselves to art and creation. The reflection begins with Albert Camus, who clearly lays out in his essay *The Myth of Sisyphus* what he considers the fundamental question of philosophy: "Judging whether life is or is not worth living amounts to answering the fundamental question of philosophy." I draw upon several studies, epidemiological data, and statistics that explore the possible causes, factors, and circumstances leading artists to suicide—their journey through life, their questions about the external world, and their solitary struggles. The profile of the artist is explored through the lens of psychoanalysis, through the eyes of fellow artists, and through the artist's own gaze. Finally, it reflects on the creative act and the emotional fabric that envelops it: melancholy.

**Keywords:** Suicide. Art. Creation. Melancholy.

## Introducción

En el mito de Sísifo, Albert Camus hace las siguientes consideraciones que me van a permitir introducir este artículo:

*“No hay sino un problema filosófico realmente serio: el suicidio, al responder a la cuestión fundamental de la filosofía. Juzgar que la vida vale, o no, la pena de ser vivida equivale. Matarse... Es confesar que la vida nos supera o que no la entendemos... La ausencia de toda razón profunda para vivir, el carácter insensato de esa agitación cotidiana y la inutilidad del sufrimiento...”<sup>1</sup>.*

Es una reflexión que nos convoca a todos, preguntarnos sobre nuestra carga existencial, el libre albedrío o el destino predeterminado, la libertad de elegir cuándo podremos adelantar la cita inexorable con la muerte. Una invitación a cuestionarnos sobre el sentido o sinsentido de la agitación cotidiana del trabajo, de su enajenación laboral, de su insensatez con la que asumimos el mundo de la vida, de nuestra pobre relación con la naturaleza que ha conllevado su destrucción.

## Estudios, epidemiología

Veamos lo que **Pedro Vergara Meersohn**, Psicólogo y poeta chileno, quien ha recopilado diferentes estudios por todo el mundo, consignados por él en 2021. Un extenso estudio realizado por el Karolinska Institutet de Estocolmo, con 1.2 millones de pacientes con trastornos psíquicos, divididos en grupos profesionales; las personas con empleo en artes y ciencias: «creativas», y como grupo de control «contadores». De acuerdo con los resultados, el trastorno bipolar fue el único diagnóstico que se encontró con mayor prevalencia entre las personas con carreras creativas.

Fred Cutter, a su vez, encontró que, de los 26.198 fallecimientos de artistas, 646 fueron casos de suicidio. Donde el grupo de mayor riesgo eran los actores, escritores, pintores y con un riesgo menor, los danzantes, diseñadores, músicos, los caricaturistas.

En la aplicación de diferentes test de asociaciones que miden el pensamiento divergente, se muestran aspectos en común entre las personas creativas y los esquizofrénicos leves. Ambos grupos presentan la capacidad de generar una cantidad mayor de asociaciones y una tendencia a distanciarse del significado de la palabra inicial.

Se ha constatado que los escritores y los poetas, en particular, muestran una tendencia mayor hacia el suicidio, el doble de probabilidad que la población general. En promedio, los poetas viven 6 años menos que el resto de la población<sup>2</sup>.

## Perfil del artista desde el saber psicológico

**Arnold M. Ludwig** – Psiquiatra, quien escribe *El precio de la grandeza* (1995). Revisó más de dos mil biografías de hombres y mujeres destacados en el arte, encontrando que en su gran mayoría son personas a las que se les dificulta aceptar la normatividad social.

Los artistas suelen ser: excéntricos, rebeldes, alienados, con problemas emocionales. A esto se une la insana soledad en la que trabajan, que puede hacer que uno se pregunte qué oreja ha de cortarse para que se le preste atención. Además, el éxito es caprichoso y, si llega, desestabilizador. Quizá todo esto sea el castigo prometeico que hay que pagar por la creatividad, por ir al Olimpo a hurtadillas y traer una llama<sup>3</sup>.

## La mirada del Otro artista

**Stefan Zweig**, escritor, biógrafo y activista social austríaco, en su libro *La lucha contra el demonio* hace referencia especialmente de Hölderlin, Kleist, poetas y del filósofo Nietzsche, todos ellos de la cultura germánica como la de él, anotando. *“Viven en un alejamiento de las cosas del mundo, no tienen hogar ni propiedades, ni una profesión fija o un empleo duradero. Son nómadas por naturaleza, eternos vagamundos, externos a todo, extraños, menospreciados, y su existencia es completamente anónima”<sup>4</sup>.*

Kleist, a los 34 años, decide suicidarse junto con su novia con arma de fuego, después de tomar el té, a orillas del lago Wannsee, cerca de Berlín. El lugar es hoy un sitio de peregrinación. Se trata de un rincón apacible, bucólico, como si los románticos escogieran con gusto incluso el sitio de su muerte. Stefan Zwiieg se suicida junto con su compañera un siglo después, en una habitación de un tranquilo hotel, con la ingesta de barbitúricos, en su condición de exiliado por su ascendencia judía, escapando del holocausto, residía en Brasil, no puedo dejar de anotar esta analogía, que se puede interpretar de muchas maneras, aunque no hace parte de la intencionalidad de este artículo.

