La Comunicación de la locura: expectativas generadoras de sentido en psiquiatras gallegos.

Manuel Torres Cubeiro

I. Introducción.

Ángel María de Lera publica en 1972 un libro en el que reúne una serie de artículos publicados en prensa sobre sus visitas a múltiples hospitales psiquiátricos de España. Lo titula: *Mi viaje alrededor de la locura*. Describe cómo carecen de dotación, la buena intención de sus trabajadores, las esperanzas que existían en todos ellos sobre los proyectos de ampliaciones y mejoras. Dibuja un estampa espantosa pero esperanzada de la psiquiatría española en los años 60. A modo de conclusión señala cinco factores que contribuyen a la degradación de locura en los manicomios (Lera 1972: 198-212): primero, su dependencia asistencial de la beneficencia, que tilda de egoísmo encubierto. Segundo, la marginación de la locura a la práctica médica privada dada la ausencia de cobertura por los servicios de la Seguridad Social. Tercero, la insolidaridad social de las familias y enfermos de los locos, al despreocuparse de su suerte una vez encerrados. Cuarto, el propio manicomio convierte a la locura en un ghetto de degeneración y hacinamiento. Y finalmente, por que los hospitales se preocupan más por el mantenimiento de la institución que por la función que desempeñan: se olvida la función al centrarse en el órgano que la desempeña. Y concluye definiendo la invisibilidad del loco:

> "El loco no existe. Nadie lo menciona y a cualquier indiscreción se contesta con un gesto mudo de resignación, como si se hubiera mentado al criminal o a la ramera de la familia" Lera 1972: 203.

En esta comunicación analizamos el discurso de nueve "gestores de la locura": seis entrevistados en 1997 y 1998, y tres a través de sus publicaciones. Nos planteamos la siguiente pregunta: ¿en que claves se interpreta y construye la práctica psiquiátrica actual en Galicia? Y la responderemos en función de, al menos, tres inquietudes.

Una más teórica, en relación al concepto de cambio social: ¿qué pautas comunicativas utilizan los psiquiatras para interpretar los cambios en la asistencia psiquiátrica? O dicho de otra forma: ¿ha cambiado la lectura que de la situación hacen los psiquiatras con respecto a las afirmaciones de Lera, denunciadas por la antipsiquiatría y aplicadas a través de la llamada psiquiatría comunitaria?

Otra metodológica, en relación un problema en torno a la utilización de las biografías como método de investigación sociológica.

Y por fin, una inquietud más personal: ¿existe en la sociedad una categoría englobadora que le de "palabra" a la locura si caer en los radicalismo de la antipsiquiatría? Comencemos:

En ciencias sociales se tiende a conceptualizar el orden social, la realidad social, como algo estático, inmutable. Algo en lo que difícilmente influye el observador. La problematicidad de ambos temas, cambio social y metodología, ha sido siempre el pilar de la compresión de la realidad social. El tema de fondo de cualquier intento de comprender la realidad social se encuentra, tanto en la conceptualización del cambio social, como en el papel que se le atribuya al observador. La sociología de Niklas Luhmann intenta, desde la teoría de sistemas, solucionar ambos problemas, pues entiende la realidad social en proceso constante de construcción, siendo la observación algo interno al propio sistema social: no es posible observar sin crear realidad.

Esta comunicación partirá de una serie de presupuestos de inspiración luhmaniana, para analizar un tema repetido, una recursividad, en seis biografías de profesionales de la salud mental en Galicia: la antipsiquiatría como marco generador de sentido en la práctica asistencial y en su comprensión de los cambios y del futuro. Expondré los presupuestos de los que parto. Haré una pequeña reseña de la "situación" de la psiquiatría en Galicia y de la metodología empleada, incluyendo una breve descripción de los entrevistados. Para finalmente analizar la conceptualización que los entrevistados hacen de la antipsiquiatría.

II. Presupuestos:

1. La sociedad[1] se construye en el conjunto de todas la comunicaciones con sentido posibles, siendo la cultura la memoria recursiva del sistema social[2]. El sentido[3] es "el mecanismo por el que el sujeto puede identificarse al tiempo"[4] que actúa, habla o produce conocimientos. Es decir, un sujeto se considera psiquiatra en la medida en que al hablar y actuar intercambia con sentido, de entre todas las posibles, aquellas comunicaciones que le permiten identificarse como tal en su relación con Otro. La construcción de la identidad como psiquiatra sólo es posible en el interior de un sistema social que genera sentido ante ciertas comunicaciones, y no ante otras (ruido). Son las repeticiones las que permiten detectar el sentido.

2. La sociedad gallega contemporánea es de una alta complejidad[5]: frente al capitalismo de producción anterior, el capitalismo de mercado conlleva una alta complejidad pluricontextual (subsistemas que observan la sociedad a partir de la función que desempeñan, entre ellos el de la medicina). El sentido es la forma de reducción de la complejidad de los sistemas sociales. De la complejidad de prácticas médicas el sentido nace de la adscripción social de una misma función para toda actuación médica: curar, sanar, devolver al individuo las condiciones para que sea base de comunicación[6].

3. Desde un punto de vista sociológico no existen hombres, solo comunicaciones que se intercambian en función de expectativas[7]. No existen personas[8], solo estructuras de atribución social que permiten marcar la dirección para que la sociedad pueda

---

[1] "La sociedad es una "relación de relaciones": en vez de acciones, comunicaciones (la sociedad no está compuesta de hombres, sino de comunicaciones). **Es el sistema de todas las comunicaciones con sentido posibles**. Al renunciar a todo fundamente ontológico (el mundo no tiene base y ya no hay mundo sobre el mundo) lo real es un conjunto de posibilidades y contingencias. Manejables mediante selecciones: cada selección funda lo real y abre el repertorio de nuevas posibilidades". Ibañez 1994:377.

[2] Uso la definición que Luhmann da de cultura (Luhmann 1995) en el mismo sentido en que Foucault utiliza *episteme* (Foucault 1973). La sociedad es el sistema autoreferente de comunicaciones y la cultura la memoria recursiva del sistema social con Luhmann; o con Foucault el orden aparente que se genera y produce el discurso.

[3] "El sentido es: a) la forma de orden de la vivencia, b) la forma de las premisas para la recepción de la información y elaboración consciente de la vivencia, c) y posibilita la interpretación consciente y la reducción de la elevada complejidad" Luhmann 1971: 61, citado en Pintos 1995ª: 5.

[4] Pintos 1995b: 7.

