***Good Intentions OverRuled* ou a técnica do poder. Expectativas xeradoras do sentido en psiquiatría[1].**

Manuel Torres Cubeiro[2]

"A psicoloxía segue sendo (salvo na psicoloxía dos procesos comunicacionales) o paradigma dunha ciencia premoderna. Cando desde hai décadas ata a física introduce o físico observador, a psicoloxía, que en realidade debería ser a ciencia do suxeito, e desde o suxeito a ciencia dos instrumentos cos que actúa, ainda traballa sen el". Castilla del Pino 2000: 352, nota 6.[3]

1. Plantexamento.

Ángel María de Lera publica no 1972 un libro no que reúne unha serie de artígos publicados na prensa nacional sobre as súas visitas a hospitales psiquiátricos do Estado Español. O titula: *Mi viaje alrededor de la locura*. Describe como carecen de dotación, a boa intención dos seus traballadores, as esperanzas que existían en todos eles sobre os proxectos de ampliacións e melloras. Debuxa unha estampa *espantosa pero esperanzada* da psiquiatría española nos anos 60. Sinala como conclusión cinco factores na degradación de tolemia ou doenza mental nos manicomios (Lera 1972: 198-212): primeiro, a súa dependencia asistencial da beneficencia, que tilda de egoísmo encuberto. Segundo, a marxinación da tolemia á práctica médica privada pola ausencia de cobertura nos servicios da Seguridade Social. Terceiro, a insolidaridade social das familias e enfermos dos tolos, ó despreocuparse da súa sorte unha vez pechados baixo chave. Cuarto, o propio manicomio coloca á tolemia nun ghetto de dexeneración e hacinamento. E finalmente, os hospitais se preocupan máis por manter a institución que pola función que desempeñan: olvídanse da función ó centrarse no órgano que a desempeña. Conclúe definindo a invisibilidade do tolo:

> "O tolo non existe. Ninguen o menciona e calquer indiscreción contestase cun xesto mudo de resignación, como se mentara ó criminal ou á puta da familia" Lera 1972: 203.

Nun conxtexto completamente distinto unha autora canadiense incide sobre a creación de sentido nos traballadores sociais de saude mental: Elisabeth Townsend, 1998, *Good Intentions OverRuled. A Critique of emporwement in the routine organization of mental health services.* O *emporwerment* iniciouse no Canada como unha forma nova de traballar con tolos: ensinarlles a ser concientes do seu poder como consumidores, darlles o poder ó mesmo tempo que tomaban conciencia da súa doenza. Townsend sostén que o uso político do *emporwerment* fixo dunha boa intención unha esperanza inútil e interesadamente utilizada. O sentido e intención inicial veuse sobrepasado pola práctica real.

Nesta comunicación analizamos o discurso de seis "xestores da tolemia" en Galicia: entrevistados no 1997 e 1998. Nos plantexamos a siguinte pregunta: ¿en que claves se interpreta e constrúe a práctica psiquiátrica actual en Galicia? O faremos nos seguintes pasos. Buscamos contestar a pregunta ¿que expectativas comunicativas utilizan os psiquiatras para interpreta-los cambios na asistencia psiquiátrica? Doutra forma: ¿cambiou algo a lectura da situación que fan os psiquiatras con respecto ás afirmacións de Lera? Usaremos unha serie de presuposicións teóricas para dectectar expectativas xeradoras de sentido nas entrevistas en torno á antipsiquiatría e aplicadas na chamada psiquiatría

---

[1] Elisabeth Townsend, 1998, *Good Intentions OverRuled. A Critique of emporwement in the routine organization of mental health services.* Toronto Press: Toronto. Tomo prestado no meu título a expresión inglesa do libro citado pois indica a intención da miña comunicación.

[2] Calquera crítica ou comentario podedes envia-lo a mtorres-e1@eresmas.net. A presente comunicación é parte dunha futura tese doctoral (Facultade Politicas, U. Santiago)..

[3] Tódalas traduccións son do autor e polo tanto son da súa única responsabilidade.

comunitaria. Rematamos volvendo ó inicio: a tecnica interesada do poder fai da esperanza un calculo de posibilidade donde o sentido de futuro pecha portas en vez de abri-las.