**Paul Valéry**, Poeta, ensayista y filósofo francés al respecto dice:

*“Algunas veces hay en sus rostros una sonrisa vacía y misteriosa, el signo que expresa la presencia de su ausencia. Acaso perciben su vida como un sueño absurdo y desagradable del que se sienten cada vez más hastiados, de modo que cada vez pueden resistir menos la tentación de despertar de él. Todo les parece más triste y fútil que el no-ser”*<sup>5</sup>.

**Rosa Montero**, escritora y periodista española, de nuestro tiempo, escribe *El peligro de estar cuerda*, hay “Una trinidad alucinatoria que suele ir de la mano: creatividad, tendencia al desequilibrio mental, amores torrefactos”... “Algo nos falla en la cabeza a ese porcentaje de gente más creativa; algo nos impide creer a pies juntillas en el espejismo de la ‘normalidad’...”.

Y para muestra, un par de citas: “A veces retumba como un trueno dentro de mí el sentimiento de la total inutilidad de la vida” (Virginia Woolf).

“Llevamos la oscuridad en nosotros. La muerte ya está en el cuerpo, mientras vivimos. Somos seres transitorios” (Eva Meijer)<sup>6</sup>.

### **La mirada de sí mismo, como actor de la creación**

**Cesare Pavese**, Italiano, consigna en *El oficio de vivir* 1936, el poema *Vendrá la muerte y tendrá sus ojos*.

La muerte es la compañera de Pavese, y su soledad se hace más grande y sufriente, hasta el extremo de quitarse la vida: “*Sé que estoy condenado a pensar en el suicidio ante cada dolor*”, y: “*Uno no se suicida por amor a una mujer. Uno se suicida porque el amor nos muestra nuestra desnudez, nuestra miseria, nuestra vulnerabilidad, nuestra insignificancia*”<sup>5</sup>.

### **Sobre el acto creativo**

**H. J. Fiorini**, psiquiatra Argentino, en 2006 quien se sumerge en el tema, en su ensayo *El psiquismo creador. Teoría y clínica de procesos terciarios*, del cual he subrayado su análisis del proceso creativo en paralelo con el trabajo en la clínica como un viaje, como “*una especie de descenso a los infiernos, de las contradicciones para emerger, luego con provisiones para construir la terapia o el arte.*”

Cita a Pico della Mirandola: “*Ser nada para poder ser todas las cosas*”.

El artista trasciende lo imperativo del deseo y no entrega toda el alma a la dura y obtusa realidad, deja una rendija para inventar algo nuevo, aunque tenga sus raíces en el aterrador vacío. El artista es la conjugación de un exceso de sensibilidad y un yo frágil, dándose el lugar al sufrimiento y en algunos caminar al suicidio.

Alejandra Pizarnik dijo que “*Escribir un poema es reparar la herida fundamental*”, pero no siempre funciona la sublimación.

En su búsqueda ciega y apasionada, el artista puede llegar al descubrimiento de un submundo oscuro e inconsciente, al cual llega ya sea por la existencia traumática de sus personajes o ante la reflexión de la creación de los roles que desempeñan dichos personajes<sup>7</sup>.

**José A. Rojo**, psicoanalista, quien en referencia a los escritores suicidas consigna en su ensayo. La relación entre creatividad, enfermedad mental y suicidio. “*El escritor escribe porque esa es su forma de caminar, de respirar. Son espíritus atormentados que en el arte buscan la solución, no para el problema del éxito, sino para el problema de su propia existencia. El viaje de la creatividad es azaroso -reflexiona-. Se necesita una estructura interior fuerte para que el viaje pueda ser de ida y vuelta, no solo de ida*”<sup>8</sup>.

La manera de ver las cosas que venimos tratando con similares apreciaciones a los autores anteriores, **Paul Auster**, escritor norteamericano, guionista y director de cine y **Sylvie le Poulichet**, doctorada en psicopatología y psicoanálisis frances. Auster y le Poulichet coinciden en que no hay creación, sino a partir de la falta.

“*En el fondo, creo que mi obra procede de una intensa desesperación personal*”. Auster<sup>9</sup>.