[5] Giddens 1994; Lamo 1994; Pintos 1995 a; Ibañez 1994.

[6] "El fin del médico consiste en intervenir cuando un individuo no se encuentra en condiciones de ser una base orgánica o psíquica para la comunicación" Corsi et al. 1996: 103.

[7] Luhmann diferencia los sistemas sociales de los psíquicos, y estos de los sistemas vivos. Entre ellos hay interpenetración, pero cada uno es independiente de los otros: la sociedad se construye sobre comunicaciones, los sistemas psíquicos sobre pensamientos de la conciencia (Luhmann 1990, 1991, 1995, 1996, 1998). El uno es el entorno del otro. Sobre el carácter supuestamente anti-humanista de esta afirmación véase: Izuzquiza 1990

[8] "La constitución del sentido es el mecanismo por el que el sujeto puede identificarse al tiempo que realiza la observación" Pintos 1995 a: 7.

producir comunicaciones[9]. Persona indica un contexto[10] en el que unas atribuciones generan expectativas de comunicación.

4. La sociedad moderna observa a las personas como biografías (carreras). Observación que se basa en la diferencia establecida socialmente entre una lectura del pasado y las expectativas de futuro que este permite generar.

5. No es posible la observación objetiva de la realidad. El conocimiento[11] es productor y producto[12] del sistema social en el que se genera y al que genera. Es decir, ni el psiquiatra es objetivo al hablar de la situación real de la práctica que realiza, pues solo emite comunicaciones con sentido, aceptadas de entre las posibles; ni el sociólogo es objetivo al describir las pautas de intercambio social de comunicaciones. Ambos obvian la diferencia sobre la que construyen el orden de su discurso. Únicamente pueden describir el punto de vista desde el que observan y comunican, y al hacerlo generan el orden social en el que viven. Las ciencias sociales se basan en el análisis de esta descripción (análisis que no puede obviar su contribución en la creación del sistema social), como reflexividad deseada o observación de segundo orden.

6. El subsistema médico, el psiquiatra, analiza el discurso del loco desde una semántica que le aporta la comunicación social. De tal manera que su observación es de segundo orden, al otorgarle carácter creencial al delirio del enfermo mental[13].

7. La locura es por lo tanto un elemento comunicacional más: es un significante que anuncia la ruptura de expectativas comunicacionales[14]. No es la ruptura del orden social, tampoco su inversión, es el anuncio de la ruptura de lo esperado, previsible. La sociedad ha generado una tipología, un conocimiento objetivo, predecible, sobre la locura, conjurando así el riesgo. La medicina, el derecho y las ciencias sociales han generado conocimientos sobre ella, haciendo predecible, estereotipificable, el riesgo de la ausencia de comunicación. La locura "es", por así decirlo, un conjunto vacío[15] sobre el que el sistema social actúa, conoce y predice a través de los subsistemas médico, jurídico y sociológico.

III. Observación: metodología y fuentes.

Los datos utilizados en esta comunicación forman parte de una investigación ("Orden Social y Locura en Galicia") que constituirá una futura tesis doctoral. La tesis detecta la construcción de la realidad social a través del tratamiento de la locura. La metodología[16] es la entrevista biográfica: se contacta con psiquiatras y pacientes, y se establecen de dos a cuatro citas con cada uno, con una duración de una hora a tres horas,

---

[9] Corsi et al. 1996: 92.

[10] "La forma persona sirve exclusivamente para la autoorganización del sistema social, para resolver la autoorganización del sistema social, para resolver el problema de la doble contingencia limitando el repertorio de conducta de los participantes...las personas sirven al acoplamiento estructural entre sistemas psíquicos y sociales" Luhmann 1998: 242-3.

[11] Tanto el conocimiento médico, en este caso lo analizado, como el conocimiento sociológico, en este caso el punto de vista adoptado para la observación (Véase Mills 1959).

[12] "Los seres vivos y los sistemas sociales son sistemas autopoiéticos: se construyen a sí mismo y su único producto es sí mismo (...) No hay separación entre productor y producto, ente el pensar y lo pensado" Ibañez 1994: 60.

[13] Castilla 1995: 210.

[14] Esta definición es operativa, sociológica. No entro para nada en consideraciones psicológicas o psicopatológicas. Para estos menesteres me remito, entre muchas posibles, a las obras de Castilla del Pino (1979, 1995, 1998). Señala Castilla (1995) que aunque la causa sea química su detección sólo puede ser comportamental, siendo una alteración de lo que define a los sistemas psíquicos: su capacidad de reflexión operando como formas homogeneidad / heterogeneidad.

[15] En esto coincido con las tesis más o menos insinuada por Foucault (1985) en su *Historia de la locura en la época clásica*, donde apunta que la locura es lo que no habla, lo que carece de palabra. Lo cual no supone en absoluto la negación de la enfermedad mental, ser una construcción no niega su realidad (como críticos de Foucault han mantenido).

para desarrollar la biografía del propio entrevistado. No se utiliza un guión previo, y aunque el hilo central es siempre el desarrollo de la biografía, la forma de tratar las relaciones con la locura varía mucho de entrevistado a entrevistado: desde el tono personal e intimo con Eva [A][17], hasta el tono distante y meramente profesional de Roberto [B]; desde una psicóloga que trabaja en rehabilitación de crónicos a un psiquiatra jubilado. En esta comunicación de utilizan seis biografías (17 entrevistas) realizadas en 1997 y 1998. Describo a continuación el perfil de los entrevistados:

[A] Eva: psiquiatra de 35 años, casada y con dos hijas. Tras hacer su especialidad en Portugal trabajó haciendo sustituciones hasta hacerse cargo de una unidad de ayuda a la drogodependencia en un pueblo costero. Al mismo tiempo ejerce la práctica privada en su domicilio particular, dice, para seguir haciendo clínica (A1, 7). Su tono es personal, confidencial. En sus conversaciones conmigo intercambia experiencias personales y profesionales: la conversación es cálida, hasta convertirse en un intercambio personal.

[B] Roberto: psiquiatra y neurólogo jubilado, casado (71 años). Tras hacer medicina en Santiago, y especializarse en Madrid con López Ibor y en Lisboa con los discípulos del premio Nobel en lobotomías, vuelve a su ciudad natal, donde aúna la práctica privada con la pública: tanto en un manicomio, donde llegaría a director en una etapa de crisis y transformación, como en un ambulatorio como neuropsiquiatra con un cupo. Aunque se jubila con 64 años tras un ataque al corazón, sigue recibiendo, me dice, esos pacientes que se han enganchado con uno (B2, 10). Su tono es formal, distante.