2. Presupostos.

A comprensión da realidade social ten implicado duas paradoxas na teoría sociolóxica: a conceptualización do cambio social, e o papel do observador. A socioloxía de Niklas Luhmann, desde a teoría de sistemas, soluciona ambos problemas. Entiende a realidade social no proceso constante de construcción, sendo a observación algo interno o propio sistema social: non é posible observar sen construir realidade. Parto dos seguintes presupostos:

1. Un *sistema social*[4] constrúese no conxunto de tódalas comunicacións con sentido posibles, sendo a cultura a memoria recursiva do sistema social[5].
2. O *sentido*[6] é "o mecanismo polo que o suxeito pode identificarse ó tempo"[7] que actúa, fala ou produce coñecementos. É dicir, un psiquiatra o é na medida na que ó falar e actuar intercambia con sentido, de entre tódalas posibles, aquelas comunicaciónes que lle permiten identificarse como tal na súa relación cos Outros. A súa identidade só é posible nun sistema social xenerador de sentido ante certas comunicacións, e non ante outras: as repeticións permiten detectar o sentido.
3. *Persoa* indica un contexto[8] no que unhas atribucións xeneran expectativas de comunicación. Desde un punto de vista sociolóxico non existen homes, so comunicacións que se intercambian en función de expectativas[9]. Non existen persoas[10], so estructuras de atribución social que permiten marcar a dirección para que a sociedade poda producir comunicaciónes[11].
4. A sociedade moderna[12] observa ás persoas como *biografías* (carreras). Observación basada na diferencia establecida socialmente entre unha lectura do pasado e as

---

[4] "A sociedade é unha "relación de relacións": en vez de accións, comunicacións (a sociedade non está composta de homes, senon de comunicacións). **É o sistema de tódalas comunicacións con sentido posibles**. O renunciar a todo fundamento ontolóxico (o mundo non ten base e xa non hai mundo sobre o mundo) o real é un conxunto de posibilidades e continxencias. Manexables mediante seleccións: cada selección funda o real e abre o repertorio de novas posibilidades". Ibañez 1994:377.

[5] Uso a definición que Luhmann da de cultura (Luhmann 1995) no sentido no que Foucault utiliza *episteme* (Foucault 1973). A sociedade é o sistema autoreferente de comunicacións e a cultura a memoria recursiva do sistema social con Luhmann; ou con Foucault a orde aparente xerada e producida no discurso.

[6] "O sentido é: a) a forma da orden da vivencia, b) a forma das premisas para a recepción da información e elaboración consciente da vivencia, c) e posibilita a interpretación consciente e a reducción da elevada complexidad" Luhmann 1971: 61, citado en Pintos 1995ª: 5.

[7] Pintos 1995b: 7.

[8] "A forma persoa serve exclusivamente para a autoorganización do sistema social, para resolve-la autoorganización do sistema social, para resolve-lo problema da doble continxencia limitando o repertorio de conducta dos participantes... as persoas serven ó acoplamento estructural entre sistemas psíquicos e sociais" Luhmann 1998: 242-3.

[9] Luhmann diferencia os sistemas sociais dos psíquicos, e estos dos sistemas vivos. Entre eles hai interpenetración, pero cada un é independente dos outros: a sociedade se constrúe sobre comunicacións, os sistemas psíquicos sobre pensamentos da conciencia (Luhmann 1990, 1991, 1995, 1996, 1998). O un é o entorno do outro. Sobre o carácter supostamente anti-humanista dista afirmación véase: Izuzquiza 1990

[10] "A constitución do sentido é o mecanismo polo que o suxeito pode identificarse ó tempo que realiza a observación" Pintos 1995 a: 7.

[11] Corsi et al. 1996: 92.

[12] Funcionalmente diferenciada.

expectativas de futuro que éste permite xerar. Cada persoa conta a súa biografía como forma de atribución intercambiando expectativas.