El deseo de morir se basa en un anhelo de completud. Le Poulichet, en su libro *El arte de vivir en peligro, del desamparo a la creación*, argumenta que la pulsión creadora nace en la infancia en unas condiciones muy concretas.

“*Ante una experiencia de puro desamparo, el psiquismo infantil siente amenazas de desintegración de la imagen del yo, que no llega a constituirse como*

*superficie corporal. Frente a esta amenaza, el psiquismo genera la obra, mediante sublimación, como un sucedáneo de una superficie corporal que produce un nuevo lugar psíquico que desplaza la relación del sujeto con el peligro de desintegración*"<sup>10</sup>.

Veamos ahora qué puede pasar cuando el escritor hace que su personaje se suicide ¿acto suicida u homicida?

Ya no tiene nada más que destruir. El último de su creación es él mismo, por el dolor y esa ira sorda que lo invade, mata en forma definitiva a su Yo y a su *Alter Ego*. O podría construir o dar vida a un personaje antagónico que se encargue de liberarlo de aquel que lo ha asediado y modelado su existencia. Defendiendo al escritor del suicidio de sus personajes<sup>11</sup>.

### **Con respecto al temple melancólico en el acto creativo**

Como el manto afectivo que cubre al artista, me he apropiado del siguiente juicio. Al artista, la impaciencia y el afán de perfección lo acompañarán siempre, lo que hace de ella una condición sine qua non y que podemos atribuir a esa vocación utopista por alcanzar el ideal, el encuentro con la belleza.

Aunque es consciente, con esa hiriente lucidez que le atribuyó Freud, de la pausa insalvable que lo separa de esa quimera, no por ello va a dejar el melancólico de aspirar a ese espejismo de perfeccionar. Y ello porque se trata, ante todo, de una utopía subjetiva destinada a conciliar una ambivalencia que le es circunstancial.

La poiesis melancólica surge de esa dialéctica, de una verdadera y primordial lucha intestina que tiene por meta ideal, no por altruismo, sino por necesidad<sup>12</sup>.

**Alba Lucía Ángel**, escritora colombiana, asidua participante de los encuentros de la Cueva con los escritores del Boom, se la considera de un estilo independiente. Su obra más influyente, *Estaba la pájara pinta sentada en el verde limón*. Siempre invisibilizada, cuenta en una entrevista, Álvaro Cepeda Samudio, me dijo: *"No te dejes engañar, no te dejes suicidar"*. Yo no le entendí. *"Es que a uno lo suicidan"*, me explicó. Tuve la fuerza de irme, porque yo iba a terminar probablemente como él, que sintió que la sociedad lo había acosado. Me decía mucho: *"Váyase, París es igual. Es uno el que no es igual"*<sup>13</sup>.

### **La melancolía**

La melancolía en el artista comienza siendo un tenue murmullo y acaba convirtiéndose en una melodía claramente perceptible. Es una enfermedad de seres especiales, de intelectuales y creadores. Ser melancólico es mostrar severidad y tristeza ante el mundo y ante los demás hombres, donde se encuentran ingredientes como la soledad orgullosa del intelectual.

Se considera como el trastorno mórbido de la sensibilidad moral, de la depresión dolorosa, un sentimiento de abatimiento, de inquietud, de ansiedad, se torna incapaz de actuar, indiferente, muy distinto a como era, aparece un sentimiento corporal doloroso que crea en él, un nuevo hábito psíquico, una sensación de la existencia de su cuerpo, de gran malestar. Todas estas circunstancias perturbaban la sucesión y el encadenamiento de las ideas que representan el yo<sup>12</sup>.

Comparto esta contundente sentencia de Ann Sexton: *"Mis admiradores creen que me he curado, pero no; solo me he hecho poeta"*<sup>14</sup>.

La melancolía es el desvanecimiento del deseo como discurso, renunciando a todo, identificándose con el dolor. Esta inmovilidad, esta detención del pulso mismo de la vida, allega al suicidio. Se trata de una cuestión de paciencia, de una capacidad para padecer, tanto como de un agotarse. Tocando las puertas de salida hacia la muerte, cuando no la muerte en vida.

### **Conclusiones**

La literatura, el arte, la poesía, el teatro, la filosofía, se asumen como áreas crítico-creativas que navegan en otras sendas diferentes a las lógicas de la competencia, la eficacia y acumulación de capitales. Por lo tanto, no son aptas para el mantenimiento del poder, he ahí su marginación en el mejor de los casos.

Todas ellas, dicen **Nuccio Ordine** (Profesor y escritor Italiano), son *"una forma de resistencia a los egoísmos del presente, un antídoto contra la barbarie de lo útil que ha llegado incluso a corromper nuestras relaciones sociales y nuestros afectos más íntimos..."*.