[C] María: psicóloga, casada, sin hijos, 32 años. Tras estudiar en Santiago se forma, ante la ausencia de salidas laborales, como psicóloga voluntaria en un Hospital General, al mismo tiempo que ejerce la privada, especializándose en clínica infantojuvenil. Tras cuatro años de voluntariado en el Hospital inicia un curso de rehabilitación de crónicos, y al mismo tiempo, una asociación de familiares de enfermos mentales se pone en contacto con ella para poner en marcha un Hospital de día en un pequeño pueblo de la costa. Desde hace tres años trabaja en el Hospital de día, sin haber dejado de ejercer la práctica privada. Mis conversaciones con ella son abiertas, siempre al final de la jornada de trabajo en la Asociación.

[D] Javier: 61 años, psiquiatra jubilado, casado con tres hijos. Javier estudió medicina en dos universidades españolas. La especialización en psiquiatría la hace en Madrid con López Ibor y Vallejo Nájera, y en una clínica privada en Galicia. Antes de instalarse en una de las grandes ciudades gallegas como inspector médico y psiquiatra de la Casa del Mar ejerce de médico en un barco, en Guinea y en las Islas Canarias. Abre varias consultas privadas, al mismo tiempo que participa como voluntario en diversas ONG's. Tras muchos años como "burócrata" en la pública (D1, 18), se jubila por incapacidad al serle diagnosticado Parkinson (padece además un Trastorno Bipolar o psicosis maníaco depresiva). En la actualidad dirige una asociación de ayuda a enfermos de Parkinson.

[E] Ana: 48 años, casada con tres hijos, psiquiatra. Tras hacer medicina y especializarse en psiquiatría entra como profesora y psiquiatra en un Hospital Universitario: se encarga de la clínica infantil durante la mayor parte de su carrera

[16] No entro a discutir aquí, por razones de espacio, la idoneidad y justificación del método biográfico. Lo considero el más adecuado para el objeto de estudio que intento construir y describir. Para una discusión sus pros y contras véase, entre una extensa bibliografía sobre el tema: Pujadas 1992, Miguel 1996, Delgado-Gutíerrez 1994; Kvale 1996, Chirban 1996; Robson 1993; Cohen 1994. Para la aplicación de las biografías en la sociología médica véase: Ponce de León 1997.

[17] Todos los nombres y referencias geográficas se han modificado para poder preservar el anonimato de los entrevistados. Para la cita de las transcripciones se usa una letra (A-F), un número tras la letra que señala el numero de entrevista, y finalmente la página de la transcripción.

profesional, para, desde hace unos años, dedicarse únicamente a la docencia. Toda su biografía profesional se desarrolla en la universidad sin haber ejercido nunca la práctica privada.

[F] Carlos: 41 años, casado, psiquiatra, castellano. Hace medicina en una capital española y el MIR en Galicia. Inicia su carrera profesional en la pública (nunca ejerció la privada) en una capital gallega, donde se encarga de montar un sector de la asistencia psiquiátrica. En la actualidad es director del servicio de asistencia psiquiátrica de una de las ciudades más grandes de Galicia, siendo su labor la de coordinar, no sin dificultades, toda los dispositivos de la psiquiatría sectorizada que se ha venido montando en los últimos cinco años. Es un hombre prolijo y profundamente activo: escritor, colaborador asiduo de periódicos, especializado en psicodrama, profesor universitario, músico, académico, antropólogo y un largo etcétera.

Utilizo además fuentes bibliográficas de tres psiquiatras que ha ido publicando tanto sus reflexiones como datos de sus propias biografías:

1. Emilio González: gallego, psiquiatra (pública y privada), antropólogo, 55 años. Ha publicado diversos libros en solitario (especialmente su obra sobre la reforma y conflicto de Conxo en los años 70: González 1977), y en colaboración con Marcial Gondar Portosany[18], defendiendo una psiquiatría gallega y en gallego como única salida política defendible ante la situación actual. Ambos realizan una investigación interesante e innovadora en antropológica aplicada sobre la "tolemia" en un concello rural: Santa Comba (Gondar 1997). Con Emilio asistí a varios estadillos y sesiones clínicas entre 1991 y 1992, al mismo tiempo que observa su práctica psiquiátrica.

2. Enrique González Duró[19] ha publicado tanto sobre la historia de la psiquiatría española como materiales más o menos biográficos.

3. Carlos Castilla del Pino, en su obra *Pretérito Imperfecto*[20], nos ofrece la autobiografía de un psiquiatra en los tiempos del franquismo y la llamada transición española. Si bien, su autobiografía es profundamente íntima (valiente en este sentido) y personal, utilizaremos aspectos en los que coincide con nuestros entrevistados.

IV. La psiquiatría en Galicia[21].

En 1986 (*Ley general de Sanidad*) se legisla por primera vez desde principios de siglo un ámbito, el de la salud mental (art. 20), que había permanecido son grandes cambios desde el siglo pasado. Hasta entonces las competencias en salud mental habían pertenecido a órganos con competencias diversas y contradictorias, siempre amparada dentro de la beneficencia (leyes que datan de 1846). Con la ley de 1986 la Seguridad Social cubre la salud mental, al menos teóricamente. La nueva ley, inspirada en la filosofía de la psiquiatría comunitaria, tiene un carácter general y orientativo, sin establecer específicamente las competencias.

Durante la mayor parte del siglo XX la asistencia de los "enfermos mentales" era en Galicia competencia de las diputaciones al amparo de una antigua ley de beneficencia. El hospital psiquiátrico de Conxo[22], por ejemplo, era propiedad de un patronato, eclesiástico primordialmente (fue fundado por la mitra compostelana en 1885. Acogía, por un acuerdo con la diputaciones gallegas a los enfermos mentales de beneficencia de toda Galicia y de provincias españolas que carecían de manicomio propio. Las diputaciones pagaban una pensión mínima al hospital, siendo este el encargado de gestionarla (ha sido siempre el punto de mira de la psiquiatría gallega, junto con Toén en Ourense).

[18] Gondar-González 1992; Gondar 1989, 1991, 1992, 1993, 1997; Emilio 1977, 1994, 1997, 1978.
[19] González Duró 1987, 1989, 1994-96.
[20] Castilla 1997, Castilla 1998;
[21] Comelles 1987, Dorner 1974
[22] Véase González 1977.