5. Non é posible a observación "obxectiva". O coñecemento é productor e producto do sistema social no que se xenera e ó que xenera. As ciencias sociais se basan na descripción da observación: reflexividade ou *observación de segundo orde*. A *entrevista* é un método de observación de segundo orde. Simplifica-la complexidade dos sistemas psíquicos para xerar coñecemento social. É dicir, o psiquiatra non é obxectivo ó falar da situación real da súa práctica, pois só emite comunicaciónes con sentido, aceptadas de entre as posibles; pero o sociólogo non é tampouco obxectivo ó describir as pautas de intercambio social de comunicaciónes. Ambos obvian a diferencia sobre a que constrúen a orde do seu discurso. Unicamente poden describi-lo punto de vista desde o que observan e comunican, e ó face-lo xeneran a orde social na que viven. As ciencias sociales se basan na análise desta descripción (análise que non pode obviar a súa contribución na construcción do sistema social), como reflexividade ou observación de segundo orde.
6. Na complexidade das *prácticas médicas* o sentido nace da adscripción social dunha mesma función para toda actuación médica: curar, sanar, devolver ó individuo as condicións para a comunicación[13]. O subsistema médico, o psiquiatra, analiza o discurso do tolo desde unha semántica aportada na comunicación social. A súa observación é de segundo orde, ó darlle carácter creencial ó delirio do enfermo mental[14].
7. A *tolemia* é polo tanto un elemento comunicacional máis: é un significante que anuncia a ruptura de expectativas comunicacionales[15]. Non é a ruptura da orde social, tampouco a súa inversión, é o anuncio da ruptura do esperado, do previsible. A sociedade xenerou unha tipoloxía, un coñecemento obxectivo, predecible, sobre a tolemia, conxurando o risco. A medicina, o dereito e as ciencias sociales xeneran coñeocementos sobre ela, facendo predecible o risco da ausencia de comunicación. A tolemia "é", por así decilo, un conxunto vacío[16] sobre o que o sistema social actúa, coñece e predice a través dos subsistemas médico, xurídico e sociolóxico.
8. A sociedade galega contemporánea é dunha alta complexidade[17]: frente ó capitalismo de producción, ó capitalismo de mercado conleva unha alta complexidade pluricontextual (subsistemas que observan a sociedade a partir da función que desempeñan, entre eles a medicina). O sentido é a forma de reducción da complexidad dos sistemas sociais.

3. Observación: metodoloxía e fontes.

---

[13] "O fin do médico consiste en intervir cando un individuo non se encontra en condicións de ser unha base orgánica ou psíquica para a comunicación" Corsi et al. 1996: 103.

[14] Castilla 1995: 210.

[15] Esta definición é operativa, sociolóxica. Non entro en consideraciones psicolóxicas ou psicopatolóxicas. Remitome as obras de Castilla del Pino (1979, 1995, 1998). Señala Castilla (1995) que ainda que a causa sexa química a súa detección só pode ser comportamental, sendo unha alteración do que define ós sistemas psíquicos: a súa capacidade de reflexión.

[16] Foucault (1985) na súa *Historia dela locura en la época clásica* define a tolemia como o que non fala, o que carece de palabra. Non supon a negación da enfermidade mental, ser unha construcción non nega a súa realidade.

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

A metodoloxía[18] usada nesta investigación é a entrevista biográfica: contáctase cos xestores da tolemia (psiquiatras e psicólogos para esta comunicación) e establecense de duas a catro citas, cunha duración media de tres horas. Non se utiliza un guión previo, o fio central é sempre a biografía. A forma de tratar as súas relacións coa tolemia varía moito de entrevistado a entrevistado: desde o tono personal e intimo con Eva [A][19], ata o tono distante e profesional de Roberto [B]; desde unha psicóloga que traballa na rehabilitación de crónicos ata un psiquiatra xubilado. Describo a continuación o perfil dos entrevistados:

[A] Eva: psiquiatra de 35 anos, casada e con duas fillas, vive co seu home. Trala especialidade en Portugal traballou facendo sustitucións ata facerse cargo dunha Unidade de Axuda á Drogodependencia nun pobo costeiro. O mesmo tempo exerce a práctica privada no seu domicilio particular, di, para seguir facendo "clínica" (A1, 7). O seu tono é persoal, confidencial, cálido. Nas súas conversacións conmigo intercambia experiencias personais e profesionais: a conversación é cálida, ata convertirse nun intercambio persoal.