Ante la "fiebre del beneficio" capitalista se propone la "pasión poética" de los considerados "buenos para nada", lejos de las ambiciones de los usure-

ros, de los esclavos del tiempo que solo registran producción y consumo.

La aventura del que decide navegar por estos ríos, es riesgosa y no carece de peligros, pero es el desafío lo que importa. Es su proyecto de remero a contravía lo que impulsa la balsa de los libertarios, marginados de la realidad de los "pragmáticos" y "útiles"<sup>15</sup>.

Si se ha logrado con el tiempo, ¿la desheroización, la desidealización, la descriminalización, La desmoralización, la despatologización?

## Referencias

1. Camus A, El mito de Sísifo, Alianza Editorial , Madrid, 2003
2. Vergara Meersohn P, ¿Por qué se suicidan los poetas? Prevalencia de las enfermedades mentales entre las personas creativas, 25 junio 2021
3. Ludwig, Arnold M, The Price of Greatness: Resolving the Creativity and Madness Controversy, The Guilford Press, New York, 1995.
4. Zweig S, La lucha contra el demonio (Hölderlin-Kleist-Nietzsche), Edición Quaderns Crema, Barcelona, 1999
5. Macho T, Arrebatar la vida. El suicidio en la Modernidad. Herder Editorial, Barcelona, 2021
6. Montero R, El peligro de estar cuerda, Planeta, Madrid, 2022
7. Fiorini H, El psiquismo creador. Teoría y clínica de procesos terciarios. Editorial Nueva Visión, Buenos Aires, 2006.
8. Rojo J, ¿Merece la pena escribir?; Relación entre creatividad, enfermedad mental y suicidio, revista del centro psicoanalítico de Madrid, No 30
9. Auster, P. Experimentos con la verdad. Barcelona, Anagrama, 2001.
10. Le Poulichet Sylvie. El arte de vivir en peligro. Del desamparo a la creación. Nueva visión, Buenos Aires, 1998.
11. Alarcón R, Breves consideraciones sobre ¿Por qué se suicidan los escritores de literatura?/ No 17 2015
12. López L-S, Pérez A. "La cara oculta de la tristeza", Rev. De la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Año XXIII, Junio/Septiembre, 2003, p, 53-65 7.
13. Pujante D. "La melancolía hispana, entre la enfermedad, el carácter nacional y la moda social", Rev. De la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Año XXVIII, fascículo 2, 2008, p ,401-418. 5.
14. Ferrández F. "La melancolía, una pasión inútil", Rev. De la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Año XXVII, fascículo 1, 2007, p, 169-184 8.
15. Seglás J. "De la melancolía sin delirio", Rev. De la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Año XXVI, fascículo 2, 2006. p, 325-333. 6.

## ***El circo del infinito***

**Autor** **Gustavo A. Quintero Hernández**

*Médico cirujano*

*Cirujano de trasplantes*

*Ex rector de la Universidad del Rosario*

*Bogotá, Colombia*

Gustavo A. Quintero Hernández es un escritor, académico y médico colombiano, máster en Escritura Creativa en Español por la Universidad de Salamanca, quien hace su debut en la novela con *El circo del infinito*. En esta obra, el autor demuestra una notable capacidad para transitar múltiples registros narrativos, a través de una hibridación literaria que fusiona diversos subgéneros en una misma historia. El protagonista, el narrador y el autor confluyen en una sola voz, que nos conduce por distintos momentos del recorrido de su propia existencia, marcada por una constante: la de un cuidador incansable que relata su vida oscilando entre lo autobiográfico y lo ficcional.

En la novela *El circo del infinito*, el protagonista es un médico que ha dedicado su vida al ejercicio humanista de su profesión, sin perder de vista la influencia del destino, capaz a veces de alterar para siempre el curso de la historia. En su lucha por ejercer dignamente una medicina centrada en

lo humano y en su búsqueda de éxito profesional, el protagonista va revelando las propias falencias que, como ser humano, le han impedido encontrar y disfrutar plenamente la vida. La obra también confronta la vivencia de la medicina desde diversas perspectivas del protagonista-autor: como paciente, como familiar de un paciente y como médico. Asimismo, expone los múltiples roles que el médico debe asumir para encontrar el punto de convergencia de su labor en el servicio a la vida humana: el humanismo.

La novela destaca, al final, la necesidad de recuperar un nuevo tipo de humanidades en el cual la tecnología digital y la conectividad sean utilizadas para mejorar la vida humana, a través de la medicina, y para promover valores humanísticos —tales como la empatía, la inclusión y la justicia— y propiciar ese encuentro necesario entre humanos y máquinas y de esta manera evitar la singularidad.

**Dr. Jairo Ortega MD**

Cirujano general