En 1995 (*Real Decreto 63/1995*)[23] se establecen por primera vez los derechos concretos y las prestaciones específicas de los usuarios de la Seguridad Social en materia de Salud Mental (García-Espino 1998: 14), concretando las generalidades de la ley de 1986.

En 1994 aparece el *Decreto 389/1994 del 15 de diciembre* regulador de la salud mental en Galicia, ya con las competencias en sanidad transferidas al SERGAS (Servio Galego de Saude). Es un decreto de inspiración comunitaria y viene a instauran legalmente la reforma de la asistencia psiquiátrica en Galicia.

Hoy en día la "reforma" psiquiátrica está en curso: creación de áreas asistenciales con equipos interdisciplinares, hospitales de día, unidades de rehabilitación, pisos de acogida, etc. Se está en el proceso de coordinar, al amparo de la legislación, todos los dispositivos hospitalarios y asistenciales que, a lo largo de años y sucesivos intentos de reforma, se han ido creando. Uno de mis entrevistados, encargado de la creación y organización de un área geográficamente amplia, lo explica. Habla de cómo se decide a entrar en el concurso por una plaza de adjunto de psiquiatría que le llevará después a convertirse en jefe del servicio y su organizador de la red asistencial y de las dificultades que se le presentaron.

> "De psiquiatría, una plaza de adjunto de psiquiatría. Plazas muy codiciadas por la; por la impronta o el hecho de ser el buque insignia de la medicina gallega. Entonces me lo pienso y veo que en X, curiosamente, con un hospital entero como es el Z: no hay psiquiatría. No hay servicio de psiquiatría. La asistencia psiquiátrica es alucinantemente pobre. No hay nada: esto es un solar. Hay un dispensario dependiente de Y, en unos barracones, ahí, arriba. Un compañero que pasa interconsulta en el hospital, y, ¡nada más! Y luego un dispensario de sanidad, otro del ayuntamiento, y ¡no hay siete camas psiquiátricas! ¿no? Te estoy hablando de 1991. Entonces esto me atrae. Me vuelve a atraer, ¿no? [frente al hastío que sentía en su anterior puesto**]. Es un sitio, es probablemente el único que queda en Europa con el potencial económico y clínico, asistencial, como tiene este hospital y esta ciudad. Con la posibilidad de montar un servicio psiquiátrico. ¡Del paquete!** ¿No? Entonces, esto me atrae. Lo hablo con mi chica, y, y decido presentarme a esas oposiciones. Cuando me las saco..." (F1, 13)
>
> "El área es todo el área de X, desde M a F. Y entonces, bueno, sobre ese proyecto que presento, es sobre el que se empieza a trabajar. Entonces en 1996 se... A todo esto, empiezan, date cuenta que aquí en X... ¡Es que fue la hostia! Uno mira para atrás, y, si fuera ahora. Aparte de la escasez de recursos que comentaba, aquí, hay, **había, en aquel momento ocho dependencias administrativas distintas**, de los recursos que había, aquí había gente que dependía: de Y, que dependía del ayuntamiento, gente que dependía de asociaciones privadas, gente que dependía del INSALUD, gente que dependía de Sanidad, gente que dependía del SERGAS, gente que dependía del Hospital Militar. Y todos haciendo asistencia psiquiátrica. Cada uno por su cuenta. Nadie sabía lo que hacían Entonces, ese era el trabajo más complicado. El que te digan: "esos son los recursos que hay. Haga usted algo". ¿No? Coger todos estos recursos, desguazar equipos, cerrar, pues, centros; empezar a incorporar. Fue todo una labor, lo más complicado, porque ahí ya te metes en intereses personales..." (F1: 16)

V. Antipsiquiatría, psiquiatría de sector, psiquiatría comunitaria.

La antipsiquiatría aparece en los años sesenta como una intento de luchar contra la psiquiatría oficial que entendía la enfermedad en términos meramente médicos. Nace al hilo de los movimientos sociales en torno al Mayo del 68 y se consolida en dos vertientes: una inglesa[24], siendo Laing, Cooper, Esterson o Szasz[25] sus representantes

[23] García-Espino 1998: 14. Los primeros artículos de esta recopilación son especialmente clarificadores, pues el simple hecho de comprender como es la situación legal del enfermo mental no es fácil. En este sentido resulta curioso como una de mis informantes ha de informarse, en su primer trabajo haciendo una sustitución, de sus derechos y deberes como psiquiatra de la seguridad social: cómo y cuando otorgar bajas laborales (A4: 8).

[24] Inspirada por el experimento Rosenhan en el que un psicólogo y siete de sus colaboradores se hicieron pasar por locos siendo aceptados en las instituciones ante las que se presentaron. González (1977: 49) señala como esto provocó en España un debate únicamente sobre la protección de la psiquiatría.

más conocidos; y otra italiana, con Basaglia[26] a la cabeza. Las ideas básicas que trasmitirán e inspirarán a los psiquiatras gallegos serán: por un lado, la negación de la enfermedad mental, considera como radical por la mayoría de los entrevistados. Por otro, la necesidad de transformación de las instituciones gestoras de la locura. Ésta necesidad les sirve a los psiquiatras entrevistados[27] como marco interpretativo de su práctica. Consideraremos la psiquiatría de sector o psiquiatría comunitaria como la "aplicación real" de la antipsiquiatría en los hospitales y redes asistenciales gallegas.

Podríamos decir que si hasta los años 60 y 70, a la psiquiatría se le atribuye la capacidad médica de diferenciar entre enfermo / sano a nivel psíquico, con la antipsiquiatría se introduce una "sospecha". El psiquiatra ejerce el control social en un estado terapéutico cuando aparentemente se definen como sanadores. La sospecha apunta al psiquiatra como un agente social que identifica lo normal y lo anormal, siendo su función: gestionar y conjurar un sector "molesto" de la población. Emilio González (1977: 43) define así la antipsiquiatría:

> "O ser tolo é unha forma de vivir, un modo de ser, que de un xeito ou doutro revélase contra as formas de vida que lle impón a sociedade. Pra defenderse destas persoas, a sociedade chámalles doentes e castígaos nunha institución (manicomio-hospital psiquiátrico) onde, o mesmo tempo, intenta reeducalos, curalos, pra que se adapten. Os encargados desta función son os psiquiatras, que se consideran capacitados pra xuzgar quén é normal e quén é tolo. A psiquiatría está xunguida ó poder, facendo, póis, os psiquiatras de policias. O tolo desempeña o papel de chivo espiatorio pra que os demáis poidan chamarse cordos".