[B] Roberto: psiquiatra e neurólogo xubilado, casado (71 anos). Tras facer medicina en Santiago, e especializarse en Madrid con López Ibor e en Lisboa cos discípulos do premio Nobel en lobotomías, volve a súa cidade natal, donde aúna a práctica privada coa pública: tanto nun manicomio, donde chegaría a director nunha etapa de crise e transformación, como nun ambulatorio como neuropsiquiatra cun cupo. Xubilouse os 64 anos pero segue recibindo, me di, esos pacientes enganchados a un (B2, 10). O seu tono é formal, distante.

[C] María: psicóloga, casada, sen fillos, 32 años. Tras estudiar en Santiago se forma, ante a ausencia de saidas laborais, como psicóloga voluntaria nun Hospital Xeral, ó mesmo tempo que exerce a privada, especializándose na clínica infantoxuvenil. Tras catro anos de voluntariado no Hospital inicia un curso de rehabilitación de crónicos, e ó mesmo tempo, unha asociación de familiares de enfermos mentais ponse en contacto con ela para poñer en marcha un Hospital de Día nun pequeno pobo da costa. Desde fai tres anos traballa no Hospital de Día, sen deixar de exercer a práctica privada. Converso con ela de forma aberta, sempre ó final da xornada de traballo na Asociación.

[D] Xavier: 61 anos, psiquiatra xubilado, casado con tres fillos. Xavier estudiou medicina en duos universidades españolas. A especialización en psiquiatría fixo-la en Madrid con López Ibor e Vallejo Nájera, e nunha clínica privada en Galicia. Antes de instalarse nunha das grandes cidades galegas como inspector médico e psiquiatra da Casa do Mar exerce de médico nun barco, en Guinea e nas Ilas Canarias. Abre varias consultas privadas, o mesmo tempo que participa como voluntario en diversas ONG's. Tras moitos anos como "burócrata" na pública (D1, 18), xubílase por incapacidade ó serlle diagnosticado Parkinson (ademáis dun "Trastorno Bipolar ou Psicose Maníaco Depresiva"[20]). Na actualidade dirixe unha asociación de axuda ós enfermos de Parkinson.

[E] Ana: 48 anos, casada con tres fillos, psiquiatra. Tras facer medicina e especializarse en psiquiatría entra como profesora de psiquiatra nun Hospital: encargase da clínica infantil durante a maior parte da súa carreira profesional, para, desde fai uns anos, adicarse unicamente á docencia. Nunca exerceu á práctica privada.

---

[18] Pujadas 1992, Miguel 1996, Delgado-Gutíerrez 1994; Kvale 1996, Chirban 1996; Robson 1993; Cohen 1994. Na aplicación das biografías na socioloxía médica véase: Ponce de León 1997.

[19] Tódolos nomes e referencias xeográficas modificaronse, para preservar o anonimato de los entrevistados. A cita das transcripcións faise usando unha letra (A-F), un número tra-la letra que sinala o número de entrevista, e finalmente a páxina da transcripción.

[20] DSM-IV.

[F] Carlos: 41 anos, casado, psiquiatra. Fixo medicina nunha capital española e o MIR en Galicia. Inicia a súa carreira profesional na pública (nunca exerceu a privada) nunha capital galega, donde encargase de montar un sector da asistencia psiquiátrica. Na actualidade é Director do Sevicio de Asistencia Psiquiátrica dunha das cidades máis grandes de Galicia, sendo a súa labor a de coordinar, non sen dificultades, tódolos dispositivos da psiquiatría sectorizada montados nos últimos anos. É un home profundamente activo: escritor, colaborador asiduo de xornais, especializado en psicodrama, profesor universitario, músico, académico, antropólogo e un longo etcétera.
Utilizo ademáis as seguintes fontes bibliográficas:
1. Emilio González: galego, psiquiatra (pública e privada), antropólogo, 59 años. Ten publicados diversos libros en solitario (sobre a reforma e conflicto de Conxo nos anos 70[21]), e en colaboración con Marcial Gondar Portosany[22], defendendo unha psiquiatría galega e en galego como única saida política defendible
2. Enrique González Duró[23] publicou tanto sobre a historia da psiquiatría española como materiais máis ou menos biográficos.
3. Carlos Castilla del Pino, na súa obra *Pretérito Imperfecto*[24], ofrece a autobiografía dun psiquiatra nos tempos do franquismo e a chamada transición española.

4. A psiquiatría en Galicia[25].

No 1986 (*Ley general de Sanidad*) se lexisla á saude mental (art. 20), sen grandes cambios desde o século pasado. Ata entón as competencias en saude tiñan competencias diversas e contradictorias, sempre dentro da beneficencia (lei de 1846). Coa lei de 1986 a Seguridade Social cubre a saude mental, ó menos teoricamente. A nova lei, inspirada na psiquiatría comunitaria, ten carácter xeral e orientativo, sen establecer especificamente as competencias.
A mayor parte do século XX os "enfermos mentais" en Galicia eran competencia das Diputacións ó amparo dunha antiga lei de beneficencia. O Hospital Psiquiátrico de Conxo[26], por exemplo, era propiedade dun patronato, eclesiástico (foi fundado pola mitra compostelana en 1885). Acollía, por un acordo coas diputacións gallegas ós enfermos mentais de beneficencia de toda Galicia e de provincias españolas que carecían dun manicomio propio. As diputacións pagaban unha pensión mínima ó hospital, sendo este o encargado de xestiona-la. Agora, tras pasar a ser propiedade da Diputación esta baixo a administración do SERGAS.
No 1995 (*Real Decreto 63/1995*)[27] establecense os dereitos concretos e as prestacións específicas dos usuarios da Seguridade Social en materia de Saude Mental[28], concretando as xeralidades da lei de 1986.
No 1994 apareceu o *Decreto 389/1994 del 15 de diciembre* regulador da saude mental en Galicia, xa coas competencias en sanidade transferidas ó SERGAS. É un decreto de

[21] González 1977
[22] Gondar-González 1992; Gondar 1989, 1991, 1992, 1993, 1997; Emilio 1977, 1994, 1997, 1978.
[23] González Duró 1987, 1989, 1994-96.
[24] Castilla 1997, Castilla 1998.
[25] Comelles 1987, Dorner 1974
[26] Véase González 1977.
[27] García-Espino 1998: 14. Os primeiros artígos desta recopilación son especialmente clarificadores, pois o simple feito de comprender como está a situación legal do enfermo mental non é traballo sinxelo. Neste sentido unha das miñas informantes ten que informarse, no seu primeiro traballo dos seus dereitos e deberes como psiquiatra da Seguridade Social: como e cando dar baixas laborais (A4: 8).
[28] García-Espino 1998: 14.

inspiración comunitaria e ven a instauran legalmente a reforma da asistencia psiquiátrica en Galicia.

Hoxe en día a "reforma" psiquiátrica está avanzada pero ainda en curso: creación de áreas asistenciales con equipos interdisciplinares, hospitales de día, unidades de rehabilitación, pisos de acollida, etc. Estase no proceso de coordinar, ó amparo da lexislación, tódolos dispositivos hospitalarios e asistenciais creados. Un dos meus entrevistados, encargado da creación e organización dun área xeograficamente amplia, o explica. Primeiro fala de como entrou no concurso por unha plaza de Adxunto de Psiquiatría, convertindose co tempo no Xefe do Servicio. Encargouse da súa organización como rede asistencial, narra as dificultades para implata-la e coordina-la rede. Finalmente afirma:

> "…o discuto moito cos vellos, cos psiquiatras da xeración anterior, os que fixeron antipsiquiatría, os que fixeron a revolución, os pais de todo isto da psiquiatría de sector nos 70, a asistencia comunitaria dos 80. Pero como non se ten feito ainda nada, por falta de recursos naturalmente, e tamén por falta de vontade política, claro, pero ista falta de recursos, se se demora moito máis en facerse, dentro de cinco ou seis anos será un plantexamento obsoleto. No momento que o sociosanitario se desenrrolle, e se fagan cargo de toda esta parcela que agora levamos nós, xa non ten ningún sentido ó planificar un servicio de psiquiatría como actualmente o planificamos, para nada…" [F2, 22][29]

5. Antipsiquiatría, psiquiatría de sector, psiquiatría comunitaria; expectativas constructoras do sentido: técnoloxía do poder.