Javier [D] define su concepción de la enfermedad mental en coherencia con lo que entiende por antipsiquiatría:

> "Yo soy muy próximo, muy, muy próximo a la antipsiquiatría. Ósea, de entrada te digo lo siguiente: a no ser cuando son lesiones anatómicas que producen trastornos mentales, yo creo que el medio ambiente de, de cualquier y de muchas maneras, influye sobre el individuo que aboca a una alteración de la personalidad. Y esa alteración de la personalidad lo lleva a clasificar como loco". (D1, 10)

En ambas definiciones se denuncia a la psiquiatría como agente de control social cuando su labor se define supuestamente como médica. Esta diferencia da píe a la crítica de toda la práctica asistencial, y por lo tanto es guía de la práctica, sirviendo para la interpretación crítica del presente y orientando las idealizaciones de la práctica futura[28].

Carlos [F] lo confirma, aunque él le atribuye a esta revolución una causa farmacológica, defendiendo así el carácter médico de la psiquiatría. Para él se han producido tres revoluciones psiquiátricas (F3, 1-5): la primera, con Pinel al aparecer el manicomio como exponente de la psiquiatría "custodial y taxonómica": Kraepelin (F3, 1-2); la segunda, de carácter "intrapsíquico"(F3,2), con Freud; la tercera con los psicofármacos a partir de los años cincuenta, setenta en España: son los años de la instalación de lo "sociosanitario" (F3, 3 y 5)[29]; y finalmente la revolución que está por

[25] Según González (1977:43) niegan la existencia de la enfermedad mental. Sus obras fundamentales son: Laing (1967, 1987, 1983) , Esterson (1970), Cooper (1979), Szasz (1971); Con influencia en Francia: Castel (1980), y en España: Álvarez Uría 1983, Uría-Varela 1989 (1986); y especialmente en el mudo anglosajón, dando a prácticas clínicas y terapeúticas de muy diversa índole: Castel (1980)

[26] Según González (1977: 43) se pronuncian afirmando la existencia de la enfermedad mental, pero abogando por el cambio de las instituciones que la tratan desde el interior de las mismas. Sus obras fundamentales son: Basaglia (1975, 1973, 1982) , Forti 1976; Agosti 1978.

[27] Incluyendo el conflicto que vive Roberto (B2) como director de un manicomio en el que se intenta una reforma en los años 70, y Emilio González (1977) como psiquiatra partidario de la reforma de Conxo, y despedido en el 75.

[28] Scheff 1966 (1990), inspirado en las obras de Goffman (1959, 1961, 1967), denomina a este proceso etiquetación social que conduce a la carrera del enfermo mental (Becker 1966).

[29] Tesis típica y repetida entre los psiquiatras y políticos, pero difícilmente sostenible como demuestra Prior en su libro (1998).

venir, la que aportará la psiquiatría sistémica (F3,5), donde el psiquiatra será sustituido por un "experto en terapias psíquicas" y una buena red "socioasistencial".

Como se puede observar existe una contradicción permanente entre los entrevistados en el estatuto atribuido a la psiquiatría: ¿es una disciplina médico-biológica, científica, o más bien es un algo social, asistencial, humanitario, burocrático?

Por un lado, tenemos su carácter no médico: asistencial (F3, 5); vocación humanista, de asistencia, lo denomina Roberto (B1,2); social le dice Javier (D1,10); más psicológico que médico dicen Ana (E1) y María (C3):

> "Case todos os da miña xeración, pois dicían eso, que en realidade querían ser psiquiatras. Non especificamente médicos. E que realmente nos considerabamos como médicos un tanto estraños. Pouco interesados na medicina e moito na Psiquiatría. Era a consideración que facíamos. As veces cando falamos entre nos, pois o diciamos, que cando nos fixemos psiquiatras, non tiñamos interese en ser médicos, e que os psiquiatras de hoxe teñen moito interés en ser médicos". (E1, 3)

Por otro lado, les interesa marcan el carácter científico, médico-biológico de su práctica: María, psicóloga, se preocupa de aclararme cómo mantiene la medicación con la que llegan los esquizofrénicos a su Hospital de día (C3). Carlos diferencia las enfermedades que han podido ser solucionadas, curadas, médicamente (cita como ejemplo el "milagro" del litio en los maníaco depresivos), y aquellas donde la labor del psiquiatra es meramente social, la mayoría. Como consecuencia la psiquiatría es todavía una "hija menor de la ciencia médica", una "recién nacida" (el mismo ejemplo del litio le sirve para demostrar el carácter no científico de la psiquiatría, pues se usa, pero se carece de explicación "real", biológico médica de su forma de actuación; de ahí que le denomine "milagro"). Javier habla de la "camisa de fuerza química" que palia los problemas sociales que el loco plantea, sin que tengamos una buena explicación químico biológica de su actuación: pragmáticamente es eficaz y por ello se usa (D1, D2).

Quizás esta contradicción esté a la base de cómo definen todos los entrevistados su orientación teórica y su práctica. Menos Roberto, que se define como "médico" con orientación humanista y vocación de servicio (B1: 3), todos consideran que la práctica clínica que realizan es "ecléctica": utilizan cualquiera de las múltiples posibilidades terapéuticas; desde las biológico farmacológicas, imprescindibles, hasta las de orientación más psicodinámicas, generalmente estereotipificadas como "raras".

Todos coinciden en señalar que la formación "médica", científica, la recibieron en las facultades de medicina donde se formaron. Es curioso constatar como casi todos pasaron por departamentos en las facultades de medicina de marcado carácter biologicista: fisiología en el caso de Ana; a María le gustaba especialmente la psicobiología por su constatabilidad; medicina interna en el caso de Javier; Roberto se define con una vocación de servicio, una práctica biologicista pero define la realidad como fruto de la interpretación; etc. (aunque en quienes la vocación psiquiátrica estaba clara desde el principio, como es el caso excepcional de Ana, su elección de especialidad era vista como ideologizante o psicologizante por sus compañeros de carrera de otras especialidades, es decir, como algo no muy "médico"). La contradicción llega hasta el punto de que si bien todos reconocen la necesidad de una reforma psiquiátrica de inspiración comunitaria, con una red de asistencia bien definida, todos marcan la importancia de los descubrimientos biológico-químico en la auténtica solución de la enfermedad mental.