A antipsiquiatría aparece nos años sesenta na loita contra a psiquiatría oficial que entendía a enfermidade en térmos médicos. Nace dos movementos sociais no Maio do 68 e se consolida en duas vertientes: unha inglesa[30], sendo Laing, Cooper, Esterson ou Szasz[31] os seus representantes máis coñecidos; outra italiana, con Basaglia[32] á cabeza. Trasmitirán e inspirarán ós psiquiatras gallegos por unha banda, a negación da enfermidade mental, considera como unha postura radical pola maioría. Por outra banda, a necesidade de transformación das institucións xestoras da tolemia. Ésta necesidade sirvelles ós psiquiatras[33] como marco interpretativo da súa práctica.

Se ata os anos 60 e 70 á psiquiatría atribuieselle a capacidade médica de diferenciar entre enfermo e sano ó nivel psíquico, coa antipsiquiatría se introduce unha "sospeita". O psiquiatra exerce o control social nun estado terapéutico cando aparentemente se definen como sanadores. A sospeita apunta ó psiquiatra como axente social que identifica o normal e o anormal, sendo a súa función: xestionar e conxurar un sector "molesto" da poboación. Emilio González (1977: 43) definea moi claramente:

> "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,

---

[29] A entrevista foi orixinalmente en castelan, ista cita esta editada e traducida.

[30] Inspirada polo experimento Rosenhan no que un psicólogo e sete colaboradores entraron por tolos sendo aceptados nas institucións nas que se presentaron.

[31] Según González (1977:43) negan a existencia da enfirmidade mental. Laing (1967, 1987, 1983) , Esterson (1970), Cooper (1979), Szasz (1971); Con influencia en Francia: Castel (1980), e en España: Álvarez Uría 1983, Uría-Varela 1989 (1986); Castel (1980)

[32] Según González (1977: 43) se pronuncian afirmando a existencia da enfermidade mental, pero abogando polo cambio das institucións que a tratan desde o interior das mesmas. Basaglia (1975, 1973, 1982) , Forti 1976; Agosti 1978.

[33] Incluindo o conflicto que vive Roberto (B2) como director dun manicomio no que téntase unha reforma nos anos 70, e Emilio González (1977) como psiquiatra da reforma de Conxo, despedido no 75.

facendo, pois, os psiquiatras de policias. O tolo desempeña o papel de chivo espiatorio pra que os demáis poidan chamarse cordos".

Javier [D] define a súa concepción da enfermidade mental en coherencia co que entende por antipsiquiatría: "eu creo que o medio ambente inflúe no individuo que chega a unha alteración da persoalidade. E esa alteración da persoalidade faino clasificar como tolo". (D1, 10). Denúnciase á psiquiatría como axente de control social cando a súa labor é supostamente médica. Esta é a base da crítica á práctica asistencial, polo tanto é guía da práctica. Serve na interpretación crítica do presente e orienta as idealizacións da práctica futura[34]. Carlos [F] o confirma, el atribue á revolución unha causa farmacolóxica, defendendo así o carácter médico da psiquiatría. Coa revolución da psiquiatría sistémica (F3,5), pola que aboga ainda que se defina como ecléptico, donde o psiquiatra será sustituido por un "experto nas terapias psíquicas" e unha boa rede "socioasistencial".

Existe unha contradicción no estatuto atribuido á psiquiatría: ¿é unha disciplina médico-biológica, científica, ou máis ben é algo social, asistencial, humanitario, burocrático? Temos os que lle dan un carácter non só médico: asistencial (F3, 5); humanista, de asistencia (B1,2); social (D1,10); máis psicológico que médico (E1; C3) Pero tamen lles interesa marcan o carácter científico, médico-biolóxico da súa práctica: María, psicóloga, se preocupa de aclararme como manten a medicación dos esquizofrénicos no Hospital de Día (C3); Carlos diferencia as enfermidades curables médicamente (o "milagro" do litio nos maníaco depresivos), e aquelas donde a labor do psiquiatra é meramente social, a maioría. A psiquiatría é unha "filla menor da ciencia médica", unha "recién nacida". Xavier fala da "camisa de forza química", pragmáticamente é eficaz e polo tanto úsase (D1, D2). Menos Roberto, que se define como "médico" con orientación humanista e vocación de servicio (B1: 3), todos consideran que a práctica clínica que fan é "ecléctica": utilizan calquiera das múltiples posibilidades terapéuticas en función da súa formación e validez pragmática. A contradicción chega ata o punto de que se ben todos recoñecen a necesidade dunha reforma psiquiátrica de inspiración comunitaria, cunha rede de asistencia ben definida, todos marcan a importancia dos descubrimientos biológico-químico na *auténtica* solución da enfermidade mental. González o resume: "...despois de douscentos anos, ainda non dispoñemos de bases científicas suficientes para decir que a tolemia sexa unha doenza" González 1977: 18.