Emilio González y el antropólogo Marcial Gondar proponen una interpretación de la antipsiquiatría en clave político nacionalista. Frente a la medicina oficial, la biomedicina, que objetiva al paciente (Gondar 1995: 18-20), la terapéutica auténticamente sanadora debe hacerse desde la política, pues no existe, afirman, una

técnica aséptica. No es que el manicomio se haya creado para curar al loco, sino que es el manicomio el que ha creado al loco.

> "...a doenza non pertenece ao mundo da natureza senón ao da cultura (...) a forza social pode ser empregada como instancia terapéutica" Gondar-González 1992: 15.

Para evitar que la psiquiatría se convierta en la gestora de los conflictos individuales y colectivos (González 1977: 29), se ha de re-elaborar cada historia de cada caso de una manera reconocible por el paciente, generando así igualdad entre los hombres. El clínico debe intentar entender cómo el enfermo vive con su enfermedad y cómo le afecta a su vida. Devolviéndole así el carácter de autor principal de su dolencia, de su historia; evitando convertir al paciente en mera mercancía. Algo imposible de hacer sin usar el lenguaje y la lengua del enfermo. González lo resume:

> "...despois de douscentos anos, ainda non dispoñemos de bases científicas suficientes para decir que a tolemia sexa unha doenza" González 1977: 18.

Por lo tanto, la enfermedad mental es meramente una cuestión de poder médico ejercido para la dominación y control de amplios sectores de la población. Es interesante señalar como Emilio, en su práctica de la psiquiatría vive esta contradicción que denuncia. Un ejemplo: muchas de las demandas planteadas por los enfermos son meramente burocráticas (pensiones, bajas, etc.). Su interpretación de la psiquiatría le lleva a practicar la contradicción, basándose en los muchos años de experiencia, para determinar cuando una demanda es solucionable psiquiatricamente o simplemente concediéndole la pensión o baja que solicita. Es decir, que aunque teóricamente sus planteamientos son claros, la práctica le lleva al pragmatismo, reconocido[30], pues muchas veces el ejercicio del control médico político denunciado es lo demandado.

La antipsiquiatría, al menos de nombre e ideas, es considera como algo demasiado radical y conflictivo. Roberto (B2, 10 y 13) puede servir como ejemplo más extremo: tras sus problemas con la reforma como director de un manicomio define la antipsiquiatría como una locura: es de locos defender la no existencia de la locura, algo que constata en su práctica día a día. La antipsiquiatría fue para él una "moda" pasajera, que hacía política de la medicina. Ahora, afirma, las cosas han vuelto a su cauce: "la política se hace donde se debe de hacer, en los parlamentos", la locura se ha dejado a los médicos (B2: 15). Aunque todos los entrevistados son partidarios, defensores y precursores en su aplicación, o al menos de su bondad como guía, al menos de lo que ha venido a llamar psiquiatría comunitaria o de sector.

La llamada psiquiatría de sector nace en Francia en los años 60 (Paumelle)[31] para reconvertir el manicomio en una red social y asistencial que integre la comunidad de referencia del loco, convirtiéndola en comunidad terapéutica. Se divide el territorio en sectores o áreas, creando una red de dispositivos asistenciales. Idealmente atendidos por equipos de salud mental integrados por psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales y enfermeros especializados. Cada sector contaría con: un hospital (lugar de tratamiento de crisis: los agudos); hospitales de día, hospitales de noche, talleres y pisos protegidos, asociaciones y locales sociales de reunión (donde se realizaría la labor de "rehabilitación y reinserción" de los "crónicos"); y dispensarios de salud mental

[30] Afirma que la postura de la antipsiquiatría es producto de gentes cultas que leen y ven películas pero que nunca quieren ni se acercaran al manicomio; es algo que ataca además al propio poder del médico (González 1977: 41-44)

[31] Aunque la filosofía que la sustenta es tan antigua como el nacimiento de la biomedicina occidental en Grecia, y se conocen casos de aplicación con anterioridad (Inglaterra: Gittins 1998;) su generalización como ideario terapéutico es a raíz de las prácticas asistenciales francesas (una visión antropológica de una comunidad puede verse en Jodelet 1991), de orientación muy tecnocrática y de las reformas europeas del llamado estado de bienestar, especialmente en Inglaterra (véase Gittins 1998, Porter 1987; Uría-Varela 1986, o a nivel más teórico Castel 1980 o Giddens 1995). En España: PANAP 1972, Montoya 1976, Yuste 1971.

distribuidos entre los ambulatorios para poder hacer un seguimiento de la cronicidad. Carlos define la "filosofía comunitaria": su labor en los últimos cinco años ha sido la de coordinar y crear una red asistencial (D3, 6):

> "Tenemos la posibilidad de dar las técnicas psicológicas más contrastadas, en el servicio. Es un servicio muy polimorfo. Hay gente de todas la razas, y demás. Pero el marco filosófico es la psiquiatría comunitaria. Por lo tanto, mi idea que, pues eso, un dispositivo extrahospitalario potente, con unidades de salud mental: con un psiquiatra, con un psicólogo, con un asistente social, con un ATS ¿no? Trabajando a ser posible en los centros de salud. Con contacto permanente con primaria, para tener el flujo de información con el médico de cabecera, que es el que realmente ve al paciente y lo puede tratar: en la mayoría de los casos controlar. Y que está en contacto, más, con la comunidad, con el vecino, con el cura, con el; con los recursos de los ayuntamientos.
>
> Después un segundo nivel de asistencia, que sería, digamos, la zona de, cuidados intermedios, del área de rehabilitación. Y en eso tenemos el hospital de día en un sitio infame, que ahora ya hemos conseguido el compromiso de la gerencia que nos cede, ahora en el primer trimestre del 98, que baja ahora para aquí. Va a simplificar muchísimo la asistencia. No solo para los pacientes sino también para el propio servicio; sino que va a darle más funcionalidad a la unidad de agudos. Porque claro, lo que es la red extrahospitalaria, aunque en precario, ya la tenemos organizadas. Y luego, lo que sería ya el tercer nivel, lo que sería la hospitalización de agudos, que es un recurso que es un corte transversal, y que ha de ser forzosamente el último: cuando falla todo lo demás entonces es cuando hay que ingresar. Entonces, cada ingreso es un fracaso de los otros niveles ¿no?