Polo tanto, a enfermidade mental é cuestión de poder médico no control dos sectores sinalados da población. Moitas das demandas plantexadas polos enfermos son meramente burocráticas (pensións, baixas, etc) e o traballo do psiquiatra é interpretar cando unha demanda é solucionable "psiquiatricamente" ou concedendo a pensión ou baixa. É dicir, teoricamente os plantexamentos son claros, a práctica leva ó pragmatismo, recoñecido[35].

Sen embargo a antipsiquiatría, ó menos de nome e ideas, é considera radical e utópica. Roberto (B2, 10 y 13) sirve como exemplo máis extremo: define a antipsiquiatría como tolemia: é de tolos defender a non existencia da tolemia, algo constatable na súa práctica. Foi unha "moda" pasaxeira, facía política da medicina. As cosas voltaron o seu cauce: "a política faixe donde se debe de facer, nos parlamentos", a tolemia deixouse os médicos (B2: 15). Todos, incluido Roberto, son partidarios da psiquiatría de sector.

---

[34] Scheff 1966 (1990), inspirado por Goffman (1959, 1961, 1967), denomina a este proceso etiquetación social que leva á carrera do enfermo mental (Becker 1966).

[35] Afirma que a antipsiquiatría é producto de xentes cultas que leen e ven películas pero que nunca queren nin se acercaran ó manicomio; é algo que ataca ademáis o poder do médico (González 1977: 41-44)

A psiquiatría de sector nace en Francia nos anos 60 (Paumelle)[36]: reconvirte o manicomio nunha rede social asistencial que integre a comunidade de referencia do tolo, convertindoa en comunidad terapéutica. Se divide o territorio en sectores ou áreas, creando unha rede de dispositivos asistenciais idealmente atendidos polos equipos de salude mental: psiquiatras, psicólogos, asistentes sociais e enfermeiros especializados. Cada sector cun hospital (lugar de tratamiento de crisis: os agudos); hospitais de día, hospitais de noite, talleres e pisos protexidos, asociaciónes e locais sociais para a "rehabilitación e reinserción" dos "crónicos"; e dispensarios de saude mental nos ambulatorios para facer un seguimento da cronicidade. Carlos define a "filosofía comunitaria": a clave esta na asistencia primaria (D3, 6): "contacto permanente con primaria, para ter fluxo de información co médico de cabeceira, que é o ve o paciente e o pode tratar e controlar. El está en contacto, máis, coa comunidade, co veciño, co cura, con el; cos recursos de los concellos".

Despois un segundo nivel de asistencia: a zona de cuidados intermedios, da área de rehabilitación. María sinala a importancia no seu traballo como psicóloga nun Hospital de Día do "filtrado" (C2: 12; C3: 5; C4: 10-16): a avaliación inicial dunha demanda elimina-lo que cada sector do servicio asistencial non está especializado en tratar. Todalas demandas que poda recibir de terapia ante depresións encauzan ("derivan") ós outros sectores da rede asistencial, evitando á masificación dos distintos nudos da rede. A psiquiatría comunitaria é o ideal, a pauta desde a cal é posible criticar a práctica presente e proxectar expectativas de futuro.