Carlos (B2: 16) esquematiza la psiquiatría de sector de la siguiente manera: la locura tiene generalmente un control familiar con los psicofármacos, mientras que el control pasa a manos médicas cuando aparecen crisis. María señala la importancia en su trabajo como psicóloga en un Hospital de día del "filtrado" (C2: 12; C3: 5; C4: 10-16): la evaluación inicial de una demanda elimina lo que cada sector del servicio asistencial no está especializado en tratar. Así, siendo su Hospital de rehabilitación de crónicos, todas las demandas que pueda recibir de terapia ante depresiones o otras patologías, se han de encauzar ("derivar"), hacia otros sectores de la red asistencial, evitando así la masificación de los distintos nudos de la red.

La psiquiatría comunitaria es considerada como el ideal, la pauta desde la cuál es posible criticar la práctica presente y proyectar expectativas de futuro:

Carlos me dice irónicamente que si no se implanta pronto en Galicia (atrasada en la reforma con respecto al resto de Europa) cuando la red sanitaria este instalada, y el trabajo de educar a los sectores de la atención primaria se haya completado (F3:17), la misma red se convertirá en algo obsoleto (F3: 9-13).

González Duró comenta en este sentido, como dato negativo, que en 1986 el 80% de las camas son todavía de crónicos (1986: 22).

María demanda una multiplicación de recursos que impida la masificación y el deterioro de la asistencia, al mismo tiempo que señala la necesidad de una mayor educación en temas de salud mental. Siendo consciente además de que la mayor difusión de conocimientos crea la necesidad del técnico especializado (C4: 6). Algo en lo que todos los entrevistados están de acuerdo.

Podríamos resumir el material sacado de las entrevistas en los siguientes puntos:

1. La antipsiquiatría es considerada como algo radical y por lo tanto no aconsejable. Esta idea funciona como referente negativo: no se puede negar la existencia de la locura como una realidad, aunque se utilice para criticar prácticas psiquiátricas pasadas.
2. La antipsiquiatría introdujo de modo explícito preocupaciones por una asistencia más "sociológica"[32].

[32] Prior señala cómo el primer paso hacia la causación social de la locura se hizo desde la epidemiología, al "descubrir" que la locura tiene una distribución social identificable, mostrando los contextos sociales

3. La psiquiatría comunitaria o de sector afirma la necesidad de implicar a la sociedad (en la red asistencial y a través de la educación) en el tratamiento de la locura. Esta idea funciona como referente positivo, confundiéndose a veces con la propia antipsiquiatría.
4. La psiquiatría comunitaria está en proceso de implantación en Galicia y sirve de marco interpretativo de los cambios, así como de foco crítico del pasado y lugar de ideación del futuro.
5. Sirve para interpretar presente y pasado, introduciendo la idea de progreso técnico. Se afirma constantemente la increíble mejora que esta filosofía comunitaria ha supuesto en el tratamiento y cura de la locura.

VI. Uniéndolo todo a modo de conclusión: La comunicación de la locura.

Comelles en una obra clave sobre la psiquiatría en Cataluña (*La razón y la sinrazón*) se plantea una pregunta similar a la que me he planteado aquí. ¿Cómo es que la psiquiatría española no ha sido capaz de crear un dispositivo asistencial potente llevando tantos años como lleva hablando y discutiendo sobre la necesidad de un cambio, de una reforma? (Comelles 1988: 19). O diciéndolo en concordancia con los presupuestos y los datos aportados: ¿la comunicación de la locura la sigue colocando en la vacuidad?

Creo que ha quedado claro que la locura carece de palabra. La aplicación de la antipsiquiatría como psiquiatría comunitaria esta logrando quitar cierto poder al estamento médico, dejándole solo lo corporal y curable, y por lo tanto "devolviendo a la sociedad" a través de las redes asistenciales. Al mismo tiempo, aparecen profesiones demandadas por la educación en salud mental que convierten esas redes sociales en terapéutico sanitarias (es decir, se crea una mayor división del trabajo psiquiátrico), es decir, se convierte al paciente en un consumidor independiente en una sociedad de mercado.

La relevancia dada a la socialización de la locura, la defensa de la politización de la locura, la denuncia de las condiciones de su existencia que detectábamos en Lera, o en su forma más radical la negación de su existencia, han ocultado la comunicación que realmente se hace de la locura, y en esta afirmación que hago no se encierra ninguna crítica: la de convertir al loco en una mercancía susceptible de intercambio en la red de asistencia sanitaria, y a la psiquiatría y a todos los técnicos de la salud mental, en reguladores del mercado. Y en consecuencia, a los llamados movimientos humanizadores de la locura en una mera pantalla de humo.

VII. Bibliografía citada.

Agosti, Silvano et al.
1976-78 Locos de desatar. Barcelona: Anagrama.
Álvarez Uría, F.
1983 Miserables y locos. Barcelona: Tusquets.
AA.VV.
1997 Medicina popular e antropoloxía da saúde. Santiago: Concello cultura galega.
Basaglia, F. Et al.
1982 La otra locura. Barc.: Tusquets
1973 Psiquiatría y antipsiquiatría. Barc.: Salvat.
1975 Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial. Barc: Barral.
Becker, H.S.
1971 Los extraños. BB.AA.: Tiempo contemporáneo.
Bercovitz, R.
1976 La marginación de los locos y el derecho. Madrid: Taurus.
Carbonel Mateu, J.C. et al.
1987 Enfermedad mental y delito. Madrid: Civitas.
Castel, R.
1980 El orden psiquiátrico. Madrid: La piqueta
Castilla del Pino, C.

---

en los que trabaja la biología (1996: 106 y 111). Lo cual no implica que eso fuese aceptado como una representación social de la locura aceptable, intercambiable.

1979 Introducción a la psiquiatría. 2 Vols. Madrid: Alianza.
1995 Celos, locura, muerte. Madrid: Temas de Hoy.
1997 Pretérito imperfecto. Barcelona: Tusquets.
1998 El delirio, un error necesario. Oviedo: Nobel.
Chirban, J.T.
1996 Interviewing in Depth: the interactive-relational approach. London: Sage.
Cohen, A.P.
1994 Self Consciousness. An alternative anthropology of Identity. London: Routledge.
Comelles, J.M.
1988 La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del estado en la España contemporánea. Barcelona: PPU.
1993 Enfermedad, cultura y sociedad. Barcelona: Eudema.
Corsi, G. Et al.
1996 Glosario sobre la teoría social de N.Luhmann. Barc.:Anthropos
Cooper, D.
1979 El lenguaje de la locura. Barcelona: Ariel
Delgado, J.M. y J. Gutiérrez
1994 Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis.
Dörner, K.
1974 Ciudadanos y locos. Historia social de la psiquiatría. Madrid: Taurus.
Esterson, A.
1970 Dialéctica de la locura. Madrid: FCE
Foucault, M.
1966 El nacimiento de la clínica. Madrid: S.XXI.
1973 El orden del discurso. Barcelona: Tusquets.
1985 Historia de la locura en la época clásica. Madrid: FCE
1988 Enfermedad mental y personalidad. Barcelona: Paidos.
1990 La vida de los hombres infames. Madrid: La Piqueta.
1994 Dits et écrits 1954-1988. Paris: Gallimard
Foucault, M. And L. Binswanger
1993 Dream and Existence. Studies in Existencial psychology and psychiatry. N.J.: Humanities P.I.
García, J., A. Espino y L.Lara. Eds.
1998 La psiquiatría en la España de fin de siglo. Madrid: Díaz de Santos.
Giddens, A.
1995 Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea. Barcelona. Península.
Gittins, Diana.
1998 Madness in its place. Narratives of Severalls Hospital: 1913-1997. London: Routledge.
Goffman, E.
1959 La presntación de la personalidad en la vida cotidiana. BB.AA.: Amorrortu.
1961 Internados. BB.AA.: Amorrortu.
1967 Interacción ritual. BB.AA.: Amorrortu.
Gondar, M.
1993 Crítica da razón Galega. Vigo: A Nosa Terra.
1997 Antropoloxía e psiquiatría: consideracións e perspectivas psico-sociales na xestión da esquizofrenia. En AA.VV. Actas do III congreso de historia da antropoloxía e antropoloxía aplicada. Santiago: CSIC.
Gondar, Marcial y Emílio González.
1989 Romeiros do alén. Vigo: Xerais
1991 Mulleres de mortos. Vigo: Xerais.
1992 Espiritados: ensayos de etnopsiquiatría gallega. Santiago: Laionvento.
1997 Relación terapéutica y conflicto de intereses na saúde mental. AA.VV. 1997: 323-332.
González Duró, E.
1987 Treinta años de psiquiatría en España: 1956-1986. Madrid: Libertarias.
1989 Memoria de un manicomio. Madrid: Liertarias.
1994-1996 Historia de la locura en España. 3 Vols. Madrid: Temas de Hoy.
González Fernández, Emílio.
1977 A siquiatría en Galicia. Madrid: Do Rueiro.
1994 Cultura e saúde mental. Santiago: Xunta Galicia.
1997 A perigrinación dos síntomas. En AA.VV. 1997: 307-322
González Fernández, Emílio e X. García.
1978 As instituciones da loucura en Galicia: Por unha nova psiquiatría. Santiago: Minerva.
Ibañez, J.
1992 Las ciencias sociales en España. Madrid: Complutense.
1994 Por una sociología de la vida cotidiana. Madrid: S.XXI.
1994b El regreso del sujeto. La investigación social de segundo orden. Madrid: S.XXI
Izuzquiza, I.

1990 La sociedad sin hombres. N.Luhmann o la teoría como escándalo. Barc.: Anthropos.
Jodelet, D.
1991 Madness and social representations. London: Harvester.
Kvale, S.
1996 Interviews. An introduction to qualitative research Interviewing.London: Sage.
Laing, R.D.
1987 Razón, demendia y Locura. Barc.:Crítica.
1983(1960) El yo dividido. Un estudio sobre la salud y la enfermedad. Madrid: FCE.
Laing, R.D. y A. Esterson.
1967 Cordura, locura y familia. Familias de esquizofrenicos. Madrid: FCE
Lamo de Espinosa, E. Et al.
1994 La sociología del conocimiento y la ciencia. Madrid: Alianza.
Lera, A.M.
1972 Mi viaje alrededor de la locura. Barcelona: Planeta.
Luhmann, Niklas.
1990 Sociedad y sistema: la ambición de la teoría. Barc.: Paidós.
1991 Sistemas sociales. Lineamientos para una teoría general. México: Alianza
1995 Individuo, individualidad, individualismo. *Zona Abierta 70/71*:53-159.
1996 La ciencia de la sociedad. BB.AA. U. Iberoamericana-Anthropos
1996b Introducción a la teoría de sistemas. BB.AA.: Anthropos.
1998 Complejidad y modernidad: de la unidad a la diferencia. Madrid: Trotta.
Miguel, Jesús M. De
1996 Auto / biografías. Madrid: CIS.
Montoya, J.L.
1976 Extructuras extrahospitalarias actuales. Jornadas Asis. Psiquiátrica: Valladolid.
PANAP
1972 Bases par la organización de los servicios sanitarios. Madrid.
Pintos, J.L.
1990 Las fronteras de los saberes. Madrid: Akal.
1995 Los imaginarios sociales. La nueva construcción de la realidad social. Madrid: Fe y solidaridad
1995 b Sentido, contingencia y posibilida en la reducción de la complejidad, en la moderna teoría de sistemas. Granada: V Congreso Español de Sociología.
1995 c El estudio cualitativo de la diferencia. Granada: V Congreso Español de Sociología.
1995 d Tiempo, sentido y riesgo en N.Luhmann. Granada: V Congreso Español de Sociología.
1995 e El imaginario social de la religión como constructor de la realidad de lo mundanamente irrepresentable. Granada: V Congreso Español de Sociología.
1996 El constructivismo sociológico de N.Luhmann. Santiago. Investigación Oposición.
Ponce de León, O.G.
1997 El médico enfermo. Análisis sociológico del conflicto de roles. Madrid: CIS
Porter, R.
1989 Historia social de la locura. Barcelona: Crítica.
Prior, Lidsay.
1996 (1993) The social organization of Mental Illness. London: Sage.
Pujadas Muñoz, J.J.
1992 El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales. Madrid: CIS.
Robson, C.
1993 Real World Research. Oxford: Blackwell
Scheff, Th.J.
1966 El rol del enfermo mental. BB.AA.: Amorrortu.
1990 Microsociology: discourse, emotion and social structure. Chicago U.P.
Szasz, T.
1971 (1969) El mito de la enfermedad mental. BB.AA.: Amorrortu.
Varela, J. Y F. Álvarez Uría.
1986 Las redes de la psicología. Análisis sociológico de los código médico-psicológicos. Madrid: Libertarias
1989 Sujetos frágiles. Ensayos de la sociología de la desviación. Madrid: FCE
Yuste, F.J.
1971 Psiquatría y sociedad. Barcelona: Pulso.
Wright Mills, C.
1986 (1959) La imaginación sociológica. Madeid: FCE.