Podemos sintetizar o material das entrevistas nos siguintes puntos:

1. A antipsiquiatría considerase algo radical e non viable. É un *referente negativo*: non se pode negar a realidade da tolemia, pero a antipsiquiatría utilizase na critica das prácticas psiquiátricas pasadas, servindo para introducir preocupacións por unha asistencia máis "sociolóxica"[37]. Ainda podose usar de inspiración nos pasos a dar.
2. A psiquiatría comunitaria ou de sector afirma a necesidade de implicar á sociedade (na rede asistencial e pola educación) no tratamiento da tolemia. Esta idea funciona como *referente positivo*, confundindose as veces coa antipsiquiatría. A psiquiatría comunitaria está en proceso de implantación en Galicia, serve de marco interpretativo dos cambios, e foco crítico do pasado. Lugar privilexiado de ideación do futuro. Serve na interpretación do presente e pasado, introducindo a idea de progreso técnico. Afirmase constantemente a increíble mellora que esta filosofía comunitaria supon no tratamento e "cura" da tolemia. Queda moito camiño por recorrer sen embargo.

6. A modo de conclusión: a comunicación da tolemia como técnica do poder..

Comelles plantexase unha pregunta similar á desta comunicación con respecto a psiquiatría catalana: ¿como a psiquiatría española non foi capaz de crear un dispositivo asistencial potente levando tantos años como leva falando e discutindo sobre a necesidade dun cambio, dunha reforma? (Comelles 1988: 19). Ou en concordancia cos presupuestos e datos

[36] A filosofía que a sustenta é tan antiga como o nacimiento da biomedicina occidental en Grecia, coñecense casos de aplicación con anterioridade (Inglaterra: Gittins 1998;). Pero a súa xeralización como ideario terapéutico é nas prácticas asistenciales francesas no século XX (Jodelet 1991), cunha orientación moi tecnocrática e nas reformas europeas do chamado estado de benestar, especialmente en Inglaterra (véase Gittins 1998, Porter 1987; Uría-Varela 1986, nun nivel máis teórico Castel 1980 ou Giddens 1995). En España: PANAP 1972, Montoya 1976, Yuste 1971.

[37] Prior sinala como o primeiro paso na causación social da tolemia fixose desde a epidemioloxía, ó "descubrir" que a tolemia ten unha distribución social identificable, mostrando os contextos sociais nos que traballa a bioloxía (1996: 106 y 111). Non implica que foxe aceptado como representación social da tolemia aceptable.

aportados: ¿segue a comunicación da tolemia colocandoa na vacuidade, no sono dunha realidade mellor sempre por chegar?

A aplicación da antipsiquiatría como psiquiatría comunitaria quitalle poder ó estamento médico, dexándolle só o corporal e curable, e polo tanto "devolvendo a tolemia á sociedade" polas redes asistenciales. Crease unha maior división do traballo psiquiátrico, facendo do paciente un consumidor independente nunha sociedad de mercado. Ou polo menos sonase con elo para interpreta-la realidade e proxecta-lo futuro.

A relevancia da socialización da tolemia, a denuncia das condicións da súa existencia que detectábamos en Lera (hoxe case inexistente), ou na súa forma máis radical: a negación da súa existencia, ocultan a comunicación que realmente se fai da tolemia. O tolo non existe, esta na comunidade, é unha mercancía susceptible de intercambio na rede sanitaria. Os psiquiatras e farmaceuticos son os técnicos da saude mental: reguladores do mercado. A suposta humanización tranquiliza conciencias, é pantalla de fume.

Técnica perfecta do poder. A democracia é democracia gracias ás técnicas de control, non molestamos mentras a promesa dun futuro mellor este no horizonte da nosa esperanza. ¿E donde quedan as posibilidades non realizadas? ¿Sonan os psiquiatras con tolos de manual? ¿Sona o poder con psiquiatras xestores da tolemia? ¿Con que sonan os tolos? Tecnica perfecta do conformismo e da orde social en constante cambio sen cambiar.

Bibliografía

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.
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.
2000 Teoría de los sentimientos. Barcelona: Tusquets.
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.
1989 Romeiros do alén. Vigo: Xerais
1991 Mulleres de mortos. Vigo: Xerais.
Gondar, Marcial y Emílio González.
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.
Townsend, E.
1998 Good Intentions OverRuled. A critique of empowerment in the routine organizational of mental health service. Toronto Press.
